

1 AS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE

Este trabalho apresenta um resultado de pesquisa em andamento,² o silêncio como uma das reações de profissionais da saúde pública à focalização da saúde na população negra. Diante da ausência da gramática estatal da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)³ nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da pesquisa, passei a analisar as reações dos profissionais à presença de uma pesquisa sobre o tema em suas unidades. Silêncio, dúvidas, delimitações, negação e militância em torno da focalização foram as reações observadas. A partir destas, foi possível identificar *percepções* (Reis e Moore, 2005; Silva, 2010) desses profissionais sobre essa focalização, as desigualdades raciais em saúde e a PNSIPN.

No âmbito dos estudos sobre as relações raciais, há consenso sobre o papel do Estado na reprodução da ideia de *raça*⁴ (Omi e Winant, 1986; Marx, 1998; Paschel, 2016). Esses estudos fornecem centralidade política ao Estado nas dinâmicas raciais, a partir da consideração desta instituição como homogênea. A pesquisa contribui à análise da relação entre Estado e “raça” a partir da heterogeneidade deste, e não pela sua unidade. Dessa forma, foco na desagregação das burocracias (Gupta, 2012) que compõem o Estado como uma unidade política imaginada (Bourdieu, 1996). O interesse tem sido identificar contradições estatais no fazer da raça (Loveman, 1999) e compreender mais os efeitos de Estado nas desigualdades a partir de frações dele (Abrams, 2006; Sharma e Gupta, 2006).

As UBS são o espaço primário de contato do cidadão com o Sistema Único de Saúde (SUS), consideradas pelos profissionais como a “porta de entrada” ao sistema. Nestas, ocorre o cuidado preventivo de saúde: consultas, inalações, injeções, curativos, vacinas, exames laboratoriais, tratamento odontológico, medicação básica, atendimento domiciliar. Cuidado realizado por uma variedade de profissionais: agentes comunitários, médicos de família, psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos etc. Essas unidades são exemplos das chamadas “burocracias de nível de rua” (Lipsky, 2010) ou “burocracias do guichê” (Dubois, 1999), por serem organizações do Estado nas quais ocorrem a interação direta e cotidiana com os usuários do SUS, seja no consultório, seja no corredor, no território, na rua ou na casa onde vivem os “cadastrados”.

1. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA) do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2. A pesquisa de doutorado da autora vem sendo realizada com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A tese investiga como ocorre a ação estatal de focalização da saúde na população negra em UBS do SUS, em distintos territórios do município do Rio de Janeiro. Especificamente, analiso como os profissionais reagem, refletem sobre e gerem essa focalização a partir dos seus contextos organizacionais e territoriais.

3. A Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, institui a PNSIPN. Trata-se de uma resposta do Ministério da Saúde (MS) às desigualdades em saúde que acometem a população negra e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país.

4. A categoria raça é utilizada como uma construção social, perspectiva que a explica como ideia construída histórica, socialmente e processualmente para fins de diferenciação social a partir dos fenótipos (Omi e Winant, 1986; Guimarães, 1999; Morning, 2011; Telles, 2004).

Os indivíduos que trabalham nessas unidades, no papel social (Goffman, 2011) de burocratas, são o foco da pesquisa. O objetivo tem sido compreender como esses burocratas recebem, refletem sobre, gerem e dinamizam as desigualdades raciais em saúde localmente, compreensão que leva em conta a inserção desses profissionais em um determinado contexto organizacional, territorial, ocupacional e valorativo do município do Rio de Janeiro. Como Steinmetz (1999) defende, a variável cultural é central na análise das práticas de Estado, pois os indivíduos, como oficiais de Estado, devem ser sempre situados em cenários históricos e culturais específicos.

A pesquisa insere-se em um contexto de mudanças nas relações raciais brasileiras, que, após a redemocratização, passou a contemplar políticas públicas específicas voltadas a mitigar a desigualdade racial no país a partir das novas relações políticas entre Estado e movimentos negros (Paschel, 2016; Telles, 2004). Essas mudanças alcançaram as diversas áreas do Estado de bem-estar social, entre estas a saúde pública. Como mapeou Lima (2010), há uma variedade de ações voltadas à equidade racial no âmbito da saúde, pressionadas principalmente pelo movimento negro feminista, desde a década de 1980 (Caldwell, 2017).

Contudo, os dados indicam que, apesar dos avanços obtidos com a universalização da saúde pública após a redemocratização, persiste a disparidade de acesso e condições de saúde entre brancos e não brancos (Batista, Werneck e Lopes, 2012; Chor, 2013; Faerstein, 2014; Funasa, 2005; Goes, 2013; Laeser, 2010; Lopes, 2005). Menor acesso ao SUS, maior incidência de doenças e discriminação racial no uso do serviço são os dados mobilizados pelo movimento negro feminista para a demanda de focalização da saúde na população negra (Caldwell, 2017), contestação reconhecida na criação da PNSIPN, conforme Portaria MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Como identificou Pagano (2011), também pesquisando em UBS, a focalização causa um fortalecimento da perspectiva biológica da raça entre os profissionais. Ao mesmo tempo, tensiona ideologias nacionais de equidade racial presentes neles.

A estratégia de pesquisa consiste em etnografar três UBS, em distintos espaços demográficos do município do Rio de Janeiro. Também, são realizadas entrevistas em profundidade com os diversos profissionais que trabalham nas unidades. A partir dos dados sociais dos territórios, do perfil dos usuários e profissionais, e da observação das dinâmicas sociais nessas organizações, as nomeio como: *i) Unidade Zona Sul; ii) Unidade Modelo; e iii) Unidade Comunidade.*

A Unidade Zona Sul localiza-se em *bairro* de classe alta carioca, atende a 8.232 usuários, sendo 67% classificados como brancos.⁵ A Unidade Modelo é uma organização tida como exemplar da atenção primária carioca, voltada para uma região que contempla moradores de *comunidades, asfalto e classe alta*, sendo responsável por 22.561 usuários, dos quais 54% são classificados negros. A Unidade Comunidade é exclusivamente voltada a uma *comunidade*, responsável pelo atendimento de 21.123 usuários, sendo 64% negros.

Nas Unidades Modelo e Comunidade, a violência urbana interpela o trabalho dos profissionais e a vida dos usuários, demandando a todos estratégias institucionais e individuais para oferecerem e cuidarem da saúde em regiões de conflito. Os territórios socioeconômicos dessas unidades, de pobreza e riqueza, também modificam a forma como o Estado apresenta-se aos profissionais e aos usuários

5. Dados retirados do sistema municipal Tabnet/Datasus, somando-se pardos e pretos em negros.

do SUS. Na medida em que transito por esses espaços geográficos, a qualidade física e a diversidade de serviços ofertados mudam consideravelmente entre as unidades.

Nesta nota, analisarei como o silêncio, reação majoritária evidenciada, revela percepções desses profissionais sobre as desigualdades raciais em saúde no Brasil.

2 SILÊNCIO: REAGINDO ÀS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE⁶

9h. Eu aguardava ser chamada pela médica Laura (negra) e pela assistente social Sandra (negra) para participar de uma reunião de equipe. Era novembro, mês da Consciência Negra. Circulando pelas áreas externas da unidade, não observei menção à saúde da população negra. Nem nos murais informativos, nem em cartazes, nem na TV da recepção, nem nas camisas dos profissionais. Silêncio. No mês anterior, outubro, tudo estava rosa: balões, camisetas, fitas, sábados de campanha, atividades de prevenção. Era mês da saúde da mulher. A campanha de outubro não marcou uma clivagem racial. Laura e Sandra eram as duas profissionais com as quais me envolvi em explícitas conversas sobre a saúde da população negra, após as conhecer, quando provoquei minha entrada nas áreas internas da unidade, como a sala de reunião. Como em uma típica reunião de equipe daquela Unidade Modelo, estavam presentes: agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira, médica, assistente social e preceptoria – médicos mais experientes que ensinam médicos residentes a serem médicos de família. Laura puxa a pauta da reunião. Ponto 1: informes sobre nascimentos, óbitos, gestantes, tuberculose. Ponto 2: casos clínicos críticos. Ponto 3: grupos de entrega de exames. Itens consensualmente pautados pela equipe. Em seguida, Laura pediu para acrescentar outro: saúde da população negra. Silêncio. Todas as ACS, negras, olharam para Laura. A que fazia a ata da reunião parou de escrever. “Escreve aí, como ponto de pauta”, Laura ordenou. 12h. A médica transferiu o ponto extra para a próxima reunião. Uma semana depois, o novo encontro. Laura o conduziu por meia hora e retirou-se para atender a um dos casos clínicos *críticos*. Antes de sair, pediu que as ACS conduzissem a reunião. Desta vez, a assistente social e a preceptoria não estavam presentes. Informes, casos clínicos e grupos de exames foram repassados. Pausadamente, uma ACS lê na pauta: saúde da população negra. Nenhuma outra palavra. Silêncio. Passa-se para o próximo item (Trecho/excerto do diário de campo).

A reação majoritária em relação ao tema saúde da população negra identificada ao etnografar essas unidades é o silêncio, apesar de todo o universo estatístico das desigualdades raciais em saúde mobilizado pelo Estado federal para a justificação de uma política pública de saúde focalizada, dados estatísticos que são alimentados por esses profissionais.

O silêncio está presente na maior parte das conversas dos burocratas comigo, que, rapidamente, passam a versar sobre outros assuntos. O silêncio está presente na maioria das discussões que eles fazem sobre ações externas a serem realizadas nos *territórios*, apesar de alguns desses espaços geográficos contemplarem os sujeitos que eles julgam ser meu objeto de pesquisa: pretos, pobres, de favela. O silêncio está presente em quase todos os relatos clínicos de consultas e visitas domiciliares. Também, em praticamente todos os documentos burocráticos que circulam nas unidades, especialmente no quesito raça/cor da ficha dos usuários, raramente perguntado. O silêncio é organizacional.

6. Nesta seção, os nomes dos profissionais, das equipes e dos territórios são fictícios. Os termos escritos em itálicos são categorias utilizadas pelos profissionais, e não minhas. A raça/cor dos profissionais são as mobilizadas por eles próprios, que podem ser diferentes das utilizadas pelo Estado (pretos, pardos, brancos, amarelos, indígenas).

O silêncio faz-se presente em todas as unidades, entre todos os níveis ocupacionais, independentemente do gênero e da raça/cor dos burocratas. Esta é, majoritariamente, a reação imediata que recebo ao explicar que ali estou para estudar a saúde da população negra: um olhar fixo para mim, desviado para os lados, a testa franzida e silêncio.

O silêncio inicial desses profissionais não significa que eles não tenham reflexões em torno dos sujeitos, doenças e protocolos da PNSIPN. Eles apenas não refletem sobre isso tal como inserido na política. Passei a entender suas reflexões em torno do tema na continuidade das nossas interações, quando eles começaram a expor-me dúvidas sobre a minha pesquisa. Quando começaram a fazer associações ao tema, principalmente o que delimitavam me mostrar. Quando discutiam em reunião as situações que a política busca mitigar, mesmo sem nomeá-las como um caso de saúde da população negra. Quando interagiam com os poucos burocratas que falavam explicitamente sobre essas iniquidades. Quando explicitamente as negavam.

Ao refletirem, a explicação cultural à situação da saúde dos usuários negros tendeu a ser compartilhada pela maioria dos profissionais, independentemente da unidade. Como a médica (parda), ao opinar que a alimentação de negros favorece a hipertensão, assim como a ACS (parda) que acha que negros são mais fortes por comerem mais mocotó, e, por isso, ficam menos doentes. Contudo, houve exceções, como as profissionais que entendem a situação da saúde mental dos usuários da unidade, majoritariamente negros, como resultante das dinâmicas sociais do *território*. Elas – uma psicóloga (negra), uma psiquiatra (branca) e uma médica (branca) – criaram um grupo de encontros quinzenais para proporcionar àqueles *cadastrados*, principalmente mulheres, falarem sobre a experiência de viverem ali. Em uma das reuniões de equipe dessa médica (branca), observei-a pautando o aumento de gravidez entre adolescentes. Ela pergunta à equipe: “será que o nosso planejamento familiar não está funcionando?”. Reaparece a justificativa cultural: “elas querem é pegar filho, começar cedo, é uma cultura da comunidade, muito difícil”, opina uma ACS, seguida por outras.

As explicações essencialistas às disparidades raciais em saúde não são apenas culturais, mas, também, biológicas. Estas são mais acionadas pelos profissionais quando falam em hipertensão e anemia falciforme, patologias amplamente mobilizadas pela PNSIPN como doenças negras. Quando eles justificam as disparidades em termos genéticos, parecem não se incomodar em falar na existência de desigualdades raciais na saúde. Ao contrário, sentem-se confortáveis quando a diferença está amparada pela biologia. “Hipertensão, é verdade, a gente sabe, já na faculdade, negros são mais hipertensos, mas as outras [doenças], não sei, tenho dúvidas”, disse uma enfermeira (morena).

Essas explicações das diferenças pelos burocratas condizem com o que Morning (2011) recentemente identificou nas instituições universitárias norte-americanas, três conjuntos de crenças raciais contemporaneamente: construtivista, biológica e cultural. A perspectiva construtivista explica a “raça” como uma construção social, uma ideia historicamente reproduzida para a diferenciação humana a partir dos fenótipos, a qual que gera desigualdades. Contudo, as duas últimas foram as mais acionadas para explicar as diferenças, as que essencializam racialmente os indivíduos, pois tornam atributos que são sociais inerentes a eles, ora pela cultura, ora pela biologia.

A perspectiva construtivista da raça foi pouco mobilizada também pelos burocratas com quem interajo. Ao mobilizarem mais explicações biológicas e culturais, esses profissionais raramente

explicam a diferença entre a saúde de usuários brancos e não brancos por motivos de desigualdade e discriminação racial. Falar nesses termos é assumir uma postura racista para a maioria deles, o que os impede de entender as iniquidades raciais em saúde como um fenômeno estrutural. Geralmente, as entendem no âmbito de preconceitos interpessoais ou como inatas aos indivíduos.

O paradoxal do silêncio é que o universo estatístico que esses profissionais alimentam como uma prática burocrática cotidiana, que permitem aos gabinetes do Estado entender o dado agregado nacional da distribuição da saúde entre brancos e negros, é desconhecido por esses profissionais. Na ponta, a clivagem racial da saúde é tornada invisível pelo receio dos agentes de incorrerem em práticas racistas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do mapeamento de reações, em específico o silêncio, de profissionais que atuam em UBS em relação à recente tentativa do Poder Executivo Federal e do município do Rio de Janeiro de focalização da saúde pública na população negra, materializada nacionalmente na PNSIPN, procurei captar percepções desses burocratas perante as desigualdades raciais na saúde e a própria política.

Cheguei neste campo e, prontamente, escutei, apesar dos *territórios* atendidos e independentemente dos profissionais com quem interagi, sobre: crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos. Isso indica como esses profissionais entendem as prioridades do Estado a partir do próprio Estado. Essas são as *linhas de cuidado* estatais monitoradas por metas. Os profissionais aprenderam, a partir do preenchimento de dados nos sistemas de informação, das reuniões de *accountability*, das avaliações de qualidade do atendimento, das metas que devem alcançar para não serem penalizados, os casos prioritários da saúde pública. Raramente, qualificados pela clivagem racial.

As reações identificadas estão atreladas a concepções mais amplas da sociedade brasileira sobre as desigualdades raciais: a dúvida da sua existência contemporaneamente, a explicação apenas pela pobreza, a negação discursiva dessas desigualdades na tentativa de respaldar um comportamento não racista, o engajamento maior de agentes negros no tema. Como reação majoritária, o silêncio.

O silêncio inicialmente percebido vem se desdobrando também, no avançar da etnografia e das entrevistas em profundidade com esses profissionais, em dúvidas, delimitações, negação e militância – categorias que apontam para aprofundamentos e desenvolvimentos necessários na continuidade da pesquisa. Essas reações revelam um comportamento mais comum por parte deles para lidar com as desigualdades raciais em saúde, a resistência. As reações podem ser entendidas, em parte, por conta do completo desconhecimento, na ponta, da distribuição racializada da saúde, tão mobilizada nos gabinetes do Estado.

Meu argumento é que, além da influência das singularidades das relações raciais brasileiras nas quais esses profissionais estão inseridos, a chegada dessa agenda pública nessas burocracias por meio, principalmente, da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor dos usuários nas fichas do SUS, não favorece suficientemente o entendimento do tema e da política na ponta do Estado. Para esses profissionais da saúde pública, focalizar para mitigar desigualdades na saúde é uma ação estatal tida como racista, à qual eles não aderem.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, Philip. Notes on the difficulty of studying the state. *In*: SHARMA, Aradhana; Gupta, Akhil. (Eds.). **The anthropology of the state: a reader**. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006.
- BATISTA, Luís Eduardo Batista; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN, 2012.
- BOURDIEU, Pierre. Espíritos de estado: gênese e estrutura do campo burocrático. *In*: _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.
- CALDWELL, Kia Lilly. **Health equity in Brazil: intersections of gender, race and policy**. Illinois: University of Illinois Press, 2017.
- CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013.
- DUBOIS, Vincent. **La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère**. Paris: Economica, 1999. (Études Politiques).
- FAERSTEIN, Eduardo *et al.* Raça e racismo percebido, escolaridade e hipertensão em funcionários públicos brasileiros: estudo Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 81-87, 2014.
- FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.
- GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde Debate**, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.
- GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
- GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed. 34, 1999.
- GUPTA, Akhil. **Red tape: bureaucracy, structural violence and poverty in India**. Durham; London: Duke University Press, 2012.
- LAESER – LABORATÓRIO DE ANÁLISES ECONÔMICAS, HISTÓRICAS, SOCIAIS E ESTATÍSTICA DAS RELAÇÕES RACIAIS. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010 – Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça**. Rio de Janeiro: Laeser, 2010.
- LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas. **Novos Estudos Cebrap**, n. 87, p. 77-95, 2010.
- LIPSKY, Michael. **Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russell Sage Foundation, 2010.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.
- LOVEMAN, Mara. Making “race” and nation in the United States, South Africa, and Brazil: taking making seriously. **Theory and Society**, v. 28, p. 903-927, 1999.

- MARX, Anthony. **Making race and nation:** a comparison of South Africa, the United States, and Brazil. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- MORNING, Ann. **The nature of race:** how scientists think and teach about human difference. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 2011.
- OMI, Michael; WINANT, Howard. **Racial formation in the United States:** from the 1960s to the 1980s. New York: Routledge & Kegan Paul, 1986.
- PAGANO, Anna. **Health in black and white:** debates on racial and ethnic health disparities in Brazil. Tese (Doutorado em Antropologia) – University of California, San Diego, 2011.
- PASCHEL, Tianna S. **Becoming black political subjects:** movements and ethno-racial rights in Colombia and Brazil. Princeton: Princeton University Press, 2016.
- REIS, Elisa P.; MOORE, Mick. **Elite perceptions of poverty and inequality:** a comparison of five countries. England: Zed Books, 2005.
- SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil. Introduction: rethinking theories of the state in an age of globalization. *In:* _____; _____ (Eds.). **The anthropology of the state:** a reader. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006.
- SILVA, Graziella Moraes Dias da. **Re-making race, class and nation:** black professionals in Brazil and South Africa. Tese (Doutorado em Sociologia) – Harvard University, Massachusetts, 2010.
- STEINMETZ, George. Culture and the state. *In:* _____ (Ed.). **State/culture:** state formation after cultural turn. New York: Cornell University Press, 1999.
- TELLES, Edward. **Race in another America:** the significance of skin color in Brazil. Princeton; Oxford: Princeton University Press, 2004.
-

