

## **RACISMO ESTRUTURAL: UMA ANÁLISE GENEALÓGICA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA**

### **STRUCTURAL RACISM: A GENEALOGICAL ANALYSIS IN THE BRAZILIAN COLLECTIVE HEALTH FIELD**

Gabriel Souza **BOZZANO**  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil  
gabrielbozzano@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-8034-5556>

Mais informações da obra no final do artigo ●

#### **RESUMO**

O presente trabalho pretende abordar a questão da saúde da população Afrodescendente no Brasil a partir de uma análise genealógica da ciência biomédica e da noção de raça como operadoras de políticas públicas. Para tanto, buscamos uma narrativa do processo de formação do negro na sociedade brasileira, das dinâmicas de classe envolvidas, da noção de risco e perigo que desembocam com a formação de políticas públicas de saúde. Através de políticas públicas compensatórias para população afrodescendente, sobretudo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 e dados fornecidos pelas demais fontes institucionais discutimos a atualidade e as mudanças das relações que se perpetuam entre a ciência biomédica e o racismo estrutural no campo da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Afrodescendente. Políticas públicas. PNSIPN.

#### **ABSTRACT**

The present work intends to approach the question of the health of the Afro-descendant population in Brazil from a genealogical analysis of biomedical science and the notion of race as operators of public policies. Therefore, we seek a narrative of the process of formation of blacks in Brazilian society, of the class dynamics involved, of the notion of risk and danger that result in the formation of public health policies. Through compensatory public policies for people of African descent, especially the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN), through Ordinance GM / MS No. 992, of May 13, 2009 and data provided by other institutional sources, we discuss the current and the changes in the relationships that perpetuate between biomedical science and structural racism in the health field.

**KEYWORDS:** Health. Afrodescendant. Public policy. PNSIPN.

# 1 INTRODUÇÃO

A estreita relação entre racismo estrutural e saúde é definitiva para o destino social da população negra. O conceito de racismo estrutural que utilizamos é inspirado em Kalckmann *et al.* (2007, p. 146), que entende o racismo no campo médico como o

Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica.

O conceito de racismo estrutural, que nos mostra uma “forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes” (ALMEIDA, 2018, p. 25), revela-nos para além dos problemas que condicionam o acesso à saúde coletiva. Desse modo, a discriminação, vista pela ótica do racismo estrutural, também deve ser localizada pelas esferas econômicas, jurídicas, políticas e culturais que reforçam a desigualdade racial no país e precisam ser incorporadas nas análises de políticas públicas da saúde do negro e pardo.

Na medida em que a população negra e parda<sup>1</sup> sofre mais intensamente a privação de oportunidades para manter sua existência em níveis dignos, os efeitos de transtornos mentais, hipertensão, baixo peso, doenças cardíacas, diabetes, obesidade e abuso de álcool, por exemplo, os atingem de modo particular (KALCKMANN *et al.*, 2007).

Além disso, a frequência desses problemas de saúde afeta a população negra e parda mais intensamente do que afeta a população branca porque a baixa, variável e inconstante cobertura do sistema de saúde os deixam: a) mais expostos à doenças; b) assim como a própria justificativa sobre a falta da cobertura o sistema de saúde nos revela uma política de apagamento das demandas e particularidades desse grupo social (KALCKMANN *et al.*, 2007).

Nossa proposta é refletir, para além do sentido específico das políticas públicas voltadas para os problemas da saúde coletiva do negro, mas também num sentido velado, que avança sobre essa população. No campo da saúde, no final do século XIX e começo

<sup>1</sup> Utilizamos a metodologia do IBGE para a classificação racial no Brasil, que, grosso modo, coloca a auto identificação fenotípica como forma de visibilizar preocupações históricas da composição dos grupos sociais brasileiros (OSÓRIO, 2003).



do século XX, Nina Rodrigues (1998) defendia uma sutil separação das condições fisiológicas e morais entre brancos e pretos, com o predomínio dos traços fisiológicos, supostamente explicando sua inferioridade moral e genética. Essa postura via os negros como doentes, nesse caso, contribuindo para a criação de instituições como asilos psiquiátricos, depósitos dos considerados indesejados ou incapazes de viver na sociedade, bem como de legislações diferenciadas para os negros enquanto potenciais criminosos como evidencia seu famoso estudo da criminologia natural dos povos negros.

Discutiremos a ideia de racismo estrutural para evidenciar como a saúde opera, via políticas de branqueamento, como um mecanismo de definição e disciplinamento dos corpos dos sujeitos pretos e negros. Essa política sempre esteve em curso como estratégia de apagamento da presença do negro na sociedade, seja pelo estupro de mulheres negras escravas pelos senhores, pelo favorecimento de imigrantes europeus às lavouras de café e à indústria que se constituíam nos grandes centros econômicos (ALMEIDA, 2018, p. 25).

Da mesma forma, quando não olhamos para o acesso do negro e pardo no sistema de saúde, excluindo da formação de médicos ou do próprio sistema hospitalar para os problemas que os atingem, como “questões práticas menores” ou “sem cabimento”, temos um processo de embranquecimento, já que todos somos iguais enquanto corpos e raça – portanto, não haveria a necessidade de políticas públicas específicas para essa população.

Em seguida, trazemos uma discussão de Chauloub (1996), que nos mostra como as políticas de saúde são desiguais e atestam o caráter do epistemicídio dos povos negros, ou seja, o silenciamento de suas presenças e do conhecimento que é tributário dos negros à cultura brasileira (CARNEIRO, 2005).

Por fim, discutimos as políticas públicas em saúde no espaço do sistema único de saúde (SUS) atentando para os desafios de inclusão dos negros. Para tanto, a ênfase é dada nos conflitos para o tratamento de doenças em nível individual, com a estigmatização desses grupos sociais e dos dados epidemiológicos que esconde uma clara política de extermínio em curso.

## 2 RACISMO ESTRUTURAL E BRANQUEAMENTO: REVISITANDO NINA RODRIGUES

É comum dizer que no Brasil não há racismo, isso porque se institucionalizou a ideia de que vivemos em harmonia entre as raças. O mito da democracia racial que permeia as narrativas do senso comum e a interpretação ingênua sobre escritos como de Gilberto Freyre (2006) em *Casa grande e senzala*, permitiu que se consolidasse uma ideia errônea de harmonia entre as raças.

Essa narrativa ajudou a constituir um ideário de miscigenação como um fator positivo para a população brasileira, sobretudo pela proximidade das características fenotípicas do branco europeu, o que teria justificado a busca de um tipo ideal de povo na construção do estado-nação (HOFBAUER, 2007).

Esse processo, denominado por Hofbauer (2007, p. 02) como branqueamento, sustentava a possibilidade de transformar uma “raça inferior” numa “raça superior”. Estudos realizados sob a perspectiva do positivismo nas ciências “ditas naturais”, como os do médico baiano Nina Rodrigues sobre os negros não se restringiram somente à tese em voga na época – no contexto darwinismo social – de quão perniciososa era a influência dos negros na população brasileira.

De fato, para Correia (2006), Nina Rodrigues trazia uma nova perspectiva sobre o problema da saúde pública no país por trazer considerações que explicavam o modo como as epidemias, a assistência aos alienados, a prevenção e a repressão ao crime deveriam ser tratadas. Nesse sentido, a miscigenação traria ainda um risco de degeneração das raças e perigo à criação de uma identidade nacional, o que poderia ser combatido ou solucionado esse “problema” na medida em que a questão racial se apresenta-se como objeto da saúde pública.

Os médicos da faculdade do Rio de Janeiro buscavam sua originalidade e identidade na descoberta de doenças tropicais como febre amarela e mal de chagas, que deveriam ser prontamente sanadas pelos programas “higiênicos”. Já os médicos baianos farão mesmo ao entender o cruzamento racial como nosso grande mal, mas, ao mesmo tempo, nossa suprema diferença. Ou seja, enquanto para os médicos cariocas tratava-se de combater doenças, para os profissionais baianos era o doente, a população doente que estava em questão. Era a partir da miscigenação que se previa a loucura, entendia-se a criminalidade, ou, nos anos 20, se promovia programas eugênicos de depuração. Se o jargão é comum, a atenção é diversa (SCHWARCZ, 1993, p. 190).



Essa posição entre as elites intelectuais e médicas sobre a miscigenação resultou em teorias de todos os tipos, resvalando sobre a questão racial brasileira e produzindo um novo tipo de racismo no país, um que, mesmo num contexto de políticas de branqueamento, as raças conviveriam pacificamente porque, de fato, elas contribuem para a própria sustentação desse novo país que se abre para o mundo moderno pós-abolição dos escravos.

No caso do campo da saúde, a separação e classificação dos corpos não é a mesma que em países como Estados Unidos ou África do Sul, onde oficialmente foram criadas barreiras físicas à mobilidade dos negros: os espaços e os direitos eram claramente limitados e excludentes (HOFBAUER, 2007). No campo da saúde, o racismo estrutural aponta para as práticas, explícitas e implícitas, inseridas nas próprias instituições do sistema de saúde que se apresentam como barreiras aos sujeitos negros e pardos.

Esse é um problema que nos remete à formação histórica não só de nossas instituições de maneira geral mas, em especial à formação do quadro médico no país (SCHWARCZ, 1993). O racismo estrutural avança como uma estrutura que vem desde a colonização e favorece a ideia de que nem todos os lugares são possíveis de serem ocupados pelos negros. As instituições não se veem como preconceituosas, e nesse sentido, temos um claro desnível das preocupações com essa população, que a partir do estudo “Cidade Febril”, de Chauloub (1996), veremos como se atualiza o racismo estrutural no campo da saúde.

Portanto, ir além do próprio sistema de saúde para a reflexão do racismo e voltar a ele nos ajuda a visibilizar o lugar do negro nesses espaços como demandantes de direitos e que suas necessidades, especificamente no campo da saúde, precisam ser atendidas (SANTOS, 2015).

### **3 CORTIÇOS, RAÇA E EPIDEMIAS**

Muito longe da harmoniosa democracia que supostamente teria havido em nosso país, o contexto é de conflito racial. O fim do tráfico negreiro, a entrada dos negros na nova ordem nacional, a libertação dos negros com a Lei Áurea e a República de 1889 em



nada alteraram essa situação. Até que ponto o fim desse regime revela um real comprometimento com a inclusão do negro na ordem moderna? De que maneira um status depreciativo contra o sujeito negro, encontrado na tese do branqueamento, que convocou a superação da predominância do sujeito negro com a mestiçagem e sua “superação” está associado ao surgimento da ciência biomédica? (HOUFBAUER, 2007).

Chauloub (1996) discorre sobre a relação entre racismo e saúde e sobre como essa relação se desdobra nas políticas epidemiológicas adotadas a partir da metade do século XIX, no Rio de Janeiro. Ele está interessado em entender, especificamente, o papel dos médicos sanitaristas como promotores de um discurso científico novo, que atribuem a si a capacidade de sanar as mazelas que se acometem a essa cidade.

O notório combate aos cortiços, nesse sentido, esconde um laborioso trabalho de ação médica contra as populações de vidas negras já que neles estariam “localizados” os agentes etiológicos da febre amarela, varíola, tuberculose. De outro lado, não escapa ao autor as estratégias de resistência popular frente a esse contexto político e social.

Sabe-se que em 1855 as taxas de mortalidade elevaram-se bastante da população nos principais centros econômicos do país. A questão da salubridade pública e, mais especificamente, a questão das condições higiênicas das habitações coletivas foram colocadas na ordem do dia. As condições de saúde pública estavam se deteriorando de forma aguda no Rio de Janeiro no final do século XIX (CHAULOUB, 1996).

De um ponto de vista foucaultiano – parcialmente adotado por Chauloub (1996) –, há, nesse momento, uma ruptura do discurso sobre as causas dos males que afligiam a população. Para Foucault, a clínica e o saber biomédico detêm um novo papel de disciplinamento do corpo, o qual é um corpo morto, desprovido de valores e subjetividade. A perspectiva é de apresentarmos uma genealogia da ação sanitarista, encontrando, na ação contra os cortiços, uma espécie de “mito de origem”, ou seja, de um conjunto de práticas, instrumentos e valores que justificam a ação contra os cortiços.

Para Chauloub (1996), a primeira aproximação entre ameaça sanitária e a pobreza se dá na ênfase da pobreza como classe perigosa. Haveria, para os sanitaristas em geral, e apesar de suas diferenças teóricas e postura prática para resolver o problema da habitação, uma intensa promiscuidade e foco de vícios nos cortiços, que precisavam ser atacados porque lá também haviam os focos de epidemias. A ordem social seria preservada na medida em que a doença fosse contida e o contágio não fosse mais propagado, mesmo que as causas dessa doença não fossem muito bem esclarecidas à época.



Os médicos sanitaristas foram bem-sucedidos no que toca a uma ideologia da higiene, atestando seu ideário e método – exclusão, extirpação e controle dos corpos – como alternativa para, não somente a terapêutica do corpo doente, mas como aglutinador do poder estatal, com a urbanização, expulsão dos pobres de áreas valorizadas e de uma nova ideia de Estado-nação que estaria “tratando” o mal da raça com o foco em sua política de embranquecimento deliberada e enunciada pelas elites dirigentes e intelectuais.

Chauloub (1996) discorre sobre a grande preocupação com a qualidade da habitação popular em legislar no sentido de obrigar os proprietários a construir residências que zelassem minimamente pela saúde dos moradores. É nesse espaço que burocratas e médicos agirão sobre os corpos da população negra, na medida em que os mesmos detêm sucesso para imporem suas versões sobre a ameaça que a população desses espaços tinha para a saúde coletiva.

O papel das juntas médicas, dos conflitos entre burocratas e médicos sobre o destino da população demonstra como o olhar biomédico em construção se constitui em poder estatal. Para tanto, Chauloub (1996) demonstra como a aliança com grupos empresariais que desejavam se aproveitar dos espaços ocupados pelos cortiços está relacionado ao poder total que a Inspeção de Higiene detém após a República.

Em comum, as diferenças entre as facções das classes médicas era diluída pelo poder da inspeção epidemiológica. É com grande interesse que apontamos como o poder biomédico se constitui, tendo em vista um cenário onde ainda não se dava a reflexão das habitações coletivas nos parâmetros estritamente técnicos da Higiene, ou seja, como objeto de intervenção total como fonte de contágio e disseminação de doenças. Ao contrário, este era um problema social, a ser solucionado a partir de decisões políticas claras dos governantes da cidade – o que muito pouco se tinha nesse momento de grandes transformações urbanísticas e econômicas na cidade do Rio de Janeiro na virada do século XIX para o XX (CHAULOUB, 1996).

O problema da febre amarela em 1850 e 1870 se apresentou de forma distinta aos médicos e elites por que os interesses econômicos e políticos variaram nesse período. Na primeira fase, temos a questão da suposta evidência de que os negros seriam eles próprios vetores da doença – como era defendido pelas teses do contágio. A preocupação era pouca neste momento porque pouco afetava o negro e o excesso de escravos compensa os dissensos que existiam no campo político entre opositores e pró-abolicionistas. Logo, tudo mantinha-se no mesmo (CHAULOUB, 1996).



Em 1870, por outro lado, a febre amarela havia se tornado um problema de saúde pública, justamente porque num momento de crise da escravidão vitimava, prioritariamente, os imigrantes europeus. O combate à febre amarela fazia-se necessário, portanto, para viabilizar a imigração e embranquecimento da população (HOFBAUER, 2007). Segundo Chauloub (1996), entre todas as doenças endêmicas que assolavam o Rio de Janeiro, a febre amarela foi escolhida como prioridade, apesar de não se saber qual era a verdadeira causa do agente patogênico e sua disseminação. Soma-se a isso a exclusão da política de tratamento, controle e diagnóstico dos doentes de tuberculose, que atingia inúmeros habitantes, especialmente negros.

De certa forma, podemos, com Florestan Fernandes (1978), entender esse momento de expulsão dos cortiços como uma forma de reiterar a posição de subalternidade dos negros na sociedade brasileira. As diferenças entre os negros que se destacam não esconde o fato de que a maioria deles estão sempre em condição de subalternidade ao mundo branco. Estão perpetuamente subtraídos em sua identidade e dignidade, e assimilados a uma política deliberada de valorização do imigrante europeu.

Portanto, joga-se o problema real, de uma política contra a população negra e pobre para o futuro. Assim como na política, não existe neutralidade na ciência, ela se desfaz no ar com os desafios que a febre amarela trouxe para a implantação de um sistema de saúde integrado a vida moderna que se abria nesse período (SCHWARCZ, 1993)

Da mesma forma que a ciência sanitaria positivista havia tido um forte vínculo com o darwinismo social de Nina Rodrigues, a ruptura veio com um novo entendimento da ciência médica e do papel do negro e pardo na sociedade brasileira. Para Josué de Castro (1957), autor que atuou nos idos de 1930 – portanto ainda precisou responder à hegemonia daquele autor no campo médico –, a solução adotada por ele passava pela discussão da fome no Brasil para além do seu aspecto nutricional.

Josué de Castro (1957) precisou demonstrar com suas pesquisas que o destino dessa população não poderia ser estritamente entendido como fruto da incapacidade moral das pessoas seguirem os parâmetros de higiene, mas que o efeito era resultante da ausência de condições básicas que permitissem que a população acessasse bens que os manteriam livres da desnutrição e do amparo médico preventivo e promotor de saúde.

Numa retomada da política pública para os povos excluídos, Castro (1957) refletiu que os povos negros precisavam integrar a identidade e o futuro da nação de maneira mais digna. Veremos como o problema da questão racial se prolonga com as propostas

de inclusão do sujeito negro à saúde coletiva nacional e a persistência e operacionalidade do racismo estrutural nesta última esfera, objeto de nosso estudo.

#### **4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: A MICROPOLÍTICA DO RACISMO ESTRUTURAL**

Podemos pensar que as características sobre a racialidade, no decorrer da história brasileira, atravessam a persistência do problema da exacerbada desigualdade social.

No quesito distribuição racial da riqueza, em 2014, dentre os 10% mais pobres, 76% eram pretos ou pardos e 22,8% brancos. Já no outro extremo da distribuição, quer dizer, no 1% com maiores rendimentos da população em 2014, 17,8% eram pretos ou pardos, contra 79% de brancos. O rendimento dos trabalhadores de cor preta ou parda, entre 2003 e 2015, teve um acréscimo de 52,6%, enquanto o rendimento dos trabalhadores de cor branca cresceu 25% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 12)

Mas a pesquisa do Ministério da Saúde (2017, p. 13) registrou, também, que os trabalhadores de cor preta ou parda ganhavam em 2015, em média, pouco mais da metade (59,2%) do rendimento recebido pelos trabalhadores de cor branca.

Para além das questões socioeconômicas, trazemos a proposta e os índices que tocam concomitantemente as condições da saúde da população negra descrita na portaria GM/MS nº 992 de 2009 do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Por meio dela, novas diretrizes foram criadas sobre como proceder com a política de saúde pública da população negra.

O Ministério da Saúde reconhece a carência da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 10)

Até o ano 2000, não havia indicadores epidemiológicos da população negra, o que atesta o racismo estrutural. Assim como políticas em outros setores, como as cotas raciais, inicia-se a ideia de que “declarar a sua raça/cor é importante para a construção de



políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolide indicadores” e avance com políticas mais eficazes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 13).

A autodeclaração é importante para traduzir os efeitos das desigualdades sobre a população negra uma vez que a transformação da exclusão decorrente do racismo demanda a participação dos indivíduos sobre os processos decisórios e políticos que lhes afetam.

A vulnerabilidade das condições de vida dessas pessoas está intrinsecamente ligada ao acesso à saúde pública. Trazendo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, enquanto a população branca representava 47,2%. Somado o fato de que, dentre os indivíduos que estão em maior situação de pobreza, entre os que estão no último estrato da pirâmide de renda nacional, 75% pertencem à população negra, majoritariamente dependente do SUS, temos o tamanho do desafio de uma política mais integradora no campo da saúde (IBGE, 2016).

Em Boletim Epidemiológico, o Ministério da Saúde (2015) demonstra que 37,8% da população adulta preta ou parda avaliou suas condições de saúde com índice inferior aos da população branca, com 29,7%, com o restante desse universo não emitindo opinião ou avaliando como positivas as respostas a todos os grupos étnicos e raciais. De todo modo, o mesmo boletim epidemiológico aponta que pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos ao viver em um domicílio com condições precárias do que brancos (38,7% dos pretos ou pardos contra 22,3% dos brancos).

A proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre as pessoas pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 20).

Já a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que se consultaram com um dentista nos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%), também inferior à média nacional de 44,4% (89,1 milhões) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 20). O acesso a medicamentos também é apontado pela pesquisa, dentre as pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. A proporção de pessoas de cor branca que obteve todos os medicamentos foi maior (84,2%) do que a observada entre as pessoas de cor parda (80,4%) e preta (81,1%).

Com esses dados em vista, o racismo estrutural fica evidenciado ainda mais na pesquisa de Halckman (*et al.*, 2007, p. 149) com 43,3% dos entrevistados respondendo que já perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde, 60%, 44,2% e 40,8%, entre os de cor preta, branca e parda, respectivamente.

As categorias exploradas pelas autoras: 1) restrição ao acesso e/ou ao atendimento; 2) qualidade do atendimento ao pré-natal e ao parto; 3) restrição ao acesso e qualidade do atendimento específico a anemia falciforme; 4) relacionado às relações entre os profissionais de saúde são importantes para revelar como o estigma associado ao negro se manifesta nas expressões do colorismo<sup>2</sup>, que gradua a discriminação ao tom da cor.

1) O racismo como ideologia do dominador perpassa o cotidiano dos profissionais de saúde, que creditam ao negro serem os “mais fortes e resistentes à dor”, como:

“Negro não adoce” (51 anos, auxiliar de enfermagem, preta); “Não é uma coisa assim fácil de falar, sinto que somos tratados com mais displicência” (51 anos, jornalista, cor preta); “Eu estava com muita dor e a médica falava: que é isso? Não dói tanto” (23 anos, professora, parda);

Logo, se minimizam as queixas e dificulta-se o acesso. Exemplos dessa situação são descritos a seguir:

“O meu tio foi vítima de assalto, chegou baleado no PS e foi tratado como assaltante” (55 anos, auxiliar de enfermagem, cor preta); “A enfermeira se negou a examinar minha sobrinha” (24 anos, atendente de lanchonete, cor preta); “A população quilombola não tem acesso aos serviços públicos de saúde” (40 anos, psicólogo, cor preta); “Vi uma senhora, ao não concordar ou entender a prescrição, ouvir do médico: a senhora é uma velha negra e sem diploma, eu que estudei, sei o que estou fazendo” (52 anos, presidente de ONG, cor preta) (HALCKMAN *et al.*, 2007, p. 151).

2) Na questão do pré-natal, mostra-se como as situações de discriminação são mais frequentes quando as pessoas estão mais fragilizadas, como durante a gravidez e durante o parto: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria” (43 anos, diretora de ONG, cor preta); “No parto do meu último filho não me deram anestesia” (43 anos, auxiliar administrativa, negra);

3) Os médicos sabem pouquíssimo sobre a anemia falciforme. A doença é hereditária, mais comum entre os negros e menos notificada no Brasil. Considerando a

<sup>2</sup> O conceito se refere a discriminação pela cor da pele, que a grosso modo, quer dizer que quanto mais pigmentada uma pessoa, mais exclusão e discriminação essa pessoa irá sofrer. Ver: (FRANCISCO, 2010).

população geral, com maior prevalência entre os afrodescendentes, é causada por uma mutação do gene da hemoglobina que determina a alteração da forma dos glóbulos vermelhos, que se tornam parecidos a uma foice.

Quando um paciente negro chega ao hospital com crise de dor por anemia falciforme, é tratado como viciado em ‘dolantina’ e ‘franor’” (20 anos, presidente de ONG, negra) [...]. Os médicos sabem pouco ou desconhecem a anemia falciforme (52 anos, médico, branco) [...]. O meu menino tinha dor no braço e eles engessaram (48 anos, socióloga, branca) (HALCKMAN *et al.*, 2007, p. 152)

4) Situações de racismo estrutural que ocorrem entre os dirigentes e o trabalhador, entre os trabalhadores e entre usuários e trabalhadores negros.

“Muitos não são admitidos por que são negros”(60 anos, técnico químico, negro); “Os cargos de direção e de alto escalão são preenchidos por pessoas brancas” (48 anos, coordenador de cursos, pardo); “A médica branca me destratou e fez alusão a minha cor” (50 anos, psicóloga, negra); “Meu marido é médico, foi questionado se tinha competência” (46 anos, professora, negra); “A usuária não quis que auxiliar de enfermagem negra aplicasse vacina em seus filhos” (52 anos, educadora de saúde, parda).

Posto esses relatos da experiência de privação e da construção do corpo negro no campo biomédico, indicamos a defesa da noção de integralidade do tratamento em saúde e o fato de essa população ser a que mais necessita da saúde pública. Essa discussão coloca os problemas do racismo estrutural em sintonia com políticas de cunho mais democratizantes e a importância de visibilizar como o corpo negro tem sido controlado, construído e nesses espaços quase sufocantes de assujeitamento, oxalá, de transformação da realidade social.

Avaliamos os discursos e a posição dos profissionais da saúde e usuários para reforçar a ideia da necessidade de expansão dos serviços de saúde como uma forma de aumentar os esforços para políticas mais justas e que integrem melhor o negro na sociedade brasileira.

## 5 CONCLUSÃO

Ainda que não resolvam o problema do racismo de forma permanente, sua crítica é de fundamental relevância para a constatação do problema, avançando com a luta por



direitos no campo da saúde, e indo além de formas particulares, pontuais e paliativas de resposta a imensa desigualdade social da sociedade brasileira.

O racismo estrutural é apenas reflexo dessa dimensão, arraigado nas entranhas do estado-nação não só aqui, mas também em diversas nações da modernidade. As relações que se estabelecem entre a ciência biomédica, a nascente saúde coletiva e o racismo são indispensáveis para a construção de um discurso de exclusão da população negra em espaços de disciplinamento. A história social das doenças emergentes que se acometiam com mais frequência na população negra, em razão da vida em cortiços e espaços insalubres, apresentam-se causa e consequência de políticas públicas no campo da saúde, mas também de um crescente controle de suas vidas e corpos, agora sujeitos a maior intervenção, manipulação e experimentos frequentemente aquém da dignidade esperada à essa população .

Diante disso observou-se que essa reprodução do preconceito de raça e cor em origens na formação social do país, e que atravessa o desenvolvimento científico de herança colonial. É perceptível como as políticas de ação compensatórias são de fundamental importância para a população negra no país, principalmente sobre a saúde dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

CARNEIRO. Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** Tese (Doutorado em educação). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1957

CHAULOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CORREIA, Mariza. Raimundo Nina Rodrigues e a “garantia da ordem social”. **Revista USP**, n. 68, p. 130-139, 2006.

FRANCISCO, Monica da Silva. **Discursos sobre colorismo: educação étnico-racial na contemporaneidade.** Rio de Janeiro: Maracanã, 2010.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** v. 2. São



Paulo: Ática, 1978.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

HOFBAUER, Andreas. Branqueamento e democracia racial: sobre as entranhas do racismo no Brasil. In: CATARINA, Marina; ZANINI, Chitolina (Orgs.). **Por que “raça”?** Breves reflexões sobre a questão racial no cinema e na antropologia. Santa Maria: Ed. UFSM, 2007.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2007.v16n2/146-155/>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política integral de saúde da população negra**: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico**. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE**. Brasília: IPEA, 2003.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **Os Africanos no Brasil**. São Paulo/Brasília: Nacional/EdUnB, 1998.

SANTOS, Gislene Aparecida dos. Nem crime, nem castigo: o racismo na percepção do judiciário e das vítimas de atos de discriminação. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, Brasil, n. 62, p. 184-207, 2015

SCHWARCZ, Lilia. **Os Espetáculos das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870 -1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

## NOTAS

### TÍTULO DA OBRA

**Racismo Estrutural: uma análise genealógica no campo da saúde coletiva brasileira**

**Gabriel Souza Bozzano**

Doutor em Sociologia

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Sociologia, Rio de Janeiro, Brasil

[gabrielbozzano@hotmail.com](mailto:gabrielbozzano@hotmail.com)

<http://orcid.org/0000-0002-8034-5556>

### LICENÇA DE USO

Os autores cedem à **Em Tese** os direitos exclusivos de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution 4.0 Internacional \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Esta licença permite que **terceiros** remixem, adaptem e criem a partir do trabalho publicado, atribuindo o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico. Os **autores** têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional, em site pessoal, publicar uma



tradução, ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

#### **PUBLISHER**

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Publicado no [Portal de Periódicos UFSC](#). As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

#### **HISTÓRICO**

Recebido em: 16 de março de 2020

Aprovado em: 22 de maio de 2020

