

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA**

JACIANE PIMENTEL MILANEZI REINEHR

SILÊNCIOS E CONFRONTOS

A saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)

RIO DE JANEIRO

2019

Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr

SILÊNCIOS E CONFRONTOS: a saúde da
população negra em burocracias do Sistema Único de
Saúde (SUS)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Sociologia e Antropologia da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial à obtenção do título de Doutora em
Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Graziella Moraes Dias da Silva

Rio de Janeiro

2019

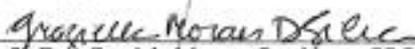
**“SILÊNCIOS E CONFRONTOS - A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA EM
BUROCRACIAS DO SUS”**

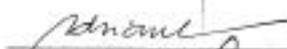
JACIANE PIMENTEL MILANEZI REINEHR

Orientadora: Profa. Graziela Moraes

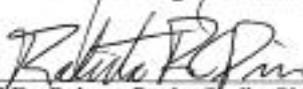
Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas (Sociologia).

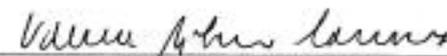
Aprovada por:

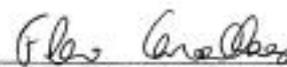

Prof. Dra. Graziela Moraes, Presidente, PPGSA/IFCS/UFRJ

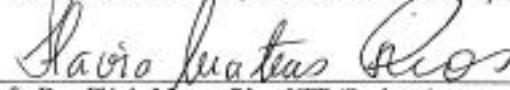

Prof. Dra. Adriana de Resende Barreto Vianna, PPGAS/MN/UFRJ


Prof. Dra. Marcia Regina de Lima Silva, USP


Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires, IPEA


Prof. Dra. Valéria Ribeiro Corossacz, UNIMORE


Prof. Dr. Flávio Carvalhães, PPGSA/IFCS/UFRJ (Suplente)


Prof. Dra. Flávia Mateus Rios, UFF (Suplente)

Rio de Janeiro

Fevereiro/2019

Às usuárias negras e pobres do sistema público de saúde brasileiro, que agenciam suas sobrevivências às burocracias do Estado, cotidianamente.

À atual geração de profissionais negras da Estratégia Saúde da Família, que agenciam práticas equitativas à saúde pública, corriqueiramente.

Às ativistas negras brasileiras, que nos legam uma vida de agências em prol da igualdade racial neste país, diariamente.

Todas, mulheres negras no Estado.

AGRADECIMENTOS

Eu sempre gostei de ler agradecimentos, pois me indicam como efetivamente se faz ciência. Primeiro, eu gosto de ler os parágrafos onde são revelados os apoios do dia a dia, os que suportam nossas versões diante de um trabalho de natureza intensa como uma tese. Depois, eu leio com quem o pesquisador compartilha seus processos de trabalho para elaborar perguntas de pesquisa que nos movem. Em seguida, eu sigo para as filiações institucionais para entender como eles conseguem manter a pesquisa. Descobri que pessoas e condições institucionais é a receita para concluir um doutorado e produzir uma tese. Fazer ciência não é fruto de genialidade, mas de redes de apoio e condições de trabalho, nem sempre favoráveis à ciência. Eu tive vários que me apoiaram, materialmente e emocionalmente, durante esses anos de doutorado. Chegou minha hora de agradecê-los: instituições públicas, pares, queridos.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por 48 meses de bolsa de doutorado. Ter bolsa de Doutorado no Brasil é um privilégio. Muitos colegas não tiveram e não terão, especialmente, em tempos de contenção de gastos públicos e novas escolhas políticas de fomento à ciência no Brasil. Muitos que possuem bolsas sustentarão suas famílias com apenas este recurso. Serão, em média, quatro anos de formação (ou trabalho, a depender da perspectiva) sem outras condições básicas, sem alojamento, sem alimentação, sem assistência médica, nem psicológica, para um trabalho ininterrupto. A vida privada seguirá seu percurso, mas, acompanhada de uma tarefa que nunca cessa, nessas condições, o que dificulta qualquer equilíbrio entre as esferas da vida.

Agradeço ao 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) pela histórica existência e excelência do Programa, das disciplinas oferecidas, dos eventos promovidos, do apoio administrativo da Secretaria do PPGSA, do apoio de participação no 18º Congresso Brasileiro de Sociologia (SBS), o que possibilitou apresentar, nacionalmente, os primeiros resultados desta pesquisa de doutorado.

Agradeço ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade (NIED), coordenado pela professora Elisa Reis (UFRJ) e vice-coordenado pelos professores Flávio Carvalhaes (UFRJ) e Graziella Moraes Dias da Silva (UFRJ e IHEID). Para mim, o NIED foi um espaço de formação científica por meio do acompanhamento das pesquisas sobre diferenças e desigualdades, da participação em reuniões com os parceiros internacionais, da leitura e debate de referências clássicas e atuais do campo, da leitura e debate de trabalhos ainda em andamento desses pesquisadores seniores, da discussão sobre os textos dos bolsistas

de iniciação científica, da crítica à minha pesquisa de doutorado, enquanto esta se construía como um projeto de pesquisa. No NIED, eu tive o prazer de aprendizagem do debate acadêmico com minha orientadora, Graziella Moraes Silva (UFRJ e IHEID), e com os seguintes pesquisadores, que registro agradecimento: Flávio Carvalhaes (UFRJ), Verônica Toste Daflon (UFF), Raquel Guilherme de Lima (UFF), Samara Mancebo Lerner (PUC/RJ), Luciana de Souza Leão (Columbia), João Luiz Dornelles Bastos (UFSC), Dóra Chor (Fiocruz/RJ).

Agradeço à minha orientadora, Graziella Moraes Dias da Silva (UFRJ e IHEID), por ter se disposto a me formar como Cientista Social. Grazi, para quem tem o prazer de conviver com ela, sabe a admiração que sentimos ao vê-la, sendo Socióloga por esse mundo afora. Aprendi com Grazi a sempre duvidar das minhas interpretações. Quando me sentia confortável com um argumento, ela me motivava a testá-lo mais. Além da formação, Grazi foi uma orientadora de imediatos e críticos retornos, independente do país em que ela estivesse. Nesses anos de convivência com ela, tudo o que eu escrevi foi lido e criticado: reações em sala de aula, trabalhos finais de cursos, resumos de trabalhos para congressos, trabalhos completos, candidaturas às escolas de verão/inverno em Ciências Sociais, planos de aula, o rascunho do rascunho dos capítulos desta tese, até a última versão entendida como a possível de seguir para a avaliação da Banca. Seu respeito à minha autonomia de escolhas nesta pesquisa sempre foi acompanhado de críticas e do realismo de sugestões para que a tese fosse feita, apesar das adversidades. À Grazi, meu sincero agradecimento por esses anos de convivência, formação e tradução do mundo acadêmico.

Agradeço ao corpo discente do IFCS e PPGSA pelas lutas políticas de democratização do ensino superior e da pós-graduação, e por melhores condições institucionais de pesquisa. Além de serem graduandos e pós-graduandos, vocês se dispuseram à política universitária para a promoção de um ensino público de qualidade e inclusivo.

Ter mudado para o Rio de Janeiro me possibilitou experimentar lugares e pessoas que provocaram mudanças de percurso na minha trajetória e nas questões da tese. O Museu Nacional, “o Museu” para quem sabe da sua magia. Cursei duas disciplinas no Museu, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS). A primeira, Escrita Etnográfica, com a professora Adriana de Resende Barreto Vianna e a pós-doutora Ângela Facundo (Fundação Casa Ruy Barbosa). A segunda, Antropologia dos Processos de Formação do Estado, também com a professora Adriana Vianna, juntamente com o professor Antônio Carlos de Souza Lima (PPGAS) e a pós-doutora Silvia Aguião (CEBRAP). Lembro-me da minha euforia no primeiro dia em que atravessei os jardins da Quinta da Boa Vista em direção

ao Museu. “O Museu”, eu repetia mentalmente, enquanto fatigava, subindo as escadas da Quinta, lembrando dessa vontade desde Brasília. O Museu significava um lugar de ensino, de convivência, de desconstrução, de transgressão. Sempre me sentia inquieta ao ir e voltar do Museu. Era revigorante participar, mesmo que por meio de disciplinas, daquele mundo habitado por histórias, pessoas e perspectivas potentes. Depois da primeira disciplina, eu não conseguia deixar de frequentar o Museu: outra disciplina, jornada discente, a intimista biblioteca Francisca Keller, reencontros no Jardim, o frango empanado do restaurante. No último ano de tese, eu me mudei do Rio, mas me organizava para visitar a biblioteca Francisca Keller, entre 17 e 21 de setembro de 2018, para a releitura de obras que eu apenas encontrava lá. No dia 02 de setembro de 2018, o Museu Nacional foi incendiado.

No ano de 2018, ocorreram sucessivas mortes que nos golpearam antes e depois da do Museu, a da vereadora Marielle Franco (14/03/2018) e a de alguma proposta de governo progressista (eleição, 28/10/2018). Seguir resiliente passou a ser um compromisso à potência da vida de Marielle Franco, à proposta de produção de conhecimento do Museu e à disputa de propostas inclusivas de sociedade.

Agradeço aos professores da UFRJ que me formaram nesses cinco anos de doutorado, cada um singular, pela dedicação à ciência, docência e militância à igualdade de oportunidades neste país. Meu encantamento por eles é imenso, pela formação e pela motivação a juniores seguirem na ciência num país de intermitências.

Apreendi mais sobre a docência, ainda me doutorando, em outro lugar das ciências sociais carioca, o “Gragoatá”. Agradeço ao Departamento de Sociologia e Metodologia das Ciências Sociais (GSO), do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia (ICHF), da Universidade Federal Fluminense (UFF) pela oportunidade de ter sido professora substituta por um ano e sete meses. Lembro-me da insegurança diante da minha primeira experiência docente e da disponibilidade desses pares em me ensinar a docência e gestão acadêmica. Nada me prepararia para “o Gragoatá”: disciplinas, reuniões de colegiado, greve, ocupação das universidades, mudança de governo. Além do intenso aprendizado docente, o que também define essa experiência foi a construção coletiva, não por isso consensual, de iniciativas à contínua construção da Sociologia, por dentro da universidade. Especial agradecimento à Alessandra Siqueira Barreto, Marcos Otavio Bezerra, Valter Lúcio de Oliveira, Sérgio Ricardo Rodrigues Castilho, Cristiano Fonseca Monteiro, Lígia Maria de Souza Dabul, Christina Vital da Cunha, Flávia Rios, Carolina Zuccarelli Soares, Daniel Mano e Fabrício Teló.

Em algum momento durante minha estadia no Rio, eu tive a oportunidade de conversar sobre esta tese em alguma mesa de bar carioca com tantos que agradei até o momento. Comentar tese no bar? Isso é muito da dinâmica de se doutorar no Rio de Janeiro! “Hell” de Janeiro, amigos, bar de esquina e tese; uma “carioquice” que nos faz acreditar que será possível finalizá-la.

Agradeço a todos os comentadores de trabalhos referentes à tese em eventos das Ciências Sociais no Brasil que leram atentamente ao que eu escrevia e procederam com críticas estimulantes à pesquisa. À Flávia Mateus Rios (UFF) e Carlos Augusto Mello Machado (UNB), coordenadores do Simpósio de Pesquisas Pós-Graduadas (SPG) de Questão Racial - Desigualdade, Conflito e Poder, do 41º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS/2017). À Márcia Regina de Lima Silva (USP), debatedora do Grupo de Trabalho Relações Raciais e Étnicas: Desigualdades e Políticas Públicas, do 18º Congresso Brasileiro de Sociologia (2017). À Luciana Schleder Almeida (CBAE) e Silvia Aguião (CEBRAP), debatedoras da Mesa Estado, Poder e Mediações, do VI Seminários dos Alunos do PPGAS/Museu Nacional/UFRJ (2016). À Samara Mancebo Lerner (PUC/RJ), debatedora do Grupo Temático Questão Racial e Desigualdade Social, da XVI Jornada do PPGSA/IFCS (2015). À Elielma Ayres Machado (UERJ), do Grupo Temático Questão Racial e Desigualdade Social, da XV Jornada do PPGSA/IFCS (2014). Um agradecimento especial à Flávia Rios (UFF), Márcia Lima (USP) e Samara Mancebo (PUC/RJ) por terem continuado a conversar sobre a pesquisa comigo para além desses espaços institucionais.

Agradeço ao grupo de pesquisadores, liderado por Roberto Rocha Coelho Pires (IPEA) que, durante dois anos (2016-2018), se reuniu para debater a relação entre políticas públicas com objetivos inclusivos e reprodução de desigualdades. Nestas ocasiões, tive o prazer da pesquisa ser comentada com entusiasmo por estes pesquisadores. Sob a iniciativa de Roberto Pires, essas pesquisas culminaram na publicação de um Boletim de Análise Política-Institucional (BAPI/13/2017) e do livro “Implementando Desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas” (2019). Faço especial agradecimento a uma pesquisadora deste grupo, a professora Gabriela Spanghero Lotta (FGV/SP), que compartilhou comigo achados e análises preliminares de suas pesquisas em andamento sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) que me auxiliaram na tese.

Agradeço aos profissionais da ESF. Convivi quase dois anos com seus cotidianos de trabalho. Muitos compartilharam comigo seus anseios presentes e futuros. “Sai do campo”, sabendo que era a hora quando cenas e narrativas se saturavam. Mas, se o ofício de

pesquisadora me demandava imergir na análise, a vontade era de “ser da equipe”. Sentia-me insignificante apenas com uma tese sobre desigualdades raciais, quando vocês lutavam diariamente para sobreviver à ESF. Quando comecei a me despedir, escutei: “para onde você vai? Você já é da equipe”. Fiquei atordoada entre seguir e ficar, analisar ou fazer a inúmeras escolhas discricionárias que vocês realizam, diariamente, para uma política pública acontecer. Eu saí, mas fiquei mais um ano convivendo com seus expedientes de trabalho e narrativas por meio de cadernos de campo e áudios de entrevistas. Todos os dias, vocês me fizeram companhia, me demandando compreender as relações entre suas biografias, o curso da história da saúde pública e das relações raciais brasileiras. A voz de vocês ecoava e as cenas com vocês vividas resurgiam à noite, após o dia dedicado à tese. Eu ainda desperto, impotente. Obrigada por terem me permitido acessar seus papéis burocráticos, suas perspectivas sobre desigualdades e seus afetos perante o Estado.

Agradeço ao Comitê Técnico Municipal de Saúde Integral da População Negra (CTMSIPN), do município do Rio de Janeiro, por conversas com representantes e documentos disponibilizados sobre os trabalhos do Comitê.

Agradeço aos percursos do doutorado que me levaram a conhecer pessoas que se tornaram mais que colegas de disciplinas, mais que comentadores de trabalho, mais que membros de uma rede profissional, mais que *bed and breakfast* quando precisei. Estes estão na conta daqueles que compartilhei as ideias iniciais da pesquisa, sem vergonha de principiante, as ansiedades dos rumos da mesma, a empolgação por avanços, a frustração por recuos, as presepadas em campo, os dilemas em desfazer erros, ou que liguei pedindo colo. Agradeço com especial carinho à: Grazi, Patrícia Guimarães, Diego Povoas, Bárbara Grillo, Samara Mancebo, Flávia Rios, Carolina Zuccarelli, Daniel Mano, Fabrício Teló, Renata Braga, Tânia Braga, Marina Cordeiro.

Agradeço à minha rede familiar, brasiliense e capixaba, por ter me acolhido materialmente no último ano da tese, em 2018. Precisei de mais um ano para finalizá-la. Contudo, sem opções de concorrer a auxílios financeiros no nosso sistema de pós-graduação, em fase de prorrogação, foram essas pessoas que me sustentaram, mesmo sem entenderem bem a dedicação, a aflição e as perspectivas de quem escolhe as Humanidades.

Agradeço a quem aguentou o tranco diário de uma pessoa em doutoramento nos bastidores, Alexandre Mares. Você foi quem mais me apoiou nesse processo, mesmo quando nossos compassos estavam em tempos distintos. Você esteve ao lado das desconstruções típicas que um doutorado provoca, da tagarelice ou do silêncio quando eu voltava das

Unidades, da euforia ou da angústia da confecção da tese. À falta de sentido que a vida nacional passou a ter, nós demos um ao outro. Obrigada, por sermos muitas versões.

As questões agora apresentadas eram, antes de 2014, um amontoado de dúvidas. Em janeiro daquele ano, eu chegava ao Rio para o doutorado em Sociologia e Antropologia, na UFRJ. Havia um misto de felicidade e estranhamento. Eu estava animada em mudar para o Rio e fazer parte daquele Programa de Pós-Graduação, mas estranhava deixar uma Brasília que me formou como profissional de políticas públicas que já parecia se desfazer, processo que eu só entenderia melhor, em outubro de 2018, com a ascensão de um governo conservador ao poder.

Em Brasília, eu me experimentava profissionalmente dentro de uma instituição que apenas esta tese me esclareceria melhor, o “Estado”. Essa experiência aconteceu numa época em que o país se contagiava com uma proposta progressista de sociedade, mesmo que tímida. Ainda como estagiária, em 2003, acompanhei o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) ser criado. Já formada, em 2004, virei profissional daquele quadro burocrático na área fim, a que lidava diretamente com os agentes do Estado na ponta para implementação das novas políticas sociais, as Prefeituras e Sociedade Civil. Tive o privilégio de entender o que era o Brasil para além do meu diâmetro de vida em Brasília por viajar por vários municípios. Eu começava a entender as fragmentações do Estado para além do Planalto Central, o que ganharia análise com as Ciências Sociais.

Era vibrante aquele projeto de país, mas, igualmente incômoda a forma como o combate às desigualdades raciais era incorporado ao cotidiano da Esplanada. No MDS, observei as políticas de combate à pobreza serem criadas sob a pressão dos representantes dos movimentos negros que passavam a compor a nova Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR). Dentro do Ministério, sabia-se que a pobreza era negra, mas isso não se refletia em ações focalizadas das políticas, pois focalizar não está relacionado à cor quantitativa dos beneficiários de uma política pública, mas em lidar com os mecanismos que geram desigualdade entre os grupos governados pelo Estado.

Esta tese tem muita inspiração nesta vivência de Estado, inicialmente, fruto dessas questões que me surgiam enquanto eu vivenciava o Estado brasileiro, falando mais sobre raça para incluir. Com o tempo, eu sentia que estava fora de lugar, de profissão e que era hora de transitar. Eu só não imaginava que não teria mais a possibilidade de voltar a Brasília que eu deixava em 2014, diante de novas configurações de poder no país que tentam interditar falar em desigualdades raciais, mas não nos impossibilitam.

As questões centrais colocadas por esta tese continuarão a necessitar de análise. A forma como o Estado intervém em segmentos populacionais, o que inclui silêncio e confrontos, continuará gerando efeitos nas desigualdades deste país, independente do regime político, se culturalmente democrático ou não. A partir de 2019, burocracias, movimentos sociais e desigualdades raciais se articularão sob um novo projeto político. Segue a análise de parte desta trajetória. Boa leitura.

RESUMO

Esta tese analisa como a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) chegou em burocracias da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro. A pesquisa se insere em um contexto específico das relações raciais brasileiras, um período de políticas afirmativas para diminuir desigualdades raciais, advindas das novas relações entre os Movimentos Negros e o Estado, após a redemocratização, resultando numa proposta de focalização da saúde na população negra, legalizada pela PNSIPN. Diante da construção institucional-legal da focalização, analisou-se o processo de implementação da PNSIPN em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF, em distintos territórios urbanos racialmente segregados do Rio de Janeiro, com base em documentos do Estado, vinte e dois meses de etnografia nas três Unidades, e cinquenta e sete entrevistas em profundidade com diversos profissionais da saúde pública que trabalhavam nessas burocracias. Com base em perspectivas teóricas da implementação das políticas públicas, das relações raciais e dos repertórios de ação, a análise evidenciou que a governança da saúde da população negra é realizada de distintas formas entre os fragmentos do Estado. A regulação dos serviços em saúde para negros ocorreu por meio de práticas burocráticas visíveis, como as engenharias institucionais-legais da focalização, construídas a partir do ativismo feminista negro junto ao Estado. Paralelamente, por práticas burocráticas menos visíveis, como as práticas mais corriqueiras operantes nessas Unidades, a exemplo do silêncio organizacional em relação às desigualdades raciais em saúde e à PNSIPN, dos repertórios de ação de resistência e de engajamento à saúde pública focalizada, e das mediações inclusivas e excludentes de usuários socialmente vulneráveis, a depender da alocação dos mesmos à categoria não oficial de *cadastrados difíceis*. A figura social de *cadastrados difíceis* da ESF esteve presente nas três burocracias pesquisadas, mas, articulado ao repertório de ação de resistência à focalização, que continha o silêncio como uma estratégia antirracista. Evidenciou-se, também, que as situações organizacionais de discriminação do serviço, ou qualidade inferior no uso do mesmo, reincidiram numa interseção das desigualdades, em mulheres, negras, periféricas e consideradas *difíceis* de serem cuidadas, em função das suas condições sociais, e não biológicas de saúde. Esse conjunto de práticas burocráticas potencializou consequências diretas ao processo de contínua implementação da focalização nas burocracias locais pesquisadas, como: quase ausência de práticas cotidianas focalizadas na ESF, maior rejeição a propostas regulamentares e diárias de uma saúde focalizada, a reprodução de justificativas essencialistas às desigualdades raciais em saúde, a censura e

desuso de expedientes locais da focalização já existentes, a reprodução de estereótipos interseccionais de raça, gênero e classe, e discriminação no cuidado de cadastrados categorizados como *difíceis*.

Palavras-chave: Desigualdades Raciais em Saúde; Estado; Estratégia Saúde da Família (ESF); Relações Raciais; Saúde da População Negra.

ABSTRACT

This thesis analyzes how the institutionalization of the National Integral Health Policy for the Black Population (*Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN*) became present in the bureaucracies administering the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família - ESF*), in the municipality of Rio de Janeiro. The research is inserted in a specific context of Brazilian race relations; a period of affirmative policies designed to diminish racial inequality stemming from the new relations that existed between the Black Movements and the State in the wake of Brazilian re-democratization process resulting in a proposal, duly legalized by the PNSIPN, to focus on the health of the black population. Given the legal-institutional construction of that policy, this research analyzed the PNSIPN implementation process in three ESF Primary Health Care Units located in different, racially segregated areas of Rio de Janeiro, based on documents of the State, on twenty-two months of ethnography in the said three Primary Health Care Units and on fifty-seven in-depth interviews with various public health professionals working in the respective bureaucracies. Based on the theoretical perspectives for public policy implementation, on the racial relations and on the repertoires of actions, the analysis revealed that, among the different fragments of the State, the governance of the black population's health is effectuated in different ways. Regulation of health services for blacks was achieved by means of visible bureaucratic practices such as the institutional-legal engineering of focalization constructed on the basis of Black feminist activism directed at the State. Parallel to that, however, it was constructed by less apparent bureaucratic mechanisms such as the more everyday practices operating in those Units; practices that included organizational silence regarding the PNSIPN and racial inequalities in the field of health, the repertoires of actions of resistance and engagement to focused public health and mediations of the socially vulnerable user that were inclusive or exclusive, depending on whether they were or were not allocated to the non-official category of *difficult service users*. The social figure of the *difficult service user* was present in all three of the bureaucracies targeted by the research but it was articulated with the repertoire of resistance to focalization which embraced silence as an anti-racist strategy. It was also apparent that the organizational situations of discrimination in service provision or provision of inferior quality services recurred at the intersections of inequalities associated to peripheral, black women considered to be *difficult* recipients of health care due to their social conditions and not due to their biological health conditions. That set of bureaucratic processes boosted direct consequences in the process of continuous implementation of the focalization at the

local bureaucracies targeted by the research such as: almost total absence of practices with an ESF focalized, enhanced rejection of regulatory and daily proposals for a focalized health, the reproduction of essentialist justifications for racial inequalities in health, the censure and disuse of existing local expedients for focalization, the reproduction of inter-sectional race, gender and class stereotypes and the evident discrimination in the care offer to service users classified as *difficult*.

Key words: Racial Inequality in Health; State; Family Health Strategy (FHS); Racial Relations; Health of the Negro Population.

Lista de Ilustrações

Box

Box 1 – Dados de desigualdades raciais em saúde	66
Box 2 – Dona Angélica	183
Box 3 – Pluma	190
Box 4 – Cravina	195
Box 5 – Jasmim	226

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica

ACMUN - Associação Cultural de Mulheres Negras

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMNB - Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras

AVS - Agentes de Vigilância em Saúde

CAP - Coordenação de Área Programática

CE – Centro de Estudos

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise Planejamento

CEDS - Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual

CEP - Comitês de Ética e Pesquisa

CEP/CFCH/UFRJ - Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro

CEP/SMS/RJ - Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro

CF - Clínicas da Família

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CMS - Centro Municipal de Saúde

CNPIR - Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSDH - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CRCQ - Certificado de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade

CSDH - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

CTSPN - Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DAGEP - Diretoria de Apoio à Gestão Participativa

DNV - Declarações de Nascidos Vivos

DO - Declarações de Óbito

DOU - Diário Oficial da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DV - Demanda Livre

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

ESF – Estratégia Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FIES - Fundo de Financiamento Estudantil

FLIP - Festa Literária Internacional de Paraty

FNB - Frente Negra Brasileira

GM - Gabinete do Ministro

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MS - Ministério da Saúde

MF – Medicina de Família

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NEPO - Núcleo de Estudos de População

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OS - Organização Social

OTICS - Observatório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAF - Programa de Anemia Falciforme

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAM - Posto de Assistência Médicos

PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde

PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílio

PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO – Plano Operativo
PPA - Plano Plurianual
PR - Presidência da República
PT - Partido dos Trabalhadores
RAP - Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde
SEGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES - Secretaria da Saúde
SIA - Sistemas de Informação Ambulatorial
SIH - Sistemas de Informação Hospitalar
SM - Salário Mínimo
SMS/ RJ – Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV - Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UC - Unidade Central
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UHI - Urban Health Index
UM - Unidade Modelo
UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UP - Unidade Precária
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UPP - Unidade de Polícia Pacificadora
VD - Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

Introdução	22
1. Fazendo desigualdades raciais pelo Estado	22
2. Pesquisar repertórios de ação no Estado	29
3. Sistematização dos dados	38
4. Organização da tese	42
Capítulo 1. Estado, Movimentos Sociais e as Ativistas Negras	48
1.1. Fazendo Estado e raça	51
1.1.1. Estado e movimento negro	51
1.1.2. Estado, raça e movimentos negros no Brasil	55
1.2. Mulheres negras e a focalização na saúde pública	59
1.2.1. Ciclo intermitente de práticas de Estado (1970 – 1995)	59
1.2.2. Ciclo contínuo e massivo de práticas de Estado (1996 – 2017)	62
1.3. Protocolos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	70
1.3.1. Protocolos federais	71
1.3.2. Protocolos no município no Rio de Janeiro	75
1.4. Poder de burocracia: a governança pela legislação dos gabinetes	77
1.5. Trajetos: entrando em burocracias da saúde para pesquisar desigualdades raciais	81
Capítulo 2. Fragmentos de Estado: as Unidades Básicas de Saúde (UBS)	95
2.1. Unidade Central: herança de oportunidades	97
2.2. Unidade Modelo: para ser exemplar	104
2.3. Unidade Precária: em deterioração	112
2.4. Variabilidade na forma de governar populações	123

Capítulo 3. Raça Silenciada	128
3.1. Silêncios	129
3.1.1. Cotidiano silencioso	129
3.1.2. Silêncio dos profissionais	131
3.1.3. Estatísticas silenciosas	134
3.1.4. Espetáculos de silêncio	136
3.2. Racismo “color-blind”: silêncio como antirracismo liberal	138
3.3. Poder de burocracia: a governança pelas práticas banais das ruas	145
Capítulo 4. Raça Confrontada	151
4.1. Repertório de resistência à saúde da população negra	155
4.1.1. Reagindo: “não há tratamento desigual aqui”	156
4.1.2. Refletindo: cadastrados difíceis	161
4.1.3. Gerindo: “eu não vou parar por causa de uma raça”	173
4.2. Repertório de engajamento à saúde da população negra	177
4.2.1. Reagindo: “você é a socióloga? Tava te procurando”	181
4.2.2. Refletindo: “há profissionais difíceis e mais fáceis, não cadastrados”	187
4.2.3. Gerindo: “eu gosto de tá sozinha”	191
4.3. Antigos e novos repertórios de ação nas relações raciais brasileiras	197
4.3.1. Repertórios antirracistas	197
4.3.2. Cadastrados difíceis: essencialização das desigualdades sociais	207
Capítulo 5. Raça sem Focalização	212
5.1. Cenas de exclusão	216
Cena 1: Descadastrar mulheres da ESF	216
Cena 2: Enquadrar mulheres à ESF	218
Cena 3: Desconfiar de mulheres da ESF	219
5.2. Governança da reprodução de mulheres periféricas	222
5.3. ACS: mulheres negras no Estado	236
5.4. Desigualdade interseccionais como sujeição ao Estado	242

Considerações Finais	246
Referências Bibliográficas	250
Anexo A – TCLE	262
Anexo B - Roteiro das Entrevistas	264
Anexo C – Situações e documentos estatais favoráveis à institucionalização da focalização, entre 1970 e 2017	267

Introdução

1. Fazendo desigualdades raciais pelo Estado

Esta tese analisa como foi o processo de implementação da ação estatal de focalização da saúde pública na população negra, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹ do município do Rio de Janeiro. Especificamente, analiso como a focalização chegou, foi recepcionada e gerida nestas burocracias de Estado, a partir de perspectivas políticas das políticas públicas (DAS, POOLE, 2004; DUBOIS, 2016; GUPTA, 2012; HERZFELD, 2016).

Os estudos sobre desigualdades em saúde são abundantes em evidenciar estatisticamente essas desigualdades, especialmente, após a redemocratização e o estabelecimento constitucional da universalização da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este princípio, por si, não conseguiu mudar o quadro permanente de desigualdade da saúde entre brancos e negros (CHOR, 2013; FUNASA, 2005; LOPES, 2005; LAESER, 2010; GOES, 2013; LANDMANN, MACINKO, 2016). Apesar do aumento do acesso da população aos serviços de saúde pública (HARZHEIM et al, 2015), é necessário, também, analisar as múltiplas dimensões das desigualdades, a partir de processos políticos atrelados à redistribuição das condições de saúde (ARRETCHE, 2015) e da qualidade do processo de diminuição de desigualdades (COSTA, 2018).

A partir dessas perspectivas política e qualitativa, meu objetivo é analisar a reprodução e transformação das desigualdades raciais na saúde a partir das interações que geram ações de Estado: entre burocracias, entre agentes do Estado, entre profissionais e usuários. Em particular, discuto como essas diversas interações podem se articular e potencializar desacesso, ou falta de qualidade no usufruto dos serviços, diante do já evidenciado caráter excludente da universalização do acesso aos serviços de saúde no Brasil (GRISOTTI, CASTRO-SANTOS, 2018).

¹ No Brasil, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o espaço primário de contato do cidadão com o SUS. Nesta ocorre o cuidado preventivo de saúde, considerada como a “porta de entrada” do cidadão ao Sistema. Uma variedade de profissionais da saúde atua nas Unidades: pediatras, ginecologistas, clínicos gerais, psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares, recepcionistas, guardas, agentes comunitários. Também, uma gama de serviços é promovida aos usuários: consultas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, medicação básica, atendimento domiciliar. Nos casos das UBS desta pesquisa, esta eram responsáveis em prover os cuidados preventivos em saúde, por meio da política Estratégia Saúde da Família (ESF), em territórios circunscritos pela gestão local, que eram segregados racialmente. Para mais análises sobre a ESF, de uma perspectiva das Ciências Sociais, sugiro: Bonet, 2013; Nogueira, 2016; Lotta, 2015.

Minha proposta em analisar as desigualdades raciais em saúde é pela interface entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a ESF. Essas duas políticas têm objetivos inclusivos: adoção de política afirmativa na tentativa de diminuir desigualdades raciais, e expansão de política universalista pela delimitação de territórios. Como defende Schuch (2018), após décadas de implementação de políticas apresentadas como inclusivas, é necessário passar a compreender seus sentidos, mecanismos, formas de ação, rotinas, e efeitos na vida social. Minha tese é parte desse esforço de compreender o paradoxo dessas políticas sociais, que incluem e excluem ao mesmo tempo (GUPTA, 2012; DUBOIS, 2016), como já apontam recentes agendas de pesquisa neste sentido no Brasil (PIRES, 2017, 2019).

Ao analisar a focalização via ESF, identifiquei uma desconexão entre a visibilidade das desigualdades raciais em saúde nas leis, e a invisibilidade sobre essas desigualdades nas burocracias da ESF pesquisadas. Essa desconexão é observada pelo contraste entre a massiva produção regulamentar da focalização e o silêncio do cotidiano organizacional local referente à interface entre raça e desfechos de saúde. Também, essa desconexão se revela pela oposição entre os repertórios de ação de resistência e engajamento à focalização, atrelados às consequências intencionais e não intencionais de ambas essas agências.

A massiva produção regulamentar é observada na quantidade e variedade de práticas de Estado da focalização que foram construídas, ao longo de quase três décadas (1980 – 2017), por meio de produção intermitente e contínua de práticas de Estado, a partir da trajetória de relações entre os movimentos de mulheres negras e as burocracias de Estado. O resultado mais recente desse processo foi a institucionalização de uma proposta de equidade racial em saúde, a PNSIPN. O silêncio organizacional e cotidiano é percebido pela ausência de práticas corriqueiras da focalização nessas burocracias da ESF, práticas que foram produzidas organizacionalmente, por todos os agentes de Estado que gestam a ESF localmente.

A importância do silêncio sobre raça na reprodução das desigualdades raciais não é novidade na literatura (CAVALLEIRO, 2000; SALES, 2006; SCHWARCZ, 2012; FISCHER et al, 2018). Assim como no resto da população, esse silêncio foi socialmente construído nessas burocracias por crenças liberais de igualdade racial, a exemplo do racismo cego aos efeitos da raça (*color blind racism*). Nessas burocracias de saúde, no entanto, esse silêncio é particularmente resistente dado o longo processo político de institucionalização da PNSIPN, entre diversos níveis de burocracias da saúde pública. Ele também tem consequências particulares, como a culpabilização dos beneficiários pelas suas condições sociais de vida,

atribuindo ao próprio *cadastrado* da ESF, em específicos, os considerados *difíceis*, a responsabilidade em ultrapassar os determinantes sociais da saúde.

Com base nos repertórios de resistência à focalização, o que inclui a crença de cegueira à raça, os profissionais que trabalhavam nas burocracias da ESF adotaram a estratégia de não se falar em raça na saúde, compreendida como uma ação antirracista que diminuiria desigualdades raciais, pois, ao não se falar, não se discriminaria. Com base na crença de transcendência individual das condições sociais (privatização), os profissionais da ESF pouco compreendiam a determinação social da saúde, mesmo que a acionassem discursivamente pela ideia de *integralidade*² da ESF.

Por mais que os profissionais reconhecessem que condições sociais impactavam na saúde, esse reconhecimento não mudou a forma essencialista deles pensarem e lidarem com o processo de saúde e doença a partir do social. Naturalizar este processo pela biologia, pela cultura e, até pelas condições sócio-raciais, foi mais recorrente que explicá-lo por processos sociais de reprodução de agravos.

O encontro de um contexto organizacional silencioso às desigualdades raciais em saúde, com maior presença de um repertório de resistência à focalização, gerou efeitos de desacesso, ou falta de qualidade dos serviços da ESF. Isso foi evidenciado a partir das categorias nativas de *cadastrados difíceis*, *complexos*, *problemáticos* da ESF, um processo de categorização informal da ESF em análise, também, pela agenda de pesquisa de Lotta (2017). No caso desta tese, priorizei analisar a relação entre essa categoria informal e as mulheres, a principal usuária da ESF e foco da PNSIPN.

Seja pela observação de expedientes rotineiros organizacionais típicos da ESF, ou pelas narrativas dos profissionais, a interseção entre mulheres, pobres, negras e consideradas *cadastradas difíceis* formou a categoria de usuário que experimentou os serviços da ESF por meio de interações que mais as afastavam das Unidades. A inserção dessas mulheres na ESF, a partir das suas desigualdades pré-existentes, somada à esta categoria informal da ESF, as mantinham em sujeição (AUYERO, 2011) e sofrimento contínuo perante o Estado (GUPTA, 2012).

Além desse efeito às mulheres, esse conjunto de práticas burocráticas menos visíveis (silêncio, repertórios e mediações) se somou e potencializou consequências diretas ao processo político de implementação local da focalização na ESF: a rejeição a propostas

² Segundo Caldwell (2017), desde a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1986, a Integralidade é um princípio mobilizado para os cuidados de saúde de mulheres, compreendido como um cuidado que conecta todos os níveis de complexidade do Sistema e todos os aspectos de saúde da mulher em todas as etapas da vida.

regulamentares e cotidianas de uma saúde focalizada, a produção de justificativas essencialistas às desigualdades raciais em saúde, a inação e/ou censura diária perante expedientes da focalização existentes ou possíveis de serem elaborados, a reprodução de estereótipos interseccionais de raça, gênero e classe, e discriminação no cuidado de *cadastrados* categorizados como *difíceis*.

Em relação aos repertórios de ação mencionados, identifiquei um repertório de resistência à focalização que foi o mais frequentemente mobilizado nas três distintas Unidades da ESF pesquisadas, e entre as diversas categorias profissionais da mesma. Esse repertório de resistência era geralmente expresso em silêncio como rejeição à equidade racial em saúde, por esta ser entendida como uma ação racista do Estado que discriminaria brancos e negros nas Unidades. Além disso, resistir esteve atrelado a explicar desigualdades raciais em saúde por meio de um *continuum* essencialista de justificativas, que variou entre explicações biológicas, culturais e sociais, tendo como efeito comum a associação do agravo a algo inato ao indivíduo. Diante deste repertório de resistência, os profissionais interditaram ou se recusaram a construir tecnologias locais de governança da saúde de negros.

Apesar da ampla mobilização da resistência, foi possível identificar outro repertório, o de engajamento à saúde da população negra, mobilizado por mulheres, negras, graduadas, com trajetórias de vida permeadas por efeitos da recente relação entre movimentos negros e Estado para a implementação de políticas públicas redistributivas e identitárias. Essas mulheres interpretam a política de focalização não apenas a partir de suas identidades como mulheres e negras, mas a partir de suas experiências como beneficiárias de políticas afirmativas no ensino superior, ou pelo seu contato e conhecimento sobre os movimentos de mulheres negras que institucionalizaram a focalização. Essas profissionais falavam sobre, e até denunciavam, não silenciavam as desigualdades raciais. Além das suas trajetórias, essa capacidade discursiva também esteve atrelada ao fato delas explicarem as diferenças em saúde entre brancos e negros por meio da interseccionalidade das desigualdades. Diante desse repertório de engajamento, essas profissionais trincavam o silêncio organizacional sobre raça, tentavam desconstruir a resistência dos outros profissionais e construía ações particularizadas de focalização, mesmo que não orientadas pela regulamentação da PNSIPN.

Em síntese, as principais condições favoráveis à reprodução das desigualdades raciais evidenciados nessas Unidades foram: as condições sociais urbanas desiguais dos seus territórios; os tipos de ESF ofertadas, a depender do território, do espaço físico construído para esta Política, dos serviços ofertados e da gestão da Estratégia pelas instâncias burocráticas superiores; o silêncio institucional sobre desigualdades raciais em saúde; o

repertório de ação de resistência à saúde focalizada; os julgamentos morais a que *cadastrados* eram alocados por meio das categorias do Estado e das categorias nativas de cuidado (como *cadastrados difíceis*); a discriminação no uso do serviço, provocada por esses julgamentos morais, no decurso de toda uma vida de uso dessas burocracias.

Diante deste escopo de pesquisa e dos dados com os quais o campo me permitiu analisar, esta tese se propôs a compreender a contínua construção das desigualdades raciais no país, a partir de processos relacionais das desigualdades, dentro das políticas públicas. Por isso, em todos os capítulos, eu me dediquei a compreender as interações: entre mulheres negras ativistas e Estado, institucionalizando equidade; entre profissionais e usuários, fazendo ESF; entre burocratas “de gabinetes” e “de rua”, construindo focalização localmente; entre profissionais que silenciam e profissionais que se engajam na equidade, a partir de opostos repertórios de ação; entre diversas categorias profissionais que interagem para cumprir seus expedientes de ESF, ao mesmo tempo em que reproduzem desigualdades raciais.

Nesse sentido, ao analisar interações e mobilizar a categoria de agência, estas não estão destituídas da influência das estruturas sociais que as permitem (Ortner, 1984), como o racismo contemporâneo de não se falar em raça e a lógica de responsabilização dos usuários pelas suas condições sociais das políticas sociais. Na verdade, a separação entre ambas, agência e estrutura, não é frutífera para o objetivo desta tese, cujo escopo e dados qualitativos me levam a entender as desigualdades pela perspectiva das “configurações sociais” (Elias, 1980). Por esta perspectiva sociológica relacional, busquei compreender como agências reprodutoras de desigualdades raciais em saúde foram construídas dentro de burocracias de uma política de cuidados, em período histórico de um Estado brasileiro que ampliou políticas universalistas e passou a falar em raça por meio de políticas redistributivas.

Esta pesquisa se insere nos estudos sobre reprodução de desigualdades raciais a partir do Estado (OMI E WINANT, 1986). No âmbito dos estudos sobre as relações raciais, há consenso sobre o papel do Estado na reprodução da ideia de *raça*³ (OMI, WINANT, 1986; MARX, 1998; PASCHEL, 2016). Mas, esses estudos fornecem centralidade política ao Estado nas dinâmicas raciais, a partir da consideração desta instituição como homogênea. Eu busquei contribuir à análise da relação entre o Estado e “raça” a partir da heterogeneidade do mesmo (DAS, POOLE, 2004; GUPTA, 2012) e não pela sua unidade. Por isso, eu foquei nas incongruências e desagregação das burocracias estatais que compõem o Estado como uma

³ A categoria raça é utilizada como uma construção social, perspectiva que explica a ideia de raça como construída histórica, socialmente e processualmente para fins de diferenciação social a partir dos fenótipos (Omi e Winant, 1986; Guimarães, 1999; Morning, 2011; Telles, 2004).

“unidade política imaginada” (BOURDIEU, 1996). O interesse foi identificar “contradições estatais no fazer da raça” (LOVEMAN, 1999) e compreender mais os efeitos nas desigualdades raciais a partir de frações do Estado (ABRAMS, 2006; PIRES et al, 2018; SHARMA, GUPTA, 2006).

Neste esforço de desagregação estatal, escolhi analisar as burocracias de Estado que primeiro mediam as políticas públicas de saúde preventiva junto aos usuários do SUS, a ESF. Essas Unidades são exemplos das chamadas “Burocracias de Nível de Rua” (LIPSKY, 2010)⁴ ou “Burocracias do Guichê” (DUBOIS, 2016) por serem as organizações do Estado onde ocorre a interação. No caso da ESF, as interações se sucedem em consultórios, corredores, a partir dos ordinários documentos, na rua, no território, na casa onde vivem os usuários. São diversos os locais e objetos pelos quais se desenvolve, cotidianamente, a interação entre agentes estatais e beneficiários da ESF.

Além do cotidiano de existência da ESF, os indivíduos que atuam nessas Unidades, no papel social (GOFFMAN, 2011) de burocratas, também foi foco da pesquisa. O objetivo foi compreender como esses burocratas recepcionaram, refletiram, geriram e dinamizaram as desigualdades raciais em saúde localmente, inseridos num determinado contexto organizacional, territorial, profissional e valorativo do município do Rio de Janeiro. Como Steinmentz (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.

É importante enfatizar que esta pesquisa foi realizada 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 (PAULA e HERINGER, 2009). Parte dessas mudanças pode ser explicada pela trajetória da relação entre o(s) movimento(s) negro(s) e o Estado (OMI, WINANT, 1986), especialmente a partir dos anos 90 (PASCHEL, 2016; TELLES, 2004), quando o Estado passou a reconhecer a existência de um problema racial no país, a medir estatisticamente a desigualdade racial e a acomodar demandas políticas dos movimentos negros, a exemplo de uma saúde pública focalizada.

⁴ Adotei a categoria analítica de Burocracia de Nível de Rua elaborada por Lipsky (2010), para designar um grupo específico de agências públicas, no âmbito do Estado de Bem-Estar Social, cujos funcionários interagem diretamente com o cidadão, controlando benefícios, sanções e acesso às políticas públicas, em função da discricionariedade que possuem. Esta característica é entendida como a ação dos burocratas de rua em torno desses benefícios e sanções, em contextos de baixa informação e controle das políticas. Essas burocracias entregam na “rua” a política pública instituída em gabinetes. Exemplos clássicos são a polícia, escola, postos de saúde.

Como mapeou Lima (2010), há uma variedade de ações voltadas à equidade racial no âmbito da saúde pública, pressionadas principalmente pelo movimento negro feminista, desde a década de 80 (CALDWELL, 2017). Contudo, apesar de ser um condicionante social da saúde⁵, a categoria raça ainda é um marcador de diferenciação social polêmico a ser tratado na saúde pública no contexto latino-americano (CHOR, 2013; PERREIRA, TELLES 2014).

Mesmo assim, os dados de menor acesso ao SUS, maior incidências de doenças e discriminação racial no uso do serviço foram os mobilizados pelo movimento negro feminista para a demanda ao Estado de focalização da saúde na população negra (CALDWELL, 2017). Como já identificou Pagano (2011), a focalização da saúde demandou um processo de construção de uma população com necessidades de saúde biologicamente diferentes da população branca, causando um fortalecimento da perspectiva essencialista da raça entre os profissionais. Ainda, segundo a autora, a focalização desafiou as ideologias nacionais de mestiçagem presentes neles, levando-os a resistirem à ação estatal.

Apesar de resistência à saúde pública focalizada já ter sido evidenciada em estudos anteriores (SANTOS, 2012; SANTOS, SANTOS, 2013; GONÇALVES; 2017; MATOS, TOURINHO, 2018), esta tese desce mais o nível de análise dentro das burocracias de rua, pois poucas pesquisas se debruçaram sobre a capilaridade dessas políticas dentro das burocracias, neste período de ações afirmativas brasileiras. Em outras palavras, a tese busca identificar como os “fragmentos” que estão mais distantes dos processos de institucionalização e regulamentação da focalização, constroem repertórios de ação para lidar com a raça em diversos espaços dentro das suas próprias organizações. Eu colaboro com a análise desse processo de focalização, não apenas pelas narrativas sobre focalização existentes entre os profissionais que atuam em burocracias do SUS, como as pesquisas têm avançado, mas pela análise de um conjunto de reações à focalização, de narrativas perante desigualdades raciais em saúde e de gestões diárias de temas centrais à saúde focalizada, elementos que compõem distintos repertórios de ação em relação às desigualdades raciais.

O meu foco em revisar a produção de ações de focalização na saúde pública a partir do Estado não significa que não tenha ocorrido ações focais de saúde que vão além do “arcabouço sociopolítico e legal” do Estado (BÄHRE, 2018, p. 98), como bem critica Feagin

⁵ A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi temporariamente criada, entre 2005 e 2008, com o objetivo de assessorar os países membros da OMS a lidar com os fatores sociais que influenciam na doença-saúde e nas iniquidades em saúde, como a “raça”. O principal produto elaborado pela Comissão foi o relatório final *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*.

e Elias (2012) sobre os estudos de raça centrados no Estado, em detrimento de outras esferas que interferem nas ordens raciais. Mas, as fronteiras entre Estado e Sociedade Civil são porosas, sendo que ambos atuam pelo outro. Meu interesse nesta tese foi em revisar o universo da produção de práticas da focalização, criadas a partir da relação política entre ativistas e burocratas, que, muitas vezes, ocupavam ambos papéis nesse processo.

2. Pesquisar repertórios de ação no Estado

Esta pesquisa foi feita orientada pelas teorias acima referenciadas, por trajetos moldados por expedientes burocráticos, pelas interações possíveis de terem sido construídas com os profissionais da ESF e a partir do processo comparativo entre as três Unidades da ESF delimitadas para a pesquisa. Nesta seção, eu relato esse percurso e a desafiadora “vigilância metodológica” durante a pesquisa (BOURDIEU, 1999).

Essa pesquisa não se iniciou no primeiro dia de etnografia, em uma das três Unidades, mas já durante o processo de aquisição de autorização para realizá-la junto à Prefeitura do Rio de Janeiro, que durou nove meses, conforme descrevo mais detalhadamente ao leitor, no primeiro capítulo da tese. O que antecipo é que foram esses trajetos burocráticos para conseguir a autorização da pesquisa que me levaram às três burocracias da ESF desta tese, que as denominei de Unidade Central (UC), Unidade Modelo (UM) e Unidade Precária (UM), conforme processo comparativo, analisado logo abaixo, e de acordo com a descrição de similaridades e diferenças dessas Unidades, que realizo no segundo capítulo.

Além de definirem as burocracias da pesquisa, esses trajetos já me indicavam duas questões que apenas ficaram claras com a análise final, a relação entre os “grandes papéis” (NOGUEIRA, 2016)⁶ da PNSIPN e a existência destes dentro da vida cotidiana da ESF, e os dois grandes “repertórios de ação”⁷ (SWIDLER, 1986) mobilizados por profissionais da ESF com relação à saúde focalizada, a resistência e o engajamento.

Contudo, foi apenas a vivência nessas Unidades que me possibilitou entender as mediações (DUBOIS, 2016) que existiam para o usufruto dos serviços em saúde. Essas

⁶ Nogueira (2016), em sua etnografia sobre os expedientes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como formas de gestão e constituição de um poder público, analisa por meio das categorias “grandes papéis”, “pequenos papéis” e “andanças”. Eu adoto as duas primeiras categorias da autora para indicar, como ela define os “grandes papéis”, como os documentos que fazem a política, e os “pequenos papéis” como os expedientes rotineiros de cuidado. Esses documentos, como adverte Vianna (2014), são o que permitem que sujeitos, práticas, comportamentos, afetos e políticas públicas existam e de determinadas formas no cotidiano e nos espaços do Estado.

⁷ O conceito de repertórios de ação utilizado nesta tese é conforme em Tilly (1995) e Swidler (1986), perspectivas que compreendem que agentes se relacionam por conflito, orientados por um conjunto de distintos repertórios culturais que são socialmente aprendidos e que orientam estratégias de ação.

mediações potencializavam um uso inclusivo e exclusivo dos serviços, a depender dos sentidos fornecidos pelos profissionais às categorias dessas políticas para a entrega da ESF, a exemplo dos *cadastrados difíceis*, ou *casos complexos*, ou *os problemáticos*.

Os nove meses de relação com a Secretária Municipal de Saúde (SMS/RJ), para alcançar todos os requisitos necessários para ter um projeto de pesquisa aprovado no campo da saúde municipal, gerou muito ansiedade, especialmente, diante dos prazos e condições para uma tese de doutorado ser feita. Mas, os controles burocráticos e indicações de rumos feitos pelos expedientes da SMS/RJ e da Coordenação de Área Programática (CAP), *a gestão* (como os profissionais das Unidades chamavam os profissionais destas instâncias), estavam dentro de fenômenos sociais mais amplos que necessitavam já ser etnografados (TEIXEIRA, 2014). É nesse sentido que afirmo que “o campo” dessa pesquisa se iniciou quando *a gestão*⁸ reagiu ao meu tema de pesquisa e conduziu os trajetos de chega às três Unidades.

Como expliquei, ao me propor pesquisar como o Estado faz desigualdade racial na saúde, de uma perspectiva etnográfica e por perspectivas políticas das políticas, meus objetos de pesquisas foram as práticas ordinárias organizacionais, os repertórios de ação mobilizados pelos profissionais e as interações entre profissionais e usuários para viverem a ESF. Mas, eu não cheguei às Unidades com esse foco de pesquisa assim estabelecido. O processo etnográfico me possibilitava compreender a relação entre Estado e desigualdades raciais por meio desses pontos.

A análise desses elementos centrais da tese (práticas organizacionais, repertórios de ação e mediações) foi feita por meio de um processo comparativo entre as distintas burocracias da ESF pesquisadas. Mas, essa análise não foi uma “comparação controlada”, como definida em Bähre (2018), como uma comparação já previamente definida, que estabelece, antecipadamente, o ambiente da pesquisa e as categorias a serem usadas, que não permite analisar as aparentes aleatoriedades de um campo.

Pelo contrário, ao chegar às Unidades, eu procedi com um controle que me permitisse “um espaço no qual encontros, conversas e ideias inesperados e fortuitos podem emergir” (BÄHRE, 2018, p. 103), uma “comparação fortuita” (pg. 99), uma lição aprendida com os nove meses para a autorização da pesquisa, quando me enfurecia com os expedientes burocráticos de controle. Essa experiência, no entanto, tornou-se essencial para eu começar a

⁸ A partir deste ponto da tese, quando eu me referir aos “da gestão”, o leitor pode compreender que estou me referindo a representantes da Secretária Municipal de Saúde (SMS/RJ), ou da Coordenação de Área Programática (CAP), instâncias de administração das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município do Rio de Janeiro, que eram, assim, chamados pelos profissionais das Unidades que pesquisei.

prestar atenção a como o sentido à focalização variava a depender do “estrato” burocrático dentro do Estado, a heterogeneidade burocrática.

Isso não significou que eu não controlei a pesquisa ou não tinha intencionalidades nas interações, como: no posicionamento perante a *gestão* para seguir para uma Unidade em espaço urbano de “oportunidades” (ALMEIDA et al, 2008) – capítulo 2; quando, finalmente, interpretei o silêncio organizacional em torno das desigualdades raciais como um dado a ser explorado (capítulo 3) e passei a provocar os profissionais a falarem sobre isso para que eu melhor compreendesse suas narrativas e ações em relação à equidade racial na saúde (capítulo 4); ou quando ocorreu a saturação da observação dos “espaços externos” das Unidades e comecei a negociar com os profissionais minha entrada nos “espaços internos” (exemplo: reuniões de equipe) – capítulo 5. Isso significa que controlei a pesquisa na medida em que esta acontecia, quando as interações que conseguia construir, que não dependiam apenas de mim, me ofereciam certas oportunidades de interpretações da equidade na saúde pública. Foi o uso da “comparação fortuita” que me possibilitou observar variadas configurações entre territórios, tipos de ESF e categorias profissionais que me levavam ao mesmo resultado, em específico, ao silêncio, à resistência, ao engajamento e a mediações excludentes às mulheres, negras, pobres e consideradas *difíceis*, independente da Unidade.

Pela comparação, a descrição das três unidades se construiu na relação uma com a outra. Nesse processo, a Unidade Central (UC) passou ser o meu parâmetro pela posição privilegiada que adquiriu em relação às outras no que se refere ao universo de oportunidades que possuía. Como argumentam Almeida et al. (2008), são as “estruturas de oportunidades” de cada espaço geográfico que os caracterizam como “situações periféricas” ou não. Com base nos autores, aloquei os territórios e unidades em situações periféricas e não periféricas, em função das oportunidades de vida socialmente construídas pelo Estado em cada local. Isso não significa entender esses espaços urbanos e as unidades como ausência de Estado. Ao contrário, essas classificações dos autores me permitem entender como cada território e burocracia, a partir da comparação das desigualdades pré-existentes e da gestão estatal, recebeu formas governamentais específicas de intervir em determinadas populações.

Por isso, a partir da etnografia e das entrevistas, eu criei esses nomes fictícios às unidades. A primeira recebeu esse nome, Unidade Central, pela centralidade de oportunidades que possibilitava aos usuários se cuidarem preventivamente, em função do território e da gestão da Prefeitura. A segunda e terceira unidades são periféricas, no sentido de estarem em territórios de muita desigualdade social, com baixa estrutura de oportunidades. Contudo, elas diferem entre si pela forma que a gestão municipal as administrava. Eu escolhi o nome fictício

de Modelo para a segunda unidade, pela Prefeitura concebê-la como uma das UBS exemplares do município. A terceira recebeu o codinome de Precária exatamente pelo oposto, pela gestão de precarização dos serviços. Se estes são codinomes para preservar a confidencialidade dessas organizações estatais, não são para ocultar os reais efeitos que esses territórios e burocracias causavam na vida dos usuários. Inclusive, *modelo* e *precária* eram termos nativamente utilizados pelos próprios profissionais e usuários para se referirem aos seus locais de trabalho e de cuidados em saúde.

Pela comparação entre o universo de reações à pesquisa, narrativas sobre desigualdades raciais em saúde e gestões de expedientes da PNSIPN que os profissionais mobilizavam, entre as três Unidades (o que eu assumo como sinônimo de repertórios de ação, no capítulo 4), eu pude, analiticamente, organizar os repertórios entre dois, a resistência e o engajamento. Qualquer pesquisa relacional se defrontará com a ambiguidade dos indivíduos em interação. No caso desta pesquisa, os profissionais poderiam mobilizar, discursivamente, falas mais resistentes à focalização e mais dispostas à Política. Contudo, a etnografia e as entrevistas me possibilitaram analisar, concomitantemente, os três elementos (reações, narrativas e gestão diária). Foi possível, assim, me utilizar desses elementos e construir dois grandes repertórios de ação em relação à focalização, a resistência e o engajamento.

Na quase ausência de práticas oficiais cotidianas da ESF de equidade racial, revelada no silêncio organizacional sobre raça (capítulo 3), a comparação entre as distintas Unidades me possibilitou, também, identificar que, independente do território e unidade, as mediações mais excludentes para o usufruto dos serviços da ESF reincidiam numa interseccionalidade de desigualdade: mulheres, negras, pobres e consideradas *cadastradas difíceis*.

Conforme Peirano (1992) argumenta em relação ao trabalho etnográfico, esta pesquisa produz um tipo de conhecimento dentro de redes específicas de interações. Etnografar é imergir num universo de interações sociais com relações de poder. Pelo menos, no campo etnográfico desta pesquisa, eu transitei por diferentes pontos nessas relações.

O processo da minha entrada nos espaços “externos” e “internos” das Unidade ESF é revelador desse trânsito. Por “espaços externos”, eu defino aqueles nas Unidades onde eu não precisava negociar previamente a minha entrada para fazer a pesquisa. Com esta autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/CFCH/UFRJ), e pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP/SMS/RJ), os gestores das Unidades me deixavam circular “livremente” nestas: “a casa é sua”.

Porém, circular livremente significou frequentar alguns dos espaços dessas Unidades, como: a entrada, o *Acolhimento*, os corredores, a *Copa*, os banheiros e a *Sala dos ACS*. Esses espaços eram aqueles por onde eu e os usuários circulávamos. Nas unidades Modelo (UM) e Precária (UP), a *Sala dos ACS* estava sempre aberta, com entrada liberada para mim, apenas por ser pesquisadora, motivo pelo qual eu as considero “espaços externos”, nestas duas Unidades. Mas, na Unidade Central (UC), a *Sala dos ACS* ficava sempre com a porta fechada, após uma antessala, motivo que me demandava conversas prévias para eu entrar. Por isso, ao chegar nesta Unidade, este espaço se tornava “interno” para mim, com controles para o acesso.

Para a entrada nos espaços das Unidades que sempre ficavam com as portas fechadas, eu tive que estabelecer relações prévias e mais duradouras com os profissionais atuantes em cada microespaço para poder acompanhar a ESF, tais como: *Sala da Administração*, *Consultórios de Equipes*, *Sala da Saúde Bucal*, *Sala de Reunião*, *Farmácia*, *Sala de Procedimentos Clínicos*, *Auditório*, *Sala do NASF* (Núcleo de Apoio à ESF), *Sala da Vigilância Sanitária*, *Sala de Esterilização*. Estes espaços, eu chamo de “internos” em função da negociação com diversos profissionais para poder passar a frequentá-los, mesmo que a pesquisa estivesse autorizada por CEP e gestores.

Por isso, trabalhar a entrada em “espaços internos” das Unidades foi algo constante durante os 22 meses, o que me levou a diferentes mediadores em campo. A ideia de que um etnógrafo sempre tem um único mediador para sua entrada em campo (WHYTE, 2005), ou que situações como a clássica de Geertz (2008), a de um momento aleatório que gera aceitação do pesquisador (a fuga da polícia junto com balineses de uma briga de galo ilegal), não ocorreram nesta pesquisa. Sempre me foi necessário investir na convivência contínua com os profissionais e provocar minha entrada nos “espaços internos”, por meio de negociações e convivência. Interpreto que isso ocorreu, tanto por causa dos controles das burocracias que dão existência às mesmas (TEIXEIRA, 2014), como pela desconfiança ao tema da pesquisa, entendido como racista.

Inicialmente, eu sendo pouco conhecida pelos profissionais e pairando desconfiança em torno de alguém que estuda raça, minha estratégia foi ficar à vista nos “espaços externos” e deixar os profissionais se acostumarem com a minha presença, com aquele tema de pesquisa: ficar em pé ou sentada nas cadeiras do *Acolhimento*, ir à *Copa* tomar café, passar várias vezes pelo *Corredor*, sentar nas cadeiras próximas aos *Consultórios*, entrar na *Sala dos ACS*, ir à *Sala da Administração* e demorar em guardar as minhas bolsas.

Nessa estratégia de ficar circulando nos “espaços externos”, as primeiras interações com os profissionais começaram a acontecer. Eles escutavam de mim quem eu era (socióloga da UFRJ), o que eu estudava (saúde da população negra) e reagiam ao tema da pesquisa (rejeição, disposição discursiva, engajamento). Nesse período, alguns ACS passaram a me convidar a acompanhá-los em ações externas no território, principalmente, as *Visitas Domiciliares (VD)*. Essas VD tinham um perfil, geralmente, nos casos tidos como os mais *vulneráveis, complexos, difíceis* do território. Ao me delimitarem o que fazer, os profissionais já me davam dicas ao que associavam a minha pesquisa: pobres. Ir à casa desses usuários delimitados era visceral. Não apenas pela condição de extrema pobreza em que se encontravam, mas por ter a minha “branquitude” (RASMUSSEN AT AL., 2001) exposta ao extremo pelos usuários, sem eu nunca ter vestido o *jaleco*: “É a nova doutora?”. Antes mesmo de eu me explicar, tudo me era oferecido: casas, histórias, corpos. Eu nunca aceitei vestir a indumentária do *jaleco* por mais oferecido que me fosse pelos profissionais, segundo eles, para me proteger da violência nos territórios.

Passado o tempo de saturação de circulação nos “espaços externos”, eu comecei a me interessar em observar o cotidiano da ESF nos “espaços internos”, quando as portas se fechavam, especialmente, as reuniões de cada equipe da Estratégia, que ocorriam nas *Sala de Consultório* ou *Sala de Reunião*. Este momento de inflexão no campo me demandou novas interações e novos entendimentos das dinâmicas da ESF. Foi quando eu passei a entender a liderança das enfermeiras nos “espaços internos” e comecei a me aproximar mais delas para conseguir participar das reuniões de equipe. Em alguns casos, mediadores de campo, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os profissionais que mais mobilizaram o repertório do engajamento à focalização (capítulo 4), foram centrais para a minha entrada nas reuniões de equipes.

Nessa contínua convivência com os profissionais, eu fui lida socialmente de diversas formas: residente da medicina de família, gestora da Prefeitura, fiscal de racismo, flor, amorzinho, rica, que escuta, de alma negra, da equipe, alguém que nada faz - “você para de escrever, vai e põe a mão na massa”, me ordenou um profissional (negro), após uma reunião de equipe. Ser médica, gestora e rica eram perspectivas condizentes com a posição de brancos na estrutura social brasileira, pois estar nessas posições de mercado é um lugar socialmente esperado para alguém com a minha corporalidade. As perspectivas comportamentais de doçura (flor, amorzinho, acolhedora) também eram leituras socialmente reproduzidas de pessoas brancas, que são adjetivadas positivamente. Esses eram os meus lugares sociais esperados.

Mas, havia comportamentos que quebravam a expectativa racial dos profissionais em relação à pesquisadora, quando me liam como uma fiscal de racismo e de alma negra. Eles assim me denominavam por eu estar estudando desigualdades raciais, um comportamento tipicamente de negros, para eles. Esse era um lugar não esperado para mim. A perspectiva racial comportamental se repetiu nas entrevistas em profundidade. Ao final destas, a última pergunta era: “E se eu fosse uma pesquisadora mulher negra, você acha que eu teria feito outras perguntas? Quais?”. Quando eu forçava os profissionais pensarem meus comportamentos em entrevista, simulando estarem diante de uma pesquisadora negra, eles se dividiram em três grupos de respostas: não sei, não e sim.

Os profissionais que afirmaram que sim (eu me comportaria diferentemente se negra) se subdividiram em três expectativas de comportamento. Uma expectativa, atrelada aos profissionais de ambas as raças/cores, era que eu faria muito menos perguntas, pois minha vivência de mulher negra me levaria a já saber sobre o tema da pesquisa, “você não precisaria perguntar tanto” (profissional, preta). Nesta expectativa comportamental, eu já estaria instituída de conhecimento sobre desigualdades raciais na saúde pública, nem sendo tão necessária a pesquisa. Isso levaria, na verdade, uma pesquisadora mulher negra a acessar menos a narrativa dos profissionais. Como pesquisadora branca, eu tive mais acesso às justificativas dos profissionais, não menos, pois profissionais de ambas a raça/cor queriam me mostrar como era o racismo, ou como eram resistentes ao racismo, pois supunham que eu, como branca, pouco saberia.

Uma segunda expectativa comportamental, mais atrelada aos profissionais negros, era que eu faria muito mais perguntas sobre discriminação racial fora da saúde, em nossas interações e nas entrevistas. Neste caso, por eu não ter vivência de mulher negra, os profissionais negros acharam que eu me interessei muito pouco sobre racismo, até porque eu raramente usava esse termo. Também, se eu fosse negra, nas entrevistas, eu teria aproveitado para compartilhar as minhas experiências de discriminação racial. Nesta expectativa comportamental, as entrevistas seriam, também, um espaço de troca de experiências de racismo e não apenas uma entrevista.

Uma terceira expectativa comportamental, mais atrelada aos profissionais brancos, era que eu seria muito mais contestadora nas entrevistas se eu fosse negra, “com mais calor” (profissional, branca). Neste caso, se eu fosse uma pesquisadora mulher negra, eu até sairia do roteiro da entrevista e aproveitaria para questionar as respostas dos entrevistados. Nesta expectativa comportamental de uma socióloga negra como interlocutora, esses profissionais brancos me revelaram que teriam muito mais cuidado com o uso dos termos raciais e estariam

vigilantes em não soarem racistas. Mais uma vez, como pesquisadora branca, eu tive oportunidade de acesso às justificativas com menos filtros, mesmo as entrevistas, especialmente a parte sobre “raça”, ter sido, majoritariamente, um momento incômodo para os profissionais.

Contudo, se a leitura dos meus fenótipos me levava às representações raciais de brancos e negros, ao verbalizar que eu estava na Unidade para estudar “saúde da população negra”, pairava a dúvida do que fazer comigo e a desconfiança sobre a minha real presença nas Unidades. Por duas vezes, eu fui solicitada a me retirar de uma das Unidades, por motivos de confidencialidade do que seria discutido em reuniões gerais. Por uma vez, fui impedida de participar de uma reunião de equipe pelo mesmo motivo.

Referente ao meu cotidiano de pesquisa, eu procedi com idas semanais a cada Unidade. Ou seja, em cada dia da semana, eu priorizava ir a uma Unidade em específico. Depois, com as dinâmicas do campo, esses dias já não eram mais fixos. A depender das interações e autorizações, eu poderia ir a duas diferentes Unidades, num mesmo dia, ou ir dois dias consecutivos numa mesma.

Como em qualquer etnografia, nós ficamos exaustos pela gama de interações em que nos envolvemos. O universo dessas interações é bastante sentido, pela indiferença, hostilidade, amizades que se desenvolvem no percurso. Mas, é exatamente quando começamos a sentir os afetos das interações, ou o controle da burocracia, é que descobrimos que, realmente, estamos imersos nas relações burocráticas.

Eu, também, fiquei fisicamente cansada, pelas andanças com os profissionais, pela circulação dentro das burocracias, entre os territórios das Unidades e pela simples observação do cotidiano burocrático. Por isso, pausas nas visitas às Unidades foram necessárias, para respirar e entender o que ocorria. Nessas pausas, eu tentava passar para o computador os registros feitos à mão, editando as situações observadas: descrição, análise, sentimentos.

Mas, a intensidade do campo se sobrepôs à minha ilusão inicial de conseguir equilibrar campos e escritas. Minha estratégia foi registrar intensamente, a mão, tudo que eu observava, nos cantos das Unidades, em casa, em qualquer lugar da cidade que eu pudesse sentar e escrever, ou gravar em áudio o dia. Por quase um ano, eu escrevia alucinadamente sobre tudo: as paisagens urbanas, a estrutura das Unidades, o barulho do *Acolhimento*, diálogos, cenas, etc. Depois, as repetições do cotidiano burocrático, dos incidentes, diálogos e silêncios começaram a se repetir. Eu já não precisava mais me apoiar na escrita alucinada, pois eu começava a perceber o que interessaria às questões que a pesquisa me colocava, a partir do que as interações construídas me permitiam. O registro ficou mais seletivo e bastavam breves

anotações para me lembrar o ocorrido. Essas anotações ajudaram à identificação, principalmente, das reações ao tema, da gestão diária da ESF, da gestão cotidiana de temas centrais à PNSIPN, às mediações para a entrega dos serviços.

O cotidiano de pesquisa teve outro momento de inflexão, além da entrada nos espaços internos, quando eu decidi instigar os profissionais das Unidades a me falarem mais sobre raça e saúde para além das nossas interações semanais, por meio de um processo de entrevistas em profundidade com eles, que gerou 57 entrevistas, com diversas categorias profissionais. Mesmo após 16 meses convivendo com os profissionais, o momento das entrevistas causou uma fuga dos profissionais. Não necessariamente os profissionais que mais conviviam comigo, semanalmente, foram os que logo toparam fazer as entrevistas. Por seis meses, a rotina da pesquisa se transformou em: cortejar, convidar, marcar, remarcar, esperar, conduzir, re-conduzir entrevistas.

Os pedidos de entrevistas geravam constrangimentos aos profissionais, preocupados com o que realmente poderiam falar em gravação, a partir daquelas Unidades e territórios. Por exemplo, quando comecei a fase de entrevistas na Unidade Central (UC), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ficaram preocupados e me solicitaram pedir autorização às enfermeiras de equipe. Eu passei a conversar sobre as entrevistas com cada enfermeira. Uma, deixou os ACS avisados em *reunião de equipe*. Outra respondeu: "fizeram bem [os ACS, em recusar e solicitar autorização à enfermeira]". Quando abordei um profissional *do Posto*, ele respondeu: "A gerente sabe? Então, se ela sabe, tá tudo bem, vou falar". Nas outras Unidades, não houve essa autorização prévia pelas enfermeiras. Os profissionais ficavam a vontade aos poucos, sendo que, nas últimas entrevistas feitas, corria um boato, as entrevistas eram consideradas: "De frente com Gabi" (em alusão a um antigo programa de uma jornalista), "Fala que eu te Escuto" (em alusão a um programa religioso das madrugadas), "é bom para aliviar".

Se a partir da "saturação" (SMALL, 2009) das entrevistas, eu já tinha alguma expectativa em como o profissional refletiria sobre a ESF e a focalização, esta não tirava a beleza dessa nova oportunidade de conversar com os profissionais em circunstância mais controladas (roteiro, gravador, hora marcada). Era quando eu passava a entender mais cada um para além das identidades profissionais do Estado. Numa entrevista, impressionada com a dedicação do profissional à ESF, nos mínimos detalhes, já previamente observada em nossas interações, eu saí do roteiro e perguntei o que motivava tanto o profissional a se dedicar à ESF. Ele se debruçou em lágrimas: "eu nunca tive isso" (profissional, negro, da Unidade Modelo). Eu passava a compreender como eles eram bem mais que burocratas de Estado e,

também, sobreviviam ao Estado. Analisar os tipos de poderes que os profissionais possuíam dentro da ESF perante os usuários, não me impediu de compreendê-los para além desses poderes, como procedi com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), no capítulo 5.

A decisão final de suspensão de idas às Unidades ocorreu pela própria saturação da observação cotidiana das Unidades e das narrativas em entrevistas. Mas, se a necessidade de “sair” para a sistematização e análise do dado qualitativo me fizeram suspender o campo, o campo não saiu de mim. Eu sofri com a nostalgia e com a complexidade das interações. Sonhos, insônias, sempre um papel e caneta por perto para anotar o que o pensamento não deixava cessar. E a falta: saudade das interações, de ser da equipe, de rezar com as ACS antes dos serviços se iniciarem, de tomar café na *Copa*, de andar com os profissionais pelos territórios. Fazer parte de um corpo burocrático é ganhar uma identidade social, o que gera pertencimento ao mundo. Como já nos alerta Bourdieu (2014), nós, constantemente, incorporamos a ideia de Estado.

Foi dessa forma que eu consegui analisar a ocorrência da focalização da saúde pública na população negra em burocracias da ESF, por uma compreensão comparativa de práticas organizacionais, repertórios de ação e mediações para a entrega dos serviços. Essa comparação me permitiu argumentar que, independente do território da Unidade, do tipo de ESF e das categorias profissionais da ESF, a focalização da saúde na ESF ocorreu por silêncios e confrontos. Um silêncio organizacional em torna da equidade racial em saúde, que, na convivência com os profissionais, foi utilizado como rejeição à equidade, quando os profissionais a compreendiam como uma ação racista do Estado. E confrontos que significaram os momentos de quebra deste silêncio, quando coexistiam duas agências opostas em torna da proposta de focalização, resistir e se engajar.

3. Sistematização dos dados

A análise apresentada nesta tese foi feita com base em três fontes: documentos de Estado (leis e relatórios), registros de cadernos de campo, entrevistas em profundidade. Em relação aos cadernos, eu gerei quatro diários de campo, referentes a 22 meses de observação (764 folhas paginadas em ordem cronológica). Eles eram escritos em função de como ocorreriam aos percursos de pesquisa, as interações em campo, o cotidiano de ida às Unidades e a lógica comparativa de interpretação, conforme já informadas na seção anterior. Claro que eles não são cadernos legíveis, mas caóticas anotações, pela escrita de palavras, de longos textos, de breves diálogos, de interpretações do dia.

Em relação às entrevistas, foram realizadas 57 entrevistas, com diversidade de categorias profissionais e raça/cor, conforme explicado no capítulo 4, todas gravadas, com a devida autorização do profissional, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexo 1, computando 81 horas de áudio.

As entrevistas foram realizadas, entre os dias 10/04/2017 e 20/10/17, quase todas nos espaços das três Unidades da ESF pesquisadas. Apenas duas foram realizadas fora das Unidades, em restaurantes. Em média, essas duraram 1h40, sendo que a mais curta durou 31 minutos, e a mais longa, 6 horas, distribuída em três dias.

As entrevistas seguiam um roteiro (Anexo 2) que buscavam contemplar quatro grandes questões: 1) *informações sobre o profissional*: ocupações anteriores à ESF, como se tornou um profissional da ESF, situação atual e cuidados em saúde, experiência de gestação, relações com violência urbana, como se sentia tratado pelos usuários; 2) *narrativa do profissional sobre a ESF*: como pensava a ESF, como pensava a sua respectiva categoria profissional dentro da ESF e como a vivia, como pensava sobre cadastrados no geral, sobre cadastrados difíceis e fáceis, sobre a saúde da mulher - via gestantes; 3) *narrativa do profissional sobre a Unidade da ESF*: o que sabia sobre histórico da Unidade e como a avaliava naquele momento; 4) *narrativa do profissional sobre a focalização*: opinião sobre a minha presença na Unidade para estudar saúde da população negra, explicações sobre as diferenças entre a saúde de brancos e negros, conhecimento da PNSIPN, formação para esta Política, percepções sobre expedientes da focalização – quesito, classificações raciais.

Diante da “massa desordenada” (WEBER, 2009) dos dados, eu consegui chegar a uma tematização do campo por meio de organizações paralelas desses dados. Em relação aos documentos do Estado, na medida em que eu os encontrava, os listava numa planilha em Excel. Esta era a mesma planilha onde eu registrava os eventos e situações que as pesquisas já realizadas sobre a construção da focalização me indicavam como centrais à institucionalização da PNSIPN. Dessa forma, juntando eventos e documentos, em ordem cronológica, eu computei 118 situações, entre 1970 e 2017, como de interesse para entender o processo de institucionalização. Foi essa planilha que me ajudou a construir o capítulo 1, a partir da qualificação dessas situações, não por cronologia, mas por tipos de práticas de Estado.

Paralelo à interpretação dos documentos, as interpretações da observação das Unidades já ocorria desde o início de ida às mesmas, quando me ausentava para proceder com pontuais imersões nos dados, voltava às teorias, retornava ao campo, realizava as entrevistas. Ou seja, a interpretação sempre foi processual, do início da proposta de um projeto de

pesquisa, até a fase da escrita, quando novas sistematizações dos dados passam a ser orientadas pelas demandas da escrita.

Mas, eu gostaria de detalhar um pouco mais o processo específico de sistematização dos dados quando me retirei das Unidades da ESF, o momento que lidar com a massa de dados é difícil, travado e sufocante, como pesquisadores costumam desabafar, constantemente. Como a maior parte dos registros dos cadernos não estavam editados em programas de textos (Word), minha primeira estratégia foi lidar com os cadernos de campo da seguinte forma. Primeiro, paginá-los em ordem cronológica de registros, escanear as folhas na ordem da paginação, salvá-las em PDF, imprimir-las e encaderná-las. Isso me gerou uma espécie de apostila física e virtual de quase 800 folhas dos caóticos registros feitos a mão.

Lidar com esses registros escaneados em software de análise de dados qualitativos (exemplo: Atlas.ti) não foi produtivo, pelo menos para mim. Por isso, decidi por outras formas de tematização desses registros, me utilizando de diversas planilhas em Excel para alocar, tematicamente, o que eu interpretava a partir da releitura de cada registro, cronologicamente.

Eu criei diversas planilhas. Por exemplo, a dos espaços (externos e internos), atrelados aos serviços, sociabilidades, mediações que eu observava. Outro caso, a das diferenças entre as Unidades, alocando a UC, UM e UP, em colunas, e as informações de interesse em linhas, como: contexto urbano, minhas reações ao chegar, reações dos profissionais sobre a Unidade, reações dos usuários, informações de estrutura física, perfil dos profissionais e usuários. Estas duas sistematizações me auxiliaram a escrever o capítulo 2, a apresentação das Unidades.

Outros exemplos mais centrais à construção da análise para esta tese foram as planilhas de reações à pesquisa e de violência burocrática (mediações excludentes). Na primeira, eu alocava registros dos cadernos referentes às reações dos profissionais ao tema da pesquisa, ao interagirem comigo, por vários subtipos de reações (surpresa, negação, aceitação, associação, etc.), sistematização que me auxiliou a construir análises nos capítulos 3 (Raça Silenciada) e 4 (Raça Confrontada). Na segunda, violência burocrática, eu aloquei as interações mais excludentes que presenciei, por tipo de usuário: mulheres, pobres, da psiquiatria, do tráfico. Esta, me auxiliou a construir o capítulo 5 (Raça sem Focalização).

Não pretendo listar todas, mas apenas informar ao leitor que um árduo e sistemático trabalho de leitura dos diários de campo foi empreendido para a construção da tese. Se o processo inicial dessa tematização dos cadernos foi muito difícil, depois, com a familiaridade com a estratégia criada, eu passei a folhear com mais facilidade a “apostila” de registros. Assim, o olhar ficou bem mais seletivo ao lidar com o caótico, identificar o que mais interessava pelas questões que iam se impondo pelo processo de interpretação e de escrita.

Operacionalmente, isso significou que as informações dos registros já eram alocadas mais facilmente em prévias planilhas, passando a acumular informações de um mesmo tema, sem a necessidade de criação de novas planilhas para receber a informação.

Minha estratégia em lidar com as entrevistas foram diversas. Também me utilizei de planilha em Excel para sintetizá-las, alocando o entrevistado em linhas, e as informações das quatro grandes questões por trás do roteiro (descrito acima), em colunas. Paralelo à organização das informações das entrevistas nesta planilha, eu transcrevi e sintetizei, em programa de texto (Word), dez entrevistas. Esse, também, foi um daqueles momentos de agonia ao lidar com o dado qualitativo, pois demandou tempo e investimento interpretativo de longas narrativas. Contudo, foi esse processo de transcrição e síntese que me ajudou a identificar quando o sentido da *integralidade* mudava (capítulo 4). Também, me auxiliou a criar códigos utilizados no Atlas.ti para a análise dos áudios do restante das entrevistas.

Ao transcrever, escutando novamente aqueles profissionais, associando às suas linguagens corporais naquela conversa, às interações que permitiram aquele momento controlado de conversa entre nós, às conversas após o gravador ser desligado e às interações anteriores e posteriores que ocorreram à entrevista, esse processo de sistematização me possibilitou maior clareza para prosseguir com a análise. Mas, uma tese tem tempos, controles e falta de recursos. Não havia mais como transcrever e sintetizar entrevistas. Por isso, essa estratégia foi substituída por outra, as entrevistas passaram a ser escutadas, codificadas no Atlas.ti e sintetizadas na planilha em Excel.

Com essas estratégias de tematização dos dados, eu me senti mais confiante com a interpretação e iniciei uma rotina de escrita que durou seis meses. Mas, a escrita nós revela uma série de novas questões teóricas e metodológicas que demandam re-análise de dados, releitura de bibliografias e outras organização dos dados. O processo interpretativo segue até que a escolha final da estrutura da tese seja feita.

Além disso, ninguém que realiza um trabalho etnográfico passa por esse processo de sistematização e escrita sem reviver as interações. A edição de cenas, por exemplo, são momentos de trava da escrita. Reescrever sobre Dona Carolina, Dona Angélica, Pluma, Cravina, Giovana, Flávia, Jasmim e Kátia não foi uma tarefa fácil. Se o ofício de pesquisadora me demandou reconstruir esses momentos para ficar inteligível ao leitor(a), essa escrita foi visceral, pois me fazia transitar entre a morte, a vida e o sofrimento contínuo dessas mulheres. Todas, sob a mediação do Estado.

4. Organização da Tese

A estrutura desta tese foi definida por três grandes eixos de análise: a variabilidade das formas de governar a saúde da população negra, as relações entre burocracias “de gabinete” e “de rua” na construção da focalização, o uso e quebra do silêncio como agências à focalização. O primeiro eixo, as diferentes maneiras de governança da saúde de negros, está distribuído entre todos os cinco capítulos desta tese. No capítulo 1, ao analisar a construção histórica da focalização dentro do Estado por ativistas negras, resultando numa regulamentação de intervenção considerada racialmente equitativa. No capítulo 2, ao analisar como o Estado se materializou para *cuidar das pessoas* pelos espaços físicos implantados em contextos urbanos segregados racialmente. No capítulo 3, ao analisar como a proposta regulamentar de focalização da saúde na população negra foi gerenciada via silêncios nessas burocracias. No capítulo 4, ao analisar os repertórios de resistência e engajamento entre os profissionais da saúde perante a existência cotidiana e regulamentar de uma intervenção focalizada. No capítulo 5, ao analisar as mediações mais excludentes construídas diariamente em organizações que rejeitam discursivamente a raça.

Essa variedade de governar a saúde de negros foi dividida nos capítulos entre dois poderes de burocracias. No capítulo 1, o poder burocrático de regular a saúde da população negra foi analisada pelas práticas mais visíveis do Estado, a produção de legislação, eventos e instâncias para gerir uma população. Em contraste à espetacular institucionalização, ao longo dos capítulos 3, 4 e 5, a governança da saúde de negros foi analisada pelas práticas corriqueiras e invisíveis do Estado, a exemplo do silêncio, dos repertórios e das mediações. Nos três últimos capítulos da tese, a análise é focada no poder das práticas banais do Estado em gerir populações, extremamente consequentes às desigualdades raciais.

O segundo eixo, dos “gabinetes” às “ruas”, se refere aos fluxos de construção da focalização entre as burocracias de Estado, entre o que, analiticamente, eu assumi como tipos distintos de burocracias. Optei por isso, pelos diferentes perfis profissionais, cotidianos de expedientes e poderes de implementação relacionados à PNSIPN que evidenciei na pesquisa. Contudo, eu não adoto uma separação entre o papel atrelado a cada um desses tipos de burocracias pela teoria clássica política, de “gabinetes” como formuladores, e “rua” como implementadoras de políticas públicas. Ao contrário, meu interesse nesta tese foi compreender como diferentes “estratos” de burocracias interagem e geravam a focalização vivenciada pelos que se sujeitam ao Estado. Ambos os tipos de burocracias produziram a focalização,

mas a partir de singularidades que mereceram ser ressaltadas, especialmente, pelo poder de produzirem distintas práticas legitimadas como de Estado.

Por isso, eu começo a tese pela compreensão de uma dessas práticas, a institucionalização que foi possível à focalização por dentro das burocracias do tipo gabinetes, o foco do primeiro capítulo. Todos os outros capítulos que se seguem (2, 3, 4 e 5), levam a análise às burocracias da ESF, à como esta institucionalização se transformou nos “estratos” distantes dos que a institucionalizaram. Ao levar o leitor “às ruas”, eu ainda mantive a perspectiva dos “fragmentos” do Estado, ao mostrar como cada espaço dentro das Unidades da ESF me permitia compreender a focalização de diversas formas, a depender se “espaços externos” ou “internos”.

Outro eixo de análise foi a relação entre o silêncio (o não falado sobre desigualdades raciais) e a quebra deste silêncio (o falado). O longo tempo de silêncio, evidenciado nas práticas organizacionais do cotidiano da ESF e nas narrativas advindas das interações com os profissionais, isso definiu a análise, primeiro, da ausência, o foco do capítulo 3. Os capítulos que se seguem (4 e 5) tratam do dito sobre a focalização, seja pela minha provocação aos profissionais em falarem sobre raça, seja pelos julgamentos morais de determinadas mediações que geravam exclusão aos serviços da ESF.

No **Capítulo 1 (Estado, Movimentos Sociais e as Ativistas Negras)**, eu mapeio e qualifico as práticas de Estado da institucionalização da focalização, entre 1970 e 2017. Por meio da revisão de pesquisas sobre a focalização e da análise de diversos documentos de Estado que a institucionalizaram (leis, decretos, resoluções, planos operativos, relatórios, publicações e estatísticas), eu analiso o processo de construção da equidade racial para compreender qual foi a produção de práticas de Estado que a criaram. Identifico que a focalização foi institucionalizada por uma proposta de governança da saúde de negros advinda da relação entre movimentos de mulheres negras e o Estado, entre dois períodos. Um período de produção intermitente de práticas e outro contínuo e massivo. Independente do período, o resultado foi a institucionalização da focalização por práticas típicas das tecnologias de governança “de gabinetes”, a legislação. Com base em perspectivas teóricas que me possibilitam analisar a atuação dos movimentos sociais para além dos clássicos protestos (ALONSO, 2012) e a construção de políticas por processos incrementais (LINDBLUM, 2006), argumento que a produção da legislação da governança da saúde de negros ganhou ampliação bem mais pelo ativismo institucional (ABERS, 2015) que por grandes protestos. Ao final do capítulo, eu encaminho a análise às Unidades da ESF pesquisadas, por meio do meu trânsito entre “burocracias de gabinete” até as “de rua” para conseguir a autorização da

pesquisa no campo da saúde pública municipal. Observo de que forma diferentes estratos neste trajeto me conduziram às Unidades, e mostro como silêncios, confrontos e gestões da focalização se apresentaram antes mesmos que eu chegasse aos territórios das Unidades.

No **Capítulo 2 (Fragmentos de Estado – As Unidades Básicas de Saúde)**, eu analiso as burocracias da ESF delimitadas para esta pesquisa, por meio dos contextos territoriais desiguais em que estas foram instaladas, dos processos políticos de criação das Unidades, das decisões políticas de construção dos espaços físicos para abrigar essas burocracias, dos cotidianos de existência da ESF em função do território e do espaço físico, e das sociabilidades existentes nessas organizações. A descrição das Unidades foi feita por meio dos dados qualitativos levantados durante o período etnográfico, atrelado às narrativas dos profissionais que trabalhavam nestas, tanto as advindas das entrevistas em profundidade, como as observadas em nossas interações. Identifico uma variabilidade de diversos aspectos: serviços da ESF, profissionais da ESF, gestão diária da Política pelas burocracias “de gabinetes” e sociabilidades. As diferentes estruturas de oportunidades pré-existentes em cada *território*, articuladas à forma como as “de gabinetes” geriram essas diferenças, favoreceram ao surgimento de distintas políticas de ESF. No caso das unidades analisadas aqui, essas diferenças resultaram em uma ESF concentradora de mais oportunidades, uma exemplar em diminuir o impacto das desigualdades pré-existentes e outra exemplar em aumentar o efeito das desigualdades intrametropolitanas. Com base na literatura que argumenta pela análise do Estado pelas tecnologias de governo “banais” (VIANNA, 2013), eu foco em caracterizar essas Unidades a partir desses elementos, para as análises posteriores sobre como a focalização ocorre neste universo corriqueiro da ESF.

No **Capítulo 3 (Raça Silenciada)**, eu analiso a prática organizacional majoritária da focalização observada nas três Unidades, o silêncio. Em contraste à visibilidade das desigualdades raciais em saúde da massiva regulamentação da focalização identificada nas “burocracias de gabinetes” (capítulo 1), eu analiso como se constrói dentro das Unidades da ESF uma prática de silenciamento dos efeitos da raça na saúde. Esta descrição do silêncio foi feita, principalmente, por meio dos registros de cadernos de campo. Ao levantar as situações em que me deparei com o silêncio, percebi que estas estavam distribuídas: nos expedientes mais cotidianos da ESF, ausentes nas falas dos profissionais enquanto estes trabalhavam, na produção das estatísticas das desigualdades raciais que legitimaram a regulamentação e nos eventos mais esporádicos que acompanhei em campo (grandes seminários da Prefeitura). Identifico que, independente das três Unidades, a governança da saúde de negros foi feita da mesma forma, pelo silêncio. Além disso, já neste capítulo, o silêncio se revela como

resistência à proposta da equidade racial em saúde por esta ser compreendida pelos profissionais como uma ação de Estado racista que privilegiaria tratamento discriminatório a brancos. Com base na literatura do racismo *color blind* (BONILLA-SILVA, 2006; 2015), argumento que esse silêncio se revelou uma prática antirracista, pela crença de que a melhor estratégia em lidar com desigualdades raciais é não falar sobre as mesmas. Paralelamente, com base nas literaturas já indicadas sobre a importância das práticas corriqueiras das políticas, afirmo que as tecnologias de governo “banais” da focalização são quase inexistentes se comparadas com a abundância de tecnologias da legislação. Por isso, neste capítulo, argumento o quanto outro poder de burocracia, o de fazer a política existir ordinariamente na vida do usuários, por meio de práticas do cotidiano, se contrapõe ao da legislação da governança, favorecendo à compreensão de um Estado desagregado.

No **Capítulo 4 (Raça Confrontada)**, eu analiso os confrontos, os dois repertórios de ação à focalização mobilizados pelos profissionais nessas Unidades da ESF, resistência e engajamento. Esses repertórios foram construídos, analiticamente, pelo conjunto de reações à, reflexões sobre e gerência de expedientes da focalização, analisados pela articulação dos dados dos dois períodos em campo, pela etnografia e entrevistas em profundidade. Identifico que o repertório da resistência é mais caracterizado por rejeição à ideia da focalização, por reflexões essencialistas sobre as desigualdades sócio-raciais (biológicas, culturais e sociais), que as naturalizam nos *cadastrados*, e pela resistência à incorporação de expedientes da focalização aos expedientes da ESF. Já o repertório do engajamento se revela oposto ao anterior, cujos elementos centrais são a abertura à ideia da saúde focalizada, a reflexão sobre as desigualdades raciais em saúde pela perspectiva das desigualdades interseccionais, e a criação de práticas particulares de focalização, não necessariamente atreladas aos protocolos da PNSIPN. Além dessas características de cada um, no repertório do engajamento, observo maior coerência entre agentes e estratégias de ação, cuja articulação mais regular deixou este repertório logo observável pela pesquisadora. No caso do repertório de resistência, apesar de majoritário, este é bastante difuso entre os profissionais e desarticulado em narrativas, cuja identificação foi possível pela observação contínua e mais duradoura das reações, narrativas e gestões. Realizo a análise sobre uma categoria nativa da ESF, *cadastrados difíceis*, elemento presente no repertório de resistência. Com base na literatura sobre as categorias morais de usuários da ESF (LOTTA, 2015), identifico que esta categoria significava usuários considerados difíceis de serem cuidados, em função das suas condições sociais e de comportamento reprovável perante as regras da ESF. A análise neste capítulo é orientada, também, por teorias de “repertórios de ação” (SWIDLER, 1986), do essencialismo racial

(MORNING, 2011) e da prática de responsabilização dos usuários pelas políticas sociais (DUBOIS, 2009), que permitem entender como estratégias de ação para lidar com as desigualdades raciais são empreendidas nas Unidades pesquisadas.

No **Capítulo 5 (Raça sem Focalização)**, eu analiso as mediações mais excludentes construídas nas Unidades da ESF para a entrega dos serviços, a partir de um contexto organizacional sem falar em “raça”. Como base em perspectiva teórica da discricionariedade burocrática (DUBOIS, 2016), analiso como regras organizacionais de cuidado da ESF, atreladas ao repertório de resistência à focalização, que mobilizava a categoria nativa de *cadastrados difíceis*, foram elementos centrais para a construção dessas interações mais excludentes, em específico, em torno da saúde sexual e reprodutiva feminina. Além de apresentar cenas de exclusão aos serviços da ESF, com foco nas mulheres-gestantes usuárias das três Unidades, eu ilustro, também, essas mediações excludentes, pela figura das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Estas profissionais-usuárias aglutinam uma sobreposição entre desigualdades pré-existente, repertórios de resistência e incorporação da categoria de *difíceis* a partir dessa dupla identidade perante o Estado. Eu termino esta tese com a análise da sujeição de mulheres ao Estado (AYUERO, 2001; MARINS, 2017). Desde o primeiro capítulo, a partir do ativismo feminista negro, as denúncias das desigualdades em saúde em torno das mulheres negras são apresentadas. Entre os capítulos 2 e 4, interações, julgamentos e fofocas em torno das mulheres se encontram esparsos. Neste último capítulo, aglutino a explícita discriminação pelo Estado dessas mulheres, nesta pesquisa, reincidente em mulheres, negras, pobres e consideradas *difíceis* para cuidar da saúde.

No decorrer dos capítulos, há a classificação racial dos profissionais e usuários. A classificação das pessoas com as quais interagi, especificamente com os profissionais, se faz necessária para analisar em que medida suas vidas racializadas influenciaram na forma delas reagirem, refletirem e gerirem disparidades raciais em saúde. Esses profissionais se auto-classificaram, basicamente, se utilizando das categorias raciais populares, dos movimentos negros e do Estado (TELLES, 2004), mas, não, necessariamente, tinham ciência das disputas políticas em torno dessas classificações. Negro, branco, pardo, moreno, amarelo, miscigenado, preto, afrodescendente, essas foram as categorias raciais “espontâneas” mais mobilizadas nas nossas interações.

No texto, eu optei em utilizar duas classificações raciais. Uma, a classificação binária de brancos e negros (pretos e pardos), via minha heteroclassificação. Justifico o uso binário pela similar localização de pretos e pardos na estratificação social brasileira, e não pelos processos raciais identitários. Conforme evidencia Daflon (2017), pretos e pardos no Brasil,

apesar de possuírem distintas percepções de discriminação racial, compartilham as piores posições nas desigualdades nacionais. Essa heteroclassificação binária branco/negro foi utilizada quando eu não tive a oportunidade de entrevistar o profissional, momento em que eu perguntava como estes se classificavam racialmente, a partir das suas categorias “livremente” escolhidas e das cinco classificações estatais brasileiras apresentadas. Para a classificação binária, considerei os fenótipos dos profissionais, atrelado à minha suposição (uma mulher branca) deles sofrerem discriminação racial no contexto brasileiro.

Mas, também, me utilizo das classificações raciais do Estado (branco, preto, pardo, amarelo, indígena), se os profissionais tiveram a oportunidade de se classificarem estatalmente, em entrevistas. Justifico o uso paralelo das classificações estatais, pois estas foram construídas historicamente na trajetória de relações entre os movimentos negros e as burocracias, sendo que já se evidencia um maior uso das categorias raciais estatais pós-período de políticas afirmativas no Brasil (BAILEY, FIALHO, LOVEMAN, 2018).

Se me utilizei de nomes de Unidades, profissionais, equipes da ESF e de usuários, estes são fictícios para preservar a confidencialidade dos mesmos, conforme autorização da pesquisa pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP). Na maior parte do texto, eu não indico a categoria profissional, apenas se fundamental para compreensão das relações sociais nas cenas e narrativas descritas. Ao analisar os profissionais que mais mobilizaram o repertório de engajamento, eu, também, optei por pouco informar as Unidades em que estes trabalhavam, nem suas categorias profissionais, indicando, no geral, que estes trabalhavam nas Unidades “periféricas”. Além disso, se a descrição de cenas e narrativas ameaçasse a confidencialidade, eu, também, não mobilizei mais os nomes fictícios.

Os termos escritos em itálicos são categorias nativas observadas em campo, utilizadas pelos profissionais ou usuários e não minhas. Os termos entre aspas são de perspectivas teóricas, devidamente referenciadas, ou de falas dos profissionais e usuários.

Capítulo 1: Estado, Movimentos Sociais e as Ativistas Negras

Neste capítulo, analiso como o Estado foi um espaço de produção de práticas voltadas à diminuição das desigualdades raciais no campo da saúde pública, a partir da atuação das ativistas negras, desde 1970, culminando na adoção de uma política afirmativa nesta área, na primeira década do século XXI, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria Nº 992, do Ministério da Saúde (MS), de 13 de maio de 2009. Conforme indica a literatura sobre a construção política da focalização na saúde, o ativismo feminista negro junto ao Estado, antes, durante e após a redemocratização, foi central para a institucionalização desta proposta de equidade racial no Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, 2013; ARAÚJO, 2015; CALDWELL, 2018, 2017; CENTENO, 2016; DAMASCO et al, 2012; LIMA, 2010; MONTEIRO E MAIO, 2008; PAGANO, 2011; RIBEIRO-COROSSACZ, 2009; RIBEIRO, 1995).

O capítulo começa com o debate conceitual sobre a relação entre Estado e movimentos sociais negros, que surgiu nos Estados Unidos, a partir da década de 1970, e as perspectivas críticas sobre o conceito homogêneo de Estado utilizado nesse campo. Nesta primeira seção, discuto como a focalização das políticas públicas brasileiras para a população negra tem sido analisada a partir da relação entre movimentos negros e Estado, enfatizando minha contribuição à literatura recente, a partir da fragmentação e diversidade das burocracias do Estado.

A segunda seção do capítulo analisa as práticas estatais surgidas da relação entre Estado e movimentos sociais de ativistas negras no histórico processo de focalizar as políticas públicas de saúde, sendo que eu categorizo essa trajetória em dois ciclos, até o ano de 2017. O primeiro ciclo, entre 1970 e 1995, eu caracterizo por uma escassez e intermitência de práticas burocráticas típicas de gabinetes. Como já indica Caldwell (2018, 2017) e Lima (2010), esse foi um período marcado pela pressão política às burocracias pelas ativistas negras por fora do Estado, mulheres organizadas politicamente em organizações da sociedade civil e em arenas internacionais.

O segundo ciclo, entre 1996 e 2017, eu caracterizo por um período de contínua e massiva produção de práticas, também, típicas das burocráticas de gabinetes, que geraram a institucionalização e regulamentação da focalização atual. Como os estudos mais recentes da relação entre Estado e Movimentos Negros indicam, um período caracterizado pela pressão

dos ativistas por dentro das burocracias de gabinete (RIOS, 2014; PASCHEL, 2016). Neste segundo ciclo, em função da Conferência de Durban, em 2001, paralelo à chegada ao Estado dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), isso influenciou a massividade dessas práticas nessas burocracias.

Ambos os ciclos foram determinados pela relação entre movimentos feministas negros e o Estado, e as duas fases foram conflituosas. Conforme argumenta Araújo (2015) e Leitão (2012), o fato de representantes dos movimentos negros terem atuado por dentro do Estado na época de maior implementação de políticas afirmativas, isso não significa ausência de tensões intraburocráticas e, paralelamente, aos movimentos aos quais as/os ativistas estavam ligadas/os.

Como identifiquei, no ciclo intermitente (1970 a 1995), essas situações marcaram ações dos movimentos direcionadas às burocracias de gabinete, especialmente, aos poderes executivos federal e paulista, a partir de: fóruns internacionais, documentos de organizações da sociedade civil (estudos e cartas), encontros nacionais. Também, neste período, houve ações direcionadas ao Legislativo Federal. Posteriormente, no ciclo contínuo e massivo de práticas (1996 a 2017), as situações se caracterizaram, também, por produzirem ações desses gabinetes, mas pela elaboração dos “grandes papéis” (NOGUEIRA, 2016, pg. 28) da focalização, como: portarias, leis, decretos, e criação de instâncias participativas de gestão.

Estes ciclos formaram uma determinada institucionalização e regulamentação da focalização, o foco da terceira seção. Nesta, detalho a atual administração legislativa da PNSIPN, gerada a partir das décadas de relações entre movimentos sociais e burocracias, descritas anteriormente. A seção apresenta os principais protocolos que, atualmente, gestam a equidade racial na saúde pública brasileira. A partir de uma análise de diversos documentos de Estado da focalização (leis, decretos, resoluções, planos operativos, relatórios, publicações), no nível federal e municipal do Rio de Janeiro, eu descrevo esses protocolos para identificar que tipos de “tecnologias de governança” (FOUCAULT, 2006) estão instituídos como oficiais desta política pública. A clareza desses protocolos é importante antes de seguir para a análise sobre como se desdobra a focalização nas burocracias da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pesquisadas, de forma a comparar o que é considerado como governança oficial da focalização e como isso ganha vida cotidiana nas práticas mais corriqueiras da ESF nestas burocracias.

A análise dos ciclos das práticas estatais da focalização (seção 2) e dos atuais protocolos oficiais dessa governança (3) foi possível pela revisão das pesquisas sobre a focalização e por meio de um mapeamento que sistematizei das principais situações e documentos estatais que construíram a focalização, entre 1970 e 2017, conforme Anexo III (Situações e documentos estatais favoráveis à institucionalização da focalização, entre 1970 e 2017). Esse mapeamento foi um trabalho lento de datar eventos e documentos, mas que me levaram a identificar que foi, politicamente, elaborada uma legislação oficial de governança da saúde de negros, construída entre períodos intermitentes e contínuos de práticas estatais de equidade racial, a depender das relações políticas possíveis das ativistas negras com o Estado, cujo resultado, até o momento, é a massiva existência de expedientes da focalização típicos do cotidiano de burocracias de gabinetes, agenciados, principalmente, por burocratas negros, por meio da política interna às burocracias.

O que a análise neste primeiro capítulo indica é que o principal produto da relação entre as ativistas negras e o Estado foi a produção de um tipo de tecnologias de governança de populações, a prática legislativa. Como tal, essas práticas visibilizam um dos poderes das burocracias estatais, a regulação de recursos públicos pelas engenharias jurídicas do Estado. Como retomarei ao longo deste capítulo, essa revisão e qualificação das práticas de gabinetes da focalização são orientadas por teorias das Relações Raciais, da Ação Coletiva e do Estado que argumentam por uma fronteira porosa entre movimentos sociais e Estado na produção de governanças, bem como por uma heterogeneidade dos efeitos do próprio Estado na administração das populações que delimita para intervir.

Ao final do capítulo, eu começo a mover a análise da focalização para as burocracias locais cariocas da ESF que a gerem cotidianamente. Descrevo, etnograficamente, os trajetos que realizei em burocracias do tipo gabinete, no município do Rio de Janeiro, para conseguir as autorizações necessárias para realizar a pesquisa nas três Unidades. Esse percurso nos gabinetes, anterior à convivência semanal com os profissionais “nas ruas”, já indicava as reações, reflexões e gerências das desigualdades raciais em saúde observadas nas Unidades pesquisadas. Isso significa que, longe de eu alocar elaboração e implementação da focalização a distintos tipos de burocracias, eu observo como a construção real da focalização se deu entre essas instâncias do Estado ao longo da pesquisa.

1.1. Fazendo Estado e raça

1.1.1. Estado e movimentos negros

O momento atual brasileiro de institucionalização e regulamentação da focalização da saúde pública na população negra é parte de uma “trajetória” (OMI E WINANT, 1986, pg. 84) mais ampla da relação entre os movimentos negros e o Estado em fazer “raça” nos aspectos distributivos e identitários⁹. Compreender a construção social da raça a partir dessa perspectiva relacional e processual é uma abordagem, hoje já clássica, presente nos estudos de relações raciais destes autores. Nesta abordagem, a construção da ideia de raça serve a diferentes projetos e categorias raciais que mudam ao longo do tempo, a partir de processos políticos mediados pelo Estado. Esses autores argumentam que a formação racial de uma sociedade é um processo político contínuo, resultante da disputa de projetos que atribuem distintos significados raciais e distribuições de recursos às categorias racializadas, ao longo do tempo, a partir do Estado.

Como interpretam Feagin e Elias (2012), os projetos raciais de um tempo reorganizam politicamente e legalmente o Estado. Considerando a síntese que autores já fizeram sobre os projetos raciais brasileiros (FISCHER et al, 2018; PASCHEL, 2016; TELLES, 2004) - escravidão (colônia), branqueamento (república), mestiçagem (república), políticas afirmativas (redemocratização) – vemos que diferentes interpretações às relações raciais se sucederam e sustentaram a reorganização dos recursos públicos aos racializados no Brasil.

O ator político mediador desses projetos é o Estado Racilizador (*Racial State*), por ser o espaço de absorção, marginalização, transformação e rearticulação dessas interpretações, categorias e alocação de recursos, a partir da relação com os movimentos sociais. As transformações significativas nos projetos raciais ocorrem por relações conflituosas ou consensuais entre esses atores, o que leva os autores da formação racial a nomearem essa relação como “trajetória”.

⁹ Na perspectiva desses autores, Raça é campo autônomo de produção de conflitos sociais, organização política e significados culturais, entendida como “um conceito que significa e simboliza conflito e interesse social por meio da referência aos diferentes tipos de corpos humanos” (OMI e WINANT, TRADUÇÃO NOSSA, pg. 55, 1986). Ao usarem o termo Trajetória, eles a definem como “padrão de conflito e acomodação que ocorre ao longo do tempo entre movimentos sociais de base racial e as políticas e programas de Estado” (pg. 78). Outra categoria dessa abordagem que também utilizo nesta tese é a de Projeto Racial, definido como “interpretação, representação ou explicação das dinâmicas raciais, e um esforço de reorganizar e redistribuir recursos ao longo de linhas raciais específicas” (pg. 56).

Nesse sentido, eles estão interessados na trajetória de equilíbrio e desequilíbrio dos projetos raciais que se desenvolvem no decurso da relação entre Estado e movimentos. Essa relação é de constante ruptura, que podem ser apreendidas nos momentos de construção e desconstrução das políticas públicas, coalizões políticas, governabilidade e burocracias que gestam ou não os aspectos distributivos e identitários em torno da raça. Como também interpretam Feagin e Elias (2012), o Estado é o principal lugar de contestação racial para os movimentos sociais.

Um exemplo de análise sobre a sucessão de projetos raciais a partir do Estado é a de Antony Marx, em *Making Race and Nation*, quando analisou porque Estados advindos de processos coloniais (Brasil, Estados Unidos e África do Sul) adotaram, ou não, a segregação racial nacionalmente legalizada, após a emancipação dos escravos, opções que resultaram em projetos raciais posteriores específicos por esses países. Marx (1998) analisa, paralelamente, como ocorreram as organizações políticas de negros em função dos projetos de segregação, após a colonização.

A chave explicativa de Marx (1998) para a adoção, ou não, de segregação racial pelo Estado e, conseqüentemente, a organização de ordens raciais legalizadas ou não, e, posteriormente, a formação das resistências políticas, foram os arranjos de unidade política entre as elites brancas de cada país. Ele identificou que, após a abolição, onde as elites brancas mais se uniram para manutenção de uma supremacia branca, o Estado adotou a segregação, configurando a experiência norte-americana e sul-africana. Onde as elites brancas não necessitaram de uma união, pois sua supremacia na sociedade não estava ameaçada pelos escravos libertos, o Estado não adotou segregação racial, a exemplo do caso brasileiro.

O autor argumentou, também, que onde o Estado reforçou legalmente uma dominação racial, surgiram mais públicos conflitos raciais e protestos contra a supremacia branca, gerando uma organização política tida, pelo autor, como mais forte entre os negros. Por outro lado, segundo o autor, onde o Estado não sustentou legalmente a supremacia branca, essa contestação política ocorreu mais tardiamente, o que dificultou a formação de uma identidade negra, pela política.

A obra de Marx (1998) é um exemplo de como refletir sobre os projetos raciais a partir da intermediação do Estado. Além de sublinhar a agência dos indivíduos coletivamente, como a organização do movimento negro na contestação das ordens raciais vigentes, seu argumento,

adotado nesta tese, é pelo papel central da mediação do Estado na definição dessas relações raciais e de uma dominação racial no curso da história.

Apesar da utilidade da relação entre Estados e movimento social, no entanto, Marx (1998) ainda escreve o Estado de forma homogênea, sem levar em conta as disputas que ocorrem dentro deste. De fato, apesar de Omi e Winant (1986) destacarem a complexidade interna desta instituição, ao enfatizarem o quanto as instituições do Estado são heterogêneas e contraditórias entre si, podendo agir mediante objetivos raciais opostos, esse argumento gerou poucas pesquisas que investissem em compreender como essa intra-heterogeneidade estatal influenciou na construção de políticas raciais institucionalizadas.

Enfatizando esse ponto, Goldberg (2002) sublinha um Estado mais complexo e menos coerente, a partir da fragmentação interna das agências, das burocracias e das políticas públicas, ampliando a análise do Estado fazendo raça para incluir valores dentro das instituições estatais. Para ele, se o Estado é instrumental a interesses da sociedade, é, concomitantemente, oposição aos mesmos. Já Loveman (1999), sublinhará a necessidade de desagregação das dimensões das atividades estatais, bem como dos tipos, papéis e interesses das elites estatais, ou seja, para os conflitos políticos entre elites concorrentes dentro do Estado.

No caso norte-americano, encontrei no antigo estudo de Levy (1971) um exemplo de análise para entender diferenças intragrupos burocráticos em torno de políticas públicas de raça. Neste estudo, burocracia racial se refere ao conjunto de agências estatais (municipais, estaduais e federais) norte-americanas, responsável pela implementação dos direitos civis dos EUA, após o fim das Leis Jim Crow. O autor se adentrou nesta burocracia racial para identificar as dinâmicas das relações nestas organizações. Ele se interessou, em específico, pelos conflitos interpessoais, raciais e programáticos que ocorreram nestas agências, e no quanto essa burocracia racial se diferenciava da burocracia geral do Estado norte-americano.

Ele identificou que essa burocracia racial tinha uma composição racial entre os profissionais, contando com 50% de funcionários negros, em comparação ao restante da burocracia norte-americana. Inclusive, havia uma busca proposital de paridade de funcionários brancos, negros e latinos. As agências possuíam agenda de trabalho específica de equidade racial e com mandato para investigação de casos de discriminação.

A implementação de diversos tipos de políticas afirmativas era prioridade elegida pelos burocratas raciais, o que diferenciava da burocracia geral do Estado, revelando disputas de

poder entre as burocracias estatais. Em relação ao comportamento dos burocratas, ele percebeu que a burocracia racial era mais imbuída de um sentimento de missão do que a burocracia geral do Estado norte-americano. Entre os brancos e negros da burocracia racial, o altruísmo estava mais presente nos funcionários brancos e o pessimismo nos funcionários negros.

Mais recentemente, Skrentny (2013) também partiu dessa centralidade do Estado para analisar as implicações das percepções de uma elite burocrática no sucesso das demandas políticas dos movimentos sociais raciais nos Estados Unidos. A elite que ele define contempla atores no Estado com poder de influenciar o processo de fazer a política (*policy making*). O elemento que faz o autor alocar o representante estatal na categoria de elite é sua capacidade de influenciar resultados políticos que serão materializados em políticas públicas. Com esse critério, essa elite inclui um amplo leque de pessoas que falam pelo Estado: presidentes, chefes de gabinetes, membros do legislativo, burocratas de agências, juízes.

Ele identificará que a variação no sucesso da implementação de políticas afirmativas demandadas pelos grupos racializados esteve relacionada às percepções que a elite burocrática tinha sobre os movimentos sociais. Ao comparar a luta por políticas inclusivas para negros, latinos, asiáticos, indígenas e mulheres, Skrentny (2013) analisou como cada grupo conseguiu efetivar, politicamente, suas demandas, a depender das percepções dessa elite. Por exemplo, as pressões dos afro-americanos pelas políticas apenas foi atendida após massivos protestos violentos que mudaram o entendimento dessa elite de que aquele público era merecedor de uma política pública focalizada. A partir da experiência com o movimento negro, essa elite conduziu com muito mais facilidade e rapidez políticas posteriores voltadas para outros grupos socialmente vulneráveis (com exceção das mulheres), pois, automaticamente, essa elite passou a compará-los com os afro-americanos e suas condições sociais.

Com esta proposta de análise, o autor está chamando atenção para a importância de se estudar os detentores de poder dentro do Estado, com foco em elites burocráticas. Nesse sentido, se interessa pela perspectiva de um Estado heterogêneo e não apenas unitário. Olhando para dentro do Estado, está interessado nas estruturas de poder dentro deste e como isso afetará as demandas dos movimentos sociais. Coaduna com a ênfase do *Racial Formation* na relação entre Estado e movimento social, mas marca uma perspectiva de Estado bem mais incongruente e não unitário, comparado com estudos pioneiros sobre as relações entre Estado e movimentos negros, como o de Marx (1998).

1.1.2 Estado, raça e movimentos negros no Brasil

A focalização da saúde na população negra no Brasil é parte de um processo de interferência no Estado, pelo movimento negro, desde a redemocratização do país. Como identifica a literatura sobre as relações entre o Estado brasileiro e os Movimentos Negros (HTUN, 2004; LIMA, 2010; PASCHEL, 2016; RIOS, 2014; RODRIGUES, 2014; TELLES, 2004), o período de políticas de “consciência racial” (CALDWELL, 2017, pg. 8), visando mitigar desigualdades raciais no país, advém de dois tipos de relação entre o Estado e os movimentos. Primeiro, a clássica pressão externa ao Estado, após a redemocratização. Posteriormente, um ativismo interno ao Estado, não necessariamente consensual, com os diversos quadros burocráticos atuantes nos diversos níveis estatais.

Estudos indicam que a elite dos movimentos negros não conseguiu penetrar na política institucional brasileira até a redemocratização (PERREIRA, 2013; RIOS, 2014), com exceção da transformação da Frente Negra Brasileira (FNB) em partido político, na década de 1930. Segundo esses autores, no regime militar, ativistas se organizavam e atuavam politicamente por meio de associações políticas e culturais fora das instituições políticas clássicas. Como argumentam Lima (2018) e Paschel (2018), as análises das mobilizações negras, na América Latina, tendo como parâmetro os direitos civis norte-americanos e o antiapartheid sul-africano, impedem a identificação da mobilização política por outras atividades, como estudos mais recentes já tem demonstrado – revoltas, quilombos, clubes, jornais, organizações civis, irmandades religiosas, sociedades de ajuda mútuas, etc. (PASCHEL, 2018; PERREIRA, 2013; RIOS, 2014). Ou seja, não há ausência de contestação política negra no Brasil, mas mobilizações singulares de um contexto social de ideologias e arranjos institucionais próprios à história das relações raciais na região, a exemplo do recente ativismo institucional às burocracias do Estado.

Conforme já evidenciaram Htun (2004), Lima (2010), Leitão (2012), Rios (2014), Paschel (2016), entre outros, apenas na pós-redemocratização, representantes de movimentos negros entram no Estado. Desse período de maior inserção interna do movimento negro no Estado, a avaliação de Lima (2010) é que os governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) marcaram uma inflexão no tratamento da raça pelo Estado. Se antes, o Estado silenciava as desigualdades raciais e propagava uma harmonia racial no país, este governo

marcou o reconhecimento do racismo pelo Estado e o início de adoção de ações para lidar com as desigualdades.

Como analisa a autora, as políticas estavam atreladas à agenda e às burocracias dos Direitos Humanos, com uma estratégia discursiva e política de reconhecimento das desigualdades, sem ações específicas na redistribuição dos recursos públicos (LIMA, 2010, pg. 81). Esse período produziu ações geradas por uma relação entre os movimentos e Estado mais por fora, com pouca inserção nas burocracias, a exceção do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), sob a coordenação de Hélio Santos.

Já os governos petistas, segundo Lima (2010), modificaram a relação de atuação exterior dos movimentos negros ao Estado, com representantes ocupando cargos e/ou instâncias de controle da nova gestão governamental, com o tema racial atrelado a uma pasta específica, a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), criada em 2003, e a uma instância colegiada específica, o Conselho Nacional de Participação da Igualdade Racial (CNPIR), desde 2003, pressionando por políticas repressivas, de reconhecimento identitário e de redistribuição de recursos.

Para Paschel (2016), essa mudança no Estado brasileiro, do universalismo para reconhecimento de direitos à população negra, é explicada pela atuação dos movimentos negros, mesmo com poucos recursos, falta de apoio popular e com poucos aliados políticos. Segundo a autora, a capacidade dos movimentos negros em mudar o discurso do Estado e este começar a assumir ações voltadas à “raça”, isso ocorreu por estes movimentos transitarem entre os campos políticos nacionais e internacionais ao mesmo tempo, o que ela chama de “campo político étnico-racial global”, entendido como “conjuntos de instituições internacionais e redes transnacionais, bem como normas globais e repertórios de ação transnacionais” (pg. 26, tradução nossa). Para a autora, os ativistas foram capazes de mudar políticas nacionais por estarem sempre aliados a este campo, evidência da transnacionalidade da luta política negra.

Esses autores (HTUN, 2004; LIMA, 2010; LEITÃO, 2012; RIOS, 2014; PASCHEL, 2016) convergem para o achado de que os movimentos negros buscaram transformar as desigualdades raciais a partir de diferentes contextos políticos do Estado. A partir da redemocratização, o tema do racismo ganhou espaço na agenda do Estado, a partir da estratégia de uma elite negra em assumir cargos dentro do aparelho do Estado, ou se

articularem diretamente com os profissionais do Estado, ou assumirem ambos os papéis, transitando entre movimentos e burocracias, com o objetivo de problematizarem a universalidade dos direitos estabelecidos na Constituinte e distribuírem esses direitos aos negros via políticas públicas.

Como consequência, Rios (2014) e Paschel (2016) argumentam que esse momento da trajetória gerou a ascensão de uma elite política negra concebida nesse processo de construção de políticas públicas raciais via Estado, o que propiciou muito conhecimento aos ativistas em fazer políticas públicas, legado cujos efeitos ainda precisam de análise pelo campo das Relações Raciais. Recentemente, Paschel (2018) avaliou este percurso numa perspectiva mais negativa, porém, sugerindo mais estudo dessa trajetória:

“o discurso antirracista dos agentes do governo era muitas vezes muito mais veemente do que as próprias políticas, e a quantidade de órgãos estatais encarregadas de promover a igualdade racial era muitas vezes maior que a sua qualidade. Finalmente, a adoção de legislação específica para populações negras também engendrou novas políticas na região que enfraqueceram os movimentos negros, incluindo, em alguns casos, a cooptação, bem como o surgimento de movimentos reacionários empenhados no enfraquecimento dos movimentos negros (...). No centro da literatura sobre a mobilização negra contemporânea estão as tentativas de dar sentido a essas novas articulações políticas que aconteceram após as reformas etnoraciais. Além disso, os estudiosos também começaram a analisar o impacto da mobilização negra além da esfera da política formal, em parte porque ao se restringir a mudança ao domínio precário da política corre-se o risco de perder uma miríade de maneiras pelas quais os ativistas e as organizações negras reformularam suas sociedades nos anos recentes (PASCHEL, 2018, pg., 299).

Na revisão de literatura feita para esta tese, eu identifiquei poucas pesquisas que analisassem o comportamento de grupos de elites burocráticas no Estado em torno das recentes políticas raciais, a exemplo das citadas análises norte-americanas na seção anterior. Pesquisas neste sentido poderiam melhor elucidar, por exemplo, se e como a diversidade racial dos quadros do Estado mudaram e se isso implicaria em diferentes processos de construção de políticas públicas, especialmente, em função das políticas afirmativas nos concursos públicos federais, e após quase 20 anos dos profissionais do Estado terem que lidar com políticas raciais para a inclusão de negros.

Com o foco nas burocracias do Estado, ainda ficam abertos os questionamentos sobre: como se formou, dentro dessas burocracias, grupos burocráticos com percepções distintas

sobre desigualdades raciais como um problema a ser abordado pelo Estado; os níveis de centralidade da raça entre as burocracias; a relação das percepções raciais dos profissionais com as das suas instituições regulamentadoras de políticas afirmativas; como esses grupos profissionais influenciaram as políticas raciais mediadas pelo Estado; o quanto a relação com os movimentos sociais raciais influenciaram nas concepções raciais dos profissionais; dentre outras questões.

Apesar da existência de mapeamentos das políticas públicas, especialmente no âmbito federal, já indicarem as diversas áreas em que essas ações se concentraram (PAULA e HERINGER, 2009; RODRIGUES, 2014; MATOS e ARAÚJO, 2016), as transformações internas e cotidianas do Estado brasileiro para administrar políticas voltadas ao combate das desigualdades raciais e seu oposto, as modificações para esvaziamento dessa gestão, são temas em aberto no campo das relações raciais. Essas perguntas começam a receber mais atenção, recentemente. Um exemplo é o texto de Powell e Moraes Silva (2018), analisando o processo político de construção e manutenção das categorias raciais utilizadas no censo do Estado brasileiro (pretos, pardos, amarelos, indígenas e brancos), nas últimas quatro décadas, apesar das mudanças das narrativas estatais sobre raça. As autoras identificaram o papel central de burocratas em gerar a continuidade dessas categorias, diante das disputas para escolhas das categorias mais válidas, e desenvolveram o conceito de *technocratic compromise*. O termo revela a influência desses profissionais no processo político de construção dessas categorias, apesar de não estarem ligados, nem às lideranças governamentais que ocupam o Estado, nem às lideranças políticas dos movimentos sociais, mas de usufruírem de um nível de autonomia para desenhar e implementar essas categorias oficiais, mesmo navegando pelos distintos interesses políticos dos atores envolvidos na definição dessas categorias.

Outro exemplo de análise interna à formação das políticas de cunho racial no Brasil, eu encontrei em Gomes e Alves (2017), ao analisarem a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em março de 2003. Eles argumentam que a criação desta nova burocracia ocorreu por meio de um processo de cooptação de lideranças dos movimentos sociais para acomodar demandas e tensões do Estado com os movimentos negros, resultando na mudança gradual do Estado em criar “lugares” organizacionais para possibilitar combater desigualdades raciais. Ou seja, diferentemente da crítica de Paschel (2018) à cooptação, acima, esses autores argumentam que foi exatamente

esse processo, entendido como uma estratégia política dos movimentos, que promoveu mudanças institucionais internas ao Estado já que “o cooptador também sofre alterações” (pg. 397).

Eu me junto aos esforços de análise das relações raciais a partir do Estado pela compreensão interna da complexidade estatal e em como diferentes dinâmicas burocráticas impactam nos projetos raciais construídos na trajetória entre movimentos sociais e Estado. Saperstein et al. (2013), ao revisarem as pesquisas pela perspectiva da formação racial, as classificaram em níveis de análise: macro (o Estado), médio (as interações nas instituições) e micro (as agências). Minha tentativa nesta tese é conectar essas três dimensões, ao analisar como burocracias locais receberam políticas afirmativas regulamentadas, a partir de seus cotidianos organizacionais e quadros profissionais em interação com os beneficiários dessas políticas. Nas palavras desses autores: “quando projetos raciais – racistas ou igualitários – são forçados a lidarem com a burocracia entrincheirada, a inércia institucional e o cotidiano de contratar trabalhadores, ensinar estudantes, julgar casos, diagnosticar pacientes” (pg. 367). Esse é um processo de análise que faço ao longo desta tese. Nas próximas seções, analiso a construção da institucionalização legislativa da equidade racial em saúde a partir do ativismo feminista negro.

1.2. Mulheres negras e a focalização na saúde pública

1.2.1. Ciclo intermitente de práticas de Estado (1970 – 1995)

Nessa trajetória de relação entre movimentos negros e o Estado, o tema do racismo na saúde foi impulsionado largamente por ativistas negras¹⁰. Conforme identificam Caldwell (2017), Centeno (2016) e Paschel (2016), as organizações dos movimentos negros, do início da década de 70, eram patriarcais e, entre os conflitos internos aos movimentos, o bloqueio à liderança política das mulheres negras e os posicionamentos sexistas em relação à reprodução e à violência doméstica, favoreceram a criação de organizações específicas de mulheres

¹⁰ As principais ativistas negras referenciadas na literatura, neste período, são: Sueli Carneiro (fundadora do Geledés), Edna Roland (PUC/SP, Secretaria da Conferência de Durban, e ex-coordenadora do Programa de Saúde do Geledés), Fátima Oliveira (médica, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde, elaborada do Programa de Anemia Falciforme), Jurema Werneck (fundadora da Criola e atual Direção Executiva da Anistia Internacional, no Brasil), Matilde Ribeiro (Ex-Ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), Luiza Helena de Bairros (Ex-Ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial).

negras. Por outro lado, como também indica essa literatura, as especificidades desses temas às mulheres negras não encontravam recepção nos movimentos feministas das mulheres brancas de classe média.

Contra o sexismo e o racismo vindos de ambos os movimentos em que elas circulavam, foram essas ativistas negras que inseriram o tema da saúde focalizada dentro dos movimentos negros e na relação com o Estado. Conforme analisaram Damasco et al. (2012) e Caldwell (2017), o ativismo feminista negro perante o Estado gerou o campo da saúde da população negra, sendo que o tema da saúde reprodutiva foi central à própria construção do feminismo negro no Brasil. Desde o início, as ativistas já incorporavam a perspectiva interseccional entre raça, gênero e classe, conforme as norte-americanas (CRENSHAW, 2004).

No processo de construção do campo “saúde da população negra”, o período de 1970 a 1995 é marcado pela pressão das ativistas negras para o Estado lidar com a diminuição das desigualdades raciais em saúde por fora do Estado, organizadas politicamente em organizações da sociedade civil brasileira e fortalecidas em arenas internacionais (CALDWELL, 2017; PASCHEL, 2018). Ao analisar o tipo de ações que resultaram dessa relação com o Estado, identifiquei que esse período é majoritariamente caracterizado por ações de Estado esparsas entre si e tipicamente de gabinetes, relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, e à produção pública de estatísticas das desigualdades raciais em saúde.

No que se refere à transnacionalidade dos movimentos feministas negros, neste período, como evidenciaram as análises revisadas na seção anterior sobre a relação entre movimentos negros e o Estado, a construção racial de uma agenda pública no Brasil passou pelas arenas internacionais (LIMA, 2010; PASCHEL, 2016). Isso não foi diferente no campo da saúde pública (CALDWELL, 2017; PASCHEL, 2018). Como identifiquei, as décadas de 70, 80 e 90 do século XX são marcadas pelos seguintes acordos e eventos multilaterais, que favoreceram à pressão por uma saúde pública focalizada: a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (1969), a Década Internacional da Mulher (1970-1980), o 3º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe (1985), a V Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo/ Egito, 1994), a IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995).

Esses fóruns internacionais favoreceram o fortalecimento da organização política de ativistas negras brasileiras que, entre 1980 e 1990, criaram e atuaram politicamente em nome

das principais Organizações Não-Governamentais (ONG) da interseção entre raça e gênero do país: Maria Mulher (Porto Alegre, 1987), Geledés (São Paulo, 1988), Criola (Rio de Janeiro, 1992), Associação Cultural de Mulheres Negras – ACMUN (Porto Alegre, 1994), Fala Preta (São Paulo, 1997).

Além do fortalecimento político das ativistas por fora do Estado, as décadas de 70, 80 e 90 geraram duas delimitações que marcarão a focalização instituída em lei pelo Estado no ano de 2009, o foco na saúde reprodutiva da mulher negra (RIBEIRO-COROSSACZ, 2009; CALDWELL, 2017) e na produção de informações estatísticas das desigualdades raciais pelo Estado (LIMA, 2010; DAMASCO et al, 2012). Por isso, no âmbito nacional, as demandas referentes à saúde reprodutiva das ativistas negras, nessas três décadas, priorizaram denunciar e reverter a incidência da esterilização em mulheres negras, entendida como uma política pública de natalidade no país (RIBEIRO COROSSACZ, 2009; ARAÚJO, 2015; CALDWELL, 2017). Situações-chaves que marcaram esse período de denúncia foram: 1) a reação das ativistas ao estudo do Governo Maluf (O Censo de 1980 no Brasil e no Estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações), com propostas racistas de natalidade (1982); 2) a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras (1990); 3) a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Esterilização (1991-1992); 4) a Declaração de Itapeverica da Serra, do Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras (1993).

O ativismo de denúncia contra a esterilização como uma política pública de controle demográfico foi motivado por uma série de publicações com dados estatísticos das desigualdades. Destacam-se os estudos populacionais da demógrafa Elza Berquó, do Centro Brasileiro de Análise Planejamento (CEBRAP) e do Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP), como o “Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira” (1982). Além da produção estatística, o CEBRAP, pelas iniciativas de Berquó, por meio do Programa de Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, foi responsável pela formação de várias pesquisadoras negras que atuaram, posteriormente, na construção da focalização junto ao Estado. Outro, o Suplemento Especial, sobre esterilização, da Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílio (PNAD), em 1986. Também, destaque para as publicações do Programa de Saúde do Geledés, coordenado por Edna Roland, como o “Esterilização: impunidade ou regulamentação?” (1991).

Desde as denúncias da prática de esterilização de mulheres negras, a produção de dados estatísticos para visibilizar as desigualdades raciais em saúde passou a ser uma estratégia política das ativistas (RIBEIRO-COROSSACZ, 2009; DAMASCO et al, 2012; CALDWELL, 2017), que se manteve no ciclo seguinte. Em parte, porque na época das denúncias contra a incidência da esterilização, havia falta de dados para sustentar a denúncia do racismo nas políticas de controle de natalidade. Como indicam esses autores, no campo da saúde, até o final da década de 90, não era possível produzir dados estatais com a clivagem de raça pelos sistemas de informações do SUS, em função da inexistência da coleta de dados com essa informação. Por isso, a produção estatal de estatísticas das desigualdades raciais em saúde, via criação de um quesito raça/cor nos documentos da saúde pública, passou a ser uma estratégia política dessas mulheres para que o Estado passasse a adotar ações, a partir da produção pública desses dados.

Ao analisar as práticas de Estado produzidas nesse ciclo (1970 – 1995) que tentavam focalizar a saúde e deram suporte à legislação da focalização no ciclo seguinte, percebe-se que as ações produzidas neste ponto da trajetória foram concentradas em dois temas (saúde sexual e reprodutiva, e produção estatística) e em expedientes de Estado típicos das burocracias de gabinetes, tais como: instâncias de participação - o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo (1980), e grandes programas por legislação - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM – 1983). Esses expedientes continuaram presentes no período seguinte, mas, de forma mais sistemática.

Esse ciclo, tipicamente intermitente e escasso de tecnologias de governo, se encerra com um protesto dos movimentos negros, a Marcha Zumbi dos Palmares (20 de novembro de 1995) que pautou demandas perante o Estado por meio de uma clássica e bem visível estratégia dos movimentos sociais, o protesto público.

1.2.2. Ciclo contínuo e massivo de práticas de Estado (1996 – 2017)

O segundo ciclo, entre 1996 e 2017, eu caracterizo por um período de contínua e massiva produção de práticas burocráticas do tipo de gabinetes, culminando na institucionalização da focalização pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 992, de 13/05/09, que a nomeia de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Os aproximados vinte anos deste ciclo foram influenciados pelas demanda de dois grandes

protestos políticos, distantes temporalmente: a Marcha Zumbi dos Palmares (20 de novembro de 1995) e a Marcha das Mulheres Negras (18 de novembro de 2015).

Além das demandas da pauta da Marcha Zumbi, um evento internacional foi central para fornecer essa intensidade às ações que culminaram na regulamentação da focalização em 2009, a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas Correlatas de Intolerância, em Durban, entre 31/08/2001 e 08/09/2001. Especialmente, os governos do PT (Lula e Dilma) foram os mais pressionados pelos compromissos internacionalmente firmados em Durban (PAULA e HERINGER, 2009).

As demandas do primeiro protesto (Marcha Zumbi dos Palmares, 1995) deste ciclo atravessaram os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC – 1995 a 2003) e dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT – 2003 a 2016). Mas, após a Conferência de Durban (2001) e, em paralelo à chegada ao poder do PT, a produção de práticas burocráticas da focalização passaram a ser feitas com ativistas por dentro das burocracias de Estado (CALDWELL, 2017; PASCHEL, 2018).

Essa inserção não está descolada de um movimento mais amplo de entrada dos movimentos sociais nas burocracias do Estado na América Latina, como evidencia Abers e Tatagiba (2015). Representantes dos movimentos de mulheres passaram a atuar internamente no Estado, ocupando cargos comissionados ou posições em instâncias participativas (CALDWELL, 2017). Isso não significa que as relações com o Estado passaram a ser consensuais, mas que as novas configurações do poder permitiram representantes dos movimentos negros penetrarem dentro das burocracias federais (ARAÚJO, 2015). Mas, se a circulação das ativistas dentro do Estado pode explicar essa massividade de práticas e a regulamentação da focalização, ainda não está claro como elas, politicamente, circularam dentro das burocracias executivas para a construção dessa institucionalização.

Apesar do resultado de práticas advindas dessa nova relação interna com o Estado, como evidencia Paschel (2016), em sua etnografia sobre a construção das políticas afirmativas no Brasil, ao conversar com os representantes dos movimentos negros, eles tenderam a privilegiar os momentos visíveis dos protestos públicos na explicação sobre a mudança no discurso e nas políticas do Estado, em detrimento das estratégias não midiáticas.

Observa-se que, nesse longo *lobby* burocrático, conhecer o perfil epidemiológico da população negra pela clivagem da raça continuou como um ponto de luta política central às ativistas negras que atravessou os dois ciclos. Lima (2010) argumentou por três momentos

dessa trajetória, ao revisar as ações afirmativas no campo da saúde. A primeira, a busca por produção pública de dados das desigualdades raciais. Depois, a visibilidade pública da incidência de doenças na população negra. Por fim, o foco atual no racismo institucional¹¹.

Como analisou a autora, no campo da saúde, o acesso a dados e a produção de conhecimento a partir desses dados sempre foi um obstáculo no campo da saúde. Observa-se que, no período de denúncias e demanda por novas ações de Estado em torno da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ciclo intermitente), as ativistas indicavam essa ausência de estatísticas oficiais, que possibilitassem comprovar, estatisticamente, as desigualdades nos resultados em saúde entre mulheres brancas e negras. Como Ribeiro-Corossacz (2009) identificou, também, ao entrevistar as principais representantes do ativismo feminista negro brasileiro, a exemplo de Edna Roland (ex-presidente da ONG Fala Preta! e relatora geral da Conferência de Durban), a classificação racial institucional era uma estratégia central para visibilizar as desigualdades na saúde pela produção estatística do Estado. Exemplo dessa conquista de geração de dados sobre as desigualdades raciais em saúde, a partir do quesito raça/cor, foram os relatórios do Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatística das Relações Raciais (LAESER), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob a liderança do pesquisador Marcelo Paixão, conforme Box 1.

Por isso, a criação e uso dessas estatísticas é, ainda, um dos principais protocolos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Mas, o uso da variável raça/cor gerou controversa entre ativistas e cientistas no campo da saúde, há época. A quantidade de artigos sobre isso, no ano de 2005, é exemplar. Para as ativistas, a produção estatística e a focalização eram defendidas como necessárias para evidenciar as diferenças e combater desigualdades. Para alguns pesquisadores (MAIO e MONTEIRO, 2005; Fry, 2005), eles argumentavam que essa ação não era acompanhada de duas reflexões. Uma, sobre o impacto desses instrumentos estatais na construção de identidades racializadas (BAILEY, FIALHO e LOVEMAN, 2018) haja vista que exigiam a definição de beneficiários da Política. Outra, sobre a relação não comprovada, geneticamente, entre raça e doença, o que induziria à perspectiva biológica da ideia de raça (MORNING, 2011; SPENCER, 2019).

¹¹ Racismo Institucional tem sido conceituado na área da Saúde como “O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (CRI, 2006, p.22).

Apesar da controversa no campo da saúde, a busca para fornecer visibilidade às desigualdades pelas estatísticas não está desassociada da estratégia mais ampla desse momento da trajetória entre movimentos negros e Estado, o uso de dados numéricos de desigualdades raciais para legitimar as demandas políticas mediadas pelo mesmo. Conforme indica Lima (2010), a demanda por inclusão do quesito cor nos sistemas de informação do Estado e produção de informações públicas sobre a população negra foi, oficialmente, estabelecida no Estado, como meta, já no I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), em maio de 1996.

Posteriormente, o uso de estatísticas das desigualdades passou a ser uma ação política mais ampla para a ida à Durban (2001). Como identificou Paschel (2016), o movimento negro brasileiro mobilizou as estatísticas das desigualdades raciais como uma estratégia política na Conferência. Dessa forma, a estratégia brasileira diferiu daquela adotada pelos pares colombianos, e por outros países latino-americanos que não produziam estatísticas étnico-raciais, que se limitaram a mobilizar politicamente os símbolos da cultura e identidade afro-colombiana, menos efetivos para demandar políticas de redistribuição e focalização perante o Estado.

Um exemplo do uso das estatísticas em Durban (2001) foi a publicação do relatório *Nós, mulheres negras*, da Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), sediada em Salvador/BA, publicado após encontro nacional da AMNB, em setembro de 2000, que traçou a situação da mulher negra brasileira, incluindo as questões da saúde reprodutiva (CALDWELL, 2017). Segundo a autora, para a Conferência de Durban (2001), este relatório foi traduzido em outros idiomas e distribuído aos representantes dos países na conferência, cujas estatísticas desafiavam a narrativa do Estado brasileiro de silenciamento das desigualdades raciais vividas pelas mulheres negras, em função da manutenção da imagem de país racialmente harmônico.

Box 1 – Dados de desigualdades raciais em saúde

- a) a taxa de descontentamento com o atendimento no SUS é sempre maior entre pretos e pardos, independente da região;
- b) há maior percentual de pretos e pardos procurando o SUS para finalidades curativas, contrapondo-se aos brancos, procurando o Sistema para finalidades preventivas;
- c) a população branca foi predominante nas internações para cirurgia (57,1%), parto cesáreo (51,9%), exames (54,8%) e tratamento psiquiátrico (51,9%).
- d) já os pretos e pardos foram predominantes no parto normal (62,5%) e no tratamento clínico (52,5%);
- e) em 2008, a probabilidade de não ser atendida pelo sistema de saúde, uma vez tendo procurado, de uma mulher preta e parda era 2,6 vezes superior à de um homem branco;
- f) também em 2008, os pretos e pardos formavam a maioria absoluta de desistentes de procura pelo atendimento de saúde: 62,6% dos que desistiram de procurar por problemas relacionados às falhas do sistema de saúde; 66,7% dos que relataram problemas financeiros ou domésticos; 67,4% dos que relataram enfrentar problemas locacionais e de transporte; 60,0% dos que apresentaram outros motivos e dos sem declaração de motivos; e 63,9% no somatório de todos os motivos.

Fonte: Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (2009-2010), publicado pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatística das Relações Raciais (LAESER).

A avaliação dessa construção da focalização da saúde pública na população negra, por representantes dos movimentos negros, foi analisada por Araújo (2105). O autor entrevistou as principais lideranças dos movimentos negros que atuaram na focalização, a exemplo dos representantes das instituições Criola, Geledés, Unegro, Renafro. Essas lideranças avaliaram esse processo a partir das relações contraditórias com o Estado e das estratégias políticas adotadas. As relações contraditórias foram explicadas pelos ativistas a partir da relação entre adoção da temática racial na saúde, mas, lenta gestão do tema dentro do próprio Estado. Eles indicaram o pouco foco preventivo da Política, ações fragmentadas, falta de pressão política entre os entes federados para a implementação local, e falta de decisão política em torno dos próprios dados estatísticos do Estado. Ao avaliarem as estratégias adotadas, eles focaram em discorrer sobre a ocupação de espaços de instâncias centrais de gestão do SUS, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e da construção da fundamentação legal da Política.

Diante dessa nova forma de construir a focalização, por dentro das burocracias de gabinetes, essas práticas foram muitas. Por isso, eu as sistematizei por tipo: legislações, planos operativos, instâncias de assessoramento/gestão, políticas públicas, publicações, encontro e conferências.

Exemplos de legislações, eu destaco as seguintes: a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, sancionada no primeiro governo Fernando Henrique

Cardoso (1995-1998), após quase duas décadas de atuação política das ativistas negras no tema da saúde reprodutiva da mulher; a inclusão do quesito raça/cor nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbito (DO), em 1996; a Portaria N° 822, de 06 de junho de 2001, que incluiu a doença falciforme dentro do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), o famoso *Teste do Pezinho*; as Portarias N° 1.678, de 17/08/04, e N° 2632, de 15/12/04, que instituíram o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN); a Portaria N° 992, de 13/05/09, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); o Capítulo de Saúde no Estatuto da Igualdade Racial, Lei N° 12.288, 20/07/10; a Resolução N° 2, de 02/09/14, que estabeleceu o II Plano Operativo da PNSIPN (2013-2015); a Resolução N° 16, 30/03/17, que estabeleceu o III Plano Operativo da PNSIPN (2017-2019); a Portaria N° 344, de 01/02/2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde do SUS; a Portaria de Consolidação N° 2, de 28/09/2017, que estabelece a PNSIPN como uma política de Promoção da Equidade em Saúde.

Destas legislações, eu destaco em mais detalhes a normatização da focalização pelos chamados Planos Operativos da PNSIPN, tecnologia que transforma a Política em estratégias de ação. Existiram três Planos Operativos da PNSIPN: 1) I Plano: para os anos de 2008 a 2011, estabelecido num documento do Ministério da Saúde (MS), em abril de 2008, intitulado Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Plano Operativo; 2) II Plano: para os anos de 2013 a 2015, estabelecido pela Resolução N° 2, de 02 de setembro de 2014, da Comissão Intergestores Tripartite do MS; 3) III Plano: para os anos de 2017-2019, estabelecido pela Resolução N° 16, de 30 de março de 2017, também pela Comissão Intergestores Tripartite do MS.

Comparando os três Planos Operativos (PO), identifiquei que estes documentos mudaram no decorrer dos anos nas seguintes frentes: nos espaços no Estado em que foram pactuados, no formato institucional, na mobilização das convenções internacionais, na mobilização das regulamentações nacionais e nas definições de delimitações para a ação estatal.

O I PO tem o formato de uma publicação. Já o II e III PO passaram a ter formato de Resoluções. Os dois últimos foram aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), diretamente pelo Gabinete do Ministério da Saúde, o que significa que, desde 2014, a Política

passou a ser negociada numa instância de colegiado da Pasta que integra representantes das três esferas de governo (União, Estados e Municípios).

Os dois primeiros Planos não mobilizaram convenções multilaterais em seus preâmbulos. Já o III Plano registra o compromisso brasileiro em relação à: 1) Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; 2) Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, Durban, África do Sul; 3) Década Internacional de Afrodescendentes (2015 e 2024).

Referente à produção legislativa nacional, esses planos passam cada vez mais a mobilizarem as legislações que foram criadas dentro do Estado nesse período de políticas de “consciência racial”. Se no I PO, há menção ao PAC Mais Saúde e ao Pacto pela Saúde, nos II e III Planos são acionados o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009), e acordos com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR).

O I PO estabeleceu que seis objetivos (acesso, formação, violência, quesito raça/cor, diagnóstico) fossem alcançados em quatro anos, por meio de 25 ações, 36 estratégias, 38 indicadores, 47 metas, distribuídos em duas fases distintas. A primeira fase atacaria o problema nomeado de “Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social”. A segunda fase atacaria o problema estabelecido como “Morbidade e Mortalidade na População Negra”.

Algumas metas estabelecidas foram, por exemplo: 25% de gestores municipais qualificados na utilização de Guia de Enfrentamento das Iniquidades e Desigualdades em Saúde, 50% dos trabalhadores da saúde dos estados do Rio de Janeiro, Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco e São Paulo, capacitados ao enfrentamento das iniquidades em saúde, 100% das capitais brasileiras com instâncias de promoção da equidade em saúde instituídas, 50% dos municípios prioritários com ficha de notificação sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas, sete Estados com Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias implantados, 50% dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família capacitados na temática saúde da população negra.

Já nos II e III Planos, a definição de metas e indicadores é delegada aos Estados e Municípios, não havendo estabelecimento prévio de metas, nem prazo para serem cumpridas. O II Plano estabeleceu cinco eixos e 20 estratégias de ação. O III PO definiu, também, cinco eixos e 10 estratégias. Apesar da variação no quantitativo de estratégias, o comum aos três planos é o que prioriza a focalização: a formação dos profissionais da saúde, a produção de conhecimento sobre desigualdades raciais na saúde, a criação de instrumentos de monitoramento das desigualdades raciais em saúde (indicadores e avaliações), a ampliação do acesso aos serviços de saúde, na participação social no controle das políticas de saúde, o fortalecimento das religiões de matriz africana, as violências (homicídios, materna-infantil, doméstica), a saúde reprodutiva da mulher negra e a doença falciforme.

Exemplos de instâncias de gestão que administraram e/ou assessoraram na implementação da focalização, eu identifiquei as seguintes: o Grupo de Trabalho (GT), sobre saúde da população negra, no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (1996); o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), 2004; Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2006; Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 2008; a Coordenadora-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do SUS, dentro da Diretoria de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), desde o processo de criação da Política.

Ao observar a relação entre os “fragmentos” do Ministério da Saúde (MS) que geriram a PNSIPN, identifiquei que esta se inseriu dentro da burocracia federal, primeiramente, pela área de menor importância política, uma coordenação. Apenas com o tempo, a gestão da Política alcançou inserção em espaços com maior poder de decisão sobre os rumos da Saúde Pública, especialmente, os Conselhos. Observa-se que o lugar de poder cotidiano da gestão da Política dentro do Ministério não condiz com a transversalidade mobilizada nos documentos. Por exemplo, no I PO, registra-se: “...trata-se, portanto, de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde” (I PO, pg. 2).

Ações na forma de políticas públicas ou programas, específicos, ou que continham trechos da focalização, foram: o Programa de Anemia Falciforme (PAF) (1996); o I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH/1996); Programa de Combate ao Racismo Institucional (2001); II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH/2002); Programa

Estratégico de Ações Afirmativas: população negra e AIDS (2005); Ação de Atenção à Saúde das População Quilombolas, no Programa Brasil Quilombola (2005); Programa de Combate ao Racismo Institucional na Saúde (2005); Programa Nacional de DST/AIDS (2005); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Os encontros, conferências e seminários de Estado também acompanharam esse processo institucional e legislativo da focalização. Como eventos específicos do tema, eu destaco: Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra com a divulgação de uma taxonomia de doenças negras (1996); a realização do seminário internacional Multiculturalismo e Racismo: o Papel da Ação Afirmativa nos Estados Democráticos Contemporâneos (1996); Workshop Interagencial sobre Saúde da População Negra, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD e da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS (2001); I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004); II Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2006). Somando-se a estes, as 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde (2003 e 2007), também passaram a registrar a focalização em seus documentos.

Para legitimar essa engenharia político-institucional, várias publicações sobre a saúde da população negra foram, sistematicamente, publicadas por agentes estatais. Eu registro apenas algumas: Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente (2001); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma questão de equidade (2001); Saúde da População Negra no Brasil – contribuições para a promoção da equidade (2005); Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras (2005); Condições Sanitárias das Comunidades Quilombolas, FUNASA (2005); Saúde da População Negra, pela Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2012); Painel de Indicadores do SUS N. 10 – Temático Saúde da População Negra (2016); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS (2017); O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra (2017).

A PNSIPN, também, tem um dia: 27 de Outubro. Este dia foi definido como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.

1.3. Protocolos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Essa longa trajetória entre os movimentos feministas negros e o Estado gerou uma institucionalização da focalização com eventos, estatísticas, normativos, princípios, objetivos oficiais, instâncias participativas, instâncias de gestão, sintetizadas na seção anterior. Nesta seção, eu apresento os principais protocolos que regem a equidade racial em saúde no país, atualmente.

Eu optei por apresentar esses protocolos, também, agrupando-os por tipos e não pela ordem cronológica em que foram regulamentados. Essa opção facilita a compreensão das práticas mais típicas que estão protocoladas, o que permite melhor entendimento das tecnologias de governo (FOUCAULT, 2006) que a institucionalização prioriza.

Além disso, eu continuo com a típica escrita do direito administrativo, constitucional e dos documentos de políticas públicas, com mobilização excessiva de números de leis, datas completas, siglas de burocracias, longos objetivos oficiais, princípios democráticos, inalcançáveis metas, inúmeras estratégias de ação. Isso respeita a gramática diária de expedientes dos estratos burocráticos que gestam a institucionalização da saúde focalizada.

A quantidade de protocolos da focalização indica a gama considerável de expedientes que as ativistas negras conseguiram construir dentro das burocracias de gabinete do Estado, o que, para elas, foi um processo demandante de muita articulação política intraburocrática e de amplo conhecimento sobre a dinâmica corriqueira de funcionamento dessas burocracias.

1.3.1. Protocolos Federais

Em Brasília, no dia 03 de outubro de 2017, no Diário Oficial da União (DOU), na Seção 1, no Suplemento N. 190, por meio de 716 páginas, foi publicada a primeira etapa da elaboração do Código do SUS, um instrumento que visa atualizar e compilar as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste suplemento, a Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida “normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde”, estabeleceu, no Anexo XIX, entre as páginas 120 e 122, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN).

A PNSIPN foi instituída, inicialmente, pela Portaria Nº 992, de 13/05/09. O CTSPN foi, anteriormente, instituído pelas portarias Nº 1.678, de 17/08/04, e Nº 2632, de 15/12/04. A relação legislativa entre estes normativos indicam que a PNSIPN e o CTSPN continuaram mantidos como política e instância de assessoramento do SUS, até o momento da escrita final desta tese.

De acordo com a Portaria de Consolidação Nº 2, a PNSIPN passou a ser uma política de Promoção da Equidade em Saúde, prevista nesta portaria no âmbito do Capítulo I – Das Políticas de Saúde, na Seção IV – Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, no Art. 5 - São políticas de promoção da equidade em saúde, no Item I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX.

Isso significa que a partir da gestão governamental de Michel Temer (2016-2018), a PNSIPN passou a ser considerada uma das políticas de equidade no âmbito do SUS, juntamente com as relacionadas às “populações” LGBT e em isolamento territorial (campo, floresta, água). Oficialmente, até o momento, o Estado brasileiro reconhece as desigualdades sociais, o que inclui raça, como um determinante social de saúde e estabelece leis para lidar com essas desigualdades.

A lei da PNSIPN convoca três grupos de princípios democráticos: constitucionais, do SUS, outros definidos na própria lei (Equidade, Transversalidade, Integralidade). Da Constituição Federal de 1988, mobilizou os seguintes princípios: Seguridade Social, Cidadania, Dignidade, Repúdio ao Racismo, Igualdade. Do SUS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990): Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização, Participação Popular, Controle Social.

O princípio da Equidade é definido na Portaria da PNSIPN como “que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las”. A Transversalidade é definida como “complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde”. A Visão Integral do sujeito é estabelecida como “considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero...[o texto prossegue]”.

A lei da PNSIPN oficializa, também, o reconhecimento do racismo nas condições de saúde pelo Estado brasileiro: “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à

promoção da equidade em saúde” (Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XIX – PNSIPN, Capítulo II – Objetivo Geral, pg. 120).

O objetivo geral da Política é definido como: “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XIX – PNSIPN, Capítulo II – Objetivo Geral, pg. 120).

Para alcançar esse objetivo geral, foram fixados seis diretrizes gerais e 12 objetivos específicos, que eu interpretei como seis grandes eixos para a ação do Estado: 1) formação dos profissionais da saúde para lidarem com as especificidades e o cuidado com a população negra, 2) produção de conhecimento estatístico sobre as condições de saúde de negros em comparação a brancos, 3) criação de instrumentos de monitoramento das desigualdades raciais em saúde (indicadores e avaliações), 4) ampliação do acesso aos serviços de saúde à população negra, 5) participação social dos movimentos negros no controle das políticas de saúde, 6) fortalecimento das práticas de saúde das religiões de matriz africana.

A lei define que essas diretrizes e objetivos serão operacionalizados por meio de 18 estratégias de gestão, que eu agrupei em três grupos de delimitações para a ação estatal: 1) “Ações em agravos”: morbimortalidade materna e infantil, violência, doença falciforme, DST/HIV/AIDs, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, transtornos mentais, efeitos da discriminação na saúde mental; 2) “Ações em grupos”: jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei, comunidades quilombolas, mulheres negras (assistência ginecológica, obstétrica, puerpério, abortamento, situações de violência), jovens negros; 3) “Ações em práticas de Estado”: atos de implementação (previsão orçamentária, seminários, oficinas, fóruns, comitês, cooperações), diagnosticar situação de saúde pelo quesito raça/cor nos formulários do SUS, criar metas em planos públicos (Plano Nacional de Saúde, Termos de Compromisso de Gestão, Planos Estaduais, Planos Municipais), produzir materiais sobre a saúde da população negra, com foco na perspectiva das religiões de matriz africana, realizar estudos sobre acesso aos recursos de saúde público.

A prática de produzir e publicar informações sobre a saúde da população negra, por meio do uso do quesito raça/cor em documentos do SUS, também está previsto em outra Portaria do Código do SUS (Suplemento N. 190, de 03/10/2017), para além da norma que ratifica a PNSIPN.

Na Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida “normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento” do SUS, na página 17, no Título VII (Dos Sistemas de Informação), no Capítulo I (Das Disposições Gerais), na Seção V (Do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde), o artigo 241 estabelece:

“A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 1º)”

Já o artigo 243, dessa Portaria de Consolidação Nº 1, reforça o estabelecido como competências das esferas de gestão do SUS: criação de ferramentas para o monitoramento e avaliação, qualificação da coleta do dado raça/cor, publicação sistemática (anual) de relatório sobre a saúde da população negra. Isso indica o esforço político em assegurar que o Estado continue a dar visibilidade às desigualdades raciais em saúde por sua própria produção estatística.

Além da pactuação da PNSIPN entre as três esferas do Estado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do MS, em 2008, o que poderia provocar a capilarização da Política nos Estados e Municípios, a lei da PSNIPN ratifica as responsabilidades de implementação federativamente. Em seu conjunto, as responsabilidades entre os entes são similares, adaptadas aos instrumentos públicos de cada esfera. Nesse sentido, são estabelecidas: definição de recursos orçamentários, aprovação da política em instâncias de conselho, inserção do tema nos planos plurianuais, inserção e qualificação do quesito raça/cor, estabelecimento de parcerias federativas, formação dos profissionais da saúde, monitoramento e avaliação pela criação de indicadores, produção e divulgação de conhecimento sobre as condições de saúde de negros, produção de diagnósticos locais, criar instâncias de participação e controle, articulações entre as burocracias de gabinete.

No Ministério da Saúde, quatro “fragmentos burocráticos” são responsáveis pela gestão da PNSIPN: 1) Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 2) Conselho Nacional de Saúde, 3) Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), 4) a Coordenadora-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do

SUS, dentro da Diretoria de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), desde o processo de criação da Política.

Em relação ao Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), este está estruturado de forma a compor 33 membros, divididos da seguinte forma: 15 representantes ligados institucionalmente ao Ministério da Saúde, três representantes ligados a outros Ministérios, 10 representantes de movimentos negros, cinco especialistas.

Até o momento, é o III Plano Operativo da PNSIPN (Resolução 16, 30/03/17) que delimita as estratégias de implementação, como já interpretado acima, prioriza: a formação dos profissionais da saúde, a produção de conhecimento, a criação de instrumentos de monitoramento das desigualdades raciais, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a participação social, o fortalecimento das religiões de matriz africana, e os temas de violências (homicídios, materna-infantil, doméstica), saúde reprodutiva e a doença falciforme.

1.3.2. Protocolos municipais no Rio de Janeiro

Em termos de normas que regulamentam uma política de equidade racial em saúde no município do Rio de Janeiro, identifiquei a Resolução nº 1298, de 10 de setembro de 2007, publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, nº 124, em 14 de setembro de 2007, que institui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), seguido da Resolução nº 1368, de 25 de julho de 2008, publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, nº 87, em 28 de julho 2008, que criou o regimento interno do CTSPN.

Esta norma mobilizou as seguintes justificativas para constituição do CTSPN: os dados epidemiológicos de vulnerabilidade de negros, os documentos de conferências nacionais de saúde (especialmente a 12ª, em 2003) que demandam dos entes federados ações em torno da saúde de negros, e a política federal, a PNSIPN.

O Comitê é composto por oito representantes da sociedade civil e oito da Secretaria Municipal de Saúde, com seis objetivos: 1) sistematizar propostas de equidade racial, 2) apresentar subsídios técnicos e políticos à melhoria da saúde de negros, 3) elaborar plano de ação, 4) fomentar ações intersetoriais, 5) implantar, acompanhar e avaliar ações de equidade racial em saúde.

Outra norma instituída foi a Lei nº 4.930, de 22 de outubro de 2008, publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, nº 150, de 23 de outubro de 2008, que

“dispões sobre a inclusão do quesito raça nos formulários de informações em saúde” do município. Com esta lei municipal, passou a ser obrigatória a inclusão da raça em fichas de admissão, fichas ambulatoriais, requerimentos de exames, com respeito à autodeclaração, ou declaração fornecida por familiar.

Além dos objetivos registrados em lei, encontrei outro sobre equidade racial no âmbito da SMS/RJ, na página da Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), da Superintendência de Promoção da Saúde. Neste ambiente virtual, a área da diversidade e equidade esta assim definida:

“O trabalho para a redução das desigualdades étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, requer um profundo investimento nas ações políticas - de conscientização e de defesa dos direitos humanos - e de educação em saúde. Um importante desafio diante das iniquidades é desenvolver estratégias que incorporem ações privilegiando e dando visibilidade às populações reconhecidamente vulneráveis. A população negra, os quilombolas, a população indígena, a população institucionalizada, a população que vive em situação de rua, e outros grupos em desvantagem social exigem tomadas de decisão do poder público e da sociedade em defesa da vida de todos. Para combater a violência homofóbica, o preconceito e promover políticas públicas balizadas na cultura de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro criou, em 2011, a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual/CEDS-Rio que vem atuando em estreita parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro”

(Disponível em: <http://subpav.org/?p=sps>. Acessado em 01/06/2017)

De acordo com a gama de atas e relatórios disponibilizados pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), outros atos de implementação da equidade racial em saúde no município do Rio de Janeiro, além da instituição do Comitê e do quesito, foram: dois seminários de promoção da saúde da população negra (2006 e 2011), três seminários de saúde mental da população negra (2009, 2010 e 2018), um plano operativo (2011-2013), definição de sete metas para implantação da Política (2011), oficinas, ciclos de debates e outras ações de sensibilização e formação de gestores sobre a política e uso do quesito, o Certificado de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade (CRCQ) - que provocou as Unidades de saúde a preencherem o quesito e premiar as que alcançassem a meta de 80% de fichas com a classificação racial do usuário preenchida, ações de valorização das religiões de matriz africana, produção de informes sobre o quesito raça/cor.

Ainda de acordo com esses relatórios, as estratégias de ação priorizadas pelo Comitê estão assim agrupadas, conforme minha sistematização. Ações em agravos: mortalidade

materna, mortalidade infantil, mortalidade de jovens por violência, mortalidade por tuberculose, HIV/AIDS e sífilis, doença falciforme. Ações em grupos: religiões de matriz africana, mulheres, jovens. Ações em práticas de Estado: criar orçamento, qualificar a coleta do quesito raça/cor, fazer diagnósticos epidemiológicos periódicos da situação de saúde, gerar informação sobre a saúde da população negra, realizar seminários, fazer parcerias intraburocráticas e externas, sensibilizar profissionais, incluir metas em planos municipais.

Referente à instância de gestão da Política, esta está sob a responsabilidade de uma Coordenação, conduzida, praticamente, por duas funcionárias públicas. Pelas atas de reuniões e relatórios do Comitê, há um constante esforço de efetivação de parcerias com as diversas burocracias da saúde municipal, em todas as complexidades, e com organizações da sociedade civil, indicando o investimento do Comitê na articulação de ações intraburocráticas.

Observa-se que o período principal de implementação de ações no município do Rio ocorreu, após a aprovação da PNSIPN, em nível federal, nas instâncias de maior poder do SUS, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2008, e o Conselho Nacional de Saúde, em 2006. No geral, as ações no Rio, e tentativas, são muito similares e convergentes com as práticas estabelecidas pelas ativistas negras no Ministério da Saúde (MS).

1.4. Poder de burocracia: a governança pela legislação dos gabinetes

Essa síntese de ciclos e protocolos da institucionalização da focalização da saúde pública na população negra revela um resultado da trajetória da relação entre movimentos negros e Estado, no campo da saúde pública: um arcabouço de práticas estatais, característicos dos estratos de burocracias do tipo de gabinete que regulamentam, juridicamente, uma proposta de governança da saúde de negros.

Como evidencia Lima (2010), ao analisar uma década de políticas afirmativas mediadas pelo Estado nos campos da educação, trabalho e saúde, “o volume de documentação encontrada no decorrer desta pesquisa sinaliza o esforço de institucionalizar a questão racial por meio do recurso de programas, leis e decretos” (pg. 83). Mas, como argumenta a autora, esse não é um projeto acabado, mas um processo mais longo e em curso sobre políticas de redistribuição e reconhecimento no país.

Pesquisas sobre a focalização da saúde na população negra, nos contextos estadual e municipal (BASTOS, 2013; BATISTA et al, 2013; VIEGAS E VARGA; 2016), revelam que

as práticas priorizadas pelas burocracias locais são as mesmas observadas na construção legal dentro do Ministério da Saúde (MS): instâncias participativas de controle pelos movimentos, existência da focalização por legislação, legitimação da focalização nas principais instâncias de poder das esferas executivas, inserção de metas em planos. Essas pesquisas também indicam um foco que se persegue: diagnosticar, estatisticamente, a situação de saúde de negros pelo uso do quesito raça/cor. As tecnologias de governo que o universo burocrático de gabinetes tem priorizado são típicos dos seus expedientes de trabalho, a governança pela legislação.

Não estou argumentando com essa análise da institucionalização e da reverberação da mesma que a PNSIPN segue um modelo *top-down* de política pública, como defendem autores que tendem a analisar a ação do Estado de uma perspectiva racionalista (JANN E WEGRICH, 2007). Ao contrário, os estudos das relações raciais, da ação coletiva e dos processos de formação de Estado mobilizados nesta tese argumentam pela compreensão dessas ações a partir da disputa política contínua de diversos agentes do Estado, em distintos espaços do mesmo (ZITTOUN, 2014). Como argumenta Vianna (2013), quando se analisa o universo das leis, tende-se à distinção precisa entre o que seja Estado e Sociedade, pela separação de fazeres, sendo a primeira instituição a responsável em legislar e a segunda é a sede de aplicação das leis. Contudo, conforme a autora, ao se analisar os atores, instâncias e práticas envolvidas na produção da legislação, essa separação é inviável.

A partir de pesquisas sobre a PNSIPN com foco locais (estaduais e municipais), é possível interpretar que a construção das práticas institucionais da focalização no federal, e atualmente sendo replicadas no estadual e municipal, advém de uma circulação de ativismo de gestores públicos articulados com os movimentos negros feministas. O universo de articulação política identificado nessas pesquisas, dentro e entre essas burocracias de gabinete, federativamente, indicam o quanto a produção da institucionalização foi difusa entre esses os níveis federativos e sempre conflitiva (BATISTA et al, 2016).

Essas pesquisas indicam, também, uma incidência de replicação do atual formato de institucionalização nos seguintes Estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul. Como observado neste capítulo, são esses Estados que sediam as principais ONG de ativistas negras que protagonizam essa trajetória de relação com o Estado brasileiro na construção da focalização da saúde em negros. Identifiquei o Estado de São Paulo como

central ao modelo fornecido à focalização instituída e, conseqüentemente, no formato que a focalização está ganhando em outros Estados (BATISTA, 2013).

Por exemplo, no relato de Batista et al. (2016) sobre a experiência paulista de seis anos (2003 a 2009) para a implantação de uma ação de capacitação de profissionais de um hospital público sobre a mortalidade materna de mulheres negras, ação articulada entre o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, o Instituto AMMA Psique e Negritude, e o Ministério da Saúde (MS), o autor informa que a ação “integra o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no estado de São Paulo”, deixando claro a influência daquela experiência nas decisões do MS em incluir a coleta raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH/SUS), a partir da Portaria nº 719, de 28 de dezembro de 2007.

Nesse relato de experiência, os autores também revelam as negociações políticas dentro dos gabinetes dos Estados para que a capacitação ocorresse: com a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo (SES/SP), entre a SES/SP e o MS, com os dirigentes do hospital público definido. Isso é um exemplo em como o ativismo burocrático interno ao Estado, em todos os níveis federativos, possibilitou que a focalização fosse construída, muito mais que pelos grandes protestos políticos dos movimentos sociais, tidos como as clássicas ações coletivas que mudam a trajetória com o Estado.

A atuação intraburocracias desses profissionais no Estado é condizente com os achados de pesquisa que se utilizam da perspectiva de ação coletiva que considera as relações entre cultura, agência e conflito como central às mudanças políticas de longo prazo (TILLY, 1995). Esses profissionais podem ser caracterizados como “desafiantes” (ALONSO, 2012) ou que atuaram por “ativismo institucional” (ABERS E TATAGIBA, 2015), por se apropriarem de redes de relacionamentos dentro e fora do Estado para suas movimentações políticas dentro das burocracias. Essa foi a forma que as ativistas negras encontraram para provocar uma mudança política incremental, num período em que o Estado falava massivamente sobre raça para a inclusão, por dentro.

Nas perspectivas que adoto nesta pesquisa, os profissionais não eleitos que atuam pelo Estado não são meros operadores de decisões governamentais, mas um ator dentre tantos outros que definem, politicamente, as ações do Estado, inclusive, as disputam. Segundo Rua e Aguiar (2006), burocratas não são agentes neutros, eles mobilizam recursos políticos em seus grupos de interesse, desenvolvem concepções próprias sobre as políticas do Estado,

competindo com as dos próprios políticos eleitos, definem um papel no jogo político das políticas públicas, como decisões opostas aos objetivos da ação durante o processo de implementação das ações. Ainda segundo as autoras, os funcionários do Estado fazem governo quando conseguem formular metas políticas próprias, as ajustam a procedimentos governamentais já existentes, ocupam posições centrais no governo e controlam decisões políticas em torno da implementação das ações.

Ao revisar a trajetória entre os movimentos de mulheres negras e o Estado na construção da focalização, identifiquei que essa atuação por dentro das burocracias foi longa, intermitente e contínua, se constituindo por típicas práticas de institucionalização e regulamentação de gabinetes. A perspectiva de incrementalismo na mudança das ações do Estado, de Lindblom (2006), parece apropriada para este caso: “uma sequência rápida de pequenos passos, alterando drasticamente o *status quo* antes que uma mudança maior de golpe” (pg. 107, tradução minha).

Essa histórica produção de regulamentação da focalização mediada pelo Estado, ora intermitente e escassa, ora contínua e massiva, revela um lado do poder de governar populações, o que chamo de legislar a governança da saúde de negros. Essa trajetória possibilitou a construção de um arcabouço institucional-jurídico que agora pode ser, politicamente, mobilizado para demandar continuidade e capilaridade da focalização nas burocracias do SUS pelos movimentos sociais. Como argumenta Saperstein et al. (2013), não se pode interpretar uma ordem racial sem fazer referência às leis que a suportam (pg. 367).

Mas, como argumenta Fonseca et al. (2016), essa é a parte mais visível e espetacular do poder do Estado. Tão espetacular que levam os próprios agentes da regulamentação a priorizarem a análise, a narração e as propostas de monitoramento e avaliação da focalização apenas a partir do nível da institucionalização e regulamentação (BATISTA e BARROS, 2017; WERNECK, 2016). O foco se volta para o campo jurídico de uma ação de Estado, os “grandes papéis” de Nogueira (2016). Os estudos acima se debruçaram sobre a avaliação dessa focalização, especificamente, pelos parâmetros institucionais e normativos. Dessa forma, indicaram como avanços regulamentares da Política: a presença do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, a criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra (Estaduais e Municipais), a presença de discussão e aprovações da PNSIPN nos conselhos e comitês, a produção de informações estatísticas pelos Estados e Municípios. Mas, a partir dessa métrica, avaliaram gargalos institucionais pela ausência das práticas de

gabinetes construídas: falta de capilaridade da Política nos municípios, de coordenações locais, de instrumentos de gestão, de indicadores de monitoramento e avaliação, de profissionais capacitados, de articulação entre os serviços públicos, da criação de protocolos internos.

Se a perspectiva de avaliação de implementação, ou não, da PNSIPN estiver inclinada a considerar apenas existência legal da Política, pouco espaço há para a análise relacional da Política. Na busca de se criar indicadores de monitoramento e avaliação, mais uma técnica de governo de gabinetes, a priorização recai sob o nível de existência dessa engrenagem institucional-legal, mas desconsidera os aspectos políticos e discricionários presentes em todo o processo de implementação da política (DUBOIS, 2016; LOTTA, 2015; PIRES, 2017, 2019).

A revisão e qualificação das práticas da focalização feitas neste capítulo indicam que a governança à saúde de negros, advinda da trajetória de relação entre movimentos de mulheres negras e Estado, foi arduamente construída em espaços de poder que eu, analiticamente, assumi como “burocracias de gabinetes”, como tal, com características distintas das burocracias que se relacionam diretamente com os usuários negros do SUS, a exemplo das Unidades da ESF. Esse momento da trajetória da equidade racial na saúde logrou um tipo de poder de burocracias de Estado, o mais visível, a regulamentação de governar uma população.

1.5. Trajetos: entrando em burocracias da saúde para pesquisar desigualdades raciais

A definição das três Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Atenção Primária (AP), do Sistema Único de Saúde (SUS), com Estratégia Saúde da Família (ESF), do município do Rio de Janeiro, para a realização desta pesquisa não foi uma escolha apenas minha, mas uma escolha construída ao longo do meu processo de melhor delimitação do objetivo da pesquisa, em paralelo aos meus trânsitos burocráticos.

Na medida em que eu transitava pelos espaços estatais municipais, em busca de documentos de autorização para iniciar o processo de avaliação da pesquisa perante dois comitês de ética¹² - e, por isso, precisei realizar interações pontuais com profissionais de

¹² Como informado na Introdução, esta tese foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/CFCH/UFRJ), e o pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP/SMS/RJ)

gabinetes e de rua para conseguir esses documentos - as unidades da pesquisa eram definidas a partir desses encontros burocráticos e das minhas reflexões como pesquisadora.

O projeto de pesquisa qualificado, em agosto de 2015, visava compreender a relação entre “burocracias de nível de rua” (LIPSKY, 2010; DUBOIS, 2016) e acessibilidade¹³ da população negra aos direitos de cidadania¹⁴; tudo muito amplo ainda. Eu inseria a proposta de pesquisa no âmbito dos estudos sobre distribuição desigual de recursos (THERBORN, 2011). Os estudos sobre desigualdades raciais no Brasil, a partir da abordagem da estratificação social, comprovavam, continuamente, a clivagem da raça no acesso aos recursos públicos e nas chances de mobilidade social ao longo da vida (HASENBALG E SILVA, 1988, 1992, 1999). Articulando os achados estatísticos da estratificação social e a literatura sobre a influência das “burocracias de nível de rua” na entrega desses recursos públicos, eu propunha elucidar etnograficamente mecanismos sociais que estariam operando no microuniverso dessas burocracias, que influenciariam no acesso desigual da população negra aos direitos de cidadania.

Estabelecido o tema mais amplo da pesquisa, era necessário fazer uma definição: qual área do Bem-Estar Social investigar? A área da Saúde Pública foi a que emergiu, pois se destacava por três motivos. O primeiro, pela gama de informações estatísticas produzidas em diversos órgãos sobre a condição de saúde e doença, e sobre a acessibilidade da população negra ao SUS. Ao articular raça e saúde, passei a entrar num mundo de saber proeminente estatístico: “...a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares em mulheres pretas, entre 40 e 69 anos de idade, é cerca de duas vezes maior do que entre mulheres brancas e pardas, sendo esta uma doença associada à pobreza em períodos iniciais da vida” (CHOR et al, 2005, pg. 1589).

O segundo motivo, pela variedade de ações públicas voltadas para a equidade racial no âmbito da Saúde Pública. A minha experiência com o mundo burocrático estatal me levou

¹³ Naquele momento, adotei acessibilidade como barreiras de diversos aspectos que facilitariam ou dificultariam o usufruto da saúde pública por negros. No campo da Saúde Coletiva, acessibilidade se refere ao grau de facilidade ou dificuldade em se obter cuidados de saúde (Travassos e Castro, 2010). Como interpretam Trad et al. (2012), acessibilidade se remete a diferentes dimensões que se revelam como barreiras ao atendimento dos usuários, tais como aspectos socioeconômicos, geográficos, culturais, políticos, organizacionais e sociais.

¹⁴ Adotei direitos de cidadania como os direitos sociais universais previstos constitucionalmente no país a partir da redemocratização brasileira (Constituição Federal, 1988), a exemplo da Saúde. De acordo com a Constituição Federal brasileira, no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo II – Direitos Sociais, no artigo VI, “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

automaticamente a consultar o Plano Plurianual (PPA)¹⁵ do governo e verificar como o problema racial brasileiro estava distribuído dentro da administração pública, disperso entre burocracias. Já Lima (2010) me fornecia um mapeamento dessas políticas federais e suas construções a partir dos processos políticos dos movimentos sociais organizados, a partir da década de 80. Dentre essas políticas, me chamaram a atenção, pela possibilidade de capilaridade local, os Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, com a função de promover igualdade racial nos serviços de saúde locais.

O terceiro motivo que destacava a Saúde era a existência de pesquisas sobre relatos de discriminação racial vivenciada no uso dos serviços de saúde (Domingues, 2013; Trad, 2012). Essas pesquisas estavam voltadas para as mulheres usuárias das políticas de saúde reprodutiva do SUS. São essas evidências que levaram o Ministério da Saúde (MS) a adotar o conceito de racismo institucional do governo inglês e implementar outra política pública, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), alvo de polêmica entre a classe médica e o Ministério no ano de 2004.

Em síntese, a proposta inicial da pesquisa buscava compreender o que realmente ocorria quando o usuário negro chegava e utilizava o SUS. Como burocracias de nível de rua do SUS influenciavam na acessibilidade ao serviço pela população negra? Como essas “portas de entrada” lidavam com a temática racial em função das políticas concebidas no âmbito federal, a exemplo dos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra? O que teria mais peso nessa acessibilidade? As percepções raciais dos burocratas de rua? Ou as regras institucionais sobre o tema da raça?

Estabelecidos os demais critérios¹⁶, a pesquisa passou a focar no município do Rio de Janeiro, pois este foi o primeiro a instituir formalmente um Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra, em 2007¹⁷. Eu pensava que esta instância estatal e da sociedade

¹⁵ O Plano Plurianual (PPA) é instrumento estatal de planejamento governamental, previsto pelo Artigo 165 da Constituição Federal, que apresenta os compromissos do governo em exercício para o período de quatro anos de seu mandato, articulando as políticas públicas de acordo com a estratégia de desenvolvimento definida pelo governo.

¹⁶ Os meus critérios de delimitação iniciais foram: atenção primária do SUS; dentro desta, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que no Rio de Janeiro são chamadas de Clínicas de Família ou Centros Municipais de Saúde; UBS com heterogeneidade de identificação racial entre os usuários e com homogeneidade de renda, com o intuito de controlar minimamente a categoria de classe; uma UBS com ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

¹⁷ Essa informação foi adquirida junto ao Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SCEP), do Ministério da Saúde. Institucionalmente, o Estado de São Paulo já avançava em outras regulamentações locais que ainda não existiam no Rio de Janeiro, apesar do indicativo do Ministério.

civil poderia funcionar como mobilizador local do tema da equidade racial. De alguma forma, eu imaginava, esse Comitê influenciaria a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), que influenciaria os trabalhos dentro das Unidades. Eu seguia para as “ruas” com uma perspectiva linear e não política de políticas públicas.

Definido o município, era necessário um contato com a SMS/RJ para entender um pouco como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) estava sendo gerida no município. A partir daqui, os trajetos foram guiados pelas burocracias de gabinetes do município do Rio de Janeiro.

1.5.1. Dandara

De acordo com o Ministério da Saúde (MS)¹⁸, Dandara (negra) era uma pessoa chave do tema Saúde da População Negra no município do Rio. A ida ao local definido para nossa conversa, a SMS/RJ, foi paulatinamente me inserindo ao mundo físico das burocracias estatais. Ao chegar ao andar indicado por Dandara, me deparei com uma marca desse universo: o corredor. Nos murais, havia cartazes de diferentes políticas públicas do SUS. Passei a observar o que nestas publicidades me remeteria à Saúde da População Negra. Eu encontrava mulheres negras grávidas ou mulheres negras amamentando. Na propaganda institucional, a reprodução estava associada à mulher negra. Questionava-me porque, tanto nas pesquisas estatísticas da Saúde Pública, na gama de políticas de saúde e nas pesquisas sobre discriminação racial no SUS, e agora nos cartazes do corredor burocrático, a saúde da população negra estava sendo tratada via reprodução sexual e reprodutiva.

O corredor burocrático também revelava mais do que conteúdos das políticas públicas. Intrigado com minha parada no corredor, um burocrata me perguntou: “qual área procura?” Eu fiquei um tempo em silêncio. Pensei, se eu falasse, longamente, o nome da política (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), ele saberia onde era? Duvidei. Então, respondi que procurava a sala 27. Ele me orientou a seguir até o meio do corredor, mas não havia numeração. Perguntei, então, ao recepcionista, se aquela era, realmente, a sala. Da mesma forma que o burocrata anterior, o recepcionista perguntou: “qual área procura? Tuberculose?”. Desta vez, eu apostei que ele saberia onde era a “saúde da população negra”. Ele gesticulou com a cabeça que não, após um silêncio, fez careta de dúvida: “não sei. Se

¹⁸ Contatos realizados com o Ministério da Saúde (MS), por e-mail, em julho de 2015.

“você me indicar a área, posso ajudar”. Por que tuberculose foi prontamente a pergunta dele? E porque ele não soube sobre “saúde da população negra”? Os profissionais da saúde pública pensavam muito em termos das “linhas de cuidados”¹⁹ já existentes no SUS.

Aquela era a sala 27 e, como Dandara demorou a chegar, eu aproveitei para observar o que eu via. Naquela sala, contei 26 mulheres e 3 homens. A categoria da mulher mais uma vez me surpreendeu. Seria a saúde, ou pelo menos aquela área de promoção da saúde, uma área eminentemente feminina? Mulheres nas estatísticas, nas políticas públicas, nos relatos de discriminação, nos cartazes, na gestão burocrática.

Os cartazes, novamente apareceram. Havia acima de uma mesa um certificado emoldurado: “CRCQ – Certificado de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade”. Como subtítulo: “Unidade Parceira do Rio sem Preconceito”. Ainda: “...certificado após avaliação do corpo técnico da SMS/RJ”. Por fim: “qual sua cor/raça/etnia?”. Eu não havia encontrado nada sobre isso quando fiz o mapeamento no âmbito federal. Apenas ao observar a sala indicada por Dandara, descobri que havia uma ação local: um certificado que atestava alguma coisa relacionada à raça nas unidades básicas de saúde no município.

Quando Dandara chegou, estava disposta a conversar sobre raça. Iniciou a fala da perspectiva de uma gestora pública de longos anos de carreira. Ela falava, institucionalmente, pelo Estado. Sua identidade negra me foi informada pela sua afirmação de mulher negra ao longo da conversa e ratificada pela estética: seu belo turbante roxo, brincos longos, blusa com traços geométricos em preto e branco. Na sua trajetória dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ela ocupou cargos de poder, chegando a ser assessora direta de um titular da Pasta. No momento do nosso encontro, ela estava distante politicamente do atual Secretário e ocupava uma coordenadoria, onde estava lotado o tema da saúde da população negra. O esvaziamento de poder de decisão na atual função preocupava Dandara quanto à futura trajetória do tema dentro da Secretaria.

Dandara me relatou a construção da focalização no Rio, cronologicamente. Ela marcou o início da história por uma burocracia, o Centro de Treinamento de Saúde da Mulher. Segundo ela, sua condição de mulher e negra a possibilitou a perceber os dados de morbidade entre mulheres negras e a levar o tema racial para dentro da SMS²⁰. Segundo Dandara, outro

¹⁹ Como explica Nogueira (2016), as *Linhas* funcionam como fluxos pré-definidos de cuidado preventivo que definem os caminhos dos cadastrados dentro da Atenção Primária.

²⁰ Ela citou o caso de incidência de mortes de mulheres negras em um determinado hospital e a pressão feita por ela para que esse fato fosse investigado.

fator contribuiu para a emergência da raça como um tema no âmbito da saúde local: o movimento negro feminista. Dandara não se apresentou como ativista de movimento, mas era amiga de líderes desses movimentos. Foi neste ponto que despertei para o fato que o tema não foi inserido no município do Rio a partir da atuação do Estado Federal com a ascensão ao poder dos governos petistas, ou a partir da regulamentação da PNSIPN, como eu supunha, mas a partir de uma rede de mulheres negras que transitavam entre movimentos sociais e Estado, federativamente.

A influência do governo federal no tema, segundo Dandara, passou a ser sentida mais recentemente. Quando ocorreram as primeiras reuniões sobre o tema dentro do Ministério da Saúde, ela relatou que houve muita divergência entre os burocratas locais (municipais e estaduais) e os gestores federais que assumiram os cargos dentro do Estado. Inclusive, ela se mostrava crítica às ações federais, especialmente, pela não definição e alocação de recursos para os municípios. Ela sintetizou os expedientes burocráticos existentes dentro da SMS/RJ: o primeiro seminário de saúde da população negra, ainda na década de 1990; a abertura de um código orçamentário que permitisse o recebimento de recursos para o tema; as primeiras capacitações na Atenção Primária sobre o tema; a criação do Comitê Técnico; o fomento à geração de dados estatísticos pela Prefeitura; a elaboração de um plano municipal, abordando a raça na saúde; a inserção do quesito raça/cor nos prontuários das Unidades Básicas e nas fichas da Saúde da Família; os certificados CRCQ que me chamaram a atenção quando cheguei naquela sala.

Se o encontro com a SMS/RJ tinha o intuito de me possibilitar começar a entender como a PNSIPN estava sendo gerida no município, a conversa com Dandara me levou a reavaliar como eu tinha estruturado a pesquisa até aquele momento. Se as minhas leituras, o mapeamento de políticas públicas “raciais” no Estado, e os dados estatísticos da área da Saúde Pública me levaram à elaboração de uma determinada pergunta de pesquisa, a primeira incursão na burocracia local me mostrou que o tema da Saúde da População Negra tinha contornos outros que eu não conseguia enxergar se limitada ao destaque que o MS fornecia à focalização, atrelando a existência local formal da Política à implantação de um comitê.

Não apenas a pergunta de pesquisa se transformou pela influência desse encontro. Os meus critérios iniciais de escolha das Unidades a serem etnografadas no município também mudaram. A PNSIPN do Estado Federal não chegava como um “pacote” a ser implementado no município, de forma que eu pudesse rastreá-la até às Unidades. Outras ações burocráticas

locais, tal como o CRQC, se mostravam mais indicativas de como o tema estava sendo gerido no município. O CRCQ passou a ser, então, o expediente burocrático local escolhido para que eu elegeisse um grupo de Unidades passíveis de serem pesquisadas, como me demandavam os dois comitês de ética em pesquisa.

O CRQC é uma ação, desde 2013, de uma subsecretária da SMS, a responsável pela promoção da saúde no município e, conseqüentemente, pelas Unidades da ESF. Esta ação tem o objetivo de certificar a qualidade do atendimento dos usuários nas Unidades. Esse certificado possui duas etapas de avaliação. Primeiro, as unidades são avaliadas a partir de indicadores de desempenho, dentre os quais, o nível de preenchimento do quesito raça/cor do cadastro dos usuários das Unidades. Em seguida, as Unidades são avaliadas a partir de visitas presenciais de gestores da SMS/RJ para validar as informações dos indicadores. Por fim, um grupo de aproximadamente 30 unidades recebe a certificação.

O quesito raça/cor passou a ser um critério de avaliação das Unidades pela Prefeitura para que estas seguissem no processo de certificação. Antes de 2013, havia uma certificação específica referente a este preenchimento da identificação racial dos usuários, que era ainda o modelo de certificado que vi na mesa de Dandara. A partir de 2013, esse preenchimento virou indicador para um processo mais amplo de certificação da qualidade das Unidades no Rio. O quesito raça/cor se transformou numa meta a ser alcançada pelas Unidades, no âmbito de outras metas, e que seria monitorada pelas reuniões de *accountability* da Prefeitura, anualmente. O processo de certificação como um todo não era conduzido por Dandara, o que me levou a outras áreas da SMS/RJ para melhor entender o processo de certificação.

1.5.2. Júlia e Bia

Considerando os ritos burocráticos do contato, o primeiro com Júlia foi feito por e-mail e seguido de conversa telefônica. O e-mail me apresentava e explicava o objetivo da pesquisa, a situação desta perante os comitês de ética, e a escolha do CRCQ para chegar às Unidades de interesse. Eu também fazia uma demanda pontual à Júlia: a lista de Unidades selecionadas na primeira etapa do CRCQ do ano de 2015. Por fim, pedia a indicação de alguém para uma conversa presencial exploratória sobre a certificação, pois eu encontrava

pouca informação sobre esta ação local no site da SMS ou nos Blogs das Unidades²¹. Pelo Diário Oficial do Município, eu apenas tinha encontrado informações sobre o processo do CRCQ de 2014, como a lista das Unidades que passaram na primeira fase e que receberiam as visitas técnicas da segunda fase. Com o intuito de utilizar o processo mais recente de certificação, o de 2015, fiz o contato com Júlia.

No contato telefônico com ela, o interesse dela foi deslocado da certificação para as autorizações em torno da pesquisa: “seu projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética? Você já fez contato com alguma Clínica? Isso não é permitido!” (conversa telefônica). Boa parte da nossa conversa não foi sobre a certificação, mas qual era o status da pesquisa perante o Comitê de Ética da Secretaria Municipal (CEP/SMS). A ordem foi registrada por e-mail, também: “todo e qualquer contato com as Unidades relativos à pesquisa só podem ser realizados após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética” (E-mail recebido em 08/10/2015).

O problema era que eu precisava fazer contato com as Unidades, as a serem selecionadas via critério CRCQ, para solicitar a “Carta de Anuência”, o tal documento a ser anexado ao projeto para se iniciar a avaliação do CEP/SMS. Este foi o primeiro momento em que a pesquisa esbarrou em um controle do Estado (Teixeira, 2001). Eu ainda estava em fase de estabelecimento de critérios para se definir uma Unidade a ser etnografada, dentre as duas centenas existentes no município²², e o próprio critério de chegada às Unidades foi impedido de ser acessado. Júlia não me informou sobre o processo do CRCQ 2015. Optou em repassar a decisão para outra representante burocrática, Bia, mas não sem moldar a decisão da colega: “Encaminho sua solicitação para a Bia para que a mesma informe os resultados do CRCQ de 2014 relativos ao quesito raça/cor. Deixo a critério dela informar as Unidades que participam do CRCQ no ano de 2015” (E-mail recebido em 08/10/2015).

Após dias de espera, de ligações e e-mails, solicitando o que seria um mero critério seletivo de Unidades, a informação nunca foi repassada. Percebi que à medida que eu me afastava da área de Dandara, mais controle eu encontrava para adquirir informações para a

²¹ A gestão municipal carioca da Saúde Pública privilegia as informações sobre a Atenção Primária através de um universo virtual de informações, o Observatório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (OTICS-RIO), onde cada Unidade possui um Blog para informações e interação com usuários. Ver: <http://otics-rio.blogspot.com/>

²² No município do Rio de Janeiro, essas unidades são chamadas de Clínicas da Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS), todas sob a coordenação da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com o relatório PCATOOL, há 199 Unidades Básicas de Saúde no município do Rio de Janeiro, distribuídas entre Clínicas de Família e Centros Municipais de Saúde.

pesquisa e menos se falava sobre raça. Essas informações (CRCQ) deveriam ser públicas de uma perspectiva legislativa²³. Contudo, como era objetivo da pesquisa a elucidação de um Estado desagregado e contraditório, não cogitei acionar a Lei de Acesso à Informação. Passei a me acalmar em relação aos controles e rastrear os caminhos que a administração pública municipal me permitiria fazer para chegar às Unidades para estudar esse tema.

Não apenas percursos metodológicos foram mudados em função do encontro com Júlia e Bia, burocratas que orbitavam em torno do tema da Saúde da População Negra. Esse breve encontro me alertou para outros componentes do tema: a organização e gestão pública municipal do tema dentro do próprio poder público municipal. A depender da área, a centralidade e gramática da raça no âmbito da Saúde Pública diminuía, mesmo com o mundo estatístico do SUS sobre iniquidades raciais.

Continuei a usar a lista de 2014 disponibilizada publicamente no Diário Oficial da União, que me levou a 51 Unidades Básicas do Município do Rio de Janeiro de interesse para a pesquisa, as que tinham alcançado a meta de preenchimento do quesito raça/cor estabelecido pela Prefeitura. O processo de certificação do CRCQ me levaria, de uma perspectiva burocrática, a Unidades que estariam lidando com o tema da Saúde da População Negra no município pelo preenchimento da raça dos usuários nas fichas do SUS. Foram estas 51 Unidades as contatadas para autorização da pesquisa. Contudo, a ida aos gestores dessas 51 Unidades ainda foi mediada por outra área burocrática da Saúde Pública: os Centros de Estudos (CE) das Coordenações de Áreas Programáticas (CAP).

1.5.3. Centros de Estudos das áreas programáticas

A gestão da saúde do município do Rio de Janeiro é dividida em dez áreas, cada uma gerida por uma Coordenação de Área Programática (CAP). Em cada CAP há um Centro de Estudos (CE). Eu tomei conhecimento da centralidade dos CE para a autorização de pesquisas na saúde municipal em dois momentos. Um, pelo contato com outra doutoranda que já estava inserida em uma Unidade, pesquisando sobre saúde mental. Um segundo momento foi quando levei ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/RJ) o impasse em que Júlia me colocou: eu não poderia fazer contato com as Unidades antes do CEP/RJ aprovar a pesquisa, mas o Comitê não aceitaria iniciar a avaliação da

²³ De acordo com a Lei Nº 12.527, de 18/11/11, o acesso às informações dos poderes estatais deve ser fornecido.

pesquisa sem as cartas das Unidades, por isso, a necessidade do contato. Eu estava travada por causa de regras burocráticas que se chocavam.

Nesse contato com o CEP/SMS, expliquei que eu precisava fazer contato com 51 Unidades, com o intuito de explicar o projeto, me apresentar e adquirir, pelo menos, uma Carta de Anuência assinada por gestor de Unidade, aquela que aceitasse uma etnografia em seu cotidiano. O CEP/SMS me indicou enviar o projeto aos Centros de Estudos e me informou que este mediará a relação com as Unidades. Realmente, ficava claro que ser guiada pela burocracia municipal me levaria por último às Unidades.

Os dez Centros de Estudos (CE) foram contatados. Suas figuras centrais, presidentes de CE, foram identificados e ligações feitas. Nessas conversas, eu me apresentava como doutoranda, explicava muito brevemente o projeto, indicava as Unidades Básicas daquela respectiva Área Programática que eu tinha interesse (as certificadas pelo CRCQ) e perguntava sobre os procedimentos necessários para conseguir a Carta de Anuência assinada pelos gestores daquelas Unidades.

De forma geral, as conversas telefônicas com os Centros foram sempre marcadas por muita cordialidade, pelo interesse em propiciar “o campo” à pesquisa, por se distinguirem pela tarefa de mediar minha chegada às Unidades e pelas constantes orientações de autorização ética do projeto junto ao Comitê de Ética. Todos os Centros de Estudos solicitaram o envio do Projeto e a formalização do que se conversava ao telefone por e-mail²⁴. Um dos centros também solicitou que eu enviasse meu currículo. Outro, ainda, um modelo da Carta de Anuência. Outro, um roteiro de entrevista.

A mediação dos Centros de Estudos (CE) com as Unidades de interesse era muito parecida: o aviso do meu interesse de pesquisa e o envio do meu projeto aos gestores das Unidades. De 51 gestores de Unidades Básicas que receberam meu projeto por meio dos CE, dois retornaram com interesse, a Unidade Modelo (UM) e a Unidade Precária (UP). Cheguei à Unidade Central (UC) por um pedido meu, mediado pela CAP da área da Unidade, como relato mais abaixo.

As duas burocracias de gabinete por onde transitei (SMS e CAP), antes de chegar até os gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), são nativamente chamadas pelos

²⁴ Apenas um Centro de Estudo exigiu que o Projeto, uma Carta do Programa de Pós-Graduação e a Carta de Anuência da Unidade já fosse levada pessoalmente ao Centro para avaliação. Em função do recesso de fim de ano, da burocracia extra exigida e dos aceites que fui recebendo por outras Unidades, este Centro não foi mais contatado.

profissionais das UBS de “*os da gestão*”, motivo pelo qual, a partir de agora, utilizarei este termo para me referir a representantes desses dois fragmentos burocráticos.

Os Centros me solicitaram encontrar pessoalmente com esses gestores para explicar o projeto. Finalmente, a permissão burocrática para ir até uma Unidade Básica de Saúde me foi dada.

1.5.4. Gestores de Unidades

Os gestores das Unidades Central (UC), Modelo (UM) e Precária (UP) foram os que aceitaram o trabalho etnográfico em suas Unidades e, conseqüentemente, três distintas áreas demográficas do município do Rio de Janeiro se tornaram o campo da pesquisa. A concordância dos gestores da UM e UP em me receberem para uma conversa foi imediata à primeira mediação dos Centros de Estudos. Isto me surpreendeu. Minha expectativa era de gastar um bom tempo em visitas pelas Unidades, convencendo os gestores a aceitarem a pesquisa etnográfica, como nos trajetos pelos gabinetes da SMS feitos até aquele momento. Por que estes aceitaram logo?

Eu tinha criado uma expectativa da identidade racial desses gestores: médicos, brancos e que não falassem sobre raça. Os dados da estratificação racial do mercado de trabalho brasileiro estavam muito registrados em minha mente. Primeiro, eu supus que gestores de UBS eram médicos. Segundo, dados da distribuição racial da população por carreiras me indicavam que, em 2010, 82% dos formados em medicina, direito e engenharias eram brancos (Lima, 2015). Terceiro, pela discussão ainda polêmica na Saúde Pública de usar ou não a variável raça (Chor, 2005; Perreira e Teles, 2014). No meu imaginário, tudo de encaixava: médicos, brancos, gestores de unidades de saúde apresentariam reservas em falar comigo sobre raça.

As identidades raciais e os interesses em falar sobre raça por esses dois gestores foram revelados em momentos diferentes dos nossos encontros, e possuíam contornos diferentes. Antonieta era gestora da Unidade Precária (UP), psicóloga, fazendo pós-graduação numa universidade de prestígio carioca, atuante na saúde pública municipal há duas décadas e assumia a identidade de uma mulher negra. A primeira vez que Antonieta se identificou racialmente em nossa interação, foi no início da nossa conversa, fazendo referências aos seus fenótipos. Expliquei a ela o que eu estava interessada em observar inicialmente na sua

Unidade: como todo aquele universo burocrático estava a lidar, pensar e moldar o tema da Saúde da População Negra. Ela enfatizou o racismo relatado pelas usuárias na vida cotidiana delas fora da Unidade.

Oli, enfermeiro, muito jovem, gestor da Unidade Modelo (UM) há menos de um ano quando cheguei à Unidade, se autodeclarou negro no segundo momento da nossa conversa, também a partir dos seus fenótipos. No primeiro momento, Oli mais me escutou, pediu para eu explicar exatamente o que eu iria pesquisar na Unidade. Ele diferiu de Antonieta na demanda por detalhamento da pesquisa. Depois de uma primeira escuta, ele não perguntou mais sobre a pesquisa, mas o que eu achava que faltava sobre o tema naquela unidade exemplar. Minha posição foi explicar ao Oli que eu não poderia responder a ele aquela pergunta. No momento, apesar de qualquer sugestão normativa que eu tivesse, não era adequado opinar. Depois de uma ausência para resolver dilemas cotidianos da Unidade²⁵, ele retomou nossa conversa, o segundo momento. Neste, ele opinou que achava o tema muito interessante e que gostaria de entender como aquela Unidade poderia contribuir a partir dos achados da pesquisa. E por ser negro.

Se Antonieta, primeiramente, demonstrou interesse pela pesquisa por estar inserida politicamente, profissionalmente e academicamente no tema, Oli mostrou interesse pela própria busca em compreender o tema pela pressão de trabalhar numa unidade modelo e por ser negro, mas não tinha refletido muito ainda sobre a interface entre saúde e raça. Diferentemente de Antonieta, que delimitou o tema em discriminação, Oli o delimitou na violência. Ele me informou, pelos registros da Unidade, que 70% dos casos de violência atendidos na Unidade eram de pessoas negras e moradoras das áreas mais violentas do território. No caso da mulher, tema que sem perceber foi provocado por mim na explicação sobre a pesquisa, ele discorreu um longo tempo sobre como a Atenção Primária já estava voltada para atender a mulher. Ele fez questão de refletir comigo sobre a *Saúde da Mulher*. Concluiu que não enxergava diferença nas necessidades biológicas de cuidado da mulher negra. Ambas, negras e brancas, precisavam dos mesmos cuidados, afirmou. Ele gostaria de entender o que a pesquisa mostraria em relação a isso: “quais são as necessidades da mulher negra?”

²⁵ Minha conversa com Oli era interrompida o tempo todo para que ele resolvesse os problemas cotidianos da Unidade. Em alguns casos ele se ausentou. Em outros, pude ficar ao seu lado acompanhado a resolução das questões, que eram várias. Por exemplo: a médica que se ausentou em função de um drama familiar que acabara de ocorrer (um suicídio), a farmácia que ainda não estava aberta, um caso de Hanseníase em uma comunidade que demandava o deslocamento de agentes comunitários de saúde, questões contratuais com funcionários, etc.

Tânia, enfermeira, branca, da Unidade Central (UC), atuante na saúde pública municipal carioca há mais de 30 anos, me recebeu a partir de uma insistência minha junto ao Centro de Estudos daquela Área Programática. No meu primeiro contato com este Centro, indiquei sete unidades que eram do meu interesse etnografar em função do critério do Certificado CRCQ. Contudo, após os aceites das Unidades Modelo e Precária, achei que era interessante eu me inserir numa Unidade em território de classe alta carioca. Por isso, solicitei ao Centro que o primeiro contato fosse mediado com a gestora Tânia, responsável por uma unidade em área de elite carioca que apenas atendia usuários moradores de asfalto.

Meu encontro de explicação do projeto à Tânia teve a presença da presidente do Centro de Estudos daquela área. De todos os encontros com os gestores de Unidades, este foi o único com a presença de um terceiro. Tânia escutou atentamente sobre os objetivos da pesquisa e demonstrou interesse em me receber. Também, queria compreender sobre aquele tema. Para ela, ali, naquela Unidade e naquele bairro, não saberia como o tema poderia surgir. Como Oli, ela atrelou o tema Saúde da População Negra à violência. Perguntei por que ela fazia aquela associação e ela me respondeu que foi o que observou nas capacitações que fazia dentro da Secretaria Municipal sobre o tema da Saúde da População Negra. Das poucas vezes que ela se deparou com este tema, estava sempre atrelado às discussões sobre violência.

1.5.4. Antes de chegar às Unidades

Parte do percurso de chegada às três Unidades desta pesquisa foi determinado pelo que a gestão pública municipal me permitiu, a partir de “pontos de checagem” pelo Estado (FACUNDO, 2014; LOWENKRON, 2015). Ao analisar esses passos, observo que eles já continham as reações e reflexões em torno do tema evidenciadas nas burocracias da ponta: silêncios, dúvidas, associações, negações, militância. Esse percurso me indicou que o tema da Saúde da População Negra não chegava às burocracias como um pacote de ações a ser implementado, como os protocolos oficiais me induziam a pensar. Este tema era compreendido e agenciado de diferentes formas dentro do Estado. Relacionando-me com as instâncias burocráticas locais para a autorização da pesquisa (Secretaria Municipal de Saúde, Centros de Estudos, Unidades Básicas), eu já observava que este tema ganhava diferentes ênfases por diferentes agentes e fragmentos do Estado.

Este percurso gerou uma mudança na minha proposta inicial de elucidar o tema da equidade racial na Saúde Pública. Para além de buscar mecanismos sociais que revelem a influencia (ou não) das Unidades na acessibilidade desigual da população negra à saúde, a própria construção do tema da Saúde da População Negra passou a ter necessidade de ser compreendida. Apesar dos elementos singulares de cada território e Unidade: como seria a chegada (ou não) e recepção (de que forma?) de ações focalizadas na saúde nessas três unidades?

Esses trajetos de chegada às Unidades me levaram a discursos e ausências de discursos sobre o tema da Saúde da População Negra. Eu encontrei discurso prontamente elaborado sobre o tema em uma área da Secretaria Municipal de Saúde, coordenada por uma burocrata negra, e em uma das Unidades Básicas, administrada por uma gestora negra. Eu não encontrei discurso prontamente elaborado sobre o tema nas outras duas Unidades, administrada por gestor negro e gestora branca. A presença e ausência de discursos sobre o tema me levaram a questionar o porquê disso e o que contribuiria para isso: identidades raciais negras assumidas? Condições de gênero? Ocupações profissionais? Territórios? A presença do silêncio sobre o tema já se apresentava, nesse momento da pesquisa, mas faltava compreendê-lo.

Mas, silêncio passou a ser visto por mim como um dado a ser explorado, aprofundado e conectado às burocracias de gabinete quando eu estava já há um ano em campo, por mais que existissem registros sobre silêncio, negação e engajamento, nos primeiros registros de campo. Minha atenção, por quase seis meses, foi comparar a existência física e cotidiana daquelas três unidades, que se diferenciavam quase como opostos, apesar de terem sido implantadas no âmbito de um mesmo processo político, a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro (2009), como serão descritas no próximo capítulo.

Capítulo 2: Fragmentos de Estado - as Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Neste capítulo, apresento os “fragmentos” de Estado (GUPTA, 2012) pesquisados, as três Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), em diferentes territórios racialmente segregados do município do Rio de Janeiro. Como discutido na Introdução e Capítulo 1, a opção em pesquisar a existência da focalização da saúde na população negra em burocracias locais do SUS, em mais de um território urbano, ocorreu para compreender como as interseções entre raça, classe, território e implementação de políticas públicas implicariam em distintas gestões da focalização. Dessa forma, eu estava interessada em identificar se haveria variabilidade da focalização, em função das diferentes características sócio-demográficas dos espaços urbanos definidos pelo Estado para a intervenção em saúde, os territórios.

No final do capítulo anterior, eu expliquei como se deu a “escolha” desses diferentes espaços, pelos trajetos nas burocracias para autorização da pesquisa. Neste segundo capítulo, eu descrevo, qualitativamente, esses territórios e Unidades para conduzir a análise da focalização nos capítulos seguintes com essas distinções já apresentadas. Isso favorecerá entender se e como essas diferenças territoriais influenciaram, ou não, na implantação cotidiana da saúde focalizada em negros.

Apesar da detalhada descrição das três Unidades, ressalto que meu objetivo na tese não é analisar os diversos serviços da ESF, mas como a focalização foi gerida através das burocracias da ESF. Nesse sentido, analiso onde e como essas Unidades foram instaladas, e a vida estatal cotidiana de cuidados básicos em saúde que passou a existir a partir desses lugares de Estado. Como argumenta Vianna (2013), vivenciamos o Estado pela sua existência corriqueira, pelos expedientes mais “banais” (GUPTA, 2012), “miúdos” (FONSECA et al, 2016), “cotidianos” (DAS E POOLE, 2004), quando interagimos com seus “agentes” (FACUNDO, 2014) e com as moralidades das categorias estatais (LOTTA, 2017).

A partir deste capítulo, o cotidiano descrito é o das práticas e interações que, diariamente, acontecem para o usuário experimentar os serviços públicos nessas burocracias: focar sobre casos clínicos, escolher quem e como visitar usuários, com qual usuário se envolver emocionalmente, organizar ações em escolas, realizar consultas, escutar, cuidar, se vincular seletivamente ao usuário, responsabilizá-lo, culpá-lo, adorá-lo. Com esse universo cotidiano mapeado, será possível melhor entender a existência, também corriqueira, da focalização nessas burocracias específicas do SUS.

Neste capítulo, ao descrever comparativamente os contextos territoriais, os processos de criação das Unidades, as estruturas físicas das mesmas, os serviços e sociabilidades existentes nelas, eu identifiquei uma variabilidade das formas de governar populações referentes à: qualidade de serviços, quadro de profissionais, gestão da ESF e distintas sociabilidades. Ao qualificar como diferentes perfis sociais de usuários viveram a ESF, a depender do espaço urbano e da unidade gerida, observei como essas experiências foram múltiplas e bastante diferentes, se em espaços já repletos de oportunidades ou em espaços periféricos em oportunidades.

A descrição das Unidades revela a distância social das oportunidades de vida pré-existentes entre os três espaços urbanos, antes da chegada da ESF. Contudo, foram exatamente estas desigualdades estruturais que contribuíram para que distintas políticas de ESF ocorressem entre as Unidades, gerando diferentes subordinações aos cuidados em saúde. Identifiquei que as desigualdades intrametropolitanas foram consideradas pela *gestão* para definir que tipo de ESF construir, em cada espaço, de exemplar a precária. Os níveis de desigualdades pré-existentes nesses territórios à chegada das burocracias da ESF adentraram às ações do Estado, e, em alguns momentos, acirraram essas desigualdades, mesmo que o objetivo oficial da territorialização da ESF fosse a diminuição de desigualdades.

A análise qualitativa das distintas áreas demográficas e das Unidades indicou uma retroalimentação entre desigualdades existentes e políticas públicas, mesmo as inclusivas, como agendas de pesquisas recentes estão se debruçando e começando a elucidar, a relação entre políticas do Estado de Bem-Estar Social e reprodução de desigualdades (SCHUCH, 2018; PIRES, 2017, 2019). Nesse sentido, essas diferenças indicam que o aumento quantitativo de territórios definidos para a intervenção das políticas sociais não é um bom indicador da qualidade da diminuição das desigualdades pela territorialização, que pode potencializá-las.

2.1. Unidade Central: herança de oportunidades

"aqui, você tem um acesso facilimo a tudo, isso é até um ponto negativo, eles acabam não valorizando e, por vezes, até desrespeitando o andamento do serviço porque é fácil, eles acham que [estala os dedos]...acesso de tudo, amor, especialidade, nutrição, exercício físico, grupos de comer bem...a gente acaba ofertando muita coisa"

(Entrevista, profissional, branca, da UC)

A Unidade Central (UC) estava localizada em um bairro agradável do município do Rio de Janeiro: plano, arborizado, com calçadas largas, diversidade de entretenimento, de equipamentos públicos e boa malha de transportes. A UC não era o único equipamento público disponível no território. Havia prédios de universidades públicas, da prefeitura e até outros complexos da saúde, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospitais públicos e outras Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Nesta Unidade, eu chegava de metrô, cuja estação era numa extensa praça com bares, cafés, restaurantes, livraria, cinema, bancos, vendedores dos mais diversos produtos. Sempre havia muitos transeuntes pela praça, estrangeiros inclusive. Da estação até à Unidade, eu caminhava 280 metros. Esse ambiente urbano permitiu que uma profissional de gabinete da saúde pública municipal (branca) e eu (branca) conversássemos, calmamente, sobre aquela Unidade ao ar livre. Ela tinha me acompanhado na primeira conversa com a gestora da UC para autorização da pesquisa (capítulo 1) e ficamos um bom tempo nesta praça, conversando sobre a Atenção Básica (AB) carioca. Era tão agradável passear pelo território que isso foi uma estratégia que eu utilizei quando a observação da Unidade não estava rendendo (repetição das práticas burocráticas ou indisposição dos funcionários em conversar comigo): sair e andar um pouco pelas ruas.

O território da UC era demograficamente homogêneo, um território de riqueza. Contudo, isso não significa que não existissem pontos de pobreza, como o prédio 247, considerado uma *comunidade vertical*, ponto estigmatizado por muitos moradores da área. A qualidade urbana do território estava refletida em bons dados de saúde. Por exemplo, a esperança de vida ao nascer era de 78,25 anos, segundo dados da prefeitura²⁶. Já o Urban

²⁶ Dado retirado do site do Instituto Pereira Passos/RJ .

Health Index (UHI) classificou o bairro da UC com alto valor, entre 0.83 e 1, alocando-o aos espaços urbanos com melhor índice de saúde do município²⁷.

O espaço físico da UC estava naquele território há 30 anos. Sua estrutura física, um prédio de três andares, contabilizando 1.560 m², havia servido a diferentes políticas públicas de saúde. Primeiro, abrigou um Posto de Assistência Médicos (PAM), do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Depois, virou uma emergência de pequeno porte, funcionando 24 horas por dia. Em seguida, passou a funcionar como um posto de saúde com especialidades (exemplo: cardiologista, ginecologista, angiologista, clínico geral, dentre outros).

Em 2012, com o processo de expansão da ESF iniciado em 2009 no município, o prédio passou por uma reforma para abrigar duas políticas de saúde, concomitantemente, o modelo de Posto (também chamado *Centro Municipal de Saúde*, ou *Unidade Tipo B*) e o novo modelo de ESF (*Clínica de Família* ou *Unidade Tipo A*). Ser unidade *Tipo B* indicava a coexistência de duas formas de *cuidar das pessoas* e dois quadros de profissionais distintos, num mesmo espaço físico. Os do *Posto* eram os funcionários estatutários do Estado (públicos ou municipais), com estabilidade do emprego público, que ofertavam as especialidades aos *trabalhadores*. Os da *Estratégia* eram profissionais terceirizados por uma Organização Social (OS), contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, e ofertavam os serviços aos *cadastrados* da ESF.

A reforma do prédio durou um ano e, durante este período, os profissionais atenderam os usuários em outra *Unidade Tipo B*, a 3.6 km da UC. Segundo os profissionais, paredes foram pintadas, aparelhos de ar condicionado foram instalados, materiais passaram a não faltar mais, o que fortaleceu a crença, entre eles, que OS gerenciam bem a saúde pública. Essa reforma física redimensionou antigos espaços para a criação das *Salas de Consultórios* da ESF. Alguns profissionais do *Posto* ainda se queixavam da perda de espaço. Outros faziam

²⁷ Martin Bortz, pesquisador do Instituto de Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade de Heidelberg, construiu um indicador de saúde urbano para o município do Rio de Janeiro, o Urban Health Index (UHI), a partir do pressuposto que os espaços urbanos são determinantes sociais da saúde e que produzem diferentes resultados em saúde. Na composição do índice, o autor considerou oito indicadores de saúde (diabetes, mortalidade infantil, tuberculose, doenças isquêmicas do coração, câncer de mama e do colo do útero, acidente de trânsito, homicídio, HIV), correlacionados positivamente com indicadores de renda, educação e raça/cor. O índice evidencia as desigualdades em saúde por bairro na cidade, um sul afluyente (alto valor) e um norte carente (baixo valor). O pesquisador analisou a evolução do índice entre 2002 e 2010, evidenciando que, apesar da melhora entre os dois períodos, as desigualdades em saúde entre os bairros cariocas se mantiveram, mesmo após as intervenções urbanas para os eventos olímpicos (2016) e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 2009.

questão de se utilizarem das novas divisões físicas para demarcar a diferença das formas de cuidado, entre *trabalhadores* e *cadastrados-moradores*. Com a chegada da ESF naquele prédio, os *trabalhadores* eram atendidos pelos profissionais do *Posto* e os *cadastrados*, pelos profissionais da ESF.

Convencer os usuários daquele território sobre o novo modelo de saúde (ESF) não foi fácil: “eu tive que ir à casa das pessoas para conseguir pacientes” (profissional, branca), “a gente tá no asfalto, é complicado, tinha prédio que não queria, tinha que ir lá conversar com o síndico” (profissional, negra). Uma das primeiras profissionais da ESF que começou a trabalhar naquele prédio fez uma avaliação da mudança de comportamento do usuário por causa da crise econômica no país:

“em dois anos, foram duas mil pessoas que pediram para entrar, eu não corri atrás. Eu chorava. Os Agentes de Saúde iam de casa em casa e o pessoal falava que não precisava. Em dois anos, com a decadência, a crise foi tão grande que as pessoas vieram até nós. Agora, eu tenho quase 4 mil pessoas cadastradas”
(Entrevista, profissional, branca, da UC)

Escutar dos profissionais a história do prédio da UC me revelava como aquela estrutura física serviu a uma trajetória de adaptação de políticas de saúde pública, naquele território, antes e após a criação do SUS, herdando prédio, serviços e profissionais das sucessivas políticas. Eu comecei a frequentar a UC, após nove meses observando as unidades Modelo (UM) e Precária (UP). Comparativamente, minha sensação era de grandiosidade e ociosidade, sentimentos não registrados nas anotações sobre as outras duas burocracias. Eu descrevia a estrutura da UC no caderno de campo com exclamação: “três andares!”, “poder usar vários banheiros!”. Ou, eu registrava os momentos ociosos: “acolhimento vazio, hoje”, “segundo andar, vazio”, “silêncio nos andares”.

Essa sensação era rompida em dias ou situações específicas. Por exemplo, um dia, o *Acolhimento* estava bem cheio e os usuários, *trabalhadores* e *cadastrados*, ficaram confusos sobre em qual fila ficar, por qual baia ser atendido, para qual andar seguir. Um profissional do *Posto*, diante da reclamação geral, se posicionou diante dos usuários, pediu silêncio e explicou quem era quem, e como cada categoria deveria aguardar. Durante as campanhas de vacinação contra a febre amarela e gripe, a Unidade ficou lotada. Por causa da sobreposição das duas campanhas, e da histórica centralidade daquele *Posto* no município nessas épocas, a rotina comum foi afetada. Isso impediu, por exemplo, os ACS fazerem as *Visitas Domiciliares (VD)*, pois eles tinham que ficar como *escribas* da vacinação por meses.

Durante a campanha da febre amarela, aquela Unidade disponibilizou 600 doses diárias de vacina. Quando era dia de atendimento da psiquiatria do *Posto*, a Unidade ficava mais cheia que o ordinário. A UC era referência em saúde mental, sendo local de residência médica de uma universidade pública de prestígio na área. Mas, não eram apenas residentes desta área que circulavam pela Unidade. Havia, também, os residentes de Nutrição e diversos profissionais de Enfermagem se formando na Unidade.

A sensação dos profissionais era a de uma Unidade tranquila: “...aí, eu vim pra cá, que é um paraíso. Eu, realmente, sou muito feliz aqui, eu gosto tanto de trabalhar aqui, venho pra cá feliz” (profissional, branca). “Mesmo no meio do caos existe certa tranquilidade aqui” (profissional, branca), afirmou, me explicando que, no âmbito do trabalho *caótico* dos cuidados primários da ESF, aquela Unidade oferecia condições e usuários relativamente *tranquilos* para se trabalhar. “Ai, graças a Deus, atualmente, está ótima [a saúde mental]. Antes de mudar de emprego [anteriormente, a profissional trabalhava em hospitais privados], não estava muito boa, mas, agora, tá”, me informou outra profissional (branca).

A maioria dos profissionais me respondeu que gostaria de continuar a trabalhar naquela Unidade e não em outra, quando perguntados, em entrevista, se mudariam de Unidade. Os poucos que responderam considerar mudar, o fariam para trabalhar mais próximos de suas casas e não gastar tanto tempo em locomoção. Estresse advindo das condições de trabalho, ou questões de violência urbana, naquele território, não apareceram entre os motivos para mudarem de Unidade, em nenhuma interação ou entrevista.

Quando comecei a circular pelos espaços da UC, eu tinha a sensação de estar dentro de um hospital. Três andares, corredores longos, muitas salas, muitas portas. Eu me surpreendia ao descobrir mais um espaço quando pensava que já tinha circulado por todo o prédio. Os espaços da Unidade não possuíam fotos dos usuários, nem em murais nos corredores, nem em murais dentro dos consultórios. A identidade dos usuários, eu captava no *Acolhimento*, ora *moradores*, ora *cadastrados* da ESF.

Havia um elevador que conectava os três andares, além das escadas de alvenaria. Era antigo, daqueles que você precisava puxar uma grade de ferro com as mãos para ele se movimentar. Apesar de *vintage*, nunca o vi quebrado. Os banheiros estavam sempre em bom estado de uso. Eu usava diferentes banheiros e sempre os encontrava limpos ou interditados para limpeza. Alguns tinham até fraldários, os do andar do *Posto*, que atendiam mais crianças e mulheres. Neste andar, num canto, havia um pequeno espaço-criança: mesinha, brinquedos

e livros. Vi poucas crianças usarem, geralmente, brincando sozinhas, sem a companhia de outras crianças.

A quantidade e variedade de salas eram tantas que, no período das entrevistas, eu conheci e entrei em diferentes espaços: garagem, área externa da clínica, copa, antessala da sala dos ACS, sala de espera da farmácia, sala da farmácia, sala de consultório médico, sala de coleta de sangue, sala da assistência social, consultório da odontologia da ESF, sala da administração, sala das diretorias. Eu entrava bastante na *copa* para ficar mais conhecida. Era um refeitório bem equipado, até seis pessoas conseguiam se alimentar com conforto na mesa ao mesmo tempo. Havia dois microondas e duas geladeiras. Às vezes, enquanto alguns profissionais almoçavam, outros ficavam por ali, conversando.

No *Auditório*, observei ocorrerem reuniões gerais, reuniões com Coordenação de Área Programática (CAP), grupos de planejamento familiar, grupos de idosos, grupos de nutrição, encontros dos jovens bolsistas promotores da saúde. “Quando a boca cala, o corpo fala. Quando a boca fala, o corpo sara”, foi um dos cartazes sobre uma roda de conversa, no auditório, organizada por psicóloga e enfermeira, convocando usuários a participarem e cuidarem da saúde mental.

A *garagem* era um espaço multiuso. Usuários sentavam por ali para descansarem um pouco. Profissionais, para conversarem. Idosos, para se exercitarem. A OS e Prefeitura estacionavam seus veículos, sempre chegando e saindo da Unidade. Eu usava para escrever. Mas, a promoção da saúde era realizada externamente, também, como caminhadas pelo bairro. Eu nunca vi essas ações de atividade física serem ajustadas a outros espaços, ou interrompidas por questões de violência.

O acesso do usuário à Unidade me parecia de fácil chegada. Havia a possibilidade de uso de metrô, ônibus, ou caminhada pelas ruas planas e arborizadas do território. Ao chegar, havia uma varandinha com banco, uma antessala com cadeiras e o *Acolhimento*, dividido entre baias do *Posto* (para atendimento aos trabalhadores do bairro) e baias da ESF (para atendimento aos moradores cadastrados do bairro). No *Acolhimento*, num cantinho, com mesinha e cadeira, ficava a vigilante terceirizada, sempre era uma mulher negra. Ela raramente ficava sentada, mas em pé, tirando dúvidas dos usuários.

Os usuários que esperavam para serem atendidos pela ESF, a enfermeira da equipe se aproximava do *Acolhimento* e chamava em voz alta pelo nome. Este usuário seguia para o respectivo consultório, no mesmo andar (térreo), sem necessidade de subir escadas ou usar o

elevador. Algumas vezes, observei a TV do *Acolhimento* funcionar com um sistema de chamada por senha. Aos que aguardavam pelo atendimento do *Posto*, geralmente, estes seguiam para o segundo ou terceiro andar. No geral, eu percebia o usuário saindo satisfeito da Unidade, como revelado por uma *trabalhadora*, no *Acolhimento*. Ela era uma empregada doméstica (negra), que saiu aliviada por ter conseguido marcar uma consulta para a semana seguinte. Antes de voltar ao trabalho, ainda me esclareceu: “deixa eu ir, tenho que vir correndo, porque o patrão quer a gente lá, limpando”. Na UC, a inserção das empregadas aos serviços variava. Se elas morassem na casa dos patrões, se comprovassem o vínculo empregatício, se aqueles confirmassem a moradia na casa deles, elas eram registradas como *cadastradas* e se cuidavam pelos fluxos da ESF. Mas, se elas não morassem na casa dos patrões, elas eram classificadas como *trabalhadoras* e, por essa categoria, utilizavam os serviços do *Posto*.

A Unidade ficava aberta até às 20h. Mas, esse horário era dividido entre as categorias de usuários estabelecidas ali. Os *moradores/cadastrados*, usuários da ESF, podiam usar a Unidade, entre 11h e 20h. Os *trabalhadores*, usuários do Posto, usavam entre 08h e 17h. O último espaço que ambos os tipos de usuários usavam, antes de irem embora, era a Farmácia. Na *Sala da Farmácia*, que geralmente atendia um usuário por vez, com as portas fechadas, eles tiravam suas últimas dúvidas sobre os cuidados prescritos, principalmente se tivessem vergonha de perguntar ao médico, como relatado por uma profissional (branca):

Pesquisadora (branca): Que que é para você criar vínculo com usuário?

Profissional (branca): acho que o vínculo é isso que a gente faz todo o dia. É tá ali, ouvir o que eles tem pra falar. Uma coisa legal que é da Clínica da Família é essa coisa da gente fazer o atendimento individualizado, ele [usuário] entra, fecha a porta, senta. Então, assim, o paciente se sente a vontade de tirar as suas dúvidas, de desabafar mesmo. Às vezes, chega mulheres, tem que fazer um medicamento intravaginal, ela não sabe como é. Antes, a mulher deveria sair daqui, ir pra casa, sem saber como usava o aplicador. Eu já tive que dar esse tipo de orientação aqui, eu sei que existe. Eu acho que o vínculo é isso, o paciente sentar ali e se sentir a vontade de perguntar. Às vezes, ele chega aqui e pergunta pra gente coisas que ele deveria ter perguntado pro médico dele na hora da consulta. Mas, porque esqueceu ou não se sentiu a vontade de perguntar, às vezes ele fica com medo, “ah, o médico vai achar que eu sou burro” [simula a fala de usuário]. Chega aqui, ele pergunta. A gente vai, tem a internet, a gente lê bula, a gente vê tudo que tiver possível. Então, acho que o vínculo com o usuário é esse: ele sentar ali e se sentir a vontade. Às vezes, a gente já conhece as pessoas, elas vêm aqui sempre, então, já senta ali, já conta da vida, já fala como é que tá, já pergunta do filho.

(Entrevista, profissional, branca, da UC)

Eu anotava todos profissionais que circulavam naquele prédio, mas levou um tempo para eu identificar a gama de profissões na UC. Eu precisei pedir uma lista deles para me ajudar nessa identificação: pediatras, psiquiatras, clínicos gerais, angiologista, dermatologista, cardiologista, otorrino, clínico geral, infectologista, odontologistas, psicólogos, acupunturista, homeopata, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiologista, médicos de família, enfermeiros, farmacêuticos, educadores físicos, residentes, técnicos diversos. Juntando as duas políticas de saúde que operavam na UC (Posto e ESF), eram tantos profissionais, que levou uma médica a ter a mesma sensação que a minha: “tem muita gente aqui que eu não conheço, não sei nem o nome” (profissional, branca).

Apesar dos usuários terem apreço pela UC, isso não foi mobilizado pelos profissionais para uma ação política quando o atual prefeito da cidade ameaçou fechar as Unidades pela primeira vez. Poucos meses após eleito, o prefeito anunciou o fechamento de 11 UBS por motivos de contenção de despesas públicas. Esse aviso gerou mobilizações políticas em boa parte das Unidades e do corpo de funcionários da AB carioca. Alguns dos protestos feitos pelos profissionais da saúde foram: colocar faixas e cartazes pretos pelas Unidades, conversar com os usuários no *Acolhimento* sobre a importância da ESF, explicar os efeitos do fechamento do serviço, reunir o *Colegiado Gestor* para debater o fechamento das Unidades, participar de passeatas no prédio da prefeitura ou no centro da cidade, a equipe profissional tirar foto em frente à respectiva Unidade, geralmente, vestindo preto, e postar nas redes sociais, como indicativo que aquela Unidade aderiu ao protesto.

Essas ações eram motivadas e compartilhadas no mundo virtual da AB carioca por *hashtags* em redes sociais, e pelos diversos grupos das categorias profissionais no *WhatZapp*. Os profissionais da AB compartilhavam os protestos que realizavam em suas UBS nessas redes e as ações se replicavam em outras Unidades. Os momentos de mais alvoroço, entre os profissionais, era a participação nas passeatas em frente à Prefeitura, pois eles eram assediados por superiores de gabinetes a não aderirem aos movimentos de protesto por meio de ligações telefônicas e mensagens de *WhatZapp*.

Na UC, não observei participação direta dos usuários nestes protestos. Da parte dos profissionais, houve a colocação de faixas pretas e gravação de falas sobre a importância da ESF, publicadas nas redes sociais. Não observei os profissionais da UC, conversando com os usuários sobre o que ocorria no *Acolhimento*, nem os vi nas passeatas, como observei os das

outras duas unidades. Eles estavam preocupados com a demissão, com o esvaziamento político da ESF, mas conversavam mais entre si, naquele território de riqueza.

Quando eu pedia aos profissionais um perfil geral dos *cadastrados* da Unidade, eles tendiam a me contar sobre os idosos, perdendo a capacidade física e mental de viverem sozinhos. Eles dividiam os idosos em dois grupos, os que viviam com baixas aposentadorias em apartamentos do tipo flat, ou os que moravam em bons apartamentos, mas abandonados pelo restante da família. Os idosos eram os mais queridos dos profissionais e classificados como os mais fáceis para cuidar da saúde.

Quando comecei a frequentar a UC, esta era responsável pelo atendimento de 8.232 usuários, sendo 67% deles brancos, como classificado no sistema de informação da Prefeitura²⁸. Ao descobrirem o que eu pesquisava, a reação majoritária dos profissionais era de estranhamento da pesquisa. Verbalmente, eles me informavam que interpretavam o tema como discriminação racial. Para a maioria deles, aquela Unidade, naquele território, não me ofereceria nada para a pesquisa. Por isso, eles me sugeriam ir para as *favelas* cariocas.

2.2. Unidade Modelo: para ser exemplar

Quando me falaram que eu ia para a “Unidade Modelo”, eu já fiquei...[receoso]. Aqui, eu tenho mais de 100 funcionários, é uma equipe gigantesca, de comunidade, que todo dia, tudo tem que dar certo. Você sabe. As pessoas acham que é bom, mas tem um lado. É bom quando o serviço flui, porque se o serviço não der certo, eu não estarei aqui hoje(...)é vitrine do município.
(Entrevista, profissional, negro, da UM)

Da Unidade Central (UC) até à Unidade Modelo (UM) eram quase 5 km de distância. Na UM, a agradabilidade urbana diminuía, em função do barulho de carros e de poucas árvores no território. A UM se localizava próximo a alto-pistas, por onde eu chegava de ônibus. Os usuários chegavam a pé, atravessando as pistas por uma passagem subterrânea, sendo que alguns tinham que, antes, descer das suas *comunidades*. Até onde circulei, não percebi muitos equipamentos públicos disponíveis à população no território, apenas creches e escolas primárias, nenhuma praça.

²⁸ Esses dados da distribuição racial dos usuários nas Unidades foram retirados do sistema de dados público Tabnet/Datasus, somando-se as categorias pardos e pretos em negros. Essa escolha segue os estudos das desigualdades raciais que optam pela junção das categorias pretos e pardos em uma única pela condição social similar de indivíduos não-brancos. Por isso, essa opção não significa que essas categorias utilizadas pelo Estado sejam as categorias raciais identitárias dos usuários e profissionais do SUS.

Uma tradicional rua comercial continha igreja, mercado, lotérica, bares, que atendia mais aos moradores do *asfalto*. As três *favelas* do território da UM, contavam, também, com os comércios internos. Já a área *rica* do território, não tinha comércio farto, mas boêmios bares e *hostels* de estrangeiros. O território da UM era diverso urbana e demograficamente, coexistindo riqueza e pobreza separadas apenas por ruas. Pelo Urban Health Index (UHI), eu não consegui classificar o índice de saúde do território, por ser um espaço geográfico delimitado para a intervenção da ESF que mesclava distintos bairros. Mas, de acordo com dados da própria prefeitura, o bairro da tradicional rua comercial possuía uma esperança de vida ao nascer de 69,60. Dentre as distinções demográficas entre o território da Unidade Central (UC) e o das outras duas periféricas, a violência foi um dos fatores cotidianos mais distintivos entre as unidades, que acompanhou todo o período da pesquisa nas áreas das unidades Modelo e Precária. Nestes dois territórios, a regularidade da violência gerava efeitos nos serviços primários da ESF, demandava estratégias de profissionais e usuários para lidarem com a Estratégia sob violência, impactava a saúde física e mental de ambos e interrompia a vida.

Na UM, em um mês de campanha contra a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, que passou a transmitir Chikungunya e Zika no município do Rio, Agentes de Vigilância em Saúde (AVS) e Agentes Comunitário de Saúde (ACS) partiram para alguns pontos nas *comunidades* para distribuírem folhetos, verificarem caixas d'água e tampá-las com capas. Desta vez, não foi necessária nenhuma negociação prévia com o tráfico. Numa ação anterior, esses profissionais precisaram da intermediação de lideranças do território para apresentá-los ao tráfico: “pessoal, esses são os homens da dengue”. Naquele dia, com os Agentes já apresentados antes, transitar, visivelmente uniformizado, em grupo, com todos os materiais expostos, em pontos-chaves de visibilidade, foi o suficiente para a ação ser interpretada pelo tráfico como uma genuína ação contra a dengue, e não policiais camuflados de profissionais da saúde pública.

No caminho, um profissional (branco) me alertou que havia poucas capas a serem distribuídas, pois, naquele ano de proliferação, a compra das capas pela prefeitura não foi suficiente. Na primeira meia hora de ação, elas já tinham acabado. Uma das casas sortudas a receber a última capa foi a de uma senhora que teve a tampa da caixa d'água destruída por tiroteio num dia de confronto. A partir daquele momento, restava seguir a ação com entrega de folhetos, conversas sobre prevenção à dengue e aproveitar para visitar alguns *cadastrados*.

Numa das casas, uma criança advertiu os profissionais: “vocês só vem entregar folheto”. Em outra, a usuária se aliviou: “que bom que vocês vieram”. Em função do surto psicótico de um dos seus filhos, aqueles profissionais passaram a orientá-la em como inserir o filho na psiquiatria da Unidade.

Em outro dia, uma profissional (negra) queria apenas conversar sobre violência quando me viu sentada no pátio da Unidade, escrevendo. Naquele dia, um *menino* havia levado um tiro por causa do conflito do dia. Ele sempre foi referido, assim, como um menino. Ele não era um usuário *cadastrado* na Unidade, pois os profissionais não mencionavam seu nome, mas o *menino baleado*. Ela me contou, em voz baixa, que tudo tinha acontecido um pouco antes de eu chegar, às portas da creche, o que deixou uma mãe paralisada, no meio do fogo cruzado. De onde estávamos sentadas, ela me apontava para a casa de onde os tiros saíram. Naquele dia, na área do conflito, não houve nenhuma ação externa da Unidade. Isso significou suspensão completa dos serviços e nenhum profissional subiu naquela microárea.

Nesta conversa, a profissional me alertou que os conflitos estavam se intensificando no território e que os moradores esperavam por uma situação pior, a troca de facção, o que ocorreu um mês depois dessa conversa. Outros profissionais (negros) se aproximaram e, também, em voz baixa, falaram sobre a violência do dia. Em seguida, me convidaram para acompanhá-los em entregas de agendamentos de consultas na casa de usuários (um papelzinho com dia, hora e médico), em outras partes do território sem conflito. Mas, logo, recuaram. Eles avaliaram se o conflito se ampliasse, eu não saberia como me portar. “Como?”, perguntei. “Se abaixando em qualquer lugar”, responderam.

No dia em que houve a troca de facção, a UM fechou e os profissionais que mais sofreram foram os ACS. Segundo estes me relataram, o uniforme azul de ACS já não os protegia mais, pois os novos integrantes do tráfico não eram da *comunidade* e não distinguiam, ainda, moradores e não-moradores. Os ACS passaram por várias checagens durante aquele período. Alguns tiveram suas casas invadidas e foram ameaçados de expulsão do território. Naquela Unidade, todos os profissionais de saúde se organizaram para ajudar os ACS a passarem pelos “transtornos do estresse pós-traumático” daquele período (médica, preta).

Na UM, em função do nível dos conflitos, foi reativado, com mediação da respectiva Coordenação de Área Programática (CAP) daquele território, um sistema de segurança para os profissionais, conhecido como *Acesso Mais Seguro*. Ao acompanhar o processo de

reinstalação desse esquema de segurança na UM, eu aprendi a verificar os sinais de nível de violência do dia: verde, amarelo, vermelho. Os sinais eram avaliados, pela manhã, por uma comissão de profissionais, por meio dessas cores. Se o sinal estivesse verde, a Unidade funcionaria normalmente. Se amarelo, os serviços externos seriam interrompidos. Se vermelho, a Unidade fecharia e profissionais e usuários saíam em pequenos grupos, como aprendido nos cursos de capacitação feitos pela CAP na Unidade.

Em meio ao cotidiano de violência, a UM funcionava exemplarmente. Havia muitas atividades de promoção de saúde, em parceria com outras áreas da prefeitura naquele território. Por exemplo, a partir de uma parceria com outra instância estatal, a UM passou a promover dança e pilates. No início dessa parceria, as aulas de dança ocorriam no amplo espaço em frente à Unidade, até como uma estratégia para atrair mais *cadastrados* para as aulas. Era alto astral cedo. Se aproximar da Unidade, escutar a música, se contagiar com a dança, gargalhar com as coreografias. Mas, o aumento do conflito não deixava mais a vontade usuários e profissionais. Levaram a dança para dentro da Unidade. Pelo menos, a UM tinha estrutura física para ajustar sua gama de serviços ao cotidiano de violência. Essas atividades continuaram a ocorrer, no *Auditório* ou na ampla *Sala dos ACS*.

O espaço físico da UM foi construído, também, no período de expansão da ESF no município Rio de Janeiro, entre os anos de 2009 a 2012, num “vazio sanitário” do território (médico, branco). A UM foi inaugurada, em 2011, com a presença, há época, do ministro da Saúde, do governador do Estado, do prefeito do Rio de Janeiro e de representantes de Organismos Internacionais. A UM contou, desde o seu início, com a parceria de uma importante universidade pública brasileira, que fornecia *in loco* um quadro permanente de preceptores e temporário de residentes da Medicina de Família (MF). Ao quadro de profissionais dessa universidade se juntavam residentes de várias outras categorias profissionais, de diversas outras universidades do município. Sempre havia grupos de alunos, em diferentes estágios de formação, circulando pela Unidade, desde a inauguração.

Os usuários adoravam aqueles profissionais. Um dia, eu observava a Unidade, sentada ao lado de uma usuária (negra) que chorava de dor por causa de um corte no pé, bastante infeccionado. Na semana anterior, ela tinha cuidado do pé com o seu médico, um jovem residente (branco). Mas, na noite anterior à nossa interação, com muita dor, ela decidiu ir a um hospital carioca e disse que foi tão maltratada que decidiu interromper o procedimento que a médica do hospital fazia: “ela tirava as minhas carnes sem anestesia” (usuária). A

usuária teve que assinar um papel, assumindo a interrupção do procedimento, voltou para casa, passou a noite em claro com dor e aguardou a UM abrir para ser atendida pelo jovem médico. Mas, os usuários, às vezes, não gostavam de serem estudados por tantos profissionais em formação: “a gente fica servindo de cobaia, né? Eu não ligo não, mas, tem dia, a gente só quer chegar, resolver logo e ir embora” (usuária).

A estrutura física da UM revelava o início, naquele território, da expansão de uma política pública de saúde concebida na *integralidade* e focada na família. Por isso, essas Unidades foram batizadas como *Clínicas de Família*, no município do Rio de Janeiro. A UM, diferentemente da Unidade Central (UC), não herdava a estrutura física de nenhum equipamento público de saúde anterior, mas começava sua história física, seguindo à risca o modelo arquitetônico pensado para as *Clínicas*, com 1.050 m².

Quando comecei a frequentar a UM, eu fiquei tão surpresa com aquela proposta que escrevi em caderno de campo: “como em uma clínica privada. Por que aqui e não lá?” [me referindo à Unidade Precária]. A anotação me condenava aos que associam qualidade em saúde aos serviços privados de saúde. Comparativamente às outras duas Unidades, minha sensação era de fluidez. Sempre anotei em caderno registros do tipo: “parece fluir”, “cheio, mas fluindo”, “aqui, sensação de fluidez”. No início, eu registrava, também, todos os profissionais que eu conseguia identificar. Escrevia sobre o quanto os profissionais aparentavam algo que eu não captava nas outras duas Unidades: “equipe bonita”, “sempre risonhos”, “atendeu com tanta gentileza”, “que cortesia”. Os profissionais eram vistosos e sempre simpáticos. Em entrevista, um profissional (branco) me perguntou exatamente isso, se eu já tinha percebido como os profissionais na UM eram bonitos. Ele desconfiava que a Organização Social (OS), responsável pela Unidade, selecionava por beleza. Até em dias bem cheios e de conflito no território, os profissionais ainda conseguiam transparecer simpatia.

Eu não conseguia comparar a estrutura física da UM a um referencial. Era algo novo e agradável. Tudo era plano e oval, com um jardim central, ao ar livre, que conectava todos os espaços da Unidade e abrigava um auditório, nomeado *Centro de Cultura e Ideias*. Essa área central lembrava-me um pátio, por onde havia banners de fotos dos próprios usuários, geralmente mulheres e crianças negras. Ficar sentada em qualquer cadeira desse pátio era ter uma observação privilegiada do que ocorria na Unidade, antes das portas se fecharem para os procedimentos.

As salas eram várias: de consultório, de curativo, de atendimento clínico, dos ACS, da Farmácia, da coleta de sangue, da vacina, do dentista, do Raio-X, da ultrassonografia, da Saúde da Mulher, da Saúde da Criança, da Vigilância em Saúde, da Administração, da preceptoria da universidade de prestígio, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). As *Salas de Consultórios* tinham até banheiro. Os dois conhecidos vigilantes terceirizados, homens negros, sempre circulavam pelo pátio, conversando com profissionais e orientavam até usuários. Os preceptores da universidade circulavam entre uma sala e outra, conversavam entre si, com o gerente e orientavam residentes e outros profissionais.

Com exceção da *Sala dos ACS* e da *Farmácia*, as outras portas sempre estavam trancadas para o pátio, ou por estarem em consulta, ou por estarem sem profissionais. Sempre que uma consulta acabava e o profissional saía, a sala era trancada à chave. No período da pesquisa, eu consegui circular por diversas dessas salas, mas não sem negociações prévias com os profissionais, fato que me auxiliou a denominar os espaços das Unidades como “internos” ou “externos”, como explicado na Introdução. No período das entrevistas, vários foram os espaços que os profissionais escolheram para fazê-las, o que me propiciou conhecer essas salas em detalhes.

Os profissionais socializavam bastante em frente à *Copa*. Como na Unidade Central (UC), ela era bem equipada. O que mudava, entre essas duas Unidades, era a disposição do mobiliário. Mas, eram os mesmos: até seis pessoas se alimentavam com conforto na mesa, dois microondas e duas geladeiras. Só não era possível outros profissionais ficarem dentro da *Copa*, conversando, enquanto outros comiam, interações que ocorriam na agradável área externa, o pátio.

O usuário, ao chegar à UM, se deparava com uma barraca portátil de venda de guloseimas, em torno de 1,20 x 0,80. Mãe e filho a montavam cedo para atender os primeiros usuários que chegavam à UM. Mas, eles concorriam com a venda de outras guloseimas dentro da Unidade, vendedores que eram, também, usuários da Unidade. Estes aproveitavam a fome dos profissionais e da clientela em espera para venderem lanches. Eu fiquei viciada na empada de frango e na broa de milho. Quando a prefeitura ameaçou fechar a UM, uma dessas quituteiras estava tensa: “não pode fechar, eu vendo bem aqui”. Mas, empada e broa eram iguarias caras para usuários SUS que aguardavam a consulta. Uma hora, para a alegria da meninada, o senhorzinho do Ciagurt passaria. Por menos de R\$ 1,00 era possível comprar um colorido e refrescante *geladinho* altamente processado.

O *Acolhimento* da UM tinha uma recepção grande o suficiente para, raramente, eu ter observado usuários em pé ou escorados pelas paredes, esperando para serem chamados às salas do pátio. Observei naquele *Acolhimento* um cartaz com telefone da Central de Atendimento da prefeitura, uma caixinha para reclamação escrita, um banner com a linha do tempo de fluxo de exames, a caixa de camisinha sempre repostada e os dados preenchidos do *Placar da Saúde* (os dados quantitativos de saúde do território).

No *Acolhimento* havia, também, um espaço para crianças, com escorregador e brinquedos. Vi muitas crianças usarem, ao mesmo tempo, enquanto esperavam o atendimento. Os brinquedos eram até disputados e os pais tinham que mediar o uso do escorregador entre a meninada. Outros esperavam o atendimento, se distraíam com a TV ligada em canais abertos. Ou, olhando o movimento da *clínica* no pátio. Havia um bom banheiro na área do *Acolhimento* para os usuários, sempre com papel. Havia outro, específico para os profissionais, com três baias e armários. A tendência era todos estarem limpos.

Os usuários que esperavam no *Acolhimento* eram chamados pelo nome para seguirem para as salas do pátio. Além da fluidez, observei ruído suportável naquele *Acolhimento*. Usuários chegando, esperando, encaminhados para procedimentos. Apesar de uma quantidade considerável de usuários, ou estes estavam sendo atendidos nas baias, ou estavam esperando sentados, ou monitorando seus filhos na área de entretenimento para crianças, ou sendo chamados para os consultórios. Aquele espaço físico permitia um trânsito dos usuários entre *Acolhimento*, salas e saída, que não acumulava barulho no ambiente.

A Unidade ficava aberta até às 19h e vários serviços ocorriam nessas horas. No *Centro de Cultura e Ideias*, sempre havia uma atividade ocorrendo: reunião semanal geral, reunião de colegiado gestor, dança, pilates, teatro, rodas de conversa, grupos diversos (idosos, planejamento familiar, gestantes, tabagismo, mães e crianças, saúde mental, hipertensão e diabetes, adolescentes, reabilitação). Em frente ao auditório, no mural, havia o calendário das datas desses serviços, com a indicação do profissional responsável. A área do Raio-X, também, sempre estava com muito movimento, pois atendia a usuários encaminhados de outras Unidades, como os da Unidade Precária (UP).

A UM sempre era visitada por comissões estrangeiras, por professores de universidades e pela mídia. Às vezes, as consultas eram abruptamente interrompidas pelas visitas. Vi diferentes emissoras de TV realizarem coberturas sobre campanhas de vacina, utilizando-a como cenário. “Evita ficar sentada aí”, comandou uma profissional (negra),

quando me viu, escrevendo no pátio, assim que uma comissão estrangeira apareceu. E a UM era sempre visitada pela *gestão*: “a questão política, a clínica tem que funcionar” (profissional, preta).

“Eu gostaria de trabalhar numa clínica dessas de modelo novo, que tem tudo, porque você consegue, realmente, fazer o que a Estratégia propõe, lá é top” (enfermeira, parda), me falou uma profissional da Unidade Precária (UP), em relação à UM. A qualidade da UM não era apenas interpretação minha e dos profissionais. Os usuários tinham muito apreço pela Unidade. Numa conversa entre duas usuárias, em frente à *Sala de Ultrassonografia*, uma alertou à outra: “A UPA [Unidade de Pronto Atendimento] está pior. Quando o povo descobrir essa clínica aqui” [gesticulou com a mão que ficaria cheia de usuário].

Esse apreço foi rapidamente mobilizado pelos profissionais da Unidade para uma ação coletiva contra o fechamento das Unidades pela prefeitura. Num dia politicamente agitado da Atenção Primária carioca, a UM estava muito cheia e o tema da reunião do *Colegiado Gestor* era o fechamento da *Clínica*. Os ACS vestiam roupas pretas e seus coletes azuis. As outras categorias profissionais, jalecos e fitas pretas nos braços. Os usuários chegavam para a reunião, no *Auditório*, também, com fitas pretas nos pulsos. Entre si, defendiam a Unidade: “o pessoal pode reclamar, mas isso aqui é muito bom”, “vamos pegar o prefeito, ele quer fechar a Clínica”, “já demora a chegar algo aqui, quando chega, já querem tirar”, “vai ter passeata?”, “essa clínica não pode fechar, eles são excelentes”.

Quando o gestor (profissional, negro) da Unidade entrou no *Auditório*, foi ovacionado. Ele teve que usar um microfone para se comunicar, de tanta gente e barulho. Os moradores e profissionais entoavam “não vai fechar, não vai fechar”. Seguiram-se algumas falas. Primeiro, o gestor procedeu com informações sobre a Atenção Primária, o quantitativo de consultas e outros serviços que aquela Unidade forneceu no último mês. A cada dado informado, aplausos. “Quem conhece seu ACS, aqui?”, finalizou, perguntando. Todos levantaram a mão. Depois, outro profissional (branco) fez um relato da sua experiência e, também, perguntou ao público: “Antes, tinha remédio? Antes, o profissional apertava a mão?”. Recebeu um uníssono não como resposta. Finalizou, emocionado: “vocês são parte da minha família e quero continuar assim”. Por fim, uma das ACS (negra) mais antigas da Unidade falou: “vocês me conhecem, somos os olhos do Estado dentro da comunidade”. Ela nem conseguiu terminar a fala. “Não vai fechar, não vai fechar”, entoou uma usuária, seguida por todos. Assim, profissionais e usuários seguiram para uma enorme foto na área externa da Unidade,

segurando balões pretos. Nas semanas vindouras, o *jingle* político mais cantado nas passeatas no Rio era: “ei, Crivella, não tira a saúde de dentro da favela”.

Quando eu comecei a frequentar a UM, esta era responsável pelo atendimento de 22.561 usuários, sendo 54% deles negros (pretos e pardos), como classificado no sistema de informação da prefeitura. Desde quando comecei a frequentar a UM, eu era constantemente demanda por *feedbacks* pelos profissionais. Havia um estranhamento ao tema da pesquisa, mas acompanhado por uma pressão para eu dar retornos em reuniões no *Centro de Cultura e Ideias*.

2.3. Unidade Precária: em deterioração

Profissional (branca): o que eu menos gosto? Acho que é o espaço físico da Unidade, que me incomoda muito, porque impede a gente de tá planejando outras atividades. Se fosse uma unidade grande, que tivesse um espaço físico, um auditório, a gente poderia tá fazendo grupo de convivência, gosto muito de trabalhar com a terceira idade, com artesanato, de você estar mais próximo do paciente, não no momento só da doença, mas, que você possa tá levando outras informações, tá mostrando a esse paciente de como ele pode se empoderar da própria saúde.

Pesquisadora (branca): e quando você tem que fazer essas ações, você escolhe fazer aonde?

Profissional (branca): eu me frustro. Isso me deixa muito chateada. O território começou a ficar muito violento. A gente tentou a possibilidade de fazer no “Complexo Odorico” [nome fictício de um espaço social], mas elas [usuárias] não conseguem chegar até o “Complexo”. Aí, infelizmente, o grupo [Grupo de Convivência] teve que parar. Eu me sinto trancada numa jaula, tendo que atender a essa demanda louca, o dia inteiro. Eu vejo que, de um tempo pra cá, esse prazer que eu tinha em trabalhar com a Estratégia vem diminuindo cada vez mais. Nossa, parece que meu tempo tá esgotando, será que eu tô chegando no fim?

(Entrevista, profissional, branca, da UP)

Da Unidade Central (UC) à Unidade Precária (UP) eram 12.5 km. Na UP, eu também chegava de metrô, mas tinha que andar 600 metros até a Unidade. Entre a estação e a Unidade, eu passava por ruas comerciais: bares, mercado, papelaria, depósitos. A Unidade, apesar de atender, exclusivamente, aos moradores de uma *comunidade* carioca, não ficava dentro dela, mais numa rua no *asfalto*, distante da moradia dos usuários, próxima a um complexo social também voltado àquela *comunidade*, o Complexo Odorico. De uma importante rua comercial, ainda na parte *baixa*, eram 2 km, andando até à UP. Para ajudar os usuários a irem e voltarem da Unidade, um ator político local disponibilizou um carro para transporte dos mesmos, que subia e descia o *morro* em horários fixos, durante o dia. Mas,

quando os conflitos se intensificaram, o carro parou de subir, circulando apenas pela *parte baixa* do território.

Como no território da Unidade Modelo (UM), os equipamentos públicos dentro da *comunidade* se restringiam, basicamente, às creches e escolas. No início da pesquisa, uma ONG que ficava num ponto alto e central da *comunidade*, acabara de trancar as portas por causa do contingenciamento dos gastos públicos. Lá, tinha quadra de esporte, salas de educação permanente, livros. Quando a conheci, restava apenas um vigia que se entristecia ao contar histórias do lugar, enquanto abria as portas das salas para eu conhecer.

Eu, também, não consegui utilizar o Urban Health Index (UHI) neste território, pois a *comunidade* ficava dentro de um bairro, cujos dados criavam o índice para o bairro como um todo, não, especificamente, para o espaço geográfico da *comunidade*. Mas, eu consegui obter dados da própria prefeitura, que foram similares ao da UM. A esperança de vida ao nascer era de 68,34. Ou seja, os dados demográficos dos espaços geográficos delimitados para a intervenção das unidades Modelo e Precária eram similares, espaços de escassez de oportunidades. Contudo, a homogeneidade demográfica da UP não significava ausência de fronteiras simbólicas entre os moradores. Dentro daquele território, havia “clusters” de mais pobreza, que eram os espaços mais estigmatizados, a exemplo das microáreas *Sophia Town* e *Perdurar*.

A violência também atravessa o cotidiano de serviços em saúde na UP. No terceiro dia na Unidade, eu acompanhei uma ACS (negra), a Sol, a fazer *Visitas Domiciliares (VD)*. Ela começou seu trabalho cedo, na viela central da microárea dela, *Sophia Town*. Entre uma casa e outra, ela parava para conversar com moradores sobre saúde e sobre os policiais, armados e posicionados atrás dos postes no alto da viela. Ela moldava seu percurso e sua fala ao fluxo da ação policial. Ora, ela entrava em vielas menores, quando dizia em voz baixa: “agora, tá tranquilo, Jaci”. Ou, me perguntava: “como fica a pressão de Dona Nina, assim?”. Longe dos ouvidos dos policiais, a conversa com o *cadastrado* era sobre a violência, quase em sussurros: “vai rolar alguma coisa hoje? Posso descer? [voltar à Unidade]”. “Espera um pouco, hoje é dia de teatro”, avisou um dos seus *termômetros*. Quando ela voltava à viela central, tudo era dito em voz alta, expondo, nitidamente, o que ela carregava: o saquinho de remédio e o papelzinho da consulta. Em meio àquela interface pobreza-raça-violência-saúde-doença, foi apenas em uma das casas em que paramos que ela, explicitamente, associou um *cadastrado* à

minha pesquisa: “você não queria saber sobre a saúde da população negra? Olha aí o negão”. Era um jovem-homem-negro, para quem ela entregou camisinhas.

Na UP, todos os tipos de ações de promoção de saúde externa eram prejudicados pela violência e falta de espaço físico. Por exemplo, apesar dos esforços individuais de uma profissional (branca) em criar atividades físicas diversas, o que demandava investir em negociações com parceiros do território para cederem seus espaços para realizá-las, nunca havia certeza se as atividades ocorreriam, pois tudo dependia do conflito no dia. Diante da instabilidade do confronto no território, tudo que não fosse consulta era quase, semanalmente, suspenso. Por isso, os profissionais de saúde iam com menos frequência ao território. Os usuários que sempre iam à Unidade, diretamente para o medicamento. A vivência daquele cotidiano violento levava os *cadastrados* a demandarem muito da Psicologia da Unidade. Num período de intensidade de conflitos, essa demanda aumentou ao ponto de uma profissional ameaçar falar para *seus cadastrados*: “psicólogo de pobre são duas doses de cachaça. Vou começar a responder isso para pararem de me pedir psicólogo” (profissional, branca).

Na UP, ainda no período anterior à chegada do *Acesso Mais Seguro* nesta Unidade, o *jaleco* era o objeto que definia as diferenças de exposição à violência entre os profissionais de saúde. Três meses depois de eu acompanhar as VD da ACS Sol em *Sophia Town* (descrita acima), numa conversa inicial do dia, ela me informou que “a ordem da UPP agora é atirar”. Perguntei se o aumento dos conflitos não estava atrapalhando o trabalho dela. Ela respondeu que não: “é só vestir o jaleco e pronto”. Mas, Sol, como ACS, usava apenas um uniforme azul e não o jaleco. Porém, ela sabia que, *os de jaleco* (referência nativa a médicos, dentistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiras e técnicos) e *as vozes dos usuários* (referência nativa aos ACS) tinham diferentes vivências profissionais perante a violência, reveladas no diálogo que Sol participou:

Pesquisadora (branca): vocês estão subindo hoje?

ACS Sol (negra): os de jaleco estão proibidos de subir.

ACS Graça (negra): é, somos à prova de bala.

Psicóloga Helen (negra): mas, vocês estão subindo mesmo?

ACS Sol (negra): ué, não tem que fazer VD?

ACS Joana (negra): nós temos peito de ferro? Não somos de carne e osso?

ACS Fran (negra): mas, você vai expor um profissional, como a doutora (branca)?

(Interação de profissionais, na Sala dos ACS, na UP)

No mesmo mês em que a *gestão* foi à UM para reativar o *Acesso Mais Seguro*, eles também foram à UP ensinar os profissionais a construir esse sistema de segurança no trabalho naquele território. Eu observei os profissionais da UP aprenderem a criar, sistematizar, usar e criticar o sistema da prefeitura. Eles transitaram das suas estratégias compartilhadas há anos de sobrevivência à violência para o sistema da *gestão*, o que ocorreu com divergência sobre como interpretar os sinais, a depender da categoria profissional, o que não observei na UM.

Na UP, os profissionais, também, sempre falavam sobre violência. Como na UM, era sempre em voz baixa. Quando convidei uma profissional (branca) para a entrevista da pesquisa, ela queria apenas falar sobre violência: “estou exausta, precisamos de psicólogos, não sou a mesma, eu fico tensa por qualquer coisa na rua”. Outra profissional (negra), também, desabafou, logo pela manhã: “tô vindo estressada dos outros dias. Subi e teve tiro lá em cima, eu tive que correr. Essa situação toda vem me estressando muito. Eu não consegui acordar, por causa do estresse, eu tenho acordado com dor de cabeça”. Numa reunião de equipe, outra profissional (negra) avisou: “os nervos estão a flor da pele, todo mundo tá procurando remédio pra dormir”. Por isso, observei o aumento de consumo de *gotinhas* [ansiolíticos] entre as ACS.

Aquela Unidade fechou as portas num dia, quando a UPP matou duas *cadastradas* da Unidade, Dona Carolina e Janete. Havia quatro meses que Dona Carolina tinha ido a uma consulta na Unidade e estava bem. Janete, filha de Dona Carolina, também frequentava a Unidade. Num dia de ação policial, Dona Carolina foi até à porta verificar como estava o conflito. Achou, talvez, que o cotidiano pudesse continuar. Foi o suficiente para ela ser considerada alvo. Quatro tiros a mataram. Sua filha saiu para socorrer a mãe e um tiro matou Janete, pelas costas. Dona Carolina e Janete desceram o morro carregadas em lençóis brancos pelos moradores, que berravam por uma suspensão da ação. Mas, o *caverão* continuou subindo e Dona Carolina e Janete não foram socorridas, mortas.

O conflito seguiu pelo dia. Era tudo perto demais da Unidade e a notícia da morte de Dona Carolina e Janete estarecia os profissionais e usuários que já estavam dentro da Unidade. Foi colocado em ação o que se havia aprendido com o *Acesso Mais Seguro*. O sinal vermelho foi acionado e os portões fechados. Aos poucos, em grupos, a Unidade foi sendo esvaziada. Aos ACS, restou voltar para suas casas, no território, na medida em que o conflito

permitia o retorno: “consegui chegar em casa, tomei meu remédio de pressão e fiquei quietinha” (ACS, negra).

Nas outras semanas, a Unidade seguiu seu cotidiano, atravessada pela presença daquelas mortes, apesar dos ACS não quererem falar muito sobre o assunto. Eles conversavam entre si, mas em voz baixa. Alguns se lamentavam, outros avaliavam o conflito, outros fofocavam sobre Dona Carolina e Janete; até riam. Um grupo de profissionais da Unidade já tinha ido visitar a família, agora, sem avó, sem mãe, sem filha. Independente da reação, ao final das breves falas, sempre havia um olhar de pesar, acompanhado de um rápido “é”. Isso indicava que a vida tinha que continuar para aquelas ACS e que o cotidiano daquela burocracia as ajudava a seguir. A *Sala de Acolhimento* estava abarrotada. “desce todo mundo com hipertensão”, me avisara um ACS (negra), no início da pesquisa, sobre dias pós-conflitos. Eu não presenciei nenhum representante da prefeitura ir à Unidade monitorar, gerenciar, avaliar o ocorrido. “A prefeitura esteve aqui?”, perguntei. Recebi uma gargalha como resposta, “parece que ligaram” (ACS, negra).

“Nunca tivemos lugar”, me revelou, em entrevista, uma das mais antigas ACS (preta) da UP. Ela era Agente há 14 anos, desde a época do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O território da UP herdava políticas de saúde anteriores, mas não espaços físicos. Quando os Agentes já trabalhavam no território pelo PACS, os cuidados primários em saúde eram realizados por duas enfermeiras e 30 ACS. Esta equipe PACS não tinha um lugar fixo para trabalhar. A base era sempre em locais emprestados pela *comunidade*. Quando a expansão da Atenção Primária (AP) carioca ocorreu por meio da ESF, esse foi o momento em que a prefeitura decidiu escolher um local fixo para a nova equipe da ESF que se formaria.

O local escolhido foi batizado como *kitnet familiar* por uma *cadastrada* (branca). A escolha do local foi determinada pela relação entre a prefeitura e a política local da *comunidade*. Uma liderança central ao território, Odorico, foi contra a chegada da ESF no território, inicialmente. Essa figura centralizava a chegada de muitas ações no território. Depois, Odorico conseguiu negociar com a prefeitura a instalação da nova burocracia da ESF: um aluguel do segundo andar de um prédio próprio dele, parte do complexo social capitaneado por ele, de 270 m².

Havia uma relação de simbiose entre os profissionais da Unidade e Odorico. Quando o tráfico sequestrou dois profissionais da Unidade para socorrer um jovem baleado em confronto, foi Odorico quem conseguiu intervir junto à facção para que nenhum profissional

da Unidade fosse raptado novamente. Definir uma relação com Odorico não era unânime entre os profissionais. Alguns recusavam qualquer nível de aproximação com a liderança. Outros, apenas conseguiam realizar seu trabalho com o apoio dele. Ao longo dos 22 meses em campo, compreendi que era muito difícil não envolver Odorico e seus recursos políticos para possibilitar o funcionamento da ESF naquele território.

Acordos políticos feitos, a Unidade foi inaugurada em 2011, com a presença de Odorico, do governador e prefeito do Rio de Janeiro, há época. Eu cheguei à Unidade cinco anos depois. Da rua, apenas a placa escrito “Unidade Precária” me remetia a um equipamento da saúde pública. Sem isso, era apenas o segundo andar de um pequeno prédio, distante das entradas da *comunidade*. Uma vez na rua da Unidade, havia duas formas de se chegar até à porta da Unidade, por uma escada externa de ferro, ou por um elevador externo de ferro. Como o elevador esteve quebrado durante todo o período etnográfico, restavam apenas as escadas, que eram quentes e sem cobertura contra chuva. Por aquelas escadas, observei usuários com pés e pernas machucadas, de muletas, mães com filhos recém-nascidos no colo, idosos subindo, devagarzinho, degrau por degrau.

No primeiro dia em que fui à Unidade, era um dia tão quente de verão carioca que não havia usuários pelas escadas, nem na calçada, nem na vendinha de guloseimas da rua. Estavam todos dentro do *Acolhimento*. O ar condicionado, naquele dia, funcionava. Neste dia, eu subi aquelas escadas sem cruzar com ninguém e nada me prepararia para a surpresa que eu senti quando abri a porta: muito barulho, muita criança, muitas jovens mulheres negras, todas em um espaço muito pequeno. Ao começar a abrir a porta, esta já bateu nas costas de uma usuária, em pé, sem lugar para esperar sentada, nem parede para encostar-se, já cheia. Os profissionais me explicavam a costumeira superlotação como: “a bruxa tá solta”, “a UPA tá em greve”, “unidade desvairada”.

As palavras que eu constantemente escrevia nos cadernos de campo que sintetizavam aquele espaço físico era “caos”, “caótico”, “degradação”, “precarização”. Isso não significa que não houve dias ociosos ou fluídos de atendimento. Contudo, o regular era o contínuo estado de deterioração do espaço. Num dia do sexto mês de etnografia, eu sentei numa mureta na rua da Unidade para escrever um pouco e registrei:

“Hoje, me parecem todos muito incomodados. Não há lugar para ninguém. Psiquiatra, sem sala, fica andando entre o Acolhimento e a Sala dos ACS. Eu fico andando, sem conseguir sentar em lugar nenhum, nem ficar muito tempo parada em lugar algum. Passo pelas salas, pelo Acolhimento, pelas escadas, pela rua, volto e repito o mesmo trajeto várias vezes. Paro, falo com um. Paro, falo com outro. Mas, não paro por muito tempo. Não há onde ficar. Se ficar em pé, tiro lugar dos usuários ou atrapalho a andança dos profissionais. Todos estão sem lugar. O Acolhimento está tão abarrotado que até os seguranças estão dando um tempo na Sala dos ACS, uma das salas refúgios dos profissionais. Mas, não cabe todo mundo no refúgio, já está cheio demais. No Acolhimento, pessoas sentadas, pessoas em pé, algumas apoiadas nas baias dos ACS, as paredes já estão cheias de usuários encostados. É tanta gente que é difícil entender quem está aguardando consulta e quem está aguardando para ser atendido nas baias. Na última semana, os profissionais imitavam os usuários que se apoiavam nas baias. O ar condicionado do Acolhimento está quebrado, de novo. Hoje, o segurança perguntou se eu poderia fazer alguma coisa: “está sempre assim, quebrado”. (Trecho de caderno de campo)

O espaço físico era uma das coisas que mais incomodava aos profissionais. Nas entrevistas, quando perguntados “O que você menos gosta no seu cotidiano de trabalho?”, o espaço físico da Unidade foi, unanimemente, mencionado entre os profissionais entrevistados daquela Unidade: "porcaria desse lugar, cinco equipes se espremendo, sem suporte físico, elevador quebra, ninguém vem consertar, banheiro quebra, ninguém vem consertar" (profissional, preta).

Aquela *kitnet*, dividida por divisórias em PVC, não garantia o sigilo ao usuário e a exposição da vida dele era algo corriqueiro. Alguns chegavam a não voltar mais na Unidade por causa disso, a exposição dos seus casos de saúde. Quando estávamos amontoados numa das pequenas salas de consultório, em reunião de equipe, era possível escutar o atendimento do usuário na sala ao lado pelo médico ou enfermeiro. Ou estes nos escutavam em reunião. Quando em reunião, a porta era trancada à chave, para não sermos interrompidos, mas era possível sentir o nível de tensão entre profissionais e usuários, a depender do barulho que chegava do corredor.

Por todo o período etnográfico, me surpreendi com a existência daquele espaço físico para *cuidar das pessoas*. Eram profissionais distribuídos em cinco equipes da ESF, alocados em apenas 270 m², para atender 21 mil usuários. De dentro da Unidade, era possível passar o dia e não ver sol ou chuva lá fora. As salas, ao lado direito do corredor, não tinham janelas. As do lado esquerdo tinham pequenos basculantes. Apenas o *Acolhimento* tinha basculantes grandes, alguns com película para proteger do sol.

Esse tamanho da Unidade concentrava um barulho estressante: conversas, reclamações, brincadeira e choros de crianças. Não aguentar por muito tempo o barulho no *Acolhimento* não era apenas um incômodo meu. Cada categoria profissional se protegia desse estresse a partir do ambiente criado para seus serviços. Médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos ficavam a maior parte do tempo dentro das pequenas *Salas de Consultórios*, de odontologia (saúde bucal), de curativos, de vacinas. Mas, as ACS tentavam trabalhar e se refugiar do barulho na pequena *Sala dos ACS*, que ainda era usada para alimentação, reunião e oração.

Ficar no *Acolhimento* era a pior tarefa para a maioria das ACS. Observei, em diversas ocasiões, o *Acolhimento* sem profissionais e baias vazias. Um dos motivos, o barulho. Num dia, uma Agente (branca) entrou na *Sala dos ACS*, olhou para as colegas, colocou as mãos na cabeça e desabafou: "vim aqui respirar um pouco, tá muito barulho lá no Acolhimento, não consigo entender nada". Ela não teve nem onde sentar na sala, pois não havia cadeiras suficientes. Outro dia, foi outra ACS (negra) que tentou se refugiar: "vou ficar um pouco por aqui, minha cabeça está doendo lá". Observei, também, usuários se retirarem da Unidade por causa do barulho, como uma mãe com a filha: "que falatório, como as pessoas aguentam, vamos embora". Por causa do barulho, o chamado dos profissionais para o usuário entrar nos consultórios era bem mais alto que nas outras Unidades, tinham que gritar.

Durante o período das entrevistas com a maioria dos profissionais da UP, estas foram realizadas dentro da saleta de esterilização de materiais, por escolha dos próprios profissionais, conhecida como a *Sala do Confessionário*. Aquela saleta era um espaço de fuga ao caos criado por aquelas condições de trabalho. Lá, havia menos barulho de telefone, de cadastrados e de profissionais. Era o ambiente mais silencioso da Unidade, interrompido pelo apito do aparelho da esterilização, o som de fundo das entrevistas da UP.

Existiam quatro banheiros na Unidade. Dois, no fundo da Unidade, ao lado de um pequeno depósito de materiais de limpeza, eram para os profissionais. Os outros dois, no *Acolhimento*, eram para os usuários, muitas vezes, sem papel, sem sabonete, sem lâmpada. Fui avisada a não beber mais a água do bebedouro dos usuários, pois a caixa-d'água nunca tinha sido lavada: "bebe lá dentro, do filtro" (ACS diversas). O piso do *Acolhimento* ficava constantemente sujo, de poeira e resíduos de guloseimas. As cadeiras que ali cabiam estavam desgastadas ou quebradas, assim como as baias em que as ACS trabalhavam para atendimento do usuário. Observei a disposição do mobiliário do *Acolhimento* ser modificada na tentativa

de melhorar a circulação dos usuários. O conjunto de baias saiu de frente do banheiro para ficar em frente à porta de entrada. Não havia espaço para gaveteiros-carrinhos para as ACS como nas outras Unidades. O espaço criança, composto de uma mesinha e duas cadeirinhas, foi retirado para proporcionar mais espaço ao mobiliário. Observei o *Acolhimento* ser pintado e frases motivadoras em cartazes serem coladas pelas paredes para todos cuidarem do espaço.

Apesar da tentativa, pouca coisa mudou para o usuário. Os profissionais tentavam organizar a circulação como podiam: “gente, abre um corredor para as pessoas poderem passar” (ACS, negra). O usuário continuava a ter que enfrentar a espera lá dentro ou lá fora. Nenhuma das duas opções era confortável. Num dia, um usuário com trombose nas pernas me pediu ajuda, repentinamente. Nós estávamos em pé, encostados na parede, quando ele me jogou seus pertences pessoais e escorregou até o chão: “tô com muita dor nas pernas, moça”.

Outra mudança física foi a colocação de uma porta entre o *Acolhimento* e as *Salas de Consultório*. Antes, sem porta, era possível ver a movimentação dos profissionais no pequeno corredor de salas. Os usuários tendiam a ficar aglomerados na entrada desse corredor, especulando quando os profissionais os chamariam para entrar. Eles eram impedidos de passarem pelo posicionamento físico dos vigilantes, sempre em pé, de frente para os usuários, em posição de barreira no início do corredor. Aos usuários, apenas era permitido ultrapassar se chamados pelos profissionais. Quando não existia a porta, alguns usuários, nervosos com a demora, ultrapassavam mesmo assim. Depois, com a porta, eles ficaram sem visão dos profissionais e restritos ao *Acolhimento*. Segundo um vigilante, a porta melhorou muito o comportamento dos usuários e seu trabalho de vigilância. Ele tinha sido orientado, pela empresa terceirizada de vigilância, a mapear os *usuários-problemas*, assim que eles entrassem na Unidade e deixá-los visíveis às câmaras de segurança. Esse vigilante não ficou por muito tempo, nem os outros. Presenciei a chegada e partida de quatro vigilantes durante a pesquisa, todos homens, dois pardos, dois brancos, com a mesma postura-barreira na porta do corredor.

Era possível encontrar todo o tipo de mobiliário característico de uma UBS. Contudo, a qualidade do mobiliário na UP era pior que o das outras duas unidades. Pelos 22 meses, observei os ACS trabalharem numa sala sem janela, com computadores quebrados, mesas de plástico redondas sem pé, escoradas nas paredes, junto ao amontoado de mobiliário já quebrado que aguardava ser retirado pela *gestão*. Apesar da situação da *Sala dos ACS*, às 11h30, ela se transformava em refeitório. As duas mesas quebradas de trabalho viravam

meses de refeições. A *Copa*, um ambiente minúsculo, em frente à *Sala dos ACS*, era pequena demais para cumprir essa função.

Além do mobiliário típico de uma Unidade, era possível, também, encontrar o escopo básico de serviços da ESF: demanda livre, demanda agendada, curativos, vacinas, consultas, saúde bucal, NASF. Mas, a quantidade, diversidade e qualidade eram menores em relação às outras Unidades, em função do espaço. Assim como a Educadora Física, alguns outros profissionais, que insistiam em criar ações externas, tinham que negociar espaços com parceiros: escolas, igrejas, Odorico. Os profissionais do NASF (Psicóloga, Assistente Social, Psiquiatra) chegavam a negociar com os médicos e enfermeiros o uso das *Salas de Consultório* para atendimento ao usuário. Por causa do espaço, a quantidade e estabilidade dos grupos de atividades de prevenção eram baixas.

A Unidade abria às 7h30 e fechava às 17h. A partir deste horário, a Unidade e sua rua ficavam vazias, menos a *comunidade*. Lá, no *morro*, era o horário de expor a potência cultural daquele lugar, especialmente em *Sophia Town*. Como em qualquer bairro carioca, às 17h, a movimentação dos moradores era intensa: hora de pegar o filho na escola, de voltar para casa do trabalho, de sentar no bar, de comércio de rua, de lazer. Como no território das outras Unidades, as sociabilidades ganhavam o contorno da noite. Lá na Unidade Central (UC), a unidade ainda estava aberta aos moradores, até às 20h. Na Unidade Modelo (UM), entre 17h e 19h, era hora de concentrar o preventivo nas mulheres que voltavam do trabalho. Na UP, o portão era fechado às 17h.

Eu consegui contar as vezes em que observei representantes da *gestão* circularem na UP: três vezes. Na UC e UM, eles sempre estavam de passagem. Uma vez, foi para capacitar os profissionais a implementarem o *Acesso Mais Seguro*. Outra, numa reunião geral que ocorreria no espaço físico do *Acolhimento*, por isso a suspensão do atendimento naquela tarde. Outra, na reunião de *Accountability*, realizada numa escola. A minha contagem foi condizente com outra feita por uma antiga ACS (preta): “a *gestão* [Prefeitura ou CAP] aparece em tempos de avaliação e apenas cobra”. A presença ausente da *gestão* naquele território era bem conhecida lá na Unidade Modelo (UM). Um profissional da UM elencou os pontos positivos de se trabalhar na UP, para onde ele cogitou se mudar para escapar da pressão de trabalhar na Modelo: “ninguém monitora, é melhor trabalhar lá que aqui, é pequena, sem visibilidade” (profissional, negro).

O reflexo da insatisfação dos usuários com a UP, aliada às dinâmicas políticas locais, ficou explícita na falta de adesão dos usuários às manifestações políticas dos profissionais da saúde, durante o período de tentativa de fechamento das *Clínicas de Família*. Num dia de ida à passeata, uma profissional da UP (branca), vestida de preto, reuniu parte da equipe dentro da *Sala dos ACS* para informar aos profissionais o que ela tinha averiguado sobre o fechamento das *Clínicas*. Era tanto profissional dentro da pequena sala que ficamos, literalmente, amontoados uns nos outros, sentindo na pele a ansiedade dos profissionais perderem seus empregos.

A profissional que liderou a reunião, hierarquicamente superior naquele momento, passou a especular se os usuários iriam aderir aos protestos e simulou a resposta dos moradores: “essa merda vai fechar? E daí?”. O comportamento político definido aos profissionais foi de mobilizar os usuários contra o fechamento (exemplo: conversas no *Acolhimento*) e positivar o trabalho da ESF (exemplo: ouvidoria positiva). Uma antiga ACS (negra) esbravejou: “mas, eu sempre sugeri se comunicar com a Comunidade”. “Agora, estamos com pressa”, rebateu a profissional. Depois da breve reunião, alguns se direcionaram para a rua e, em frente à Unidade, uma foto foi tirada, com os punhos fechados, caras sérias e segurando uma longa faixa preta. Não havia usuários na foto. Depois, os profissionais que puderam, seguiram para a passeata.

A falta de adesão dos usuários aos protestos não significava completa falta de apreço pela Unidade. Um momento esperado da semana era a entrega do bolo do seu Firmino. Ele era usuário da UP e boleiro numa confeitaria, fora do território. Quando começou o surto de Zica e Chikungunya, seu Firmino ficou muito mal. Por dias, não pode trabalhar, com muitas dores no corpo e foi buscar atendimento na Unidade. Ele ficou tão grato aos profissionais que, desde que melhorou e voltou à ativa, uma vez por semana, ele levava para os profissionais um bolo confeitado por ele. Este bolo era disputado, pedaço por pedaço, entre os escolhidos para a festa. “Passa lá na *Sala de Esterilização* para comer bolo”, me avisou, por duas vezes, uma profissional (amarela), a encarregada da convocação.

Quando comecei a frequentar a Unidade Precária (UP), esta era responsável pelo atendimento de 21.123 usuários, sendo 64% deles negros (pretos e pardos), como classificado no sistema de informação da Prefeitura. Ao descobrirem o que eu pesquisava, os profissionais, também, estranhavam o tema da pesquisa. Mas, naquela Unidade, eu parecia estar no lugar certo: “aqui, você terá uma boa amostra” (profissional, negra).

2.4. Variabilidade na forma de governar populações

Como defendem Torres e Marques (2004), as políticas sociais metropolitanas precisam considerar os territórios onde as populações residem de forma a minimizar o impacto da “cumulação de riscos e situações negativa” dos espaços (pg. 28). Caso contrário, as características do local se constituem como fatores de reprodução de pobreza. E locais, no Brasil, são economicamente e racialmente segregados (TELLES, 1992; VARGAS, 2005; BARBER et al, 2017; ROCHA, CANDIDO E DAFLON, 2016).

Conforme essa literatura sobre segregação racial no Brasil indica, brancos de classe alta e média, se concentram em áreas das cidades com maior acumulação de oportunidades diversas, de trabalho, educacionais, mobilidade urbana, dentre outros recursos. Já pretos e pardos, especialmente pobres, se concentram em áreas com escassez desses recursos. Mesmo pretos e pardos de classe alta e média não residem nos mesmos locais de prestígio como os brancos deste estrato socioeconômico. No caso do Rio de Janeiro, pretos e pardos estão sobre-representados nas áreas de favela e sub-representados em bairros tidos de elite, como era o caso do território da Unidade Central (UC).

Pesquisa mais recente sobre segregação racial no país argumenta que é preciso ampliar a compreensão da segregação para além da separação residencial de grupos racializados (FRANÇA, 2017). Como identifica este autor para a região metropolitana de São Paulo, brancos de classes média e alta vivem nos melhores locais com estruturas de oportunidades. Mas, eles não possuem apenas distâncias de moradias e recursos, também, de sociabilidades e de formas de acesso à cidade, o que ele chama de “experiências de cidade” (pg. 7). Como ele identificou, a segregação racial é tripla: residencial, de redes pessoais e de locais frequentados. Nesse sentido, brancos e negros, ao viverem, socializarem e frequentarem espaços urbanos distintos, são alocados a diferentes circuitos de oportunidades, o que inclui os serviços em saúde.

Parte da Epidemiologia compreende bairros como um determinante social da saúde. De acordo com os pesquisadores que adotam pressupostos ambientais (DIEZ-ROUX, 1998), e não apenas “individuais” da saúde, os fatores de riscos biológicos não são suficientes para explicarem as incidências populacionais de doenças. Pesquisas neste campo evidenciam que as diferenças demográficas dos territórios estão relacionadas aos estados de saúde, tais como

stress e doenças cardiovasculares. Há abundância de evidências em como os locais contribuem, diferentemente, aos estados de saúde, afetando desproporcionalmente negros, em função da segregação racial (BARBER et al., 2017). Por exemplo, Oliveira e Luiz (2019) evidenciam que a “densidade racial” (proporção de pessoas de um mesmo grupo racial nas cidades brasileiras) está articulada com condições de saúde, sendo que os melhores estados de saúde no Brasil são observados em cidades de predominância branca.

Meu foco em descrever as diferenças territoriais, de burocracias e serviços públicos nesta tese foi compreender, principalmente, como essas diferenças seriam consideradas por políticas públicas criadas para diminuir desigualdades territorialmente, a exemplo da ESF. Como argumentam Rocha, Candido e Daflon (2016), a discussão sobre desigualdades raciais deve estar inscrita nos debates sobre a gestão pública da cidade, pois as noções de espaço e raça/cor são interligadas. Como a política de expansão da ESF nos territórios das três Unidades pesquisadas potencializaria, ou não, os efeitos das desigualdades pré-existentes?

Ao analisar, qualitativamente, como a ESF se construiu em territórios racialmente segregados, identifiquei que a Unidade Central (UC) potencializava a estrutura de oportunidade local, na Unidade Modelo (UM) minimizava a escassez de oportunidades e a Unidade Precária (UP) potencializava as desigualdades pré-existentes. Da perspectiva da qualidade da diminuição das desigualdades (COSTA, 2018), ao comparar as Unidades pesquisadas, a estratégia de territorializar para intervir em populações distintas e diminuir desigualdades em saúde, isso não necessariamente melhorou a saúde da população delimitada à intervenção, mesmo que índices de saúde, quantitativamente, aferem melhoras em níveis de saúde, pelo aumento de unidades instaladas, pelo aumento de quantidade de consultas, pelo aumento de gestantes monitoradas, etc.

Como observado, a opção por espaços físicos tão discrepantes para a ocorrência de uma mesma política pública afetou a gama de serviços, a qualidade dos cuidados primários em saúde, a saúde mental dos profissionais e a saúde dos usuários, no longo prazo. A forma física como o Estado definiu se apresentar aos beneficiários de cada território potencializou a reprodução de desigualdades no que se refere ao usufruto qualitativo dos serviços. Se o acesso aos cuidados primários é garantido pela expansão de instalações físicas de uma estrutura chamada UBS, a qualidade dos mesmos difere, consideravelmente, pelo o que estas mesmas instalações possibilita aos usuários.

Como descrito, o território da UC possuía uma gama de serviços públicos cujas formas de acesso beneficiam, majoritariamente, brancos de classe média e classe alta pelo critério da moradia. Já a UM e UP possuíam escassos serviços públicos e a expansão da ESF carioca beneficiou, diferentemente, esses territórios periféricos, majoritariamente de moradores negros (pretos e pardos) e pobres, em função da decisão política de uma burocracia modelo, em um espaço geográfico, e de uma burocracia para ser esquecida em outro. Apesar do público conhecimento dessas desigualdades territoriais, a partir das estatísticas de gabinetes que a Prefeitura possui, a análise qualitativa da forma como a ESF era gerida em cada território segregado indica como o próprio Estado é capaz de manter ou reproduzir disparidades sociais, mesmo concebendo políticas com objetivos inclusivos.

A chegada da nova política no “território de riqueza” se adaptou à longa trajetória de políticas de saúde existentes no território, herdando oportunidades. A chegada da nova política ao “território modelo” se estabeleceu como uma vitrine que capitaneou a gestão municipal. A chegada da nova política no “território de comunidade” também se adaptou, mas à longa trajetória de políticas de saúde mais precarizadas para pobres e negros, somada às desigualdades políticas de alocação de recursos públicos por atores locais, reproduzindo “situações periféricas” (ALMEIDA et al, 2008).

O que a descrição da relação entre as burocracias e seus espaços urbanos e físicos revelou é que há uma variação na forma de gerir grupos populacionais, a depender da interseção entre raça, classe, território e política pública. Se foi possível observar uma vida corriqueira comum às três Unidades da ESF, esta Política possuía variações na forma como chegava aos territórios com distintas interseções sociais, gerando diferentes políticas vivenciadas pelo usuário. A comparação dessas três burocracias indicou que, quanto maior a interseção entre raça (negros) e classe (pobres) da população no espaço geográfico definido para a intervenção estatal, mais presença estatal de tipo periférica era oferecida aos usuários.

Observar a variação dessas burocracias da ESF é se atentar para a variação na “governança” pelo Estado, categoria como definida por Teixeira e Souza Lima (2010), a regulação de recursos de grupos. A partir dessa literatura, neste capítulo, eu analisei a variabilidade de “sujeição” (AUYERO, 2011) dos usuários a essas burocracias, entendida como dominação rotineira do sujeito ao Estado. Neste autor, a subordinação de pobres ao Estado é feita pela análise da espera pelo atendimento e aquisição de benefícios sociais, em burocracias de assistência social, em Buenos Aires. A pesquisa o levará a identificar o

“modelo paciente” de usuário pobre do Estado. Em sua maioria, são mulheres que entendem que devem cumprir um papel de usuário paciente para o recebimento do benefício solicitado, apesar das longas horas de espera para pedir o benefício na recepção dessas burocracias, dos longos dias de espera em casa para o recebimento do mesmo, e das constantes idas e vindas à burocracia para a checagem da legitimidade ao direito; os “atos da espera” (idem, 2011, pg. 24). A regulação da espera pelo Estado é entendida como uma “relação de sujeição”, que ele evidencia ser construída como uma técnica de governo em termos foucaultianos. Se o autor evidencia a sujeição de indivíduos pobres ao Estado, ainda não está claro o quanto o “modelo paciente” de usuário é dominante em toda extensão do Estado.

É nesse sentido, de entender a variação das relações de sujeição perante o Estado, que realizei a análise comparativa entre as três burocracias da saúde estudadas. Uma análise que sigo, ao longo desta tese. O que observei é que, a depender do território racializado, o Estado variou na gestão da subordinação das populações, em deixar certos grupos viverem ou morrerem ao longo do tempo (FOUCAULT, 1999, pg. 287). Ao comparar esses três casos, não foi o contexto urbano desigual que favoreceu à gestão da vida e morte dos usuários, mas a forma como o Estado decidiu implantar a política pública de cuidados preventivos, em territórios racialmente desiguais. Nesse sentido, a consideração dessas desigualdades metropolitanas passou a ser central para entender a variação da sujeição aos cuidados em saúde, que variou espacialmente.

Na Unidade Central (UC), a sujeição diminuía, pois não era oferecido um cuidado pobre, pois as características de seu espaço territorial e o histórico do Estado naquele território impediam que o cuidado regulador de pobre vigorasse. Já a sujeição era exemplar na Unidade Precária (UP). Mas, contrariamente, diminuía na Unidade Modelo (UM), por operar a ideia, entre os *da gestão*, entre os profissionais e entre os usuários, de ser uma unidade *vitrine*, revelada pelo investimento de tempo, dinheiro e monitoramento daquela unidade pela Prefeitura.

Meu argumento central, neste primeiro capítulo, é que houve variabilidade na sujeição dos usuários ao Estado, racializados geograficamente, a depender de como as desigualdades espaciais pré-existentes foram consideradas na governança da saúde. O que identifiquei não foi ausência de Estado, mas formas governamentais específicas de se gerir determinados grupos de pessoas, em determinados espaços geográficos, racialmente segregados.

Dentre as distinções demográficas entre esses três territórios, é importante destacar que a violência foi a característica mais impactante na interrupção da vida, na saúde mental dos profissionais e nos efeitos do serviço nos usuários. A violência acompanhou todo o período etnográfico da pesquisa nas áreas das unidades Modelo e Precária, menos na Central. Naqueles dois territórios, a violência ela era um cotidiano, não algo esporádico. Por isso, gerou mais efeitos nos serviços, na saúde e na vida de usuários e profissionais. Estes se ajustavam à violência a partir de estratégias construídas ao longo da convivência com a mesma. Quando estas estratégias não eram possíveis, em função do nível do conflito, os serviços primários eram completamente suspensos, o que não era episódico. Além disso, a rotatividade dos profissionais era resultado direto da violência, porém, mais intensa na Unidade Precária (UP).

A relação entre violência e alterações nas práticas profissionais de saúde também já foi evidenciada pela Epidemiologia. Por exemplo, Lima (2017) identificou o quanto violência gerou os seguintes comportamentos nos serviços da Atenção Primária (AP): deixar de visitar, de circular, de monitorar pacientes agendados, de abordar temas de saúde com os usuários. No caso da minha pesquisa, observei que isso foi mais impactante na Unidade Precária (UP). Se a violência gerava serviços intermitentes em saúde, a gestão pública dessa intermitência ocorreu mais na Unidade Modelo (UM), pois, na UP, o curso semanal da violência não era amenizado pelas técnicas de governança oferecidas pela Prefeitura.

Esta primeira parte da análise da variabilidade da governança da saúde da população negra, a depender do espaço geográfico e dos tipos de Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas foi possível de ser realizada, pois a ESF possui tecnologias de governos, operando no cotidiano dessas burocracias, formas repetitivas e ordinárias de práticas, que me permitiu analisar os modos reais de atuação dessa forma de *cuidar das pessoas*. No próximo capítulo, eu passo a analisar como a atual política de focalização em saúde foi recebida e gerida nessas Unidades, a partir desses cotidianos de Estado.

Capítulo 3: Raça Silenciada

Neste capítulo, eu analiso como a prática do silêncio perante a focalização, observada nas três Unidades, se construiu, cotidianamente, nessas burocracias da Estratégia Saúde da Família (ESF). A reação majoritária com a qual me deparei ao chegar às Unidades para estudar saúde da população negra foi o silêncio, o que foi uma surpresa para mim, após meses lidando com a massiva regulamentação e protocolos descritos no primeiro capítulo. Em contraste à visibilidade regulamentar da equidade racial (capítulo 1), e atrelado ao cotidiano da ESF (capítulo 2), eu passo a analisar sobre o não falado sobre desigualdades raciais em saúde nas Unidades, considerando o silêncio como uma prática “banal” (GUPTA, 2012) para a governança da saúde de negros.

Diante de um silêncio organizacional corriqueiro perante a equidade racial regulamentada, do silêncio inicial dos profissionais sobre temas raciais ao me conhecerem e do próprio tempo que eu precisei para entender que aquele silêncio era um dado a ser explorado (e não retornar das unidades frustrada, achando que “não há raça aqui”), eu passei a questionar esse não falado: como o comportamento social de silenciar desigualdades raciais se reproduzia em burocracias locais do Estado, uma vez que este já possuía um arcabouço regulamentar sobre equidade racial? Quais eram as práticas estatais desse silenciamento?

Ao observar o cotidiano da ESF, atravessado pelo silêncio sobre desigualdades raciais, identifiquei que os sentidos do silêncio variaram entre: resistência dos profissionais da saúde pública à focalização, por ser considerada um ato racista de Estado; desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); e ausência de expedientes estatais cotidianos locais da focalização. O sentido de resistência à focalização via silêncio foi identificado pelas reações dos profissionais à minha presença nas três Unidades, que indicavam a compreensão do tema da pesquisa como uma ação racista. Pela resistência, ecoou a ideia de um racismo *color-blind*, ideologia contemporânea que preconiza o silenciamento em torno da “raça” como uma atitude antirracista (BONILLA-SILVA, 2006). Um tipo de racismo que não opera por meios explícitos de negação de acesso a recursos públicos e privados, neste caso, aos cuidados primários em saúde. Suas práticas não, necessariamente, estão assentadas em ideologias racistas que hierarquizam indivíduos. Seu principal mecanismo é a interdição: não ver, não falar, não agir em relação à raça. Dessa forma, ninguém soa racista e nada parece ser racista.

O silêncio revelou, também, o nível de discrepância entre uma política de focalização institucionalizada, que visa dar visibilidade às desigualdades raciais em saúde, e uma política pouco existente no cotidiano do Estado, que acaba por invisibilizar essas desigualdades. O silêncio, como prática de resistência à focalização, desconhecimento da Política e ausência de procedimentos estatais ordinários locais, gerou essa invisibilização do tema nessas burocracias, um resultado oposto ao objetivo da focalização quando foi institucionalizada pelo Estado.

Ao comparar a visível institucionalização da focalização por meio de legislações, estatísticas e instâncias burocráticas (capítulo 1) e o cotidiano silencioso da ESF em relação às desigualdades raciais em saúde, argumento que uma proposta de governança oficial da saúde de negros foi construída politicamente e juridicamente, mas não tecnologias de governo “miúdas” (FONSECA et al, 2016), com o poder de gerar existência real de uma ação do Estado para burocratas e usuários.

A análise dos diferentes tipos de poderes que distintas burocracias possuem em relação às ações do Estado, de legislar e criar vida diária, visibilizar e invisibilizar ações, essa perspectiva heterogênea do Estado ajuda a compreender a discrepância entre política instituída e política efetivamente vivida. Algumas organizações burocráticas terão maior influência em criar vida de Estado à uma política pública pelo ato de legislar. Outras, pela construção contínua de práticas estatais que materializam a política perante burocratas e usuários.

3.1. Silêncios

3.1.1. Cotidiano silencioso

No primeiro dia etnográfico em uma das Unidades, registrei em caderno de campo: “nada remete à saúde da população negra, apesar dos territórios”. Seis meses depois, ao observar os murais informativos dessa mesma Unidade, anotei: “Passando pelos murais de informes. Ação contra homofobia. Conversa com famílias. Ainda nenhum informe sobre a saúde da população negra. Começo a pensar que ocorre uma ausência do tema”. Aos sete meses de etnografia, em outra Unidade, observei por dias os profissionais angustiados se preparem para a reunião de apresentação de alcance de metas à prefeitura, a reunião de

Accountability. Registrei minha expectativa: “será feita uma análise de raça?”. Nas planilhas e conversas preparatórias para a reunião entre os profissionais, não escutei menção sobre dados de raça.

No nono mês em campo, na Unidade Modelo (UM), eu acompanhei uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre *Acolhimento*, no *Centro de Cultura e Ideias*. A orientação inicial da capacitadora era que o ato de *acolher* (receber e inserir o usuário na ESF) deveria ser feito em qualquer lugar da Unidade e território, a qualquer hora, levando em consideração as necessidades apresentadas pelos usuários. Quando a palavra foi aberta aos Agentes, estes começaram a se queixar: “mas, nós somos xingados”. A área do *Acolhimento*, em todas as três unidades, era nativamente referenciada como *faixa de gaza*. Ao final do curso, a ideia consensual era que se deveria colocar um policial na entrada da Unidade, como nos hospitais. Eu, ao final, fui demanda a me apresentar ao grupo. Feitas as apresentações institucionais (socióloga, estudando saúde da população negra), silêncio no *Centro de Cultura e Ideias*.

Onze meses em campo, numa reunião de equipe da UM, conduzida por uma médica negra, eu imaginei que o tema se desenvolveria. Estavam presentes todos os profissionais de uma equipe de saúde da família (agentes comunitários de saúde, enfermeira, médica, assistente social, preceptoria) e os casos típicos foram pautados: nascimentos, óbitos, gestantes, tuberculose, casos críticos, grupos de exames. Quando a médica negra pediu para acrescentar saúde da população negra na pauta, silêncio geral. O ponto não foi desenvolvido por aquela equipe, nem naquele dia, nem depois, apesar dos esforços individuais de três profissionais negros desta Unidade.

Assim, o silêncio em torno do tema *saúde da população negra* acompanhava o cotidiano de serviços primários em saúde naquelas burocracias da ESF, do *Acolhimento* à responsabilização do usuário pela sua condição de saúde (capítulo 4). Os espaços daquelas burocracias se revelavam mais do que um espaço físico para cuidar da saúde. Também, eram locais de construção de identidades mediadas pelo Estado (ex: ser um *cadastrado*, ser um ACS, ser *mãezinha*), de interações afetuosas (do amor ao ódio) entre profissionais e usuários, de encontros entre usuários para partilhar suas vivências de doenças, de um lugar apenas de estar para os usuários, na ausência de outros equipamentos públicos no território. Nesse dia a dia de ESF, imperava o que não era falado sobre desigualdades raciais na saúde, um silêncio.

3.1.2. Silêncio dos profissionais

O cotidiano de silêncio nas três Unidades era agenciado pelos profissionais pelo desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), atrelado à associação que falar palavras raciais era uma ação racista. Por exemplo, no dia em que eu aguardava um profissional (negro), da Unidade Modelo (UM), na *Sala da Administração*, outro profissional (branco), entrou no ambiente, uma figura central naquela burocracia pelo poder de tomada de decisões e de formação de profissionais. Ao estranhar a minha presença, o segundo profissional perguntou se eu já havia sido atendida. Eu fiz as explicações de sempre: “socióloga, realizando pesquisa sobre saúde da população negra”. Ele ficou estático, olhando para mim e, após os segundos de silêncio, passou a falar que conhecia um prestigiado antropólogo carioca que estudava a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ele não fez menção ao tema da pesquisa.

Na Unidade Precária (UP), num dia quente, de ar condicionado quebrado e *Acolhimento* cheio, eu decidi ficar lá fora, observando os usuários chegarem e saírem. Uma profissional (negra) aproveitou para matar a curiosidade e perguntou: “quem é você?”. Quando expliquei que a pesquisa era sobre a saúde da população negra, houve um longo semblante de interrogação nela. Eu decidi que era oportuno falar mais sobre a pesquisa, não apenas citá-la, e discorri sobre as estatísticas públicas de incidências das doenças entre brancos e negros. A profissional opinou: “deve ser porque a população [negra] bebe muito”.

Na Unidade Central (UC), após um *tour* de apresentação minha às equipes por uma profissional (branca), outra profissional (negra) sugeriu que a pesquisa fosse para a Rocinha, famosa favela carioca da Zona Sul carioca. Na UC, os profissionais me sugeriam, constantemente, ir para as favelas ou acompanhar as famílias mais pobres daquele território de riqueza, como os moradores do edifício 247, “o pior lugar do bairro” (profissional, branca). Nas outras unidades, os profissionais também me sugeriam ir para fora das Unidades, acompanhar os casos mais *vulneráveis* dos usuários no território. “Você tem que subir mais a comunidade, você passa muito tempo aqui dentro, você tem que ir lá pra fora”, me chamou atenção uma profissional (negra) da Unidade Precária (UP).

Um dia, na UC, eu já dava como encerrada a observação. Fui até à *Sala da Administração* buscar as minhas bolsas. Lá, conheci um profissional (branco) pela primeira vez. Ao fazer as minhas apresentações institucionais de sempre, ele imediatamente respondeu:

“tratamos todos iguais aqui, preto, branco, japonês”. Ele associou saúde da população negra à discriminação, como a maioria dos profissionais revelou na convivência e nas entrevistas em profundidade. “Você pegou a pessoa errada. Eu não sou racista”, esbravejou outra profissional (branca) na entrevista, me encarando com olhos bem abertos e as duas mãos sob a mesa. Um dia, entrei na copa da UC para tomar um café. Uma profissional (branca) e eu conversávamos sobre a eleição municipal carioca, quando outra profissional (negra) engatou na prosa: “Mas, quem é você mesmo?”. Eu me apresentei e ela retrucou sem delonga, rindo: “Ih, estuda eu! Não há discriminação aqui. Pode ter entre usuários trabalhadores e moradores”, como se essas categorias de usuários não tivessem cor na UC. Aquele profissional (branco), que estava no fundo da Copa, complementou: “não te falei?”.

Após aquela capacitação na Unidade Modelo (UM) sobre *Acolhimento*, uma profissional (negra), sentou ao meu lado para conversar. Ela confessou sentir um alívio em poder conversar sobre aquele tema com alguém, abriu sua organizada pasta de trabalho e me entregou um documento. Eram duas folhas de papel A4, grampeadas, escritas à mão, em caneta azul. Datava de 2013, dia em que ela escreveu o texto, intitulado “Raça (cor)”. As primeiras linhas eram:

“Raça é o conjunto dos ascendentes e descendentes de uma família, tribo ou povo com origens comuns. Conjunto de indivíduos cujas características corporais são semelhantes e transmitidas por hereditariedade, embora possam variar de um indivíduo para o outro”.
(Trecho de documento de uma profissional da saúde entregue à pesquisadora)

Ela me explicou que escreveu o texto na época em que os profissionais foram avisados pela gerência da UM que o quesito raça/cor dos cadastrados deveria ser preenchido, obrigatoriamente. “Eu achei um absurdo, eu sou diferente?”, ela me perguntou. Era o mesmo sentido que um profissional (negro, da UM), finalmente, me revelaria na entrevista, após muito tempo de convivência e silêncio sobre o tema: “dar privilégio no acesso a negros? Não concordo”, me questionando, sobre como fazer a focalização na Unidade sem discriminar brancos.

O silêncio cotidiano sobre a interface entre raça e saúde servia aos profissionais para evitar o incômodo em mencionar nomenclaturas raciais, potencializar estereótipos racistas sobre comportamentos de negros no cuidado com a saúde, e resistir em lidar com essa relação. Como consequência desses usos do silêncio, temas centrais à prevenção da saúde de mulheres

negras eram corriqueiramente geridos pela via moral. Por exemplo, o combate à violência doméstica. Em reuniões de equipe, era comum profissionais ficarem desinibidos para julgar moralmente suas *cadastradas* e relatar situações, por mim, avaliadas como discriminatórias, não por eles. Reuniões de equipe pareciam ser espaços seguros para que eles pudessem falar e agir da forma que queriam, pois não estavam em interação direta comigo, ou diante de um gravador ligado, ou com os *cadastrados*, nem sob a supervisão da gerência.

Numa reunião de equipe, completíssima, inclusive com residentes presentes, a violência doméstica de mulheres do respectivo território voltou a ser tratada como algo cultural (como em todas as Unidades). A violência até foi valorizada para tornar a *cadastrada* uma *cadastrada* mais *fácil* para cuidar da saúde. O tema da violência doméstica apareceu nesta reunião, mas não como item de pauta, organizado, previamente, pelos profissionais que conduziam a reunião. No meio da reunião, os ACS começaram a desdenhar entre si da situação de violência doméstica de uma *cadastrada*. A situação de abuso que aquela mulher sofria era de conhecimento de todos da equipe. Os ACS julgavam a usuária como uma usuária *agressiva* na Unidade. Numa interação, uma ACS lembrou: "eu ia bater nela" [caso ela não mudasse o comportamento perante a ACS]. Outra ACS opinou: "depois que ela levou uns tapas, melhorou muito". Um ACS complementou: "não falei que uns tapas às vezes resolve". Outra ACS finalizou: "é, ela tomou uns tapas e ficou no sapatinho". Como conclusão, os ACS acharam que o comportamento *agressivo* da usuária na Unidade melhorou depois que ela apanhou do companheiro. Para eles, a *cadastrada agressiva* virou uma *cadastrada fácil* por meio da violência doméstica.

O mais repulsivo em ter presenciado esse diálogo foi observar que nenhum outro profissional presente na reunião, de nenhuma outra categoria, aproveitou o caso para repreender o julgamento moral coletivo dos ACS, ou refletir sobre o tema da violência doméstica no território, como a preceptoria tinha acabado de fazer com o assunto *mentira* do usuário. No caso da *mentira*, após a intervenção da preceptoria, os ACS aprenderam que a *mentira* do usuário era para conseguir acessar a clínica. O preceptor aproveitou o caso *mentira* para ensinar a todos os profissionais da equipe que era sempre necessário descobrir o que há por trás da *mentira* do usuário, pois pode haver situações de saúde muito graves, ocultadas pela *mentira* falada. Mas, no caso da violência doméstica, houve silenciamento. Nenhum outro profissional da elite da ESF confrontou a ideia de que apanhar era bom para amansar usuárias *agressivas* e torná-las mais *fáceis* para cuidar da saúde. Entre conversas paralelas,

assinatura de papéis e tentativa de retomada da pauta oficial da reunião, risadas eram dadas sobre a violência sofrida pela usuária.

O silêncio inicial desses profissionais não significava que eles não tinham reflexões em torno dos sujeitos, agravos e práticas da focalização, apesar de desconhecerem a PNSIPN. Os sentidos do silêncio desses profissionais ficavam mais claros na continuidade das nossas interações, quando eles começavam a me expor suas dúvidas sobre o tema da pesquisa, quando começavam a fazer associações que julgavam ser do meu interesse, quando me convidavam para acompanhar determinados serviços externos, quando discutiam em reunião de equipes as situações que a PNSIPN busca mitigar, quando interagiam com os poucos profissionais que falavam, explicitamente, sobre saúde da população negra. No decorrer dessa convivência, os sentidos dos silêncios eram mais explicitados, variavam da negação ao tema, a não saber falar sobre, de desconhecimento da Política, a entender as diferenças raciais da saúde por meio de uma cadeia de essencialismos (biológicos, culturais e sociais), foco do capítulo 4.

3.1.3. Estatísticas silenciosas

Um dia, eu acompanhava a rotina interna de trabalho de uma profissional (branca) na Unidade Precária (UP) com quem eu já me relacionava há um bom tempo. Ela atendeu uma senhorinha (moradora, negra), que precisava atualizar dados e imprimir o cartão SUS. Todo o procedimento foi muito rápido, em silêncio. Com os documentos pessoais da usuária, a profissional, com destreza, atualizou as informações no sistema. No momento do preenchimento da raça/cor no sistema, a profissional marcou preta. Não houve hesitação, nem interação. O cartão foi impresso e entregue à usuária, que seguiu seu rumo na Unidade e suas estatísticas, aos gabinetes do Estado.

Após a saída da senhora, eu perguntei amplamente à profissional sobre a atualização cadastral e aguardei, espontaneamente, alguma menção dela sobre o quesito raça/cor. A profissional nada disse sobre raça. Diante do não dito, eu provoquei o tema: “porque você não perguntou a raça/cor dela?”. Sob o efeito da minha coação, a profissional se explicou como a um superior: “eu sei que fiz errado”. Para revelar: “eu fico sem graça de perguntar”.

Após minha tentativa de reverter o meu efeito fiscal, explicando o interesse da pesquisa em entender como os profissionais lidam com o preenchimento do quesito raça/cor, a

conversa seguiu sobre a escolha do box da classificação. “Porque preta?”, perguntei. Ela ficou afônica, me olhou fixamente, levou as mãos ao alto, como se dissesse: “como assim?” [que pergunta idiota que você está me fazendo]. “Você se baseou na cor?”, perguntei. “Sim, sim”, ela abaixava e levantava as mãos, paralelamente, em direção ao local onde a senhora aguardou o atendimento, me lembrando do corpo da usuária. E outra revelação: “eu costumo colocar pardo, mas...[ela não terminou a sentença]”. Naquele caso, pardo era uma classificação difícil de ser escolhida pelo tom de pele da senhora, escuro demais para a profissional. O que diferiu da forma silenciosa de classificar de outro profissional (negro, da UM): “Como eu classifico? Passou de branco, é preto”, me respondeu sem pestanejar quando o acompanhava no *Acolhimento*.

Durante a pesquisa, a heteroclassificação pelos profissionais ocorreu bem mais que a autoclassificação pelos usuários. Apenas em uma ocasião, no preenchimento de cartão de vacina de criança, eu observei a pergunta ser feita no decorrer da interação entre a profissional e a *cadastrada*, em alto e bom som. Já se passava mais de um ano de campo e já era conhecida a minha curiosidade sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos documentos.

A falta de formação dos profissionais para a coleta da raça/cor dos usuários, sendo que eles tinham sido apenas avisados da obrigatoriedade, levava-os a desconhecerem esse procedimento como uma ação de focalização. “Existem ações na Unidade que te remetem a esse tema, saúde da população negra?”, eles eram diretamente perguntados em entrevistas em profundidade. “Não, nenhuma”, foi a resposta regular dos profissionais entrevistados, sendo que eles nunca faziam associação entre o quesito e a política de focalização.

Em uma das Unidades, a meta de preenchimento do quesito raça/cor dos usuários, monitorada nas reuniões de *Accountability*, foi alcançada em 100%. Por isso, eu investi mais em tentativas de levantar a distribuição racial das doenças entre brancos e negros neste território. Pelo menos, o dado racial, independente da forma coletada, existiria no *Sistema de Informações* da Unidade. Quando eu comecei a pedir para verificar dados nesta Unidade, eu era sempre indicada a conversar com a mesma profissional. Ela sabia extrair dados dos sistemas instalados nos computadores da Unidade, apesar de cada categoria profissional ter diferentes tipos de acesso aos dados. Eu e todos os outros profissionais recorríamos à profissional-dados quando era necessário levantar informações quantitativas.

A minha primeira tentativa em levantar dados ocorreu no quarto mês em campo. Eu solicitei um momento de conversa com a profissional para entender como encontrar o dado

racial, entender o sistema e as possibilidades de pedidos de informações em meio à concorrida agenda dela. Depois, no final da pesquisa, eu levei uma lista de informações específicas de interesse para ela me ajudar a levantar. A profissional-dados, contudo, era especialista em extrair os dados exatamente como a prefeitura demandava e como o sistema permitia, em função do constante monitoramento das metas. Por exemplo: quantidade de visitas a hipertensos, por semestre.

O mais revelador do nosso último encontro foi que “o sistema não puxa naturalmente [a raça]”, me repetia várias vezes para justificar a impossibilidade de levantar o que eu pedia a partir da lista entregue, enquanto olhava para a página do *Sistema de Informações* no computador, procurando alguma alternativa para me ajudar. A dificuldade indicada pela profissional era que ela deveria gastar um tempo considerável para, manualmente, cruzar esses dados, que não era algo trivial. Eu descobria que o sistema dos computadores nas Unidades não estava programado para cruzamentos simples de incidência de saúde e oferta de serviços entre as categorias raciais. O sistema não revelava, mas ocultava a distribuição dos cuidados para aqueles profissionais naquelas burocracias.

A tarefa de diagnósticos sócio-raciais corriqueiros naquelas Unidades não era possível. Levantar dados racializados se revelou uma ação concentrada nos gabinetes da vigilância em saúde da prefeitura. Contudo, eu não identifiquei nenhum diagnóstico municipal público em termos raciais, ou era de conhecimento dos profissionais algo do tipo. Se a prefeitura tinha o monopólio dos dados estatísticos, esta não o transformava em informações públicas compreensíveis aos profissionais da ESF. Mesmo que, cotidianamente, os profissionais estivessem falando sobre raça e saúde, diagnosticar as condições de vida entre brancos e negros, naquelas burocracias, estaria prejudicado por um sistema de informações que impede as equipes monitorar corriqueiramente a distribuição racial dos cuidados preventivos, na praticidade necessária às suas funções, seja como mediadores dos serviços, ou residentes em formação, como alguns até tentaram.

3.1.4. Espetáculos de silêncio

Era novembro, nacionalmente, mês da Consciência Negra. Naquele mês, circulando pelas Unidades, eu não observei menção à saúde da população negra. Nem nos murais informativos, nem em cartazes, nem nas TVs das recepções, 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. Mas, novembro também tinha uma cor, tímida. Era azul, para lembrar a saúde do homem. Nenhuma das duas campanhas marcou a clivagem racial da saúde.

Na Unidade Precária (UP), era chegado o dia da reunião de prestação de contas à SMS/RJ, a *reunião de accountability*. Conforme um dos *slides* do evento explicava, a reunião era um “espaço privilegiado de discussão entre os técnicos e gestores dos níveis local e central”. Como observei, era um momento de diagnosticar os serviços da ESF no território. Os *slides* que as equipes apresentavam aos representantes da prefeitura eram padronizados, lâminas que registravam a relação entre metas estabelecidas e metas alcançadas pelas equipes, por tema de saúde. No decorrer da reunião, as equipes justificavam o nível, ou não, de alcance das metas.

No início da reunião, uma profissional (negra) enfatizou a cor da população do território, majoritariamente preta e parda. Apoiada nos dados quantitativos do *slide*, ela indicou que negros eram 83,90% dos usuários cadastrados naquela área. Após ler o dado, ela afirmou que era importante ter ciência do montante por causa do racismo. A reunião prosseguiu com a apresentação específica das metas por equipes. Raça seguiu sendo mecanicamente informada, por equipes de microáreas, para indicar o quantitativo de usuários brancos, pardos e pretos. Uma das equipes, ao se deparar com o *slide* da distribuição racial, leu: 24% de pretos, 50% de pardos e 26% de brancos. Uma profissional mencionou: “é um território mais branco”. Apesar do *slide* informar que 74% de usuários eram negros (pretos e pardos) naquela microárea, ela interpretou que a área era de usuários “mais brancos”, sem dar pistas em como considerava as categorias raciais do Estado. Ninguém demonstrou interesse, nem os representantes da prefeitura.

No momento da avaliação das metas apresentadas pelas equipes pelos *da gestão*, nada foi falado sobre a raça. Em território do município onde mais de 80% dos usuários do SUS foram classificados como negros (pretos e pardos), a menção à raça ocorreu apenas pelo relato mecânico das equipes sobre a distribuição percentual racial dos usuários, sem nenhuma correlação entre raça e saúde. Aos gestores da prefeitura, bastava ouvir os profissionais lerem o dado das lâminas, a meta estava cumprida.

Outro dia, eu segui para um evento da prefeitura sobre desigualdades sociais e violência no município. Também, um evento de diagnóstico territorial. Quando começou, uma

profissional negra que me acompanhava avisou: “eles [Prefeitura] não vão falar em raça, você vai ver”. Quando os dados de incidência das doenças no município foram apresentados em projeção, por meio de mapas de patologias por bairros, nenhuma clivagem de raça foi feita. No meio do evento, eu procurei pela profissional que apresentou os dados, na tentativa de iniciar conversas futuras sobre aquelas estatísticas.

A funcionária que organizava o evento perguntou o que eu gostaria exatamente de saber. Quando esclareci (socióloga estudando saúde da população negra no Rio) ocorreu o de costume: um olhar fixo, uma testa franzida e um tempo de silêncio. Em seguida, me perguntou: “Você não prefere conversar com a Dandara? Ela tem um protagonismo nesse tema dentro da prefeitura”. Quando eu buscava informações sobre desigualdades raciais em saúde no Rio de Janeiro com os *da gestão*, eu sempre era alocada para conversar com esta gestora, como se ela fosse a única responsável a gerenciar a saúde da população negra em todo o Poder Executivo carioca.

3.2. Racismo “color-blind”: silêncio como antirracismo liberal

Por meio desta descrição cotidiana do silêncio, demonstrei como pouco se falava, diretamente, sobre focalização da saúde na população negra nestas burocracias da ESF. Nas minhas interações com os profissionais, na maioria das vezes, ou eles silenciavam o tema raça, ou o confrontavam por meio de negações, ou mudavam de assunto. O comum era a pouca disposição para se falar sobre desigualdades raciais na saúde ou conhecimento para isso. Como descrito, esse tema não apareceu integrado ao cotidiano organizacional da ESF, independente da Unidade, mesmo que a maior parte dos usuários do SUS fossem mulheres e negras, e que houvesse uma massiva regulamentação para lidar com a equidade racial na saúde pública brasileira. No decorrer da convivência com esses profissionais, ficava claro que eles compreendiam qualquer menção à “raça” como algo racista, a exemplo do evidenciado por Ribeiro-Corossacz (2009). Por isso, se distanciavam do tema com receio de serem racistas ou cúmplices de atos racistas, o medo de parecer racista (SUE, 2013). Para eles, silenciar o tema era um comportamento antirracista, típico de uma ideologia contemporânea liberal: não se falar sobre racismo é a melhor estratégia para evitar desigualdades raciais.

Essa etiqueta racial de silenciar discriminação e desigualdade racial foi historicamente criada pelo Estado a partir de sucessivos projetos raciais. Como sintetizou Fischer, Grinberg e Mattos (2018), ao analisarem historicamente o papel do direito nesse silenciamento, os autores argumentarem por uma “construção burocrática do silêncio racial” (pg. 176), desde a Abolição. No período de independência colonial, o projeto nacional brasileiro de branquitude foi racialmente eugênico, justificado pela ciência a partir das teorias lamarckianas (SCHWARTZ, 1993; STEPAN, 2005). Na Independência, o nacional era o homem, branco, católico, letrado, com propriedade privada, um projeto de cidadania que buscava superar a heterogeneidade da população mestiça brasileira (conhecidos como degenerados) e avançar para a pureza branca, processo que culminou nas políticas estatais de favorecimento à chegada de imigrantes europeus no país (SKIDMORE, 2012).

Já a partir da República (1930), o novo projeto nacional de identidade mestiça incorporou o silêncio como uma forma de ocultar as assimetrias raciais advindas da forma de inserção do negro à cidadania e valorizar uma ideia de harmonia racial (FERNANDES, 1972). No período republicano, este projeto do nacional se propunha racialmente incorporador de brancos, negros e indígenas (WADE, 1997). A figura do mestiço passou a ser central para a essa nova proposta de comunidade política brasileira que passava a valorizar a ideia de igualdade sem contemplar diferenças (REIS, 2011), o que justificava a homogeneização da população. Contribuiu à valorização do mestiço, também, novos pensamentos científicos, como o questionamento das explicações das diferenças raciais pela biologia (TELLES, 2004). A partir das políticas de Estado, o mestiço passava de degenerado para símbolo nacional pelo silenciamento das nossas desigualdades raciais.

Esse processo de tornar o mestiço uma virtude nacional esteve atrelado a uma construção política mais ampla da proposta de nacional latino-americano desenvolvido (México, Peru e Brasil, principalmente), perante outros países que se autodeclaravam como tal, apesar da segregação racial que estes mantinham há anos, como os Estados Unidos da América (EUA), com as Leis Jim Crow, a África do Sul com o Apartheid, e a Alemanha com o Nazismo (MORAES SILVA E SALDIVAR, 2018). Neste período republicano, o projeto de mestiçagem foi apresentado como solução ao problema racial de outras sociedades (MAIO, 1999). Por meio do mestiço, se afirmava que a mistura racial latina-americana não era uma degeneração, mas um benefício à construção da nação, um projeto que recebeu reações

contrárias internamente no Brasil, pois nem todos entes adotaram o discurso de identidade nacional racialmente homogênea do Governo Vargas (WEINSTEIN, 2006).

Essa política estatal da mestiçagem passou a ser referência internacional ao ponto do Brasil ser utilizado como caso exemplar de convivência racial pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), na década de 1950, uma iniciativa pós Holocausto. Como identificou Maio (1999), sobre este caso UNESO, a partir da crença pelo sistema multilateral internacional que o Brasil era um caso racial a ser seguido, o Organismo demandou uma pesquisa nacional a um grupo de cientistas sociais para sintetizar ao mundo a suposta bem-sucedida experiência racial brasileira.

Como resultado, as análises contrariaram a hipótese internacional de harmonia racial brasileira e, atrelado à ação dos movimentos negros de desconstrução dessa ideologia já há algum tempo, um processo científico de desmistificação da democracia racial se iniciou: “...o que é uma democracia racial? A ausência de tensões abertas e de conflitos permanentes é, em si mesma, índice de boa organização das relações raciais?” (FERNANDES, 1972, pg. 39). Esse projeto marcou o início de uma onda de pesquisadores que argumentaram pela existência do preconceito racial e de um problema racial no país (TELLES, 2004). Como afirma D’Adesky (2009), “não se pode mais dar crédito à afirmação que a ausência de conflitos raciais abertos atesta a inexistência de racismo no Brasil” (pg. 67).

Os casos latinos de silenciamento dos efeitos da ideia de raça, em específico das disparidades raciais, anteciparam o movimento internacional mais amplo, após a segunda guerra, de não se falar em raça, por causa da relação do termo com a ideia biológica de raça que sustentou o Holocausto. Dois projetos políticos com consequências de silenciamento dos efeitos reais da ideia de raça se encontravam. Estados latino-americanos apresentavam seus projetos de nacionalidade mestiça como exemplares diante de outros que segregavam racialmente suas comunidades políticas. E a Europa realizava um esforço via convenções internacionais de não se falar mais sobre raça, processo que culminou, contemporaneamente, na controversa de países europeus coletarem ou não dados raciais dos cidadãos (SIMON, 2008).

No âmbito do projeto de democracia racial brasileiro, o silêncio sobre as desigualdades raciais em prol da ideia harmoniosa de sociedade invisibilizou as “relações verticais” (TELLES, 2004) da nossa dinâmica racial. Desde esse período republicano, silenciar as desigualdades raciais em função do mito da democracia racial, que sustentava o

projeto nacional de mestiçagem, se tornou um padrão de etiqueta racial (FERNANDES, 1972). Como argumenta Ribeiro-Corossacz (2009), a força da mitologia democrática racial se sustentou por ser uma ideologia valorizada como crítica ao racismo. Diante dessa ideologia racial, o papel do Estado como criador dessas desigualdades também foi silenciado (PASCHEL, 2016).

Como consequência deste projeto de Estado, o impedimento social de se falar sobre raça como um problema racial não impediu a reprodução das desigualdades raciais como consequência da discriminação racial. Estas continuaram a ser evidenciadas pelos estudos posteriores que argumentaram pela persistência das desigualdades raciais brasileiras pelas “desvantagens cumulativas” ao longo dos ciclos de vida (HASENBALG E SILVA, 1988 e 1992). A singularidade das relações raciais no país se cristalizava, a coexistência da mistura racial (com clivagens de classe e gênero) e das desigualdades raciais, ou de uma ideologia de harmonia racial e o racismo, ao mesmo tempo (TELLES, 2004; RIBEIRO-COROSSACZ, 2009).

Como já analisado no primeiro capítulo, o Estado brasileiro, após a redemocratização, a partir de uma nova trajetória de relação com os movimentos negros, desde os anos 80, passou a falar sobre desigualdades raciais, reconhecendo um problema racial e propondo políticas públicas com objetivos de diminuí-las. O negro virou objeto de intervenção estatal em diversas esferas burocráticas. Contudo, o Estado falando de raça para incluir se chocou com um quadro de profissionais socialmente formados para silenciá-la. O que identifiquei nesta pesquisa é que o silêncio ainda é uma estratégia de ação para lidar com desigualdades raciais muito acionada pelos agentes do Estado, mesmo após duas décadas de políticas afirmativas. Se o Estado passou a modificar o uso discursivo e legislativo da raça, agora para inclusão de negros, este se depara com burocracias que foram organizacionalmente criadas para silenciá-la.

As inúmeras análises sobre o silenciamento das desigualdades raciais no Brasil (CAVALLEIRO, 2000; SALES, 2006; SCHWARCZ, 2012), atreladas à crescente implementação de ações afirmativas (LIMA, 2010; PAULA E HERINGER, 2009), e à enorme produção de estatísticas públicas sobre desigualdades raciais (LOVEMAN, 2014; POWELL E MORAES SILVA, 2018), que resultou na definição política de uma população negra para ser beneficiada pelas políticas afirmativas, isso não foi suficiente para retirar a centralidade do silêncio sobre a raça da nossa dinâmica racial, agora, uma estratégia rotulada

de antirracista. No contexto norte-americano, pós-direitos civis, pós-formação de uma classe média negra e, recentemente, pós-eleição Obama, Bonilla-Silva (2006) definiu essa crença contemporânea de não ser mais necessário falar sobre raça, como *color-blind* racismo; cego à cor, ou daltônico, numa tradução livre minha.

O autor, tendo como parâmetro a dinâmica racial latino-americana de silenciamento das desigualdades raciais, identificou formas similares desse racismo nos EUA. São por meios não aparentemente raciais, sutis e institucionais (ex.: a reprodução da segregação residencial e da discriminação no mercado de trabalho norte-americano por práticas implícitas). A partir do questionamento do autor, em como explicar a persistência das desigualdades raciais, se diminuíram as explícitas formas de preconceito de brancos, e a discriminação legal nacional, Bonilla-Silva argumenta por um novo racismo operante com as seguintes características: discursos e práticas racistas veladas e difíceis de serem rotuladas como tal, rejeição às terminologias raciais, políticas que evitam referências raciais, rearticulação de práticas raciais do passado. Para Bonilla-Silva, este tipo de racismo é “baseado na extensão superficial dos princípios do liberalismo para as questões raciais que resultam em explicações desracializadas” (2015, pg. 1364, minha tradução). Uma dinâmica de racismo bem conhecida nossa há mais tempo. Em síntese, um racismo de práticas invisíveis e tido como não racial que continua a estruturar desigualdades.

Independente da ideologia racial, se democracia racial ou cegueira racial, ambas se utilizam do silêncio como uma estratégia para lidar com as desigualdades raciais. A primeira se utiliza do silêncio para invisibilizar este traço das nossas relações raciais, as desiguais chances de vida entre brancos e negros, por não reconhecer a discriminação racial. Por isso, por meio de uma crença que nos idealizou como um agrupamento racial harmonioso (MORAES SILVA E SALDIVAR, 2018), se tornou desnecessário o Estado implementar políticas para negros, que os incluíssem. A segunda e mais contemporânea ideologia racial não silencia a existência dessas desigualdades, inclusive, as reconhece discursivamente, como analisaremos no próximo capítulo a partir das narrativas dos profissionais sobre desigualdades raciais. Mas, a cegueira à cor se utiliza do silêncio como uma estratégia antirracista liberal, não falar em raça é tido como a solução para essas desigualdades serem eliminadas, inclusive, pela não ação do Estado. As duas ideologias são inoperantes para diminuir desigualdades raciais, ao contrário, as acentuam.

Na área da saúde, apesar da enorme quantidade de estudos epidemiológicos sobre as desigualdades raciais (FUNASA, 2005; LAESER, 2010; CHOR, 2013; PERREIRA E TELLES, 2014, OLIVEIRA e LUIZ, 2019), poucos trabalhos analisaram o silenciamento sobre políticas afirmativas neste campo, especialmente nas instituições do SUS: como reações a um novo discurso estatal sobre raça se manifestaram em burocracias da saúde pública? Em período anterior à existência da PNSIPN, entre 1999 e 2003, Ribeiro-Corossacz (2009) analisou a formação da identidade nacional brasileira, pela observação das interações entre profissionais da saúde e mulheres-gestantes, em maternidades públicas cariocas, a partir da classificação racial do nascido nessas burocracias, e dos modelos sociais de reprodução (modelo controlado da classe média, majoritariamente, branca *versus* modelo não controlado das classes populares, majoritariamente, pretos e pardos). Sua pesquisa se deu em período das relações raciais brasileiras em que o Estado passou a classificar, institucionalmente, o nascido por meio do documento Declaração de Nascido Vivo (DNV) nos hospitais, resultante da atuação política do movimento de mulheres negras junto ao Estado, como revisado no capítulo 1.

Os profissionais da saúde pesquisados por Ribeiro-Corossacz (2009), ao construírem, narrativamente, os modelos sociais de reprodução, a depender da classe/raça da mulher-gestante, não faziam referência à cor, mas apenas à classe. Para a autora, o silêncio sobre a cor é central para compreensão do paradoxo das relações raciais brasileiras, de coexistência de ideologia antirracista (democracia racial) e prática discriminatória. Vale a ida direta à autora quando ela analisa a relação entre silêncio sobre raça, os modelos de reprodução e o processo de classificação racial do nascido neste período:

“Nessa modalidade silenciosa, o racismo e a ideia de pertencer a uma comunidade mista se entrelaçam, tornando-se constitutivos do projeto de reprodução de cada indivíduo, como mostram as entrevistas sobre a cor dos recém-nascidos. Entre as mulheres entrevistadas, o comportamento diante da cor da prole, seja aquele classificado na Declaração de Nascido Vivo (DNV), seja aquele não classificado, reflete a pluralidade de posições que compõem o universo brasileiro: do desejo de um branqueamento à indiferença em nome de um étnos igualitário” (RIBEIRO-COROSSACZ, 2009, pg. 260).

No meu trabalho de campo, realizado 13 anos depois, em Unidades da ESF, ainda procede o argumento de Ribeiro-Corossacz (2009) sobre o silêncio ao racismo em instituições de saúde, que “a cor é constantemente evocada sem ser definida, é inapreensível mas não invisível, e sempre materialmente presente na vida das pessoas” (pg. 265). Mais de uma

década depois, na análise da recepção da focalização na ESF, identifiquei que a vida cotidiana da atual política de cuidados primários em saúde contribui para a continuidade do silenciamento sobre desigualdades raciais, potencializado pela ideologia da cegueira. Também, a prática do silêncio em torno das desigualdades raciais em saúde se construiu, organizacionalmente, nas três Unidades da ESF, desde as burocracias de gabinetes da prefeitura, mesmo que uma massiva regulamentação de equidade tenha se instituído no país.

Recentemente, Caldwell (2017) também analisou o silêncio às desigualdades raciais na saúde pública brasileira, por meio da revisão do processo histórico e político da construção da focalização pelas ativistas negras. Mas, a autora focou apenas em um resultado desse processo, a elaboração das práticas legislativas. Nesse sentido, ela considerou a quantidade de ações institucionalizadas, especialmente a coleta do quesito raça/cor dos usuários do SUS, como uma tentativa de quebra do silêncio e de desconstrução da etiqueta racial de não se falar sobre racismo no campo da saúde. Contudo, como analiso na seção a seguir, a expectativa de maior visibilidade e conhecimento das desigualdades raciais na saúde não se materializa, em função da existência de outros poderes de burocracias além dos legislativos que, também, constroem, continuamente, a focalização regulamentada.

Como efeito desse silenciamento, os profissionais do SUS rejeitavam ações de equidade racial dentro da perspectiva de acesso universal do SUS, não construíam uma gramática e práticas de focalização próprias à ESF. Se a prática do silêncio se apresentava antirracista, seus efeitos continuavam a permitir que a universalização alocasse desiguais cuidados em saúde entre brancos de maior estrato social e negros de menor classe, como a variabilidade da qualidade dos serviços da ESF e dos níveis de sujeição à governança estatal, conforme analisado no capítulo 2. Também, pesquisas sobre o resultado agregado em desfechos de saúde por territórios racialmente segregados (BARBER et al, 2017; BORTZ et al, 2014) tem demonstrado a continuidade dessas diferenças entre brancos e negros. O que condiz com pesquisas que já evidenciam os efeitos do silêncio em torno da raça: não eliminação de desigualdades, desenvolvimento de preconceitos, construção de estereótipos, manutenção de tema tabu, impedimento de discussões produtivas, invisibilidade da branquitude (VITTRUP, 2018; ACOSTA, 2017; SUE, 2013).

Dessa forma, mesmo no âmbito de uma política pública voltada a mitigar desigualdades em saúde, por meio da territorialização e integralidade do cuidado, o silêncio sobre desigualdades raciais era um efeito da política. A quase inexistência de práticas de

equidade inseridas no cotidiano da Estratégia potencializava os efeitos sociais, nas dimensões materiais (acesso e qualidade do cuidado) e simbólicas (estereótipos dos usuários) da vida dos *cadastrados*. Pois, não havia produção organizacional de expedientes da ESF que considerassem as desigualdades raciais nas condições de saúde dos usuários, nem que evitassem crenças essencialistas sobre os comportamentos de riscos à saúde de negros, como melhor analisaremos nos próximos capítulos.

3.3. Poder de burocracia: a governança pelas práticas banais das ruas

Como já mencionado, esse uso do silêncio nas três Unidades não deve ser interpretado como uma falha da atual política pública de equidade racial em saúde, ou ser utilizado como elemento de culpabilização dos profissionais da saúde pública, mas como um dado que merece mais atenção, referente às dinâmicas políticas do processo de implementação de políticas públicas e do contexto social de silenciamento das desigualdades raciais no Brasil. Diante da histórica construção estatal desse silêncio, como analisado acima e no primeiro capítulo, essa característica das relações raciais brasileiras é um padrão já identificado e observei a reprodução dessa prática, ainda, mesmo no âmbito de um Estado que se propôs a falar em raça para incluir a partir das novas relações com o movimento negro.

O que eu gostaria de acrescentar à compreensão desse silêncio, além da mobilização da ideia de democracia racial e do racismo do tipo daltônico à cor, é o poder de governança do Estado pelas práticas cotidianas (DAS E POOLE, 2004; VIANNA, 2013) e não apenas pelo poder de governança pela legislação das políticas públicas. Como esses autores argumentam, são as ações burocráticas ordinárias que fazem o Estado existir na vida das pessoas (profissionais e usuários) e não apenas as regulamentações. Por isso, desde o segundo capítulo, eu analiso as possibilidades de existência da focalização a partir das engrenagens mais cotidianas das burocracias da ESF. No capítulo anterior, apresentei as Unidades da ESF nesta perspectiva. Neste terceiro capítulo, eu rastreei a focalização na ESF a partir, também, dos “pequenos papéis” (Nogueira, 2016), em contraste à visibilidade da legislação apresentada no primeiro capítulo.

Como a literatura sobre burocracias mobilizada nesta tese sustenta, as leis que criam políticas públicas não são suficientes para que as ações do Estado se materializem, automaticamente, em práticas cotidianas. Além disso, qualquer ação estatal regulada terá que

lidar com o universo de valores sociais que agentes de Estado carregam (STEINMETZ, 1999). Por isso, é necessário analisar a focalização como um processo contínuo de tomadas de decisões políticas, por agentes estatais diversos. São essas perspectivas processuais, interacionais e políticas da implementação das políticas públicas (DUBOIS, 2016; ZITTOUN, 2014), que me orientaram a olhar para a focalização, para além dos gabinetes e das normas. Achar que o Estado se materializa para profissionais e usuários a partir do que se legisla, é acreditar apenas numa ideia racional de Estado e num ciclo de políticas públicas linear (JANN E WEGRICH, 2007).

Nesse sentido, analiso a ausência cotidiana da focalização local nas três Unidades da ESF, revelada pelo silêncio organizacional em torno de práticas de equidade racial na saúde, como produtora de uma política quase sem a banalidade necessária, a partir da vulnerabilidade institucional do Estado em desenhar e implementar políticas públicas em curso contínuo entre as burocracias, e articulado aos estereótipos sociais das vulnerabilidades interseccionais dos usuários, como melhor analiso nos capítulos 4 e 5. Por isso, as iniciais reações de resistência e reflexões sobre antirracismo dos profissionais, observadas nesta fase silenciosa da pesquisa, são interpretadas a partir da localização social e organizacional desses profissionais, contextos de crenças antirracistas liberais, e não como funcionários que não seguem a lei por uma escolha individual. Ao observar práticas e valores, identifiquei que o silêncio sobre a focalização no cotidiano das burocracias da ESF indica que essa ação de Estado não se transformou nesses espaços em expedientes dessas burocracias, que provocassem os profissionais a agenciarem (e de que forma) práticas diárias de uma política pública focalizada, ou a darem significados a uma linguagem da focalização. Na ponta da saúde pública, há uma quase ausência de vida estatal da focalização, com exceção do preenchimento do quesito raça/cor em documentos da ESF, feito, majoritariamente, pela via do silêncio, e não associado à equidade racial. Fora das burocracias de gabinetes, a equidade racial em saúde não tem siglas, carimbos, fluxos, categorias, hora, dia e pouco provoca emoções nos profissionais (BOURDIEU, 2004); se não forem provocados.

Por meio do silêncio organizacional, identifiquei a ausência de atos de focalização nos momentos mais corriqueiros e mais performativos da Estratégia Saúde da Família (ESF): em prontuários, nas linhas de cuidado, reuniões de equipe, nas capacitações dos profissionais, grupo de exames, diagnósticos de saúde de microáreas territoriais, no sistema de informação, em vídeos institucionais nas TVs do *Acolhimento*, em campanhas anuais, nas reuniões de

Accountability, nos ciclos de palestras da prefeitura, nos processos de avaliação externos do Ministério da Saúde.

A construção histórica da institucionalização da focalização pela massiva produção de regulamentos, práticas de Estado que eu caracterizei no primeiro capítulo como típicas das burocracias de gabinetes, estas não se transformaram em técnicas de governo cotidianas: “uma forma de guiar, dirigir, orientar, capacitar e regular sujeitos, populações e problemáticas” (FONSECA et al, 2016, pg. 10). Como argumentado naquele capítulo, o processo de regulamentação gerou um tipo de poder da política, o de legislação de uma proposta de governança da saúde de negros. A luta política dos movimentos negros pela construção da institucionalização de uma equidade racial, dentro do campo da saúde pública, permitiu um reconhecimento formal do racismo pelo Estado, uma visibilidade. A equidade racial em saúde não foi, ainda, construída em termos cotidianos e locais das burocracias que lidam diretamente com os usuários. Nem “naturalmente” o será, pois, expedientes de Estado não surgem “espontaneamente”, assim como as tecnologias legislativas da equidade ocorreram a partir de uma trajetória de relações entre agentes de Estado. A prática do silêncio, também, não é algo “natural”, mas construída a partir de processos estatais de cidadania, como discutido anteriormente.

O que argumento com essa interpretação do silêncio é que as decisões políticas que governam a vida de determinados grupos populacionais não se encerram na institucionalização de uma forma de governar, mas continuam politicamente a serem feitas entre a cadeia de fragmentos de burocracias até a interação direta com o usuário. Por isso, a importância de uma perspectiva política das públicas políticas e do ordinário. Orientada pelos argumentos dessa literatura ao analisar o Estado, em não menosprezar o poder dos atos burocráticos mais operacionais, eu observei como a quase ausência de expedientes ordinários influenciou a descontinuidade da existência política da focalização, apesar da sua existência regulamentar. Quando transitei a análise das burocracias de “gabinetes” para as de “rua” da ESF, o poder da regulamentação da política perdeu espaço para o poder da operacionalização diária da equidade. O silêncio à equidade, já observado dentro das próprias burocracias de gabinete, atrelado ao silêncio nas burocracias de rua, foi impeditivo à construção de uma vida contínua da Política. Como argumentam Fonseca et. al (2016), a inexistência do corriqueiro é mais consequente à governança de populações que as cartilhas da implementação.

A pesquisa de Batista (2016) deixa claro como a ausência dessas práticas banais paralisa o quadro burocrático. Nas suas pesquisas, há várias indicações da necessidade dos profissionais da saúde entenderem a focalização dentro de categorias e fluxos estatais já existentes nas burocracias. No meu campo, também observei a necessidade dos profissionais localizarem a focalização dentro de categorias e processos já existentes em seus cotidianos, como as *Linhas de Cuidado*. “Mas, qual é a Linha de Cuidado?”, foi uma das perguntas que se repetiram a mim, por profissionais das Unidades e até de Gabinetes. Como identifica Nogueira (2016), as *Linhas* funcionam como fluxos pré-definidos de cuidado preventivo que definem os caminhos dos cadastrados dentro da Atenção Primária: saúde da mulher, do idoso, do hipertenso, etc. Os profissionais queriam achar uma *Linha de Cuidados* para negros, pois não sabiam em qual fluxo estatal encaixar o tema.

Como indicam os trabalhos de Lotta (2015, 2017), as categorias formais de cuidados criadas pelo Estado definem como os profissionais processam os usuários dentro do Estado, a exemplo do “hipertenso”, “diabético”, etc. Mas, também, ela identifica as categorias informais criadas pelos profissionais, no exercício discricionário de implementação de uma política pública, que cumprem papel alocativo do usuário dentro do Estado, como as categorias nativas de usuários “aderentes” e “não-aderentes”, como ela tem pesquisado. Sem categorias formais e informais de uma política pública, os profissionais não conseguem lidar com as ações do Estado, pois não conseguem categorizar os usuários. No caso da minha pesquisa, a quase ausência de categorias estatais cotidianas e locais da focalização nessas Unidades da ESF levava os profissionais a contribuírem para a resistência perante a Política. Isso indica a importância de existência de tecnologias locais de governança que, segundo Fonseca et al. (2016, pg. 28), criam novos modos da política e reestruturam o próprio Estado.

Foi exatamente isso que o silêncio revelou, a não transformação dos regulamentos em novos modos operacionais locais para esses profissionais, nem em novas gramáticas (formais e informais) da focalização. Não há expedientes burocráticos locais institucionalizados que permitem os profissionais se apropriarem de uma linguagem, confrontarem regras formais da focalização e criarem as informais. Por isso, a PNSIPN não se materializa como política pública no cotidiano dessas burocracias da ESF já que há um vácuo institucional de rotina de equidade racial em saúde.

Como observado, a falta de importância das estatísticas públicas raciais para o quadro de profissionais locais, em oposição à importância política da criação das estatísticas nos

gabinetes, foi exemplar dessa ausência do dia a dia. Para esses profissionais, esses dados são invisíveis. Observei uma espécie de fetichismo da estatística, pois os profissionais são completamente distantes delas, alheios às mesmas, pois eles não foram incorporados à produção diária desses dados. As diversas estatísticas que os profissionais das Unidades geram aos gabinetes ao preencherem o quesito raça/cor não retornavam para eles.

O quesito raça/cor dos usuários poderia ser considerado uma tecnologia local de governança da saúde de negros, o único expediente nessas burocracias, mas não utilizado pelos profissionais por se entender que lidar com esses dados não é tarefa desses profissionais. Observei que nem essa tecnologia criou novos modos de atuação política localmente. Para esses profissionais, negros entrarem nas estatísticas pela coleta do quesito não garantia aos profissionais a legibilidade de tratamento equitativo a pretos e pardos. Essa técnica de governo, ainda que tenha possibilitado a visibilidade estatística das desigualdades raciais na saúde, não tem funcionado para legitimar uma governança oficial local e banal da focalização. Algumas pesquisas já indicam que a quantidade de dados estatísticos sobre desigualdades raciais não é o suficiente para fomentar conversas sobre raça (Vittrup, 2018).

Como já argumentado, a política das políticas públicas não se encerra quando estas viram lei, mas continua por procedimentos equivocadamente considerados meramente técnicos, a exemplo da coleta da raça/cor. Nesse fluxo político e contínuo de decisões, em torno de uma focalização regulamentada, a perspectiva do modelo “da lata de lixo” de March e Olson (1972) é muito adequada para compreender o quanto caótico é uma ação de Estado, e não orientada por uma regulamentação. Essa perspectiva dispensa relações causais entre problemas públicos e soluções públicas, ao considerar aleatória a junção entre os dois. Isso não é considerada uma ineficiência. Eles argumentam que, no mundo das políticas públicas, opções estão procurando problemas, temas procurando decisões, soluções procurando assunto e até decisores procurando trabalho. Ao analisar a relação entre focalização regulamentada e focalização corriqueira, eu acrescentaria que práticas banais estão procurando os “grandes papéis” da governança da saúde de negros e vice-versa.

Se essa análise do silêncio indicou a inexistência de expedientes cotidianos da focalização, se estes existissem, isso asseguraria uma implementação da equidade racial em saúde nessas burocracias? Essa seria uma pergunta para outra pesquisa. O que por ora evidencio é que tratar os efeitos da raça nas condições de saúde não está presente no nível

mais costumeiro da ESF, aquele que produz a existência do Estado na vida dos profissionais e usuários.

Essa inexistência de vida efetiva da focalização, também é sentida pela perspectiva do usuário negro, que desconhece a PNSIPN. Pesquisas que buscaram analisar a narrativa do usuário sobre a política de focalização, como Pagano (2014), indicam que os usuários desconheciam esta ação do Estado, não relacionaram resultados de saúde à raça, forneceram explicações essencialistas à essa associação e resistiram a proposta de saúde focalizada. A autora argumenta pelo contraste entre as narrativas populares sobre equidade racial e as do recente discurso estatal.

Como o próximo capítulo indicará, o silêncio observado sobre as desigualdades raciais em saúde nessas três Unidades foi lentamente trincado pela oposição de dois repertórios de ação perante a focalização, quando os profissionais foram provocados a falarem sobre raça pela existência da pesquisa e pelas iniciativas individuais de profissionais negros socializados à equidade racial. Houve um grupo de profissionais nas Unidades que não silenciaram as desigualdades raciais em saúde. Eram profissionais com trajetórias similares: mulheres, negras, graduadas, pós-graduadas, engajadas no tema a partir das suas experiências racializadas de vida. Contudo, mesmo que essas mulheres confrontem esse silenciamento, a ausência de expedientes cotidianos da focalização, nessas burocracias locais, dificultaria a rotinização da mesma.

Até aqui, analisei a construção política da governança da saúde de negros pela presença *versus* ausência da administração tida como oficial de uma política pública, entre o existente nos protocolos, em comparação ao inexistente no ordinário das burocracias. A partir dos próximos dois últimos capítulos da tese, eu conduzo a análise da governança da saúde de negros a partir das práticas informais da ESF. Assim como o silêncio, considero essas próximas práticas como informais e invisíveis, pois não estão associadas a nenhuma prescrição legal, nem da ESF, nem da PSNIPN. Contudo, são práticas diárias do Estado que orientam estratégias de ação dentro dessas burocracias que regulam os serviços em saúde.

Capítulo 4: Raça Confrontada

No capítulo anterior, analisei alguns sentidos do não falado sobre a focalização da saúde pública na população negra, por meio do silêncio organizacional sobre a interface entre raça e saúde, desde os atos mais corriqueiros aos mais performáticos da ESF. Neste capítulo, eu analiso o dito sobre a focalização: como os profissionais da saúde pública que trabalhavam nas três Unidades pesquisadas se colocaram perante as desigualdades raciais em saúde e a atual Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), uma vez instigados a isso? Quando provocados, esses profissionais me permitiram acessar seus “repertórios de ação” (ALONSO, 2012; SWIDLER, 1986) perante a focalização. Eu chamo de confrontos esses momentos de quebra do silêncio organizacional pré-existente, que melhor revelaram as diferentes agências à ideia de uma saúde pública focalizada.

Como já discutido, durante o percurso da etnografia, a reação majoritária com a qual me deparei ao chegar às três Unidades da ESF para estudar saúde da população negra foi o silêncio, analisado na seção anterior como racismo contemporâneo de cegueira à cor e ausência de expedientes burocráticos banais locais da focalização. Durante o cotidiano silencioso sobre a focalização nessas burocracias, este já foi sendo trincado com a minha presença com esse tema de estudo junto aos profissionais. Foi um processo longo de interação que possibilitou momentos de exposição de reações ocultadas pelo silêncio inicial. Por exemplo, o sentido racista fornecido à focalização.

O silêncio, então, foi um caminho que usei para aprofundar os distintos repertórios de ação perante a focalização, pois, a convivência com os profissionais me indicava que este silêncio se articulava a certas reações à ideia da focalização, explicações narrativas sobre desigualdades raciais e gerências de práticas de equidade racial em saúde. Provocar explícitas conversas sobre o que a ideia de uma saúde pública racialmente focalizada, isso me forneceria quais outros elementos para seguir compreendendo desigualdades raciais na saúde nesses estratos do Estado? Neste ponto da pesquisa, meu interesse foi similar ao de Gonçalves (2017, pg. 58), em sua pesquisa sobre focalização em UBS no município de São Paulo: “de que falam os profissionais da saúde ao serem interpelados sobre ela [raça] numa pesquisa que demanda que pensem as suas práticas com sujeitos racializados, sendo eles também sujeitos que possuem algum pertencimento racial?”. Contudo, diferentemente da autora, eu não cheguei às Unidades da minha pesquisa já com o objetivo de, primeiro, pesquisar as falas

verbais sobre a raça. Relembro, meu foco inicial eram as práticas banais da ESF. Ao observá-las, identifiquei o silêncio institucional à focalização. Por isso, avaliei que era preciso avançar mais, a partir do silêncio.

Dessa forma, por meio da análise desses momentos de quebra do silêncio (confrontos), identifiquei dois repertórios agenciados pelos profissionais perante a focalização, resistência e engajamento. Essas duas agências se configuraram, analiticamente, a partir de um conjunto de reações, reflexões e práticas rotineiras à focalização que observei como regulares a cada agência de confronto. Esses elementos eram identificados no decorrer da minha convivência com os profissionais e na observação das interações entre os profissionais que agenciavam opostos repertórios. Depois, essas agências ficaram mais claramente delimitadas no processo de análise dos cadernos de campo e dos áudios das entrevistas, considerando: as formas corriqueiras dos profissionais reagirem à pesquisa, a forma de pensarem desigualdades sócio-raciais em saúde, e como geriam, diariamente, práticas formais e informais de uma focalização nas Unidades da ESF.

Para configurar como cada grupo regularmente reagiu à pesquisa, eu analisei um conjunto de situações junto aos profissionais: nossas interações iniciais, quando nos conhecíamos pela primeira vez e eles tomavam ciência do tema da pesquisa; novas reações à pesquisa no decorrer da convivência; as manifestações quando eu comecei a entrar nos “espaços internos” das Unidades; as reações ao serem convidados para a fase de entrevistas; as reações durante as entrevistas quando falávamos explicitamente sobre raça. A principal diferença de reação entre os profissionais que agenciaram resistência e engajamento foi a mobilização de diversas formas de negação do tema da pesquisa, pelo primeiro grupo, *versus* a imediata aceitação da pesquisa pelo segundo grupo de profissionais.

Para caracterizar como os profissionais pensavam desigualdades sócio-raciais na saúde, eu analisei: quais explicações sobre desigualdades raciais eles mais mobilizavam em narrativas; como essas explicações eram ampliadas ou esvaziadas no decorrer das nossas conversas, a depender do tema em questão; como essas explicações voltavam a se manifestar no cotidiano da ESF, especialmente, em reuniões de equipe. Pela análise da reflexão dos profissionais, eu identifiquei duas grandes justificativas às desigualdades sócio-raciais, uma essencialista e outra interseccional. A narrativa essencialista ocorreu mais entre os profissionais que acionaram mais um repertório de resistência à ideia de uma saúde pública focalizada. Por meio de explicações biológicas, culturais e sociais, esses profissionais

transformaram as condições de saúde dos usuários como algo inerte aos mesmos. Mesmo reconhecendo as desigualdades sócio-raciais no país, esses profissionais procederam com um processo de privatização dessas condições sociais, chegando ao ponto de culpabilizar os usuários por não conseguirem ultrapassar suas péssimas condições de saúde, mesmo que estas condições fossem criadas pelas reconhecidas desigualdades. Essa lógica de culpabilização me levou a identificar uma categoria informal da ESF, *cadastrados difíceis*, que será central para compreender mediações sem se falar em raça, o objetivo do último capítulo.

A narrativa interseccional para explicar desigualdades raciais em saúde ocorreu mais entre os profissionais que agenciaram engajamento à ideia da focalização. Ao falarem sobre desigualdades, esses profissionais não essencializaram as condições de saúde, ou o comportamento de cuidados, por meio da biologia, nem da cultura, nem do social. Para eles, negros não eram, naturalmente, doentes, nem capazes, individualmente, de modificarem os desfechos em saúde, mas suas condições sociais de vida, que incluíam a articulação de diversas dinâmicas das desigualdades, os levavam a ter as maiores incidências de doenças evitáveis. Os profissionais que mobilizaram repertório de engajamento coletivizaram as condições de saúde dos usuários, diferentemente dos profissionais que mobilizaram a resistência à focalização, que as privatizaram no próprio usuário.

Por fim, para analisar como cada grupo gerenciava práticas burocráticas banais da focalização existentes nas Unidades (exemplo: preenchimento do quesito raça/cor), eu analisei: como eles narravam, ou não, ações tidas como focais; como geriam diariamente o preenchimento do quesito raça/cor; as reações que tinham em relação à possibilidade de existência de outras práticas cotidianas locais da focalização. O que difere um grupo do outro é a rejeição a qualquer ação considerada focalizada, entre os “resistentes”, *versus* a criação diária e particularizada de práticas da focalização, sem ligação direta aos protocolos da PNSIPN, entre os “engajados”.

Esses dois repertórios de ação foram opostos. O repertório da resistência se apresentou como mais recorrente no universo das três Unidades da ESF. Apesar de regular, este repertório era fragmentado, pois diferentes profissionais o mobilizavam, independente da categoria profissional da ESF, da raça/cor e do território da Unidade. Era um repertório desarticulado, também, pois, eu apenas consegui identificá-lo como um repertório de ação ao analisar, em conjunto, como a resistência via silêncio estava articulada a formas de reagir ao tema da pesquisa, de pensar desigualdades raciais em saúde e de gerir, cotidianamente,

expedientes da focalização. Ao longo da convivência com esses profissionais e, também, no decorrer das narrativas apresentadas em nossas convivências e entrevistas, os profissionais “resistentes” podiam transitar numa espécie de eixo de resistência, se aproximando, inclusive, às narrativas do engajamento.

Já o repertório do engajamento foi menos presente nas três Unidades da ESF. Contudo, este era bem mais concentrado, pois a relação entre estratégias de ação e agentes foi bem mais coerente. Os profissionais engajados com os quais interagi tiveram, em algum momento da vida, contato com a militância em moldes de ações clássicas dos movimentos sociais, ou faziam parte da primeira geração de cotistas das universidades brasileiras, ou acompanhavam as ações das ativistas clássicas da focalização. O resultado das novas relações entre os movimentos negros e o Estado, seja o processo de construção de políticas, seja o usufruto do direito construído pela política, perpassou a vida desses profissionais. Ao interpretar focalização, eles, consistentemente, mobilizavam essas experiências como referência de reflexão. Além disso, este era um repertório bem mais exposto, pois não se utilizava da prática do silêncio. Dessa forma, esse repertório foi observável logo, pois, entre esses profissionais que o mobilizaram, eles não transitavam entre distintas estratégias de ação, sendo que o engajamento já era uma estratégia bem definida para eles.

Em cada confronto foi possível compreender como resistência e engajamento se construíram dentro da própria ESF e os efeitos à focalização dentro desta política de cuidados: boicote, inação e ações particularizadas à equidade racial. Os confrontos não se mostraram atrelados às categorias profissionais da ESF, nem às especificidades territoriais, apesar de níveis mais extremados de resistência na Unidade Central (UC) e mais engajamento nas unidades Modelo (UM) e Precária (UP). Identifiquei que resistir e se engajar esteve articulado a como os profissionais construíam o entendimento sobre a determinação sócio-racial na saúde, a partir das suas experiências racializadas de vida, neste período de políticas afirmativas no país, mas não pelos protocolos oficiais da PNSIPN, ou pelo perfil de segregação racial do território das Unidades.

Se as pesquisas sobre a focalização já realizadas em municípios indicam que a existência de ações locais é quase nula, apesar do arcabouço legal nacional, eu contribuo em entender como é possível essa desconexão entre falar massivamente em raça, por regulamentação de gabinetes, e invisibilizar a raça no cotidiano de burocracias da ESF. Minha chave explicativa é a coexistência de distintos repertórios que orientam estratégias de ação

entre os profissionais da ESF. Como já argumentei anteriormente, o racismo *color-blind* e a ausência de práticas banais locais da focalização são, também, chaves explicativas. Neste capítulo, a crença de não se falar em raça e a ausência de expedientes corriqueiros ganham reforço explicativo a partir dos repertórios dos profissionais da ESF em relação às desigualdades sócio-raciais em saúde. Para isso, me baseio nas teorias de repertórios de ação (ALONSO, 2012; SWIDLER, 1986), da culpabilização das políticas sociais do Estado de Bem-Estar Social (DUBOIS, 2009) e das concepções essencialistas contemporâneas sobre raça (MORNING, 2011), para compreender como agências opostas à focalização são possíveis de coexistirem no âmbito das relações raciais brasileiras, agora, em período de políticas afirmativas.

4.1. Repertório de resistência à saúde da população negra

Um conjunto de profissionais (50) mobilizou, majoritariamente, um repertório de resistência à existência cotidiana da focalização da saúde na população negra, nas Unidades da ESF em que trabalhavam, em função de elementos observados em nossas interações, em suas narrativas e práticas que me levaram a alocá-los ao confronto de tipo resistência: negação do tema da pesquisa e sugestão do quê e aonde pesquisar; exposição de dúvidas sobre o que exatamente era a pesquisa; desconfiança da pesquisa via controles e ironias; gestuais corporais incômodos ao interagir com a pesquisadora (testa franzida, sem fala, fala travada, choro); recusa em atribuir papel significativo da discriminação racial nos resultados de saúde; maior conforto em explicar biologicamente essas diferenças; construção da privatização das condições sociais no usuário; associação da focalização a uma ação racista do Estado; achar absurdo práticas burocráticas da focalização, a exemplo do quesito raça/cor; recusa em usar o quesito raça/cor; ter dúvidas sobre outras práticas burocráticas da focalização, que poderiam ser racistas; o uso do silêncio como rejeição, dúvida e inabilidade de falar sobre equidade racial.

Esse maior número de profissionais que agenciaram o repertório de resistência à focalização, se comparado ao engajamento (8 profissionais), esteve distribuído em níveis de resistência que variaram entre uma completa rejeição à saúde focalizada (27 profissionais) e uma disposição discursiva em falar sobre a possibilidade da focalização (23 profissionais). O comportamento de parte desses profissionais de uma imediata negação ao tema (a rejeição)

poderia me levar a separá-los, analiticamente, dos que mais se abriram para conversar sobre saúde da população negra (a disposição). Contudo, essa escolha ocultaria duas similaridades que identifiquei entre quem rejeitava e quem se dispunha discursivamente. Uma, a relação coerente entre explicações mais essencialistas sobre desigualdade racial e a não construção de práticas cotidianas de equidade nessas burocracias. Outra, eu identifiquei que negar e se dispor discursivamente geravam o mesmo efeito às desigualdades raciais em saúde, de inação, seja pela interdição (da rejeição) ou pela neutralidade (da disposição).

Os profissionais que mais agenciaram rejeição estavam distribuídos da seguinte forma entre as três Unidades: 11 na Unidade Central (UC), 9 na Unidade Modelo (UM), 7 na Unidade Precária (UP). A partir da classificação racial binária brancos/negros, a ração/cor desses profissionais é a seguinte: 16 brancos e 11 negros. Sobre as categorias profissionais, 14 tinham ensino superior e 13 ensino médio, assim divididos: 8 ACS, 5 Técnicos (3 de Enfermagem, 1 AVS, 1 Administrativo), 1 Assistente Social, 1 Dentista, 4 Enfermeiros, 6 Médicos, 1 Farmacêutico, 1 Psicólogo.

Os que mais agenciaram disposição discursiva estavam distribuídos da seguinte forma: 7 na UC, 7 na UM, 9 na UP. Foram racialmente classificados por mim como: 14 brancos e 9 negros. Referente à educação e profissão, 16 possuíam ensino superior, 06 ensino médio, 1 ensino fundamental, nas seguintes profissões: 1 faxineiro, 6 Técnicos (2 de Enfermagem, 1 Administrativo, 1 de Odontologia, 1 AVS, 1 de Farmácia), 4 Enfermeiras, 2 Médicos, 2 Dentistas, 2 Educadores Físicos, 1 Farmacêutico, 1 Psiquiatra, 4 Gerentes.

4.1.1. Reagindo: “não há tratamento desigual aqui”

No que se refere à forma de se posicionar perante uma pesquisa sobre saúde da população negra, os profissionais que agenciaram a resistência à focalização reagiram incomodados ou se surpreenderam com o tema ao me conhecerem. Geralmente, eles negavam meu tema de pesquisa de variadas formas, ou expunham muitas dúvidas. Independente das reações imediatas, esses profissionais sempre o associaram a algo racista, na maior parte das nossas interações.

Eles avaliaram minha presença nas Unidades como “curioso” (branca, da UC), “estranho” (branca, UC), “bem-vinda [eu]” (branca, UC), “hum, o que eu acho? [seguida de longa pausa na fala]” (negra, da UC), “[longa pausa na fala], deixa eu pensar” (branca, da

UC), “acho legal, um espaço ideal para o assunto, comunidade e população negra é o local” (negra, da UP), “interessante, primeira vez que ouço falar disso” (negro, da UP), “muito interessante...[seguida de longa pausa] (branco, da UM).

Quando abordei um profissional (branco, da UM) para agendar uma entrevista, na garagem da Unidade, ele franziu todo o rosto, ficou um tempo em silêncio, enquanto guardava seus pertences no carro. Visivelmente incomodado com o meu convite, se posicionou: "mas, não há tratamento desigual aqui". Imediatamente, opinou que a classe social me explicaria mais sobre as desigualdades em saúde que a raça. Mesmo incomodado com o tema, ele topou realizar a entrevista, que ocorreu duas semanas depois desta interação. Já outra profissional (branca) da Unidade Modelo (UM), negou o tema da seguinte forma. Nós estávamos participando daquela ação contra a dengue relatada no capítulo 2. No caminho, ela perguntou o que eu pesquisava. Ao saber, defendeu que deveria haver cotas para brancos pobres também.

Na Unidade Precária (UP), apesar de acharem que eu estava adequada naquele território pela quantidade de usuários negros que a Unidade atendia, a presença do tema também era incômoda. A seguinte interação ocorreu no sétimo mês da etnografia, entre uma profissional (branca), uma profissional (negra) e eu (branca), na microsala dos ACS, quando elas explicitaram diretamente para mim como encaravam a pesquisa:

Profissional (branca): Você também pesquisa médicos cubanos?

Pesquisadora (branca): Não, pesquiso Saúde da População Negra.

Profissional (branca): Você acha que tem isso mesmo, saúde de branco e de negro?

Pesquisadora (branca): Claro.

Profissional (branca): Eu duvido, eu também sofro racismo.

(Interação com ACS, branca e negra, na UP)

Em seguida, a profissional (branca) começou a me relatar sobre os preconceitos que sofria em sua escola de samba, pois nunca conseguia ser a rainha de bateria, mesmo que dançasse melhor que as passistas negras da agremiação. Eu falei que sentia pelo preconceito que ela sofria, mas acreditava que a profissional (negra) que, naquele momento, observava a conversa, sentada ao nosso lado, sofria o que eu entendia por discriminação e desigualdade. Esta profissional (negra) me cortou, furiosa, batendo as mãos nas pernas e disse:

“Não queria falar nada, mas, o pessoal da comunidade fala muito disso, no Face, mas eu acho que não é bem assim. Eu não tô nem aí, vou com tudo mesmo. Na escola, fui eleita a mais bonita no concurso de beleza e competi com duas meninas brancas”.

(Interação com ACS, branca e negra, na UP)

Na minha entrevista com esta profissional (negra), seu desconforto por eu estudar a saúde de negros foi explicitamente marcado. Durante a entrevista, ela sugeriu-me estudar pobres. Quando o gravador foi desligado, ela me questionou muito porque eu estudava aquele tema, se por causa da quantidade de negros naquele território. No decorrer da entrevista, ela sempre afirmava não se sentir diferente por ser negra e, por isso, não concordava com cotas nas universidades, nem com o tema da pesquisa, nem com o Bolsa Família, apesar de sua mãe ter precisado do benefício por um tempo.

Na Unidade Central (UC), a resistência ao tema da pesquisa recebeu mais controle, ironia e imediatismo desta negação se comparada às outras duas Unidades. Rejeitar o tema da pesquisa na UC era com menos hesitação, sem tempo de silêncio, como nas interações narradas na copa da UC, no capítulo 3, quando os profissionais associaram saúde da população negra à discriminação na primeira vez que nos conhecemos. Isso se repetiu, de distintas formas, na maioria das reuniões de equipe em que participei na UC. Por exemplo, na minha primeira participação na reunião de uma equipe da UC, antecipadamente autorizada pela enfermeira (branca), fiz a apresentação costumeira (socióloga, estudando saúde da população negra). O silêncio grupal e o semblante de interrogação iniciais já não me surpreendiam. O encontro seguiu como uma típica reunião de equipe: enfermeira liderou assuntos, ACS falaram ao mesmo tempo, papéis de marcação de consulta foram distribuídos. Num determinado momento, protetores solares foram distribuídos aos ACS para se protegerem do escaldante sol de verão carioca durante as *Visitas Domiciliares*. Os profissionais aproveitaram o assunto “proteção da pele” para zoar entre si sobre o tema da pesquisa, sem interagir comigo, sentada num canto do consultório: “eu sou o quê, branca, afrodescendente, europeia?” (profissional, branca). Depois, uma profissional (negra) puxou conversa comigo: “saúde da população negra? É, aqui, não tem isso não, não tem discriminação, tem com a gente, preto, escuro, eles discriminam, a gente ganhou usuário do plano privado [por causa da crise econômica], é grosso, já chega quente”. Ao final, eu fui solicitada a assinar a ata desta reunião. Fiquei surpreendida ao ler o registrado no caderno de

Atas: “a socióloga perguntou se há racismo aqui”.

Para participar da reunião de outra equipe na UC, eu negocieei com a enfermeira (branca) a participação, antecipadamente. Quando eu cheguei, enfermeira e médica (brancas) se incomodaram com a minha presença e passaram a perguntar o que eu queria com a equipe, sobre a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), mesmo depois de eu já ter sido apresentada às equipes, circular pela Unidade, interagir com diversos profissionais e negociar a ida à reunião, sendo que o TCLE não era necessário nesta ocasião de observação. Diante do incômodo das duas, eu perguntei se elas gostariam que eu me retirasse da sala e suspendesse minha participação naquele dia. Elas recuaram e diante da dúvida que pairava entre todos sobre minhas intenções naquela reunião, eu optei por associar a pesquisa: “como a saúde da população indígena, sabe?”. Elas permitiram que eu ficasse na reunião.

Mas, a seguir, esta outra participação em reunião de equipe da UC revela como rejeição e disposição discursiva podiam se cruzar no cotidiano da Unidade. Quando consegui entrar na reunião da *Equipe Litoral*, pela primeira vez, eu esperava algum tipo de resistência, pelo histórico de interações até aquele momento. Porém, quando algumas ACS me apresentaram à médica (branca) que conduziria a reunião naquele dia, eu que me surpreendi: “seja muito bem-vinda, a medicina está precisando de sociólogo, antropólogo. O SUS discrimina, né? O que você precisa?”. “Apenas observar a reunião”, respondi. “Nossa, isso é coisa de antropólogo mesmo”, retrucou animada. Esta médica não iniciou a reunião com base na pauta, mas começou a conversar com a Equipe Litoral que era preciso a classe médica falar sobre racismo, discriminação, das doenças mais incidentes na população negra. Depois, a reunião prosseguiu como no padrão de reuniões de equipe. Mas, em um ponto, quando a Equipe falava sobre o caso de uma empregada doméstica, transitando da categoria de *trabalhadora para cadastrada* da ESF, a médica virou para mim e falou: “aqui, a mulher branca tem que liberar a empregada doméstica para se cuidar”. Ao final da reunião, a médica pediu que toda a Equipe se aproximasse do computador, pois ela colocaria o vídeo de uma poeta negra que tinha conhecido na Festa Literária Internacional de Paraty (Flip). Descobri que esta médica era íntima de uma famosa mulher, fundadora de uma reconhecida fundação, em prol de pessoas portadoras do vírus da AIDS.

Essa forma, majoritária, dos profissionais se posicionarem perante o tema da pesquisa, de negação, dúvida, surpresa, associando-o a uma prática racista, se defendendo de uma

suposta acusação pessoal de preconceito racial, ou defendendo suas organizações de discriminação racial, acompanhado de gestuais incômodos, se repetiu durante a fase das entrevistas. Nestas, as perguntas “o que você acha da minha presença na Clínica para pesquisar esse tema?” e “Você acha que há diferenças entre a saúde de pessoas brancas e negras?”, foram construídas e alocadas numa determinada parte do roteiro para iniciar, explicitamente, a conversa sobre “raça” e motivar os profissionais a discorrerem sobre o tema em seus territórios. A análise desse momento das entrevistas me indicou reações e falas muito similares às das nossas interações antes da fase das entrevistas: silêncio, negação, dúvida, surpresa, autodefesa, sugestão do que estudar.

Na maioria das entrevistas, foi um momento de mudança na fala desses profissionais, se comparado à fluidez da fala ao falarem sobre suas experiências na ESF: pausar, hesitar, balbuciar, pronunciar palavras truncadas, falar pausadamente ou apressadamente, até chorar. Neste momento, a negação do tema da pesquisa ocorria de forma direta, ou por meio de perguntas para eu explicar o motivo daquele tema, ou pela explicitação de dúvidas, ou por não querer falar sobre, ou não saber o que falar. Deixo, abaixo, três exemplos desse momento das entrevistas, de profissionais que mais acionaram o repertório de resistência à focalização, independente do território da Unidade.

Pesquisadora (branca): eu tô aqui e em outras duas clínicas pra tentar entender um tema, saúde da população negra. Que que cê acha da minha presença aqui para entender isso?

Profissional (branca): que que eu acho? Eu, eu vejo, eu acho, tudo que traz conhecimento pra mim é válido...Me, me, eu acho curioso. Porque você quer saber da população negra? Digo, acho mais fácil querer saber de uma outra população de minoria, porque nossa população é de maioria negra, né? Não entendo, assim, qual foi a tua, porque isso?

[“gesticula muito. Mexe no cabelo. A caneta cai. Olha o computador. Mexe o cabelo de novo, prende, solta. Me parece estar raivosa. Está com raiva. Impaciente. Irada” - trecho no caderno de campo, enquanto a entrevista ocorria]

(Entrevista, profissional, branca, da UC)

Pesquisadora (branca): você acha que tem diferença entre a saúde de pessoas brancas e negras?

Profissional (branco): diferença de que tipo? Fisiológicas ou diferenças...? [ele não completa a frase]

Pesquisadora (branca): você coloca como você quiser...até vê como você coloca a diferença, pra mim, é interessante.

Profissional (branco): ó, eu como ser humano, eu não vejo diferença. Quando um paciente entre na minha sala, pra poder ser consultado, independente do grau de escolaridade dele, independente da cor, do gênero dele, ele, pra mim, é uma pessoa que tá ali pra ser ouvida pra eu poder ajudá-

lo. Então, assim, eu não discrimino em relação à cor. É, diferença existe sim, mas, diferença que vem desde a parte sócio-econômica porque, sabidamente, cê você for pegar, a população que tem maior nível de escolaridade, acaba sendo a população branca, escolaridade influencia na questão de saúde...no cuidado, na maneira de cuidar, eu não crio essa diferenciação, não trato, é, diferente um diabético negro de um diabético branco, não trato diferente um HIV branco de um HIV negro, essa diferenciação por cor da pele eu não faço.

(Entrevista, profissional, branco, da UM)

Pesquisadora (branca): Eu cheguei aqui pra entender esse tema, a saúde da população negra, o que você acha da minha presença na clínica para pesquisar isso?

Profissional (negra): Eu acho interessante, mas eu queria entender porque da população negra. Por que é maioria na comunidade? [ela não prossegue com a fala]

[“Voz baixa, devagar, incomodada, de pesar. Não é tão leve como na parte anterior” - trecho no caderno de campo, enquanto a entrevista ocorria]

(Entrevista, profissional, negra, da UP)

4.1.2. Refletindo: cadastrados difíceis

Os profissionais que mobilizaram resistência à focalização, ao explicarem desigualdades raciais em saúde, acionaram um *continuum* de explicações essencialistas. Estas explicações sempre naturalizavam os resultados em saúde dos *cadastrados*, como se estes continuassem com aqueles agravos por serem biologicamente, culturalmente e socialmente destinados aos mesmos. Nas entrevistas com esses profissionais, as explicações às desigualdades, que foram reconhecidas como existentes, tendiam a seguir um roteiro comum. Primeiro, eles explicavam as desigualdades por meio da biologia. Alguns, em seguida, mobilizavam explicações comportamentais, tidas como culturais, para os desfechos. Por fim, nas entrevistas, as condições sociais de vida dos usuários eram bem mobilizadas para explicar as diferenças em saúde, especialmente a classe social, os legados da escravidão e discriminação racial fora das Unidades.

Contudo, no decorrer da entrevista, a narrativa sobre condições sociais eram construídas e desconstruídas por eles mesmos, cuja minha análise das formas distintas deles falarem sobre determinação social na saúde me levou a identificar que o social também era privatizado no *cadastrado*. Por isso, argumento que esse grupo de profissionais mobilizou uma tríade de explicações essencialistas às desigualdades raciais em saúde, que variaram entre justificativas biológicas, culturais e sociais.

Como isso foi comum ao grupo de profissionais que mais mobilizaram o repertório de

resistência, dividir a reflexão sobre desigualdades em três pontos (biológico, cultural, social), eu apresento como esse *continuum* essencialista se construiu ao longo das narrativas em entrevistas, intercalado a cenas de campo, quando eles ratificavam essa forma reflexiva mutável, a depender do *caso clínico* que tratavam. Esse processo de tornar, inclusive, reconhecidas condições sociais em algo da esfera privada dos indivíduos, me levou a interpretar que havia pouco espaço para esses profissionais pensarem sobre equidade racial em saúde, quando tudo acaba sendo uma questão da vida privada do usuário.

4.1.2.1. Explicações essencialistas, pela cultura e biologia

Para que os profissionais me fornecessem mais elementos para compreender suas reflexões sobre desigualdades raciais em saúde, eu fazia duas perguntas nas entrevistas, espaçadas entre si: 1) “Você acha que há diferenças entre a saúde de pessoas brancas e negras?”; 2) “As estatísticas indicam algumas doenças que ocorrem mais em pessoas negras. Por exemplo: hipertensão, diabetes, tuberculose, transtornos mentais, mortalidade materna e infantil, anemia falciforme. O que você acha dessa diferença? Por que ela acontece?”. As respostas a essas perguntas me indicavam que os profissionais reconheciam as diferenças em saúde e me forneciam as justificativas para essas disparidades. Por meio da justificativa essencialista cultural, eles associavam comportamentos de cuidado em saúde à raça/cor dos indivíduos, sendo que comportamentos positivos, que geravam melhorias em saúde, estiveram mais atrelados a indivíduos brancos. Na explicação cultural, a raça-classe passou a ser um atributo cultural inato ao sujeito, pois o argumento central foi que brancos saberiam se cuidar mais culturalmente. Inclusive, em todas as reuniões de equipe que participei, explicações culturais foram mobilizadas pelas categorias profissionais ao lidarem com os *casos clínicos*. Especificamente, ao tratarem em reuniões sobre reprodução e violência doméstica, esta era uma explicação bastante recorrente.

Em uma reunião de equipe da Unidade Modelo (UM), eu pude acessar uma dessas explicações culturais dos profissionais em torno de uma questão foco da PNSIPN, a violência doméstica contra mulheres negras. A equipe passava a situação de uma gestante: parda, 15 anos, com um filho de 11 meses, já grávida novamente, casada com um homem pardo, de 54 anos, ex-integrante do tráfico, sofrendo violência doméstica. Suas marcas no corpo, ao chegar para as consultas de pré-natal, revelavam a violência sofrida. Impulsivamente, ao escutar o

caso clínico, eu falei: “mas, isso não seria um caso de abuso a ser notificado?”. A equipe reagiu. “Eu só irei notificar quando ela pedir”, uma profissional (branca) se posicionou. Outro profissional (branco) liderou a explicação sobre as relações afetivo-sexuais no território, que da nossa perspectiva [da dele e minha, segundo o profissional], seriam relações abusivas, mas, no *território*, era bastante comum, *cultural*. Todas as ACS presentes na reunião, moradoras do *território*, concordaram com a explicação do profissional. A opção da equipe foi tentar conscientizar aquela jovem-mulher-negra-gestante-violentada sobre sua situação, no decorrer do pré-natal, para que a mesma percebesse a sua situação abusiva e a denunciasse por si. “Ainda mais ela, que é da Rua do Barro, o estica do tráfico”, complementou uma ACS. Todos estavam com medo de serem abordados pelo marido ex-traficante, na Unidade ou lá no *Barro*.

Essa explicação cultural à situação das mulheres-negras-pobres-gestantes foi compartilhada pela maioria dos profissionais com os quais interagi, independente da Unidade. Na Unidade Precária (UP), em uma das reuniões de equipe, observei uma profissional (branca) pautar a preocupação com o aumento de gravidez entre adolescentes na sua microárea. Depois de passar com a equipe a situação de cada uma das 40 gestantes sob responsabilidade da equipe, a médica (branca) perguntou aos ACS o que eles achavam que estava acontecendo, “será que o nosso planejamento familiar não está funcionando?”. “Elas querem é pegar filho, começar cedo, é uma cultura da comunidade, muito difícil”, opinou o grupo de ACS.

Numa entrevista, uma profissional (branca) justificou que a alimentação de negros favorecia a algumas doenças, especialmente, a hipertensão. Já uma profissional (negra) achava que negros eram mais fortes por comerem mais mocotó, por isso, ficariam menos doentes. Já outra profissional (negra) achou que a incidência de doenças que eu citava ocorria pelo fato dos negros beberem muito. Nesses exemplos, três diferentes categorias profissionais (médica, técnica em enfermagem e ACS), de um mesmo território, mobilizaram comportamentos culturais “inatos” a negros (comer bem, comer mal, beber muito) que resultariam em diferentes estados de saúde, bons (fortes) e ruins (hipertensão).

Negros também “escolheriam” não se prevenir por meio de atividades físicas ou serem “naturalmente” aptos à resistência física. Como no exemplo de narrativa, abaixo, apesar do interesse da profissional em entender mais sobre as diferenças entre a saúde de brancos e negros, e até se aproximar dos profissionais que mobilizavam o repertório do engajamento, no

decorrer das nossas conversas, ela mobilizou, reincidentemente, várias explicações culturais às diferenças em saúde.

Pesquisadora (branca): Você percebe isso nos seus usuários? Sem ter feito o levantamento [de raça/cor dos frequentadores de atividades físicas]. Visualmente, que cor você percebe na atividade física?

Profissional (negra): por incrível que pareça, eu olho, assim, tem mais branco.

Pesquisadora (branca): tanto aqui quanto na outra clínica [a profissional trabalha em duas UBS]?

Profissional (negra): é branco ou pardo. Negro, mesmo, são menos. Engraçado que a maioria, realmente, é negra [os usuários da Unidade]. Não é que as pessoas não tão se autointitulando [negros], eu achava que era isso, que as pessoas, as vezes, é negra, mas não está se autointitulando negra. Mas, não é não, agora, olhando, assim, realmente. Então, onde tá esse indivíduo negro que é da comunidade, mas não tá fazendo exercício físico? Ou porque [ele, negro] não vê importância da atividade, ou ele acha que não tem acesso a isso, ou o problema do negro, até na comunidade, ele tem um nível de escolaridade bem menor de entendimento das coisas. Mesmo sendo branco e negro, dois morando na comunidade, do mesmo nível social, as vezes, o branco entende as coisas com mais facilidade, de querer participar que o negro. Não sei.

(Entrevista, profissional, negra)

A explicação das diferenças de habilidades físicas citadas acima é um exemplo de como já misturavam explicações culturais e biológicas, mas, em outros casos, o essencialismo biológico apareceu em primeiro plano. Assim como as culturais, essas explicações tornavam o biológico um atributo inerente à raça/cor dos indivíduos e, como tal, nada se poderia fazer. Os profissionais da ESF que mais mobilizaram o repertório da resistência não pareciam se incomodar quando eles justificam as disparidades raciais em saúde em termos genéticos. Ao contrário, observei que quando eles explicavam as diferenças por meio de explicações biológicas, ficavam confortáveis em discorrer sobre o tema. Por exemplo, quando eu citava hipertensão e anemia falciforme nas entrevistas, eles me complementavam: “de fato”, “isso é real”, “isso, sim”, “é verdade”, “com certeza”, “quem sou eu para discutir” [a biologia]. Estas eram as doenças “raciais” de cunho genético que eles conheciam por terem aprendido em seus cursos de formação educacional (caso de médicos, enfermeiros, técnicos) ou pela convivência com os médicos (caso de ACS).

Uma profissional (parda) se esforçou em biologizar quase todas as incidências de agravos citadas naquela pergunta da entrevista sobre estatísticas das incidências de agravos. No decorrer da entrevista, ela se dedicou a me explicar diferenças raciais pela fisiologia. Por

exemplo, os remédios que causam mais efeitos colaterais em brancos, envelhecimento em brancos (*viso da pele*), os tumores em brancos. Mas, ela não mencionou agravos em negros. Também, ela não aceitou o dado de mortalidade materna e infantil em mulheres negras, pois não conseguiu atrelar a uma cadeia de fatos biológicos comprovável. Passou a se questionar se os altos níveis de hipertensão em grávidas negras (eclampsia) poderiam gerar a incidência da mortalidade que informei, mas, inconclusivo, para ela.

No final da entrevista, na pergunta aberta²⁹, essa profissional optou por refletir sobre as políticas afirmativas nas universidades brasileiras pela biologia, também. Primeiro, afirmou ser contrária às cotas: “acho uma baita sacanagem”. Depois, esclareceu que entendia as cotas como um mecanismo para manter existente a população negra, não para redistribuição de direitos, pois permitiria que eles seguissem sobrevivendo pela educação. Por fim, ela não resistiu a políticas focalizadas que fossem direcionadas aos portadores de necessidades físicas, pois, naquele caso, havia uma necessidade física visível. A análise do conjunto da narrativa desta profissional, como procedi com os outros profissionais, indicou a importância que eles forneciam às explicações fisiológicas das doenças, apesar da mobilização discursiva de condições sociais, quando falavam sobre a ESF.

No extremo oposto, outro profissional (branco), me chamou a atenção por eu estar usando dados muito ultrapassados ao citar aquelas estatísticas: “existem vieses nestes estudos”. Para ele, a genética pouco explicaria as incidências que eu levei às entrevistas, mas os “fatores sócio-ambientais”. Contudo, ao longo da narrativa dele, identifiquei que ele procedeu com uma privatização das condições sociais de saúde que ele mesmo mobilizava, um processo regular neste grupo de profissionais agenciadores de resistência, como passo a analisar a seguir.

4.1.2.2. Explicação essencialista, pelo social

Levando em consideração as entrevistas com os profissionais que agenciaram repertório de resistência, diante de muita disponibilidade discursiva em falar sobre a ESF (primeira parte do roteiro), pouca para falar sobre “raça” (segunda parte do roteiro) e, ao falar sobre “raça”, mais conforto em mobilizar explicações essencialistas biológicas e esvaziar a “raça” como um determinante social de saúde, eu me dediquei a analisar as abundantes

²⁹ Pergunta: “nossa conversa te remeteu a algum assunto que você gostaria de me relatar?”

explicações sobre a ESF desses profissionais. Meu objetivo foi identificar elementos comuns nas longas narrativas sobre ESF no repertório de resistência que me permitissem entender melhor a escassez de disponibilidade em falar sobre raça e a resistência em pensar uma saúde focalizada, mesmo que eles reconhecessem as diferenças de saúde entre brancos e negros: como e quando esses profissionais se referiam às condições sociais dos *seus cadastrados* ao longo da nossa conversa, e de que forma raça era inserida ou esvaziada dessas condições sociais?

Esses profissionais mobilizaram em suas narrativas princípios protocolares da ESF favoráveis à consideração das condições sociais da saúde, em especial, a *integralidade*. Neste grupo, *integralidade* me foi apresentada em oposição à *fragmentação* do sujeito pelos serviços privados em saúde. Na ESF, o usuário era visto *como um todo* e isto significava que uma equipe multidisciplinar cuidaria do usuário, sem ser necessário encaminhá-lo, inicialmente, para outras *especialidades*, a não ser que fossem complexidades de saúde não possíveis de serem cuidadas pela ESF.

Este era um dos sentidos de *integralidade* deste grupo de profissionais agenciadores do repertório de resistência, uma integração de diferentes profissionais cuidando das diversas necessidades (biológicas e sociais) de um usuário, a partir de um *território*. Este sentido de *integralidade*, eu passei a nomear de “integralidade comunitária”, pois diferia de outro sentido que me era apresentado, ao longo da conversa. O trecho abaixo é típico deste primeiro sentido fornecido à *integralidade*, que surgia mais quando eles falavam, especialmente, sobre a ESF, a partir dos estímulos das perguntas iniciais do roteiro e antes de começarmos a conversar sobre os *cadastrados*.

Pesquisadora (branca): você falou que, a Saúde da Família, você se encantou, como tivesse se encontrado dentro da [categoria profissional]. Por quê?

Profissional (branca): porque é um cuidado abrangente, que cê não fica vendo só sintoma, captando sintoma, você vê a história. Muitas vezes, como enrolo muito e acabo saindo tarde, justamente, por isso, porque eu acabo me envolvendo com a história da pessoa, questões psicológicas, familiares, educacionais. Então, eu gosto dessa coisa de atender como um todo, de ver a pessoa como um todo. Isso daí me encanta.

(Entrevistada, profissional, branca)

O momento em que observei o sentido de *integralidade* mudar e passar a significar privatização e responsabilização das condições sociais foi quando conversávamos sobre os perfis de *cadastrados* nas Unidades. A conversa específica sobre *cadastrados* ocorria, ainda,

na primeira parte da entrevista, antes de eles serem motivados, por mim, a falarem sobre “raça”. Dentro do tema “cadastrados”, primeiro, eu pedia para os profissionais me falarem sobre *seus cadastrados*, de forma ampla. Depois, eu ofertava aos profissionais para refletirem uma classificação nativa já observada em outras pesquisas sobre a ESF no Brasil (Lotta, 2015, 2017)³⁰, entre “cadastrados difíceis” e “cadastrados fáceis”. Nesse ponto de reflexão sobre essa classificação de usuários forçada por mim, o sentido da integralidade *como um todo* cedeu espaço para um sentido privatista das condições sociais dos usuários. A *integralidade*, antes comunitária, virava “integralidade privatista”.

Esse grupo de profissionais que mais mobilizou o repertório de resistência à focalização, eles toparam alocar os *cadastrados* entre essas duas classificações sem hesitação ou grandes reservas. Quando nos afastamos das perguntas que os incentivavam a falar sobre a ESF³¹, quando imperou a narrativa da integralidade *como um todo*, e passamos a conversar sobre os *cadastrados difíceis e fáceis*³², surgiram as explicações essencialistas das condições de saúde pelo social. Essas explicações eram justificadas pela biologia da doença, ou pela culpabilização das escolhas de cuidado dos *cadastrados* tidas como individuais, especialmente, no caso dos *difíceis*, apesar das condições sociais de saúde deles serem reconhecidas como determinantes sociais da saúde.

Nesse processo de privatizar as condições sociais de saúde, o estado dos *cadastrados* passava a ser compreendido mais a partir das suas escolhas individuais e das influências familiares, não mais pelas condições sociais de saúde previstas na *integralidade como um todo*, a exemplo dos efeitos territoriais e de classe, que os profissionais tanto mobilizavam, por meio da “integralidade comunitária”, que nunca incluiu elementos raciais.

Identifiquei que esses profissionais construíram a categoria dos *fáceis* como um tipo

³⁰ Lotta (2015; 2017) tem se dedicado a analisar os sentidos fornecidos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) às categorias formais e informais da ESF, que permitem que os serviços aconteçam, ou não, aos usuários. Foi num momento mais recente de novas questões de pesquisa de Lotta que eu a conheci, enquanto eu realizava o campo de pesquisa desta tese, e Lotta voltava ao seu campo para observar a ESF a partir das categorizações, um encontro possível pela rede de pesquisadores sobre políticas e reprodução de desigualdades, construída por Roberto Pires (IPEA). Nesse feliz e prazeroso encontro com Lotta, esta me orientava a prestar atenção às categorias informais da ESF que ela estava identificando, no contexto do Ceará e de São Paulo, a mobilização de categorias como: *cadastrados difíceis, não aderentes, problemáticos*. A partir desse compartilhamento de campo com Lotta, eu passei a observar mais a mobilização dessas categorias nativas, entre os profissionais das unidades que eu pesquisava e, também, decidi incluir a pergunta específica sobre *difíceis e fáceis* no roteiro de entrevista.

³¹ Perguntas: “Porque você escolheu essa profissão, de X [profissão]?”, “Como tem sido a sua experiência de trabalho aqui na Clínica/Centro X?”, “O que você mais gosta e menos gosta no seu cotidiano de trabalho aqui?”, “O que é para você ser um X (Ocupação: ACS, Técnico, Médico, Dentista, etc) da ESF do SUS?”

³² Perguntas: “Me fala um pouco sobre os seus cadastrados. Existem cadastrados mais difíceis para cuidar da saúde? Por quê? Quais cadastrados são mais fáceis para cuidar da saúde?”

idealizado de *cadastrado* da ESF: o que entende as prescrições dos remédios, as demais orientações de cuidado, o funcionamento daquelas burocracias, os que não reclamam dos expedientes e das regras da ESF, os que comparecem às consultas com todos os exames feitos, o que se cuidam, o que aderem ao tratamento. Na ilustração desse tipo ideal, o *idoso* foi o exemplo mais citado, mas o idoso sem demência.

Ao construírem os *cadastrados difíceis*, esse grupo de profissionais os ilustrava por meio de mulheres, pobres, idosos-demenciados, pacientes psiquiátricos, moradores de rua e os tuberculosos. Os *difíceis* tinham o comportamento oposto ao dos *fáceis*: não entendiam orientações de cuidado, não entendiam expedientes e regras da ESF, reclamavam, sempre estavam na Unidade, demandavam muito dos profissionais, não sabiam dialogar com os profissionais, eram agressivos, não aderiam ao tratamento, não sabiam se cuidar.

Quando conversávamos, especificamente, sobre esses tipos nativos de *cadastrados*, a consideração sobre a influência das condições sociais da saúde, que apareciam na perspectiva de “integralidade comunitária”, foi menos acionada para explicar os obstáculos dos cuidados em saúde. Nessa transição discursiva, a explicação da dificuldade em se cuidar não recaiu tanto no condicionante social, mas nos comportamentos considerados inadequados perante aquela burocracia. Para esses profissionais, era este comportamento *difícil*, tido como individual e não mais social, que explicava a *falta de aderência* aos cuidados dos *cadastrados difíceis*, apesar dos profissionais reconhecerem as condições sociais às quais os usuários *difíceis* estavam submetidos.

Os profissionais lamentavam a *não aderência* dos *cadastrados difíceis* ao tratamento prescrito e aos demais serviços da ESF pela incapacidade deles ultrapassarem as suas condições familiares e territoriais. A explicação do ruim estado de saúde acabava recaindo, em última instância, no indivíduo, o que Lotta (2017) tem caracterizado como “casos de insucesso”, pela perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ao final, era o usuário que passava a ser culpado por não aderir ao tratamento/serviços ou por não conseguir mudar o quadro de sua saúde, mesmo que o profissional reconhecesse a situação vulnerável ao redor do *cadastrado*. O argumento final mobilizado por esses profissionais era que o *cadastrado* não conseguia ultrapassar as suas condições de vulnerabilidade para se cuidar: não se esforçavam o suficiente para irem às consultas, para entenderem o que o médico orientava, para cumprirem com as regras daquela burocracia. Mas, os *difíceis* eram elevados a *fáceis* quando se transformavam num tipo ideal. Se o *cadastrado* cumprisse os requisitos do bom

comportamento perante aquela forma de cuidar e alcançasse boas condições de saúde, ele era alçado à condição de um cadastrado *fácil*.

Foi essa forma mutável de fornecer sentidos à *integralidade*, uma das tecnologias da ESF para lidar com a determinação social na saúde, sentido que ora coletivizava a condição social, ora a privatizava no *cadastrado*, que me levou a identificar um processo de naturalização dos efeitos da classe, do território, dos legados da escravidão, ao longo das narrativas sobre *cadastrados*. O conjunto de condicionantes sociais, a *vulnerabilidade*, que foi sempre desracializada por esses profissionais que mais mobilizaram o repertório da resistência à focalização, continuava central para eles explicarem os estados de saúde daqueles que cuidavam, mas, agora, estados associados à incapacidade do usuário em ultrapassá-los.

A explicação das diferenças das condições de saúde entre os *difíceis* e *fáceis* passou a ser essencializada por este grupo de profissionais no próprio *cadastrado*. Da forma como cada tipo me era apresentado, eu identificava que *cadastrados fáceis* eram os com bons estados de saúde em função das estruturas de oportunidades que já vivenciavam, que os possibilitavam se cuidar e se comportar perante a ESF da forma como os profissionais desejavam. Os *cadastrados difíceis* eram, no fundo, os com péssimos estados de saúde em função das precárias estruturas de oportunidades de vida que possuíam. No caso dos *difíceis*, estes eram culpabilizados pelos profissionais pelo estado de saúde ruim e responsabilizados por melhorar suas condições de saúde.

Por isso, interpretei que ocorria uma essencialização das condições sociais de saúde, pelo social, quando o sentido de *integralidade* mudava de comunitária, onde todos são responsáveis, para privatista, onde o cadastrado é responsável pela sua condição de saúde. Como numa perspectiva biológica de saúde, a condição de saúde passou a ser individualizada e não mais coletivizada. Uma mudança de sentido que variava em função do perfil do *cadastrado*, se passível de ser alocado à *difícil* ou *fácil*.

Abaixo, eu deixo trechos típicos da narrativa da “integralidade privatista”, de diferentes categorias profissionais e Unidades, momentos discursivos quando o sentido da *integralidade* virava privatista, e, conseqüentemente, o *cadastrado* era culpabilizado e recebia a cunha de *difícil*. Em função desse processo mutável de sentido e da disposição dos profissionais em me esclarecem os *difíceis*, estes trechos ilustrativos são um pouco mais longos que os referentes à “integralidade comunitária”.

Pesquisadora (branca): existem alunos mais difíceis e alunos mais fáceis para cuidar da saúde?

Profissional (negra): tem, mas, assim, você quer que eu dê um exemplo de um aluno?

Pesquisadora (branca): um caso, sim. Ou, você pode virar pra mim e falar que não vê.

Profissional (negra): mas, tem, uns bem mais difíceis, de querer aceitar a correção, a medicação, tem aluno, então, que não, tem que tomar remédio antes de fazer o exercício, tem que tomar, hipertenso tem que sair de casa com a medicação tomada: “não, mas se eu tomar, vou fazer xixi enquanto eu faço aula, é assim mesmo, já to acostumado, não, minha pressão nem é essa (17/10), tá até baixa hoje” [ela simula a fala de um cadastrado]. Tem uns alunos que são difíceis, vai fazer exercício sem comer: “não como nada de manhã, só como depois” [idem]. Vem fazer exercício de chinelo, não pode. Eles são difíceis de lidar, de mudar o hábito, de aceitar o que é correto.

Pesquisadora (branca): Só pode usar os aparelhos de tênis?

Profissional (negra): ou sapatinho fechado, no máximo. Porque, primeiro, para te proteger, não ficar de chinelo, se põe o pé por baixo de um aparelho, vai ficar ali forçando aquela parte do pé.

Pesquisadora (branca): descalço, também, não?

Profissional (negra): não. Além de tudo, minimiza o impacto. Seria ideal o tênis, mas, sei que nem todo mundo tem tênis, né? Mas, aí, a gente esbarra com essa realidade, né? Mas, “senhora, um sapatinho fechado”. “Mas, eu não tenho sapatinho fechado” [simula a fala da cadastrada]. “Mas, assim, de chinelo, não é bom”. Ainda mais quando é exercício de caminhada, não vai. Infelizmente, não vai poder ir. O impacto da caminhada vai estressar. Tem coisas que o exercício físico se torna discriminador.

(Entrevista, profissional, negra)

Pesquisadora (branca): você acha que tem cadastrados mais fáceis e mais difíceis para cuidar da saúde?

Profissional (branco, da UM): sempre.

Pesquisadora (branca): por quê?

Profissional (branco): acho que, não sei te dizer o porquê, acho que tem pessoas que tem, não sei se tem mais entendimento, sabem mais dos seus direitos e conseguem ter um cuidado melhor. Tem aquelas pessoas que você, tem muita população, percebi quando eu vim pra cá, também, com analfabetismo, assim. A pessoa não consegue entender uma receita, não consegue compreender uma situação. Se você não abordar isso, vai passar, a pessoas vai embora com aquilo ali, não tem coragem de falar, é uma situação que a gente tem, isso é uma coisa que é difícil da pessoa aderir. Tem aquelas pessoas mais difíceis no sentido de quer demandar muito do serviço de saúde, do profissional, achar que o profissional é capaz de resolver tudo, tudo da vida dela, naquele momento que ela quer. Essa é uma das coisas mais difíceis. Mas, quando você vai, também, mais aprofundado em cima disso, você vê que tem uma agenda oculta, outras coisas ali por trás daquilo, fazendo com que a pessoa venha aqui. O serviço de saúde é onde ele tem espaço para poder trazer, mesmo que inconscientemente, essas questões. Se a gente também não abordar, vai ficar sempre vindo aqui. Uma das estratégias que a gente até adotou, que a gente chama lei dos cuidados inversos, que, às vezes, a gente dá acesso a muitas pessoas que não tão precisando, fica aqui todo dia, toda hora, e aqueles que precisam, a gente

acaba não olhando, porque é tão demandado por essas pessoas que estão aqui e tal e aí é aquele que mais precisa de cuidado. A gente faz a lei dos cuidados inversos, a gente dá cuidado muito a quem pouco precisa e, quem muito precisa, a gente, às vezes, não consegue olhar. Então a gente começa, uma das discussões, a gente teve uma reunião técnica, a Odonto falou: “ah, não aguento mais aquela pessoa”. O médico falou: “ah, não aguento mais aquela pessoa”. Fizemos uma visita domiciliar na casa dela. Começou a dar um outro olhar, outro enfoque. Conseguimos incluir ela em grupos e tal. Aí você modifica esse processo. A pessoa já não é mais um problema na unidade. Dar atenção para as questões que ela tinha ali na casa dela. Acho que era isso que ela queria. Então, acho que é difícil definir o que é difícil, o que é fácil.

(Entrevista, profissional, branco)

Pesquisadora (branca): Quem seriam os usuários mais problemáticos pra você, pra cuidar da saúde?

Profissional (negra): Eu acho que os mais problemáticos, talvez, não sejam nem as crianças, mas as mães. [risos]

Pesquisadora (branca): As mães?

Profissional (negra): Porque é pra acompanhar as crianças. Mas, por quê? É assim, tem mães que tem quatro, cinco filhos. Então, elas querem uma marcação pra quatro, cinco filhos de uma vez, e geralmente, a gente não consegue isso. Então, a gente marca em datas separadas, e elas não vem pra aquele filho, vem em um, mas não vem pro outro.

Pesquisadora (branca): Como é que o filho vem?

Profissional (negra): Não vem, entendeu? Vem em um e não vem pro outro. Aí, chega uma hora, que aquele lá que já devia ter sido atendido precisa, e, aí, ele não está marcado e ela vem na demanda. Mas, “por que você não vem no dia da consulta?” [ela simula perguntar à cadastrada]. “Ah, eu não podia” [ela simula a resposta da cadastrada]. Entendeu? Eu acho que esse é um processo muito grande aqui dentro ainda.

Pesquisadora (branca): Então, as mães, pra você, são mais problemáticas que os tuberculosos?

Profissional (negra): Mais problemáticas que os tuberculosos. Apesar de que, eu tô falando, a questão da tuberculose, que eu não gosto, é esse processo de eu ter que ficar indo todos os dias na residência da pessoa, porque gera todas as coisas que eu citei, mas, ainda assim, que eu já tive, vamô bota aí, uns dez tuberculosos e eu tive problema com um.

(Entrevista, profissional, negra)

A consideração das condições sociais do *cadastrado* mudou tanto de perspectiva ao longo da entrevista que lidar com as condições sociais dele foi revelado como um incômodo, ou obstáculo, ou algo evitável, ou impossível de resolver. À pergunta sobre o que menos gostavam na profissão dentro da ESF, questões relacionadas ao território (ex.: violência), as condições materiais de trabalho (ex.: estrutura física, materiais, profissionais), processos de trabalho (demanda livre, preenchimento do sistema de informação, bater metas) e o *cadastrado difícil*, foram as indicações do que menos gostavam no cotidiano profissional.

Alguns profissionais, na impossibilidade de lidar com as condições sociais, ofereciam a *escuta* (ilustrado por dois trechos abaixo) uma espécie de psicologização do sofrimento social contínuo do usuário. Interpretei a *escuta* como uma solução terapêutica aos problemas sociais daqueles usuários. Por exemplo, como “não há remédio” (profissional, branca) para a violência doméstica, se oferece a escuta aos dilemas sociais. Não estou desconsiderando o efeito psicológico desse processo de escuta da ESF. Dona Angélica (descrita neste capítulo, abaixo), por exemplo, gostava muito de ir à Unidade conversar com os profissionais, pois se sentia bem, acolhida e cuidada. Contudo, se a escuta aliviava todos, essa estratégia não mudava as condições estruturais daqueles usuários, naqueles territórios. Aos usuários, promovia a oportunidade de serem tratados de forma menos hierárquica pelos profissionais da saúde, eram ouvidos e levados em consideração no tratamento. Aos profissionais, isso diminuía o sentimento de culpa pela situação estrutural daqueles usuários, aliviando um pouco os processos de adoecimento mental por trabalharem na ponta. “Não resolvo, mas te escuto”, esse era um lema da ESF.

Nessa situação, hoje, ela [usuária] resolveu falar com a residente que sofreu violência [doméstica], que não sei o quê. Ela [residente]: “mas, eu não sei o que fazer, porque não tem um remédio”. Não, não tem um remédio. Agora, é a escuta, é abordar isso, trazer esse campo pro nosso lado”.

(Entrevista, profissional, branco)

Muitas das vezes, não somos reconhecidos, nem profissionalmente, aqui dentro, nem lá fora. O cadastrado não entende, trata a gente com grosseria, xinga, fala alto, não respeita. Até mesmo para ser maltratada eu gosto. Eu paro, eu escuto, porque, às vezes, também, é por fala de educação, mas, também, é por um certo desespero. A gente vê a pessoa passar pela situação e a gente não pode fazer nada, entende? Eles tão precisando, tão até com a razão, porque tá batendo em várias portas, já vi isso, encontram tudo fechado, chega aqui, também, a gente já não tem nada pra oferecer e, muitas vezes, essas pessoas se desesperam. Acha que a gente entende, quer botar pra fora aquilo. Então, fazer o quê, né?

(Entrevista, profissional negra)

A partir desse *continuum* de explicações essencialistas às desigualdades sociais em saúde, que variou da justificativa biológica à “integralidade privatista”, esse grupo de profissionais, que mais mobilizou o repertório de resistência à ideia de focalização da saúde em negros, não mencionou “espontaneamente” a raça como explicação às condições de saúde quando conversávamos na primeira fase da entrevista, animadas por perguntas que os estimulavam a falar sobre a ESF. Também, nem na segunda parte da entrevista, quando

diretamente provocados a falarem sobre desigualdades raciais e a PNSIPN, que foi negada ou duvidada. Poucos profissionais mencionaram palavras raciais na parte da entrevista sobre ESF: branco, negro, raça, racismo. Os poucos que fizeram, foram para negar que eram racistas.

Esse grupo de profissionais reconhecerem as diferenças em saúde entre brancos e negros, mobilizaram explicações sociais para essas desigualdades, principalmente, a classe, os legados da escravidão e discriminação racial fora das unidades onde trabalhavam. Mas, ao analisar como a narrativa desses profissionais sobre condições sociais foram construídas e desconstruídas ao longo das nossas conversas, eu identifiquei que o social acabava sendo privatizado no *cadastrado*. Por isso, eu argumento que a forma de usar a explicação social às desigualdades, pelos profissionais que mobilizaram o repertório resistente à focalização, tornava o social, sempre desracializado, e tão essencialista quanto as explicações culturais e biológicas. Foi esse processo de tornar condições sociais em características privadas aos indivíduos que interpretei como privatização de condições sociais, e, ao privatizar o social, observei pouco espaço para agenciar repertórios de engajamento a uma proposta de saúde focalizada, haja vista que, no fundo, as condições sociais eram um problema a ser resolvido privativamente pelo *cadastrado*.

4.1.3. Gerindo: “eu não vou parar por causa de uma raça”

Mesmo reconhecendo diferenças entre a saúde de brancos e negros, desde que negros-pobres, esse grupo de profissionais que agenciaram a resistência não aceitava uma ação de Estado específica para intervir nessas diferenças raciais reconhecidas. Gerir a saúde de negros a partir da focalização era uma ação tida como racista ao qual eles não aderiam, uma política entendida como atendimento privilegiado a negros, em detrimento de brancos. A interpretação da focalização como uma ação estatal racista para este grupo de profissionais já tinha sido observada quando eles reagiam à minha presença nas Unidades, conforme descrito na seção 4.1.1. Nas entrevistas, isso se repetiu, a começar pelas primeiras perguntas que conduziam a conversa sobre raça (a segunda parte do roteiro das entrevistas).

Expedientes banais da focalização não me foram relatados por este grupo de profissionais. Além de não associarem nenhuma ação cotidiana em suas Unidades à focalização, nem o preenchimento do quesito raça/cor, eles defendiam que, na possibilidade

de existência de ações para a saúde da população negra, isso seria racista, pois compreendido como discriminar negros ou discriminar brancos. Um dia, uma profissional (branca) me demonstrou, mais uma vez, seu incômodo com uma prática de gabinete da focalização, ao receber no *whatsapp* da sua equipe, um aviso de seminário sobre saúde da população negra no Rio de Janeiro: “falei, vai dar quizumba, mas, passou batido”.

O princípio do universalismo do SUS era bem acionado pelos profissionais quando conversávamos sobre ações possíveis de focalização, me indicando que tipo de gestão deveria prevalecer na saúde pública, uma saúde *para todos*: “acho discriminatório [ações focalizadas]”, “não, apenas universais [ações na Unidade]”, “são para todos [idem]”. Neste grupo de profissionais, princípios de equidade e universalismo eram pensados como opostos. Contudo, quando eles mencionavam outros tipos de focalização, como mulheres, jovens, portadores de necessidades especiais, não havia incômodo em propor ações focalizadas. Apesar desses profissionais já atuarem por focalizações, por meio das *Linhas de Cuidado*, a aceitação de novos expedientes focalizados na “raça” não eram aceitos, não eram biológicos o suficiente, ou culturais o suficiente, ou correspondentes aos ciclos de vida, como foram socializados na ESF.

Houve resistência à possibilidade de práticas estatais cotidianas racialmente focalizadas e, também, resistência ao único expediente corriqueiro da PNSIPN existente nas Unidades, o preenchimento do quesito raça/cor. No meu processo de identificar o silêncio organizacional em relação à raça, observar o preenchimento silencioso do quesito na interação com o usuário e a ausência do mesmo nos diagnósticos feitos nas Unidades, esses foram momentos-chaves para a minha compreensão do silêncio, como analisado no capítulo anterior. Nas entrevistas, novamente, a pergunta sobre o quesito que motivava os profissionais a me fornecerem reflexões sobre essa prática da focalização³³ ratificava mais uma vez a resistência à intervenção estatal focalizada por meio de tecnologias de governança locais. Passou a ocorrer, no decorrer das entrevistas, uma repetição discursiva da resistência às práticas banais. A partir do tema quesito raça/cor, eles escolheram falar mais sobre: a inconsistência classificatória racial dos usuários, o incômodo em lidar com o preenchimento por considerar racista, e o desuso do mesmo por não perceberem utilidade dele em seus processos de trabalho, nem em diagnosticar diferenças.

³³ Pergunta: “Os profissionais da Clínica/Centro X foram demandados a preencher a raça/cor dos usuários em diversos documentos. O que você achou dessa demanda?”

Sem terem relatos do uso desse expediente em seus cotidianos, essa parte da entrevista definida, por mim, para explorar a prática da coleta, foi amplamente dedicada, pelos profissionais, a explorarem a *confusão* racial dos usuários, pois eles queriam falar da inconsistência classificatória, ou o quanto o usuário não sabia se classificar racialmente. A partir da narração dos casos tidos como inconsistentes, foi possível analisar o conhecimento social desses profissionais de quem é negro e branco no Brasil. Com base na disposição discursiva para falar sobre inconsistência classificatória, foi possível levantar algumas formas desse grupo lidar com o preenchimento do quesito raça/cor: 1) pelo silêncio via heteroclassificação, 2) pela pergunta ao usuário via autodeclaração, 3) pela negociação entre usuário e profissional na escolha do box racial, 4) pela negação em preencher.

Quando me era informado que o próprio profissional quem classificava, pelo incômodo em perguntar, eu explorava como eles classificavam. A minha pergunta soava estranha e a resposta deles óbvia, como na cena das Estatísticas Silenciosas (capítulo 3). Eles se utilizavam da cor da pele, quanto mais *escuro*, marcavam preto, quanto mais *claro*, marcavam pardo, e brancos, eles nunca tinham dúvidas. “Menina, tú é branca da cabeça aos pés”, uma profissional (parda) interpelou uma *cadastrada*, quando esta não sabia o que responder àquela quando foi questionada para preencher o dado no Sistema de Informação.

Eu perguntava, também, se o profissional lembrava como foi a reação da equipe quando o preenchimento do quesito passou a ser obrigatório nas Unidades. Quase ninguém tinha memória desse momento, nem uma situação específica para me relatar (a exceção foi Maria, descrita no capítulo anterior, que ficou furiosa com o novo expediente). No geral, “não houve burburinho” (profissional, branca), como me relatou uma profissional da prefeitura que monitorava uma das Unidades, me indicando que isso nunca foi um problema, pois problema era conseguir o CPF do usuário, já que tinha que perguntar e os *cadastrados* odiavam fornecê-lo.

Aos ACS, os primeiros a lidarem com o preenchimento do quesito, a estratégia silenciosa em coletar o dado foi a escolhida para lidar com o incômodo da obrigatoriedade do preenchimento, indicada pelo asterisco vermelho na tela do computador, impedindo que a ficha A do *cadastrado* continuasse a ser preenchida se eles não escolhessem um box racial. Como me revelou um profissional (branco), quando eu o acompanhava preenchendo um sistema de informações específicas sobre vacinas, com obrigatoriedade da informação racial:

“eu não vou parar por causa de uma raça”. Se ele não tivesse a informação em fichas, ele perguntava aos ACS dos usuários, ou preenchia pardo.

O fato desse expediente não ter provocado públicos descontentamentos nas equipes, ou não ter gerado transtornos no cotidiano de trabalho dos profissionais, não significava ausência de afetos ao lidar com o mesmo. Esse grupo de profissionais se incomodava com a prática. “Eu não sei o quanto é ruim falar com uma pessoa [que ela é parda ou preta], eu tenho, pra mim, que não deve ser uma coisa muito agradável, fica pesado, eu acho” (profissional, branca). Outro profissional (negro), que não lidava com documentos que tinham essa informação, afirmou que “vai dar problema”, na possibilidade dele ter que fazer o preenchimento. O incômodo era tanto que apenas encontrei um quadro de campanha municipal, incentivando os usuários a se autodeclarem, dentro de uma sala de Raio-X; ninguém via.

Nesse grupo de profissionais havia desuso de informações advindas desse quesito. Como analisado no capítulo dos Silêncios, esses profissionais não sabiam o que fazer com essa tecnologia de governança, ela não era utilizada para diagnosticar condições sociais da saúde nas Unidades, mas para bater uma meta definida pela prefeitura. Esses profissionais lembravam que esse item era uma meta monitorada e que deveria ser apresentada nas reuniões de *Accountability*. Era durante a preparação para a reunião que este expediente ganhava alguma atenção dos profissionais, inclusive, com relatos sobre mutirão para preencher o dado pela heteroclassificação e cumprir a meta junto à *gestão*. No dia a dia, eu nunca observei o item ser utilizado pelas equipes, pelos gestores, pelos residentes, pelos universitários que circulavam pelas Unidades.

Muitos faziam questão de rejeitá-lo, nem utilizar, nem perguntar, nem preencher, se o sistema permitisse, por considerá-lo racista. Por exemplo, numa reunião entre responsáveis técnicos da Unidade, os profissionais presentes repassavam entre si a forma de preencher certos dados, num determinado sistema de informações, em função de novas orientações dos *da gestão*. Uma profissional (branca) apontou para a necessidade de preenchimento do quesito raça/cor. Ninguém deu bola. A principal responsável presente desencorajou, pois o dado não era obrigatório naquele sistema e havia outros que a Prefeitura cobraria, não o quesito raça/cor.

Esses profissionais resistiram às possibilidades de ações cotidianas focalizadas na saúde de negros e à prática existente da coleta raça/cor, sem saberem da já existência de uma

política pública institucionalizada e regulamentada pelo Estado. Havia completo desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNISPN). Falar sobre a PNSIPN foi o momento mais veloz da entrevista, quando eu explorava o conhecimento sobre a Política por meio de um conjunto de três perguntas “Você já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Você já foi capacitado para lidar com esse tema, Saúde da População Negra? Já soube de alguma capacitação que um colega seu tenha feito sobre o tema?”. Eles respondiam em segundos: não, não, não. Em seguida, não havia muito a dizer. Nenhuma crítica à Política, nenhuma capacitação para relatar, nenhum colega falando sobre, nenhuma ação que os remetesse ao tema, nem o quesito raça/cor. Silêncio.

4.2. Repertório de engajamento à saúde da população negra

Um conjunto de oito profissionais mobilizou, majoritariamente, engajamento à existência cotidiana de uma saúde pública racialmente focalizada, em função de reações ao tema, explicações sobre desigualdades raciais em saúde e acionamento de práticas de focalização opostas ao do grupo de profissionais que mais mobilizou um repertório de resistência à focalização. Comparativamente a este grupo, os profissionais com repertório de engajamento: não negaram o tema da pesquisa quando se depararam comigo, não a ironizaram, não se sentiram diminuídos racialmente por conversarmos sobre raça, não me alocaram às favelas cariocas, não associaram focalização a uma ação racista de Estado, não se defenderam de uma suposta acusação de preconceito racial ao me conhecerem, não explicaram desigualdades sócio-raciais por meio de essencialismos, não se incomodaram com expedientes cotidianos da focalização (a exemplo do quesito), não interditaram ações de equidade racial de outros profissionais, não mobilizaram o silêncio, mas tentaram trincá-lo.

Esses profissionais trabalhavam distribuídos entre as unidades Modelo (UM) e Precária (UP). Eu não encontrei profissionais engajados na Unidade Central (UC), conforme os elementos listados acima. Em relação à raça/cor, sete eram negros e um branco. Em relação ao nível educacional, sete tinham ensino superior e um ensino médio. Suas categorias profissionais variavam entre: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Médicos, Assistentes Sociais, Dentistas e Psicólogos.

Além de mobilizarem um repertório de ação oposto à resistência, há três outras características comuns ao grupo de profissionais que mobilizaram engajamento: o gênero, a trajetória de vida e o uso de ações individuais da focalização, não as protocolares da PNSIPN. A maioria eram mulheres: seis mulheres negras, uma mulher branca, um homem negro. Todos os profissionais negros possuíam algum percurso da vida marcado por uma experiência com a militância dos movimentos negros, de diferentes gerações. Por experiência com a militância quero dizer que esses profissionais não eram, nem foram, militantes de organizações dos movimentos negros, mas tinham contato com ações produzidas pelos movimentos negros, ou tinham se beneficiado diretamente das políticas públicas construídas pelos movimentos negros na relação com o Estado pós-redemocratização.

Por exemplo, dos sete profissionais negros engajados, dois profissionais, os com faixa etária entre 40 e 50 anos, tinham parentes ou amigos diretamente envolvidos nas organizações dos movimentos negros. Na relação com um desses profissionais, a contradição entre as formas de ação entre as diferentes gerações de militância negra ficou explícita. Após duas sessões de entrevista com um profissional, este me solicitou fazer a entrevista com sua filha, uma jovem universitária, cursando medicina, pois quando ele conversou com a filha sobre as perguntas da entrevista, ele me informou que sua filha respondeu diferente, até melhor que ele, segundo avaliação do profissional. A conversa com a filha o fez repensar suas respostas, especialmente, diante de uma pesquisadora branca. Esse profissional avaliou que a nova geração de jovens negros era mais legítima que a dele para falar sobre raça. Naquela interação, eu estava diante não mais de um profissional da saúde pública, mas de um pai negro preocupado com os dilemas raciais que a filha vivenciava na universidade em período de políticas afirmativas, como me confessara ao final desta conversa: a demanda por atuação política onipresente, por alto desempenho em sala, por assumir uma identidade africana, sendo uma família de protestantes. Diante do pedido do profissional, eu me neguei a fazer a entrevista com a filha e enviei, por e-mail, o roteiro de perguntas (anexo) para que ele e a filha continuassem a conversa mais sobre os temas da entrevista, sem a minha interferência.

Os outros cinco profissionais negros, com faixa etária até 40 anos, tinham diferentes relações com os movimentos negros, apesar do ciclo de vida etário comum. Destes cinco, duas profissionais tinham vivido experiências de beneficiárias de políticas afirmativas no ensino superior, numa prestigiada universidade carioca. Essa trajetória as levou a me relatarem vivências similares antes do ingresso à universidade e durante a universidade. A

experiência de vida destas duas profissionais é de ascendência social pelo ensino superior, após diversas profissões de ensino médio na área de serviços que encararam até se graduarem e se tornarem da ESF. Quando eu perguntava a elas o que faziam antes de trabalharem na ESF, eu obtinha um longo relato das suas experiências de trabalho anteriores, paralelas à dedicação de conclusão do ensino superior.

Destes cinco profissionais negros mais jovens, outras três profissionais não alcançaram o ensino superior por meio de políticas afirmativas. É interessante observar que suas trajetórias de vida anteriores foram bem distintas das duas profissionais acima descritas, em função da classe social. O percurso de vida destas duas profissionais negras de classe média-alta é similar ao percurso narrado por vários profissionais com ensino superior que mobilizaram o repertório da resistência à focalização. Antes de se tornarem profissionais da ESF, elas se dedicaram, exclusivamente, aos estudos. A minha pergunta sobre o que elas faziam antes de serem médicas, assistentes sociais, dentistas ou psicólogas não fazia muito sentido a elas, soava estranha, como para os profissionais resistentes: “Como assim? Eu era adolescente, estudava”.

Há época das nossas interações, a experiência desses oito profissionais (negros e branca) com a militância negra era: por meio do acompanhamento virtual das ações das organizações dos movimentos negros (as clássicas organizações de mulheres negras, como Criola e Gelédes foram bastante citadas), pela participação em grupos de *whatsapp* de profissionais negros das suas respectivas categorias profissionais (Médicos, Assistentes Sociais, Dentistas e Psicólogos), da filiação às religiões de matriz africana e evangélicas, de terem amigos dentro dos movimentos negros. Era por meio desses circuitos que essas profissionais se relacionavam com ações do movimento negro organizado no campo da saúde pública. A única profissional de ensino médio deste grupo relatou seu envolvimento com eventos da militância negra por morar próximo ao campus de uma universidade pública de prestígio carioca, onde ela fez um curso de longa duração, por um ano, sobre história africana.

A partir das trajetórias de vida desses oito profissionais engajados que me foram relatadas, observo que, em algum momento desse percurso, até se tornarem profissionais da ESF, eles tiveram contato com ações da militância negra, não necessariamente militando em organizações, que os fizeram refletir sobre suas condições raciais na sociedade brasileira, processo reflexivo que se estendeu às suas vidas profissionais dentro da ESF.

Isso me leva ao terceiro ponto comum a esses profissionais engajados, as ações

individualizadas. As ações cotidianas que observei esses profissionais mobilizarem para trincarem o silêncio sobre a interface entre saúde e raça, tentando inserir perspectivas de equidade racial em saúde dentro da ESF, não foram orientadas pelos protocolos da PNSIPN, mas pelos seus circuitos de relação com ações dos movimentos negros. Eles faziam o que achavam que era equitativo na saúde pública a partir do que aprenderam em suas trajetórias racializadas e reflexivamente compreendidas como racializadas.

Uma profissional me relatou, no primeiro dia em que me conheceu, que um grupo de profissionais negros da Unidade Modelo (UM), nem todos mais trabalhando na UM, começaram a discutir assiduamente sobre a saúde da população negra. Após a decisão entre eles que precisavam avançar no tema dentro da Unidade, eles marcaram um encontro com representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para se orientarem em como procederem. A representante *da gestão*, extremamente receptiva ao grupo, respondeu: “comecem”. Esse grupo de profissionais negros voltou para a Unidade sem saber o que fazer, pois nenhuma orientação operacional lhes foi passada. Na ausência de protocolos estatais cotidianos da ESF, eles continuaram a fazer o que achavam que era focalização, individualmente: tratar com mais carinho e atenção usuários negros, sublinhar a cor dos *casos clínicos* tratados em equipes – “vejam, essa é uma mulher negra”, conversar sobre racismo com usuários, sensibilizar equipes a temas centrais da PNSIPN (exemplo: violência doméstica), mesmo que não se referissem aos mesmos como da Política.

Na medida em que eu conversava com os profissionais que mais mobilizaram o repertório de engajamento, ficava mais claro o poder da ausência das práticas ordinárias da focalização na ESF para que aquela, minimamente, ocorresse nas Unidades. Se esses profissionais não silenciavam as desigualdades raciais em saúde, eles, também, não sabiam como gestar a focalização a partir do dia a dia da ESF, segundo suas profissões. Nesse processo de construção cotidiana de práticas individuais da focalização, esses profissionais engajados tiveram pouca influência dos protocolos da PNSIPN.

Na observação da vida cotidiana das burocracias da ESF que pesquisei, esses foram os profissionais que, imediatamente, toparam conversar comigo sobre raça ao me conhecerem, que mobilizaram a interseccionalidade das desigualdades ao reconhecerem e explicarem desigualdades raciais em saúde, e tentaram criar alguma iniciativa de focalização da saúde na população negra em seus expedientes de trabalho, mesmo que privadas.

Não pretendo com esse seletor grupo argumentar que mulheres negras são naturalmente

providas de uma capacidade inata de falar sobre raça e de agir na direção de mitigar desigualdades raciais em saúde, argumentando por uma *burocracia representativa*. Mas, a identificação de elementos comuns a essas mulheres negras me permitiu compreendê-las dentro de processos sociais de um período em que o Estado brasileiro passou a falar sobre raça para diminuir desigualdades e de que forma esses processos influenciaram suas trajetórias de vida e comportamentos dentro da ESF para falarem sobre os efeitos da raça na saúde. A análise mostra que o seleto grupo de profissionais engajadas em práticas particulares da focalização na ESF já construiu, por meio das suas trajetórias racializadas, um olhar e fala às desigualdades raciais em saúde, e um atendimento com atenção a essas especificidades. Nesse sentido, suas interações com os usuários foram, socialmente, mais inclusivas, como descreve ao longo da seção.

4.2.1. Reagindo: “Você é a socióloga? Tava te procurando”

Quando eu conheci Sueli (profissional, preta), foi no dia em que eu conversava com uma profissional, na *Sala dos ACS*, que sabia lidar com os diversos sistemas de informação de dados da Unidade. Naquele dia, eu expliquei à profissional dos dados o que eu pesquisava e qual era o meu interesse nos Sistemas. Quando a conversa acabou, em seguida, Sueli falou que achava a pesquisa muito importante e que ela estava tentando sensibilizar os profissionais para as questões de violência doméstica no território. Sueli focou o tema da pesquisa em mulheres, da Unidade, sofrendo violência doméstica. Durante toda a pesquisa, Sueli me avisava sobre situações organizacionais que aconteciam na Unidade que ela achava que seria importante para a pesquisa, como a reunião de *Accountability* e o seminário sobre desigualdade e violência da prefeitura (narrado no capítulo 1, na seção Trajetos).

Sueli também me contava sobre os diversos casos de situação de violência doméstica que ela tentava conduzir junto às equipes. Expor a violência doméstica nas Unidades era um tabu, segundo ela. Como já analisado antes, Sueli me alertava que os profissionais achavam essa epidemia algo cultural. Sueli provocava uma quebra do silenciamento sobre o tema. Ela era uma voz quase única sobre violência doméstica na sua Unidade, não sabia como ultrapassar suas iniciativas de sensibilização dos profissionais, principalmente, nas reuniões de equipe, para uma ação efetiva de proteção das mulheres, sem colocá-las em pior situação.

Sempre observei Sueli aproveitar casos de violência para avaliar que a abordagem

costumeira na Unidade era muito violenta, uma re-vitimização, e que acolher o sofrimento da mulher, como ela quer no momento que consegue chegar à Unidade, não era apenas responsabilidade da Psicóloga. Como observei em algumas reuniões, este era um assunto que não provocava adesão dos profissionais, independente da categoria. Um retorno típico que Sueli recebia dos profissionais era a justificativa de falta de tempo para lidar com a violência, em função das outras prioridades, os *hipertensos*, os *diabéticos*, os *tuberculosos*, as *gestantes*, que tinham metas de atendimento a serem alcançadas, estipuladas pela prefeitura. Sueli não sabia como avançar sem apoio na própria Unidade e nas instâncias superiores, que apenas sugeriam notificar a violência.

Conheci Lélia (preta) quando eu estava sentada numa cadeira da Unidade, num daqueles momentos constrangedores em campo, quando ninguém quer muito interação com o pesquisador, fazendo anotações do cotidiano da Unidade. Ela se aproximou de mim e perguntou: “Você é a socióloga? Tava te procurando”. Lélia soube da pesquisa no dia em que eu tentei participar, pela primeira vez, da reunião da *Equipe Celeste*. Ela já estava dentro da sala, quando observou meu primeiro pedido de participação nesta reunião ser negado pelo profissional que a conduzia, alegando confidencialidade da pauta. Naquela semana, tudo estava muito tenso em função do aumento dos conflitos entre as facções naquele território, motivo da negação, segundo o profissional, pois a equipe conversaria sobre como proceder com os trabalhos diante da violência.

Quando eu me retirei da sala, em função da negativa, uma profissional (branca) avisou à Lélia: “olha, tem uma socióloga aí, estudando suas questões”. Essa residente melhor detalhou à Lélia e Lúcia (a ser apresentada em seguida) sobre a pesquisa, antes de eu conhecê-las pessoalmente. Lélia ficou tão empolgada com a pesquisa que eu tive dificuldade em acompanhar o que ela me falava na nossa primeira conversa. Aliás, foi raro ver Lélia abatida, ela era cheia de vida, disposta ao trabalho da ESF e tinha, ainda, muita energia na sua atuação fora da Unidade, como blogueira da estética negra feminina. Apenas, num dia, eu vi Lélia cansada, num evento que fomos da prefeitura, fora da Unidade. Quando perguntei se ela estava bem, me disse: “é cansativo esse papel de mulher preta”.

Naquela primeira conversa, Lélia falava rápido, sobre tudo que conseguia lembrar sobre eventos centrais para a inserção da focalização na Unidade. Também, me revelou seu interesse em estudar mais sobre a saúde mental da mulher negra numa futura pós-graduação. Por fim, me indicou conversar com outros profissionais, atuantes na Unidade Modelo (UM) e

Precária (UP). Quando eu conheci Lélia, já se passavam nove meses que eu frequentava a respectiva Unidade, mas nenhum profissional, ou nenhuma outra situação, me levou à Lélia. Apenas quando eu comecei a provocar a minha entrada nos “espaços internos” das Unidades, como as reuniões da *Equipe Celeste*, é que conheci Lélia e, por meio dela, uma rede de profissionais e um histórico de tentativa de inserção da focalização no cotidiano da Unidade me foi revelado. Lélia também me avisou que “tem que ser devagar”, me ensinando em como fazer focalização nas Unidades.

Desde aquele dia, Lélia foi central na condução dos meus trajetos dentro das Unidades. Lélia me apresentou a, ou me informou sobre, outros quatro profissionais engajados à focalização: Lúcia (preta), Jurema (preta), Luís (preto) e Lia (branca). Também, Lélia me aproximava de usuárias que ela achava importantes para a pesquisa, como Dona Angélica (negra). No segundo dia em que interagi com Lélia, ela me apresentou Dona Angélica, uma *cadastrada* com frequência quase semanal na Unidade. As circunstâncias em que nos conhecemos e convivemos, relato abaixo, no Box 2.

Box 2 – Dona Angélica

Num dia, Dona Angélica (negra) não tinha consulta marcada, nem estava passando mal, ela foi à Unidade para conversar com Lélia (negra), como tantas vezes fazia. Desta vez, ela levou sua pasta azul com todos os papelzinhos de Estado guardados em saquinhos plásticos, como Lélia já havia ensinado, para não perder nada. Esses pequenos papeis eram os documentos que Dona Angélica utilizava, semanalmente, junto às diversas burocracias do Estado, às quais ela se sujeitava: da Assistência Social, da Unidade Básica de Saúde, do Hospital Psiquiátrico.

Dona Angélica abriu a pasta e tirou todos esses papelzinhos dos plásticos e os colocou um ao lado do outro, numa mesa. Lélia, novamente, explicava à ela para que servia cada um e qual, naquela semana, ela iria usar mais, o de um benefício do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). À Lélia, Dona Angélica repetia como já tinha utilizado cada um dos papelzinhos. Ela falava com calma, sorrindo, mostrando que sabia o significado de cada um. Nessa hora, Dona Angélica mexia nos papeizinhos com zelo, como se fossem tesouros.

Após relatar seu cuidado com os papeis burocráticos, Dona Angélica perguntou à Lélia: “ele vai voltar, Lélia? Você acha que ele vem mesmo? Eu quero meu filho, Lélia. Hoje, eu tô com tanta saudade dele, Lélia. Acordei com tanta saudade, Lélia. Pede para ele vir, Lélia, por favor. Lélia, liga pra ele hoje?”. Dona Angélica foi invadida por um conjunto de novos sentimentos ao falar do seu filho. Nervosa, ela batia nos dois peitos com as mãos cerradas, indicando dor de saudade. Agora, ela bagunçava todos os papeis. Dona Angélica já não mais sorria, ela chorava de tristeza. Lélia a acalmava e prometia continuar a mediar a construção daquele dia, o reencontro com o filho.

Naquele dia, Dona Angélica tinha necessidade de falar sobre o seu filho, cuja guarda havia sido solicitada à Justiça por membros da família que, informalmente, adotou Dona Angélica quando ela estava, ainda, na primeira infância. O relato de Dona Angélica é de uma experiência racista e sexista de exploração do trabalho doméstico, travestida de adoção. Após chegar naquele território, se alojar

numa casa com seus outros dois filhos e começar a frequentar a Unidade onde Lélia trabalhava, Dona Angélica pedia à Lélia e à psiquiatra, que a entendia num conhecido hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, a ajudá-la a convencer seu filho a ir morar com ela. Lélia e esta psiquiatra, aos poucos, auxiliavam Dona Angélica a reconstruir a reaproximação com o filho.

No último dia que interagi com Dona Angélica, ela estava linda, num vestido verde estampado, com batom vermelho e óculos novos. Lélia a elogiou pela alegria e o comparecimento à consulta, uma interconsulta, que teve a presença de profissionais diversos. Quando eu perguntei como ela estava, Dona Angélica respondeu: “Eu estou ótima. Eu adoro aqui, todo mundo me trata tão bem”. Ao final da consulta, a médica (branca) focou nos registros do Sistema de Informações. Ela registrou o relato de Dona Angélica, tendo inserido a frase “sofreu preconceito racial” no prontuário, prescreveu a mediação para sanar a dor de uma infecção, solicitou novos exames e fez encaminhamentos para outros serviços dentro da Unidade. Enquanto isso, Dona Angélica falava aos outros profissionais: “a gente fica tão aliviada aqui, né? Eu queria fazer aquele desabafo. Tô leve. Vale mais que remédio, né, doutora? É dor de coração”.

Depois, em outra semana, Lélia estava preocupada. Dona Angélica estava sumida, não tinha comparecido à consulta, não estava se cuidando e muito agitada com a angústia da espera pelo reencontro com o filho. E assim, por meses, observei Lélia acompanhar e amenizar o sofrimento de Dona Angélica pela falta do filho e orientá-la nos trajetos pelas burocracias do Estado que promoviam sobrevidas à Dona Angélica.

Dias depois da minha primeira conversa com Lélia, ela me levou para conhecer Lúcia (preta). Diferentemente de Lélia, Lúcia já estava bastante desanimada com a Unidade em que trabalhava. Por isso, Lúcia tinha decidido sair da Unidade. Mas, Lélia tentava reverter a decisão de Lúcia. Quando Lélia descobriu a pesquisa, tentou animar Lúcia com esse motivo: “Calma, Lúcia, agora, tem uma socióloga aí estudando a saúde da população negra”. “Mas, você nem é negra”, me questionou Lúcia, ao me conhecer. Lúcia estava decidida a sair e sabia que minha presença não mudaria o cotidiano silencioso sobre raça e saúde.

A voz calma e doce de Lúcia não era o indicativo do estado de humor dela naquele momento. Lúcia estava cansada, nervosa e irritada com o que ela chamou de “farsa da saúde”. Nosso primeiro encontro levou Lúcia a denunciar: a Unidade por não cuidar dos usuários, apesar de alcançar as metas; os *da gestão* que não se interessavam em proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais; a utilização de ouvidoria positiva, inflada por meio da dinâmica de pressionar *cadastradas* a elogiarem o serviço, após conseguirem exames; as equipes que eram preconceituosas, principalmente, com mulheres; a resistência em usar nomenclaturas raciais do Estado, mas *cadastrada escurinha*; a obrigação de usar a nomenclatura *usuário* em reuniões para exaltar o universalismo do SUS, o que a impedia de lidar com as diferenças raciais dos *cadastrados*; o incentivo a organizar apenas uma vez ações de cuidados nas áreas mais vulneráveis do território, com nas regiões do tráfico, o suficiente

para expor a ação no mundo virtual da Unidade; o uso de *casos clínicos complexos* para virarem artigos em congressos da ESF.

Na primeira conversa com Lúcia, eu obtive uma narrativa da ESF bem diferente da maioria dos profissionais que conviviam comigo até aquele momento. Eu não precisei de tempo de convivência com Lúcia para ela se sentir mais a vontade em tecer críticas a essa forma de *cuidar das pessoas*. Segundo Lúcia, a defesa da ESF sem críticas pelos outros profissionais acontecia por causa de uma “fidelidade ocupacional com a Atenção Primária”, pois era a profissão que muitos tinham há anos, especialmente, os ACS.

Quando conheci Lia (branca), foi parecido ao dia que conheci Lélia (preta), pois foi Lia que me procurou com muita disposição discursiva. Eu acompanhava uma reunião sobre *Acesso Mais Seguro* na Unidade. Ao final da reunião, eu fiquei um pouco sentada no local do evento, escrevendo. Lia se aproximou e perguntou: “Você é Jaciane? Bem que Lélia falou, que eu ia te reconhecer porque você fica pelos cantos escrevendo”. Lia e Lélia tinham se encontrado em uma reunião na *Coordenação de Área Programática (CAP)*, fora da Unidade, e, na ocasião, Lélia avisou à Lia que havia uma socióloga na Unidade de Lia, pesquisando sobre saúde da população negra. Lia me avisou do grupo que havia criado, junto com outras duas profissionais (uma negra e outra branca), sobre a vivência de mulheres naquele território. Quando foi oportuno e as mulheres permitiram, eu observei uma vez o encontro. A partir daquele dia, Lia me convidava para observar situações na Unidade que ela achava como oportunas para eu observar o tema ser tratado pelos profissionais, como em reuniões de equipe e reuniões sobre orientações de preenchimento de dados. Lia delimitava me mostrar mais a gestão diária da Unidade, não usuários, comportamento similar ao de Sueli.

Quando Antonieta (parda) conversou comigo sobre a pesquisa, pela primeira vez, ela me confessou que gostaria da minha presença na Unidade, apenas pelo título do projeto de pesquisa. Durante esta conversa, eu me senti numa interação com colegas da pós-graduação, conversando sobre raça, pois havia uma gramática racial comum a nós duas. Nesta conversa, Antonieta focou no racismo sofrido pelas usuárias fora da Unidade. Um comportamento que foi regular em nossas interações, ao me encontrar, ela me relatava vivências de discriminação racial de mulheres negras pobres do território, fora da Unidade. Por exemplo, Antonieta me contou que uma usuária foi até à Unidade e pediu para que o quesito cor dela fosse trocado na caderneta de gestante do SUS, de preta para parda. A usuária estava prestes a dar à luz, e, segundo ela (usuária), se chegasse à maternidade com aquela identificação racial, os

funcionários marcariam preto para seu filho na *Declaração de Nascido Vivo (DNV)* e ela queria pardo.

Carolina (preta) pouco interagiu comigo, apesar de ser sempre muito cordial. Descobri, com o tempo, que ela achava que eu ficava muito dentro das Unidades e pouco no território, conhecendo *in loco* os usuários. Nós nos aproximamos mais, após minha ida às passeatas contra o fechamento das UBS no município do Rio de Janeiro, conforme narrado no capítulo 2, e, após a realização da entrevista com ela. Apesar de Carolina associar o tema da pesquisa ao que acontecia fora das Unidades, com a convivência, ela me relatou diversos casos de discriminação racial dentro da própria Unidade.

Jurema (preta) e Luís (preta) foram dois profissionais que me aproximei no decorrer das entrevistas, por intermediação de Lélia (preta). Quando Lélia me apresentou ao Luís, ele foi receptivo e perguntou à Lélia se ela já havia me contado sobre o histórico de tentativas de criar ações focalizadas naquela Unidade. Eu pouco acompanhei o cotidiano de Luís, mas tivemos uma longa entrevista, dividida em dois dias. Lélia avisou à Jurema da pesquisa e que eu me aproximaria para solicitar uma entrevista. Quando abordei Jurema para a entrevista, ela já estava ciente e sugeriu fazermos logo, pois ela entraria em férias logo.

Nas entrevistas em profundidade com este grupo de profissionais, não houve uma separação tão nítida entre temas da ESF e temas da focalização se comparado ao grupo de profissionais “resistentes”. Durante as entrevistas, já na primeira parte, com perguntas motivacionais que não incluíam palavras raciais, esses profissionais “engajados” já falavam sobre raça ao falarem sobre suas trajetórias de vida, sobre inserção profissional na ESF e sobre a lógica de funcionamento da ESF.

A pergunta no roteiro da entrevista que começava a motivar os profissionais a falarem sobre a interseção entre raça e saúde – “o que você acha da minha presença na Clínica para pesquisar esse tema?” – era um gatilho para os profissionais exporem narrativas sobre temas específicos que perguntas a frente no roteiro explorariam: explicações sobre as desigualdades raciais em saúde, preenchimento do quesito raça/cor, tratamento discriminatório. Assim como identificado nos profissionais com repertório de resistência, o comportamento desses profissionais “engajados” nas entrevistas foi coerente ao comportamento em nossas interações diárias. Falar sobre raça com os profissionais “resistentes” era tratado com desconfiança, provocando ritmos de falas distintos, como analisado na seção anterior. Falar sobre raça com os profissionais “engajados” era fluído, pois eles já dominavam uma gramática racial sem

constrangimento.

Ao analisar o conjunto de reações que esses profissionais tiveram à pesquisa identifiquei que, de pronto, eles toparam falar de raça comigo. Além disso, eles já me avisavam sobre o que a posterior análise me revelaria, que eu teria dificuldade em pesquisar o tema pela resistência dos profissionais. Os profissionais “engajados” não precisaram de um tempo de convivência comigo para descobrirem reais intenções de uma pesquisa sobre “raça” na saúde. Eles não tinham incômodos em relação ao tema da pesquisa e nunca tentaram negá-lo, diretamente ou por meio de perguntas dos motivos de eu estudar “negros”. Não observei reservas no uso de nomenclaturas raciais em nossas conversas. A disposição em falar sobre raça estava presente no cotidiano desses profissionais e, para eles, falar em raça na saúde pública não era entendido como um ato racista. Para eles, minha presença com aquele tema nas Unidades era útil para dar visibilidade ao tema perante os outros profissionais da saúde, segundo eles, não sensibilizados com as especificidades da população negra.

4.2.2. Refletindo: “acho que há profissionais difíceis e mais fáceis, não cadastrados”

Ao reconhecerem as desigualdades em saúde entre brancos e negros, os profissionais que mais acionaram o repertório de engajamento à focalização mobilizaram uma interseção de explicações sociais para explicá-las: raça, classe, gênero, território, instituições e biologia, ao mesmo tempo. Eles não deixaram de mobilizar explicações biológicas. Como no caso dos profissionais “resistentes”, eles tinham conhecimento prévio que hipertensão e anemia falciforme eram agravos mais incidentes em negros, algo aprendido em suas formações profissionais na saúde. Contudo, não observei o apego às explicações biológicas, nem essencialização da condição de saúde por meio dos aspectos biológicos, como analisado no grupo anterior. Por exemplo, eles foram os únicos a associarem hipertensão a estresse advindo do cotidiano de vida pobre e negra. Referente às explicações culturais, estas não foram acionadas por este grupo de profissionais.

As explicações sociais interseccionais das condições de saúde de negros já surgiam na fala dos profissionais “engajados” quando conversávamos, nas entrevistas, sobre a ESF e os *castrados* das Unidades. Diferentemente dos profissionais resistentes, os engajados se utilizavam de nomenclaturas raciais em todo o momento da entrevista, a partir dos diversos tópicos que estavam por trás das perguntas. Eles também se utilizaram muito do princípio da

integralidade, compreendida como um cuidado amplo do usuário a partir de vários profissionais. O que diferia do grupo anterior era não privatizar a condição social da *integralidade*, no sentido de responsabilizar o usuário em ultrapassar suas condições sociais para conseguir se cuidar.

Esses profissionais não procederam com um processo de privatização das condições sociais nos usuários ao falarem sobre os *cadastrados difíceis* das Unidades. Ao contrário, a primeira reação desses profissionais à pergunta estimulada por mim em entrevistas sobre essa classificação foi negar a distinção oferecida entre usuários *difíceis* e *fáceis*. Apenas uma profissional topou discorrer sobre essa distinção, construindo esses tipos como os profissionais “resistentes”, os mais *difíceis* eram os que queriam sempre atenção e os mais *fáceis* os que “fazem tudo certinho”.

Se a maioria dos profissionais mobilizadores do engajamento problematizou a categorização forçada por mim nas entrevistas, eles não deixaram de reconhecer que esses tipos existiam nas representações dos profissionais e repetiram o que os profissionais do outro grupo me indicavam. *Cadastrados difíceis* eram os com muitas demandas, biológicas e sociais, moradores das áreas mais *vulneráveis* dos territórios, que recebiam como tratamento a lentidão e menos qualidade do atendimento. Se no grupo anterior, a mulher apareceu como um exemplo de cadastrado *difícil*, neste grupo de profissionais “engajados” isso não ocorreu. Mulheres nunca foram citadas como *casos complexos, problemáticos, difíceis*.

Pesquisadora (branca): você acha que tem cadastrados mais fáceis para cuidar da saúde e cadastrados mais difíceis? Se sim, por quê?

Profissional (preta): não, não tem. Tem coisas que a gente acha que são mais fáceis. Quando a gente vai ver, não é simples, uma dor de garganta não ser uma simples dor de garganta. Assim, como a gente trabalha com uma visão integral, né, do indivíduo, isso acaba não sendo nunca só aquilo. Isso é uma caixinha de surpresa. Às vezes, a gente acha que isso é uma coisa muito simples que não é, e, às vezes, acha que é uma coisa muito difícil que, quando a gente vai ver, acaba sendo uma coisa mais fácil do que a gente conseguiria lidar. Mas, tá melhorando, no sentido que, pelo fato da [Unidade], pelo acesso, a facilidade do acesso, o lidar com, no sentido de acolhimento, tá sendo uma coisa relativamente simples. A gente consegue acolher uma boa parte da população. Isso faz toda a diferença.

Pesquisadora (branca): especificamente, sobre as gestantes, que que você me fala delas?

Profissional (preta): as minhas gestantes? Depende da área, de cada equipe, de cada microárea. A gente tem gestantes de pré-natal de baixo risco, no sentido literal do baixo risco: gestações planejadas, planejadas e desejadas, de mulheres sem comorbidade, que tem uma boa adesão ao pré-natal, que conseguem fazer os exames que a gente solicita, que tem uma experiência de

parto excelente, com uma boa adesão ao aleitamento, que trazem as crianças para vacinar. E desde uma adolescente de 13 anos, grávida, que a mãe tá grávida, também, e não conhece o pai, não sabe quem é o pai do filho, e que não vem nunca, e que tem sífilis. Então, é muito variado.

Pesquisadora (branca): como é que você lida com um caso desse?

Profissional (preta): a gente tenta fazer, no máximo possível, marca as consultas, tenta facilitar o processo de acompanhamento, do máximo que a gente pode, desde a gente conseguir articular uma coleta de exame, de ir em domicílio, a gente faz busca ativa, ter o Agente de Saúde sempre presente, a gente sobe, faz a consulta no domicílio da paciente, quando encontra tenta trazê-la até à clínica, se encontra na rua, a gente tenta captar, articular, ao máximo, buscar a rede familiar, fazer uma abordagem centrada na pessoa e na família, já ir problematizando tudo, desde o começo, até a preparação, mesmo, do pré-natal, pensando na contracepção, de trabalhar como é que vai ser a inserção dessa menina, que vai ser uma menina, uma criança cuidando de outra criança, de como a gente pode fazer para ajudar. Ao mesmo tempo, incentivar para que ela continue na escola, pactuando a inserção da criança já na creche. A gente vai fazendo o máximo de movimentos que a gente consegue, com as ferramentas que a gente tem. A gente tenta, como equipe, pensar, em conjunto, para como a gente se fazer presente de uma forma integral mesmo, tanto na questão assistencial, clínica, como na questão social mesmo, da gente tentar prover o melhor pra gestante.

(Entrevista, profissional, preta)

Pesquisadora (branca): Você acha que tem cadastrados mais difíceis e mais fáceis para cuidar da saúde e quem são eles?

Profissional (preta): eu acho que há profissionais difíceis e mais fáceis, não cadastrados. Eu não vejo o cadastrado difícil, não. Eu acho que é a abordagem mesmo. Como você chega nesse cadastrado. Não vejo como difícil. É curioso porque me chamam pros mais difíceis. Vão atrás e me chamam. Eu faço questão de compartilhar, assim, às vezes, o mais difícil é aquele que eu chamo lá pra dentro para conversar e trás questões muito graves. Eu até converso com o ACS, minimamente, eu não gosto de fazer isso, não, mas: “se coloca no lugar desse paciente”. Aí, eu trago a história daquele paciente. Não justifica, né, mas, tentando trazer a problemática da abordagem.

(Entrevista, profissional, preta)

Outra distinção foi o tempo despendido, em entrevistas, para me falarem sobre as mulheres. Além de me fornecerem o perfil social das mulheres das Unidades, alguns profissionais “engajados” aproveitavam para me enumerar muitos casos de julgamentos morais e a discriminação que essas mulheres sofriam dentro das próprias Unidades, como o caso relatado por Sueli (Box 3). Quando procediam com esses relatos, estes profissionais me expunham como as equipes descuidavam das gestantes a depender do caso (as *difíceis*), a exemplo de não fazer VD ou não estimular o cuidado. No grupo anterior, eu não obtive relato detalhado sobre violência doméstica. Na conversa com aqueles profissionais, falar sobre as

mulheres (gestantes) sempre foi um momento muito rápido das entrevistas, de falas institucionais, descrevendo quantidade de gestantes que atendiam, faixa etária, perfil social e me avisar que muitas sofriam violência doméstica, sem me descreverem casos.

Box 3 – Pluma

Pluma (negra) chegou à Unidade muito machucada, quatro dias após a violência sofrida. Ela conseguiu ir à Unidade e, pelas regras da ESF, foi obrigada a passar pela baia do *Acolhimento*, pois todo usuário que chega numa UBS para ser atendido por *Demanda Livre* (e não *Consulta Agendada*) precisa relatar um sintoma para gerar uma demanda de atendimento. Ao ser questionada por um ACS da sua microárea (homem, negro) qual era a queixa, ela falou que caiu.

Quando Pluma já estava em consulta, Sueli (preta), ao passar pela sala, foi puxada para dentro do consultório, sem que Pluma fosse consultada se gostaria da presença de mais um profissional da Unidade, além de outras duas profissionais que já a atendiam. Estas profissionais solicitaram à Sueli que denunciasse o marido de Pluma, procedimento que Sueli se recusou a fazer, mas em construir isso em conjunto com a equipe e se Pluma assim quisesse. Mas, as profissionais pressionaram Pluma a fazer um registro de ocorrência na Polícia e a se separar do companheiro.

Clinicamente, a consulta bastou. Nenhum exame foi feito ou solicitado. As duas profissionais pediram para Pluma voltar à Unidade, no outro dia, para conversar com a Psicóloga. A única coisa que Pluma solicitou aos profissionais foi que “seu” ACS não soubesse do ocorrido, pois ele e seu marido eram muito próximos. Mas, no corredor, o ACS ironizou: “ela se machucou bastante para quem só caiu”.

Pluma nunca mais voltou à Unidade. Ela optou por chamar os *cara da Boca* para mediar a situação. A partir daquele dia, Sueli verificou o histórico de atendimento de Pluma no Sistema e desconfiou, pelos prontuários, que aquela situação de violência era antiga, se considerado as queixas de dores em consultas, típicas de violência doméstica, inclusive, durante o pré-natal: dor de cabeça e luxação no ombro.

Para Sueli, esse caso, dentre outros similares, revela que essa forma da ESF lidar com a violência doméstica gerava distanciamento das usuárias e não vinculação, e, conseqüentemente, a exclusão do serviço, pois elas não voltavam mais à Unidade.

Ao discorrerem sobre a ESF, assim como o outro grupo de profissionais, eles se ressentiam da transformação dos cuidados da ESF em metas, “se tornou um trabalho mega burocrático”, o que os impedia de sustentar um trabalho de longo prazo com o usuário pelas *Visitas Domiciliares*. Mas, as mulheres “engajadas” tinham uma disposição em lidar com isso. Eram tentativas de mudanças incrementais, típicas do “ativismo institucional”, sendo que lidar com a vulnerabilidade dos *cadastrados* nunca foi mencionado como o que menos gostavam, era tido como o próprio trabalho dentro da ESF. O espaço físico (no caso da UP), os poucos apoios institucionais, a falta de compreensão das equipes e a instabilidade da condução política da ESF pelas mudanças governamentais, eram o que esses profissionais

menos gostavam no cotidiano de trabalho.

Mas, essa disposição de fazer a ESF, apesar dos constrangimentos institucionais, levava essas profissionais a colocarem em seus ombros toda a responsabilidade de transformação das condições sociais de saúde dos *cadastrados*, mesmo sem apoios institucionais. “Isso aqui é barato”, me indicou a ACS, apontando para seu uniforme azul, me relatando o quanto se dedicava à ESF, mesmo sendo precarizada. “Você não pode se acovardar”, escutou outra profissional, de representantes *da gestão*, quando ela sugeriu suspensão de serviços, num período de aumento de conflitos, e o superior ordenou que ela criasse as condições de entrega da ESF, em situações de violência. Outra profissional se colocava a missão privada de quebrar a naturalização da violência doméstica dentro das reuniões de equipe, e demandava que os profissionais pensassem em como lidar com aquela epidemia para além da pressão às usuárias. Ao levar esses questionamentos aos *da gestão*, ela recebia como orientação apenas que a notificação era o expediente a ser feito, sem espaço maior para se orientar sobre toda a complexidade que envolvia notificar sem a usuária concordar. Outra profissional se dedicava a formar os residentes, “estou participando de um processo de construção de um profissional”. Outra profissional desabafaria que a prefeitura só queria usufruir da longa experiência dela com *comunidades*, sem dar condições. “Também, não dá para ser Don Quixote”, já avaliava outra sobre até que ponto ficaria numa das Unidades, se a falta de apoio institucional e das equipes persistisse.

Esse grupo de profissionais discorreu sobre raça e saúde de uma forma oposta ao dos profissionais que resistiram à focalização. Eles inseriam raça como uma condição social de saúde ao falarem sobre a ESF sem receio de soarem racistas, e continuavam a falar sobre raça quando questionados sobre a PNSIPN . Como já indicado, o que identifiquei como distintivo neste grupo foram suas formações acadêmicas, atreladas às experiências de vida racializadas, que foram pensadas a partir da influência das ações de um Estado que começou a falar sobre raça, nas novas relações com os movimentos negros.

4.2.3. Gerindo: “eu gosto de tá sozinha”

As entrevistas em profundidade foram importantes para eu entender melhor a forma corriqueira como profissionais “resistentes” lidavam ou lidariam com expedientes locais da focalização, formais ou informais. Como analisado no capítulo anterior, o silêncio

organizacional sobre raça e saúde já me indicava que práticas oficiais ordinárias da focalização não existiam nas Unidades da ESF, com exceção do quesito raça/cor. Por isso, passei a ficar atenta a como os profissionais resistentes lidavam com temas centrais à PNSIPN, mesmo sem conhecer a Política. Eu prestava atenção a como eles lidavam com determinados agravos, grupos de usuários e práticas de Estado prioritárias à PNSIPN, como sintetizado no primeiro capítulo. Também, investi em explorar, nas entrevistas com eles, as reações e reflexões desses profissionais sobre práticas rotineiras da focalização.

No caso dos profissionais engajados, a prévia convivência com estes já me revelava como eles criavam ações particulares que consideravam da saúde da população negra, não orientados pela PNSIPN. Claro que o fato dos profissionais “engajados” ficarem mais a vontade com a minha presença e, conseqüentemente, permitirem que eu os acompanhasse mais em seus expedientes, isso privilegiou a minha observação das interações deles com os usuários e de seus trabalhos diários. Mas, essa própria abertura à minha presença, comparada à desconfiança dos profissionais “resistentes”, como já analisado nas seções das Reações, era indicativo das interpretações sobre o tema. Por causa dessa abertura, na convivência prévia às entrevistas, eu já pude observar esses profissionais “engajados” criarem expedientes locais que julgavam ser da saúde da população negra, não necessariamente da PNSIPN, como eu passo a descrever algumas dessas práticas, a seguir.

Antes de começar a fase de campo nas Unidades, em novembro de 2015, durante pesquisas na internet sobre a saúde da população negra no Rio de Janeiro, eu me deparei com uma reportagem realizada por um jornal bem local carioca sobre doenças e problemas emocionais da população negra. A matéria do jornal informava que, naquele mês de consciência negra, encontros sobre racismo, promovidos pela SMS/RJ, ocorriam em diversas Unidades. Nas minhas buscas naquele ano (2015), eu não encontrei nenhum evento da prefeitura sobre isso, nem nos meses de “consciência negra” nos anos seguintes em campo, em 2016 e 2017. No decorrer da pesquisa, os profissionais que me avisavam sobre eventos da saúde da população negra eram os “engajados” da Unidade Modelo (UM) e Unidade Precária (UP). Geralmente, eram eventos organizados por instituições da sociedade civil e não pela SMS/RJ.

Essa matéria de jornal focou nas conseqüências emocionais do racismo à saúde de negros, tendo como conseqüência doenças psicossomáticas, de pele, respiratórias e hipertensão. A foto que ilustrava a matéria era a área de *Acolhimento* de uma UBS, com

mulheres negras e seus filhos sentados, em formato de roda, olhando para uma profissional da saúde, negra, em jaleco branco e turbante, que expunha algo verbalmente. Ao lado desta profissional, havia outras, todas negras, uma ACS (identificável pelo uniforme), outra com camisa do Outubro Rosa, outra em jaleco.

Esse *Acolhimento* era de uma das Unidades que eu viria a pesquisar, e a profissional central da foto do jornal era uma das profissionais da Unidade, que a analisei como engajada à focalização, posteriormente. Nas interações com esta profissional, eu descobri que essa iniciativa de realizar uma roda de conversa foi sua e não da *gestão*, como o jornal reportava. Ela decidiu o que fazer (conversar sobre a relação entre racismo e saúde mental com *cadastradas*), como fazer (uma roda de conversa no *Acolhimento*) e como divulgar a ação (se utilizando de contatos pessoais no jornal carioca).

Observei esta profissional tentar manter na Unidade uma profissional transexual (técnica de enfermagem) para gerar mais diversidade no corpo burocrático e incentivar usuários trans do território a usarem mais a Unidade. Observei esta profissional espalhar na mesinha do *espaço criança* livros infantis com protagonistas negros para as crianças do território lerem e se sentirem representadas nas histórias. Observei esta profissional explicitamente falar em reunião de metas o quanto aquele território era negro e a necessidade de levar isso em conta nas ações.

Observei outra profissional tentar criar um grupo semanal entre mulheres do território para discussão sobre violência doméstica e sexualidade. Ela tinha se inspirado em ações parecidas com os profissionais “engajados” de outra Unidade, a criação de grupos de usuárias de periferia para conversarem sobre as questões concernentes à vivência de mulheres de *comunidade* em territórios de violência. Até a minha presença na Unidade desta profissional, observei ela e outra profissional (resistente à focalização) realinharem uma atividade preparatória ao início desse grupo de vivência. Elas realizaram uma roda de conversa com os profissionais sobre diversidade sexual em período em que muitos ACS homens se recusavam a chamar transexuais pelo nome social na Unidade. Além disso, observei esta profissional sempre mencionar em reuniões de equipe a cor dos *casos clínicos* e ter como retorno o silêncio ou os olhos virados dos outros profissionais presentes. Ninguém sabia o que fazer ou falar quando eram interpelados por esta profissional: “vejam, este é um caso de uma mulher negra”. Se dar visibilidade à cor dos *casos* era importante para esta profissional, o restante da equipe não sabia como seguir com aquela chamada de atenção. Por isso, esta profissional me

revelaria que “eu gosto de tá sozinha”.

Essa fala sintetiza, no fundo, insistência, articulações intraburocráticas e ativismo interno, e não isolamento. O que menos observei foram essas profissionais agirem sozinhas, mas sempre provocando suas equipes de trabalho a lidarem, de alguma forma, com a interface entre raça e saúde. Nessa provocação diária, elas construía(m) redes de apoios, dentro das Unidades, mesmos com profissionais que se apresentaram como resistentes à ideia da saúde focalizada. Elas conseguiam identificar quais outros profissionais eram mais abertos e poderiam atuar, a depender da situação, como parceiros em certos engajamentos.

Se elas não conseguiam a colaboração dos pares das Unidades, elas continuavam a tentar sensibilizar a equipe com a troca de ideias com os profissionais de fora. O desabafo da profissional acima, no contexto da conversa mais ampla em que esta frase foi dita, é exemplar do ativismo interno dessas profissionais em continuar tentando lidar com a saúde da população negra, apesar da resistência organizacional. Um tipo de agência possibilitado pelas relações dentro de um circuito maior, com outros profissionais “engajados”, de outras Unidades. Como já analisei no capítulo 1, um tipo de ativismo fruto de uma recente trajetória entre movimentos negros e Estado, em período de políticas afirmativas, que parecer se capilarizar entre os estratos do Estado.

Observei outra profissional, após dez anos fora da Atenção Primária, retornar à saúde pública, pois achava que aquele era o “único lugar possível para ser [a categoria profissional]”, diante das mudanças governamentais da saúde pública no Brasil. Ao se inserir numa das Unidades, esta profissional tentou mudar diversos procedimentos de atendimento, gestão da informação, a tendência à medicalização, investir na prevenção, provocar os ACS a repensarem julgamentos morais em torno das gestantes e criar, também, grupo de mulheres do território para promover um espaço de cuidado contínuo dessas mulheres. Ela era uma das únicas profissionais que defendia a melhoria do preenchimento da raça/cor dos usuários nos sistemas de informações. Em função do seu comportamento de transformação de práticas da ESF, eu observei essa profissional ser quase “rifada” pelos colegas de trabalho, que chegaram ao ponto de desejarem (alguns, pleitearem) a saída dela da Unidade.

Outra profissional tinha comportamento similar, principalmente, em reuniões de equipe. Mas havia um componente a mais nesta profissional, o de fazer os profissionais se repensarem como profissionais da ESF, como faziam os médicos preceptores da universidade de prestígio da Unidade Modelo (UM), mas sem ganhar um centavo a mais por esse trabalho

de *preceptoria* informal. Observei esta profissional participar de reuniões de comissão de óbitos, na *gestão*, e ser a única a pautar as questões sociais ao redor das mortes das mulheres quando a maioria dos representantes estatais insistia em avaliar apenas as escolhas clínicas dos profissionais envolvidos nos casos de óbitos levados à Comissão. Ela não apenas tentava sensibilizar os profissionais da Unidade, mas os *da gestão* também.

Esta profissional, juntamente com a ACS Tereza, eram as únicas profissionais que iam até uma das microáreas mais *vulneráveis* e estigmatizadas de um dos territórios mediar os serviços da ESF. Com elas, conheci Cravina, uma jovem negra que voltou a sair de casa, após a *Visita Domiciliar* dessas duas profissionais, conforme descrevo abaixo (Box 4).

Box 4 – Cravina

A mãe de uma jovem negra do território, Rosa (negra), foi até a Unidade para solicitar ajuda à sua filha, Cravina (negra). Rosa procurou pela ACS Tereza (negra), a ACS da microárea onde Rosa e Cravina moravam. Tereza e Sueli (preta) eram as únicas profissionais que visitavam essa microárea. A mãe, Rosa, pediu à ACS Tereza uma visita de profissionais, pois sua filha estava com os antebraços todos multilados por gilete, não saía de casa mais e não falava nada. A avó de Cravina havia falecido há um mês. Desde então, a adolescente começou com esses três comportamentos e a mãe já não sabia mais o que fazer, nem estava mais conseguindo trabalhar com medo de deixar a filha sozinha em casa.

Tereza e Sueli decidiram fazer uma *Visita Domiciliar (VD)*. Quando chegamos à casa de Rosa e Cravina, Sueli usou de toda a sua experiência profissional e desenvoltura para tentar uma abertura com a jovem. Cravina olhava para Sueli, mas continuava em silêncio. Sueli observou vários porta-retratos com fotos de Cravina e tentou se aproximar dela pelas fotos. Sua mãe, Rosa, incentivou Cravina a nos mostrar seu álbum de aniversário. Nós olhávamos o álbum, falando o quanto ela estava linda nas fotos. Mas, Cravina ainda nada falava.

Diante do silêncio de Cravina, a ACS Tereza falou: “eu sei como é, Cravina. Eu, também, tive uma avó, ela que cuidou de mim, a vida toda. Quando ela morreu, eu perdi minha mãe. Você sente isso, também?”. Cravina levantou os olhos, balançou a cabeça e disse “sim”.

A partir daquele momento, a ACS Tereza conduziu *acolhimento* à Cravina, pois suas experiências de vida similares as conectavam de uma forma impossível de ser feita por outro profissional. A ACS Tereza não poupou esforços emocionais até convencer Cravina a ir à Unidade e começar a frequentar consultas com a psicóloga, uma profissional também negra.

Tereza se expôs, compartilhou sua história de criação pela avó, a falta que ela sentia daquela mulher, apesar de ainda ter a mãe viva e se emocionou ao relembrar aquela perda. Ela seguiu firme até receber um sim de Cravina: “posso te esperar na Unidade, Cravina? Posso falar para a psicóloga que você vai?”. Cravina balançou o rosto, dizendo sim e, pela primeira vez, deu um leve sorriso. Sua mãe, da cozinha, observava tudo muito emocionada.

Um mês depois, ao passar por Tereza e Sueli, na rua, elas estavam entrando no território e eu chegando da Unidade, eu perguntei: “e Cravina, como está?”. Sueli respondeu: “ela está cheia de vida”. Tereza, ao lado, fez sinal de positivo com a mão e estampou um sorriso no rosto. E, mais uma vez, aquela dupla entrava no território para cuidar das pessoas.

As profissionais orientadas pelo repertório do engajamento criavam suas ações em função do que aprendiam em suas redes, mas não em função de práticas organizacionais já existentes. Elas focavam no cuidado do usuário e na formação dos profissionais, mas, não em gestão da equidade. A ausência de tecnologias corriqueiras de governança da equidade dentro da ESF ficava, mais uma vez, clara quando, nas entrevistas, os profissionais engajados também não associavam nenhuma ação das Unidades à saúde da população negra, nem o quesito raça/cor. Um processo interessante de reflexão sobre o cruzamento entre focalização e ESF foi quando uma das profissionais “engajadas” começou a repassar o cotidiano da ESF, tentando lembrar da existência de alguma ação dentro da sua rotina: linhas de cuidado, reuniões de equipe, grupos, colegiado gestor, prontuários. Ela não recordou de nenhum. Isso reforça o identificado entre o grupo de “resistentes”, que a focalização era pensada já dentro de fluxos de procedimentos da ESF, ausentes de práticas focalizadas.

Como no grupo “resistente”, os profissionais “engajados” também se defenderam de uma suposta acusação de racismo à pergunta em entrevista “Como você lida com seus cadastrados brancos e negros?”, entendendo-a como um questionamento se eles discriminavam racialmente brancos e negros nas Unidades. A resposta dos profissionais engajados foi, também, que tratavam igualmente. Mas, houve uma diferença entre os grupos. A partir dessa pergunta, os profissionais resistentes não me relataram casos que percebiam como de discriminação racial dentro das Unidades. Diferentemente dos profissionais resistentes, os engajados aproveitavam a pergunta para me relatar casos que percebiam como de discriminação racial dentro das Unidades.

Em relação ao único expediente banal da focalização, o preenchimento do quesito raça/cor, esses profissionais não se mostraram incomodados ao lidarem com o preenchimento. Contudo, similar aos profissionais “resistentes”, eles também investiram em me relatar sobre inconsistência classificatória por parte do usuário e não sobre diagnosticar situações de saúde, como prevê a PNSIPN. Ou seja, similar aos profissionais que resistiram à ideia de focalização, estes profissionais também não se utilizavam das informações do quesito no seu dia a dia, era desusado.

Duas formas de preenchimento do quesito foram similares ao grupo anterior, a pergunta ao usuário via autodeclaração e a negociação na interação para a escolha do box racial do Estado. Mas, não observei neste grupo o uso de heteroclassificação, nem a recusa em

preencher a informação se o sistema permitisse o não preenchimento. Na negociação da escolha da classificação racial pelo usuário, esses profissionais incentivavam o usuário a se pensarem como “negros”, com estímulos à escolha do box “preto”. Mesmo assim, eles me relataram que os usuários preferiam a categoria “parda”.

Apesar de agenciarem ações muito particularizadas voltadas à saúde da população negra e não se incomodarem com a coleta da raça dos usuários, esses profissionais sabiam pouco sobre a PNSIPN. Esta não era desconhecida, sabiam de ouvir falar, por meio de redes de contatos e de saberem da existência de um curso virtual na UNASUS. Eles, também, nunca tinham sido capacitados para lidarem com o tema, ou conheciam pares que tivessem sido capacitados. Falar sobre a Política também foi um momento rápido nas entrevistas. Na vida cotidiana da ESF, esses foram os profissionais que tentaram incluir em seus expedientes de trabalho alguma iniciativa de focalização da saúde na população negra, sem buscar orientações junto à PNSIPN.

4.3. Antigos e novos repertórios de ação nas relações raciais brasileiras

4.3.1. Repertórios antirracistas

Ao analisar como confrontos se construíram dentro de burocracias da ESF, o que denominei de posicionamentos perante a focalização, que trincaram o cotidiano organizacional de silenciamento sobre desigualdades raciais em saúde, identifiquei que antigos “repertórios” (TILLY, 1995; SWIDLER, 1986) das relações raciais brasileiras, tal como a resistência à “raça”, coexistiram com novos de um período de políticas afirmativas no país, como o engajamento de mulheres negras de diferentes gerações e perfis de militância às desigualdades raciais. O comum a esses dois repertórios é que ambos são considerados antirracistas por quem o agencia.

O contraste desses repertórios (resistência e engajamento) em relação à proposta de focalização racial na saúde pública não ocorreu pela existência da massiva regulamentação de gabinetes da PNSIPN. Quando profissionais “resistentes” recuaram perante uma proposta de equidade racial, o fizeram sem referenciar uma ação do Estado existente. Na verdade, a maioria nem sabia que havia, no âmbito do SUS, uma política focalizada na população negra. Os profissionais “engajados”, apesar de conhecerem, sabiam vagamente sobre a PNSIPN.

Eles, também, não tinham sido capacitados sobre a política e pouco falavam sobre os protocolos da mesma. Suas tentativas cotidianas em focalizar seus expedientes de trabalho ocorriam mais pelas suas iniciativas privadas, atreladas ao que aprendiam em seus circuitos de militância, que orientados pelas burocracias de gabinete que regulamentaram a Política.

Passo, agora, a refletir mais em detalhes sobre cada um desses repertórios descritos, articulando-os às classificações raciais dos profissionais, às formas de uso do silêncio (reflexão iniciada no capítulo anterior), às estruturas sociais que os sustentam, a exemplo da cultura como estratégias de ação, e das concepções universalistas e diferencialistas de igualdade. Também, analiso o amplo desuso de um dos principais protocolos da PNSIPN, o quesito raça/cor, independente do repertório de ação à focalização mobilizado pelos profissionais da ESF.

No caso da resistência à saúde racialmente focalizada, identifiquei que o grupo de profissionais que a agenciou, majoritariamente, no decorrer da pesquisa, resistiram por acreditar que falar em “raça”, nomear classificações raciais, vislumbrar ações racialmente focalizadas na saúde pública é um ato racista, apesar de reconhecerem desigualdades sociais entre brancos e negros. A grande quantidade de profissionais que agenciaram resistência variou entre uma postura de ostentação da negação à focalização e alguma disposição em falar sobre raça. Mas, o efeito comum, mesmo havendo variabilidade dentro da resistência, é de inação perante as desigualdades raciais em saúde, no cotidiano da ESF.

Pela clivagem da raça dos profissionais que resistiram à ideia de uma saúde pública focalizada, identifiquei que o lugar na “branquitude” (GUERREIRO RAMOS, 1957; RIBEIRO-COROSSACZ, 2014; RASMUSSEN et al, 2001) de profissionais brancos me auxiliou a compreender a construção desta resistência. A trajetória de vida desses profissionais brancos era comum, de vivência das oportunidades de vida sem contingências sociais e sem percepção dos privilégios dessa trajetória. Neste percurso até a entrada na ESF e durante suas experiências profissionais nesta Política, esses profissionais não perceberam racismo ao seu redor, não pensaram sobre “raça”, não foram ensinados, ou forçados pelas circunstâncias sociais, a considerar raça como um determinante social de oportunidades de vida.

Neste caso, o silêncio foi resultante da branquitude, pois indicou o uso do silêncio como uma estratégia de poder de silenciar desigualdades, apesar de reconhecê-las. A análise da agência da resistência, por meio da compreensão conjunta de reações à, reflexões sobre e

gestões da focalização, isso me permitiu melhor entender os usos e sentidos do silêncio entre os profissionais que mobilizaram a resistência. Como argumenta Ribeiro-Corossacz (2018), o silêncio pode ser utilizado como um código para se relacionar com a raça, ora legitimando uma posição de poder, ora contrastando o poder de privilégio nas relações raciais.

Já os profissionais negros que resistiram à focalização, não o fizeram a partir de um lugar de privilégio, a partir de uma categoria racial opressora, mas por não quererem reificar uma representação e um lugar de “negros” que eles sabiam exatamente como é no Brasil. Estes, ao se confrontarem com o tema da focalização, por meio da pesquisa, procederam com diversos relatos de discriminação racial a partir das suas vivências para refletir sobre o mesmo. Geralmente, os incidentes narrados eram fora das suas Unidades e fora da Saúde Pública. Se na saúde pública, eram incidentes em hospitais. Apenas um profissional relatou discriminação sofrida por ele, por parte de usuário, dentro da Unidade em que trabalhava.

No caso dos profissionais negros, o silêncio esteve atrelado mais a uma estratégia de não reificação dos atributos negativos associados a negros no Brasil, que esses profissionais experimentavam cotidianamente. Tanto que eles se utilizavam das suas experiências de racismo para continuar a negar, ou se permitir duvidar, as desigualdades raciais em saúde, para se afirmarem como iguais, principalmente perante uma interlocutora branca. Eles entendiam que a focalização reafirmaria diferenças raciais que eles, cotidianamente, lutam por desconstruir.

O que identifiquei foram diferentes sentidos do silêncio, entre profissionais brancos e negros resistentes, ao agenciarem uma mesma estratégia de ação (silêncio como antirracismo) perante propostas estatais de lidar com a raça. Ambos os grupos de cor narraram suas perspectivas sobre equidade racial a partir das suas experiências de vidas. Ao se basearam em si, negros acionaram suas experiências de racismo para pensar o tema e brancos acionaram suas experiências de “branquitude”, mesmo que não as elaborassem assim.

Contudo, ambas as experiências serviram para negar reparações por meio de uma política pública focalizada, uma forma típica contemporânea dos indivíduos apresentarem suas visões sobre raça, nomeada pelo próprio Bonilla-Silva (2006) como *racial stories*. Apesar de diferentes sentidos de silêncios à raça, a depender do grupo racial que agenciou resistência, brancos e negros resistentes operavam pelo racismo *color-blind*, ao entenderem que a melhor estratégia para lidar com as desigualdades raciais é não falar sobre e não agir em relação à “raça”. Nesse sentido, o argumento de Bonilla-Silva de que o racismo cego à cor é

agenciado apenas por brancos não prevaleceu na minha pesquisa, no contexto brasileiro.

Pelo silêncio, estes profissionais “resistentes” mobilizaram a ideologia de democracia e de cegueira à cor. Pela última, eles reconheceram e falaram sobre desigualdades raciais. Se a ideia de democracia racial impede aos indivíduos reconhecerem desigualdades raciais, em função da crença de convivência igualitária entre brancos e negros, a ideia de racismo *color-blind* não impede o reconhecimento dessas desigualdades. Não houve negação das desigualdades raciais, mas negação à proposta de intervenção estatal, mesmo diante do reconhecimento que brancos e negros no Brasil vivem em condições desiguais.

Pesquisas sobre a reverberação da focalização em burocracias locais do SUS tendem a evidenciar essa resistência. Por exemplo, Pagano (2011), ao pesquisar a focalização entre profissionais de Hospitais e Unidades, e entre usuários, em municípios de São Paulo e Maranhão, identificou resistência destes à focalização pela ideologia nacional de unidade racial e cultural que eles possuem pelo ideário de democracia racial.

Santos (2012) identificou sentidos que preceptores da residência médica, em um hospital universitário de São Paulo, forneciam aos determinantes sociais de gênero e raça. Ela evidenciou que os profissionais reconheceram alguns marcadores sociais da diferença, sendo que as desigualdades de gênero foram mais abordadas. Ao falarem sobre desigualdades raciais, ela identificou uma negação das desigualdades entre brancos e negros. No geral, os determinantes sociais foram associados à pobreza, mais que qualquer outro indicador da desigualdade social. Para a autora, os profissionais que ela classificou com uma noção mais “sofisticada” sobre gênero e raça, foram os que participaram de atividade de extensão, durante a formação, e tiveram uma formação mais generalista. Gonçalves (2017) analisou o discurso dos profissionais de saúde de UBS, também no município de São Paulo, em relação aos pacientes negros e à PNSIPN. Também identificou rejeição ao tema, pouco conhecimento da política e sensação dos profissionais de poucas condições de contribuir ao tema à saúde focalizada.

Santos e Santos (2013), no Distrito Federal (DF), identificaram narrativas dos profissionais de uma UBS, também, similares ao que eu encontrei nesta pesquisa, uma ação de Estado vista como discriminatória. Rinehart (2013), também no DF, ao pesquisar gestores, identificou que eles reafirmam a relevância da PNSIPN, mas, ao mesmo tempo, negavam a relevância da Política por entenderem que esta contrariava o universalismo do SUS.

Matos e Tourinho (2018), ao analisarem a percepção de residentes da ESF sobre a

focalização, em Santa Catarina, identificaram que os profissionais entrevistados sabiam da existência da PNSIPN, o que difere do que encontrei no Rio de Janeiro. Nesta pesquisa, os entrevistados a consideraram importante, mas nunca a tinham lido, e que tinham a percepção que políticas afirmativas reforçavam a discriminação, mesmo quando todos reconheciam a existência das desigualdades raciais.

Depois de quase dois anos de etnografia e entrevistas em três Unidades da ESF, no Rio de Janeiro, eu confirmei a permanência dessa resistência, e avancei em identificar os repertórios e justificativas para a construção social dessa resistência num cotidiano de Estado. Além disso, observei como o silêncio organizacional sobre desigualdades raciais se construiu como uma prática institucional de rejeição a políticas focalizadas na saúde.

Referente ao engajamento, este foi agenciado por, principalmente, mulheres negras, com distintas experiências perante o Estado, nesta fase de políticas afirmativas, que não entendiam focalização como racismo. Com agência oposta ao dos resistentes, essas mulheres tentavam inserir ações particulares no cotidiano da ESF, mas conectadas com o que aprendiam em suas trajetórias e redes de ativismo, mas não à regulamentação da PNSIPN, que conheciam muito pouco. O comum a esse grupo de profissionais que se engajaram à proposta de uma saúde pública focalizada é que se engajaram a partir de um “ativismo institucional” (ABERS E TATAGIBA, 2015) às burocracias em que trabalhavam, por meio de práticas cotidianas particularizadas, não advindas dos protocolos de gabinetes da PNSIPN.

A chegada da primeira geração de cotistas das universidades públicas nessas burocracias, ou de profissionais ligados a diferentes gerações do feminismo negro, agenciando práticas, mesmo que individuais, pode ser o início da construção das práticas estatais cotidianas que darão vida a uma política pública focalizada, de fato. Há outras formas de criação das práticas banais, que não pelos protocolos oficiais, que continuamente constroem uma ação de Estado. Por isso, nos “engajados”, o não uso do silêncio foi uma estratégia para contrastar o poder de não se falar sobre desigualdades raciais. Como questiona Paschel (2016), “como os movimentos poderiam garantir que o Estado realmente implementasse as políticas” (pg. 7), apesar da institucionalização das mesmas?

Também, o grupo que agenciou engajamento possui variedades que merecem aprofundamento. Parte dessas mulheres é jovem, recém-graduadas, atuando em suas profissões dentro da ESF, advindas de uma trajetória de inserção no mercado de trabalho pela ascendência ao ensino superior pelas políticas afirmativas nas universidades brasileiras. A

vivência preparatória à universidade e durante a formação universitária foram experiências de muita reflexão sobre raça, racismo e desigualdades raciais, antes de iniciarem suas profissões na ESF. Todo esse percurso as leva a analisarem suas vivências raciais de forma distinta dos profissionais negros que resistiram à focalização. Essas mulheres não se formaram dentro dos movimentos sociais clássicos, mas no âmbito das dinâmicas diversas que as políticas afirmativas passaram a promover no país, que as expuseram mais a repertórios de engajamento a políticas focalizadas. Outra parte dessas mulheres, também com formação superior, não viveram suas formações acadêmicas e profissionais num período de cotas, mas, fizeram parte, ou tiveram participação pontual, em organizações centrais da sociedade civil de mulheres negras que construíram a focalização no Estado brasileiro, desde a década de 80.

Essa coexistência de contrários repertórios antirracistas em período de Estado “falando” sobre “raça” para inclusão indica como a cultura pode criar distintas formas sob as quais os indivíduos constroem suas estratégias de ação, como defendido em Swidler (1986). Nesta perspectiva, cultura é compreendida como “caixas de ferramentas” (“veículos”, “esquemas”, “equipamentos”) de sentidos que fornecem modelos de comportamentos que podem ser acessados pelos indivíduos em diferentes configurações sociais para resolver distintos problemas sociais; são repertórios culturais para a ação.

O interesse deste uso teórico da cultura é em compreender como componentes culturais são usados pelos sujeitos na construção de estratégias de ação, entendidas como uma forma geral de organização da ação e não um plano consciente de obtenção de um objetivo claro. Dessa forma, a ação dos indivíduos não é determinada por um valor, por mais que eles o busquem (por exemplo, a igualdade racial), mas pelas “competências culturais” que eles mobilizam ao tentar alcançar esse valor. Como argumenta esta socióloga, “estratégias de ação serão mais persistentes que os fins que as pessoas buscam alcançar” (tradução minha, pg. 277).

Para a autora, a cultura pode ser responsável pela permanência de uma estratégia de ação, como pode ser responsável por mudanças sociais. Percursos de ações para os quais já há “equipamentos culturais” prontos para serem acessados caracterizam o que ela denominam de períodos de *settled lives* (contextos estáveis), marcados por continuidades, pois cultura e circunstâncias estruturais se reforçam mutuamente. Por outro lado, períodos de *unsettled lives* (contextos instáveis) são quando novas estratégias de ação estão em construção, marcados pela competição de diferentes formas de organizar a ação. Neste caso, as ideologias (exemplo:

cegueira à cor) estabelecem mais as estratégias de ação que “ferramentas culturais” prontas, que serão organizadas pelas circunstâncias estruturais que se formarem, como parece ser o contexto brasileiro no momento, pós-institucionalização de políticas afirmativas.

Com base nestes pressupostos teóricos, observei que o silêncio da resistência é uma estratégia de ação socialmente sedimentada, o que leva os indivíduos a relutarem em abandonar essa ação já familiar com o objetivo de lidar com desigualdades. Resistir à focalização, protocolar ou cotidiana, esteve ligado a uma forma de pensar as condições sociais dos cadastrados dentro da ESF, sustentada por ideologias de democracia racial e de cegueira à cor. Neste caso, o silêncio apareceu como um mecanismo social conservador de uma ordem racial que invisibiliza os efeitos materiais da ideia de raça e reproduz desigualdades por não tratá-las.

Já os engajamentos das mulheres negras ativistas indicam confrontos perante o silêncio pela adoção de estratégias ainda não sedimentadas socialmente, mesmo num período em que o Estado oficializou novos discursos raciais. Se engajar esteve ligado a outra forma de pensar as condições sociais dos cadastrados dentro da ESF, atrelado a experiências de vida, diretamente, afetadas pelas políticas afirmativas raciais no país, seja militando pelo, ou usufruindo do direito de acesso a recursos públicos pelas políticas focalizadas. Essas novas estratégias de engajamento, mesmo que incrementais à mudança social, trincam a clássica agência do silêncio às desigualdades raciais. Tais confrontos marcam uma “defasagem cultural” (*cultural lag*) (Swidler, 1986, pg. 281), quando os indivíduos não, prontamente, se apropriam de novos repertórios de ação, o que demandaria abandonar os já estabelecidos. Ou, como interpreta Alonso (2012), novos repertórios de uma época inovam os existentes, mas não rompem com antigas formas de ação.

Outra comparação entre esses repertórios é que resistir e se engajar se mostraram atrelados a determinadas formas de pensar a igualdade. “Resistentes” pensaram a construção da igualdade sem contemplar diferenças e as conseqüentes desigualdades, apesar de muitos as reconhecerem. Por outro lado, “engajados” pensaram essa construção a partir das diferenças. Para um grupo, a diferença é desvalorizada. Para o outro, passou a ser um valor. Essas duas formas de pensar igualdade não estão dissociadas das formas que o Estado adotou para lidar com as desigualdades, pelo universalismo e pela equidade. Como argumenta D’Adesky (2009, pg. 231), ações antirracistas que orientam políticas públicas, em regimes democráticos, estão atrelados a dois universos de pensamento. O primeiro, universalista, que concebe a

igualdade pelo olhar aos elementos comuns aos indivíduos, propondo ações de correção de desigualdades pelo tratamento igualitário, o que dificulta políticas redistributivas. O segundo, a equidade (ou diferencialista), concebe a igualdade pelo princípio de igualdade de oportunidades, que possibilita o tratamento diferenciado a membros de coletividades para a correção de desigualdades. Como analisa Faustino (2017), a equidade proposta pela institucionalização da PNSIPN ainda provoca uma tensão entre esses dois princípios de igualdade, pois, ao examinar debates em torno da criação da Política, ele, também, identificou resistência à proposta, defendendo a conciliação entre ambos os princípios.

Se no capítulo anterior (Silêncios), analisei em que medida a ausência de uma vida corriqueira da focalização na ESF contribuiu ao silêncio sobre raça e saúde, neste capítulo identifiquei que a existência de uma vida banal da focalização recebeu e receberia resistência, haja vista a rejeição perante o único expediente já vigente (quesito raça/cor) e da futura rejeição à suposição de existência de novos expedientes.

A análise comparativa de resistência e engajamento possibilitou compreender como cada grupo de profissionais reagiu à, refletiu sobre e gerenciou a única tecnologia local oficial de governança da focalização, o quesito raça/cor. Localmente, a classificação silenciosamente coletada servia apenas às estatísticas de gabinetes, pois essa tecnologia não era vista como parte integrada à ESF, apesar de existir. Também contribuía à inutilidade do quesito, na vida diária da ESF, o fato das estatísticas estatais das desigualdades raciais não retornarem para essas burocracias de rua. Identifiquei que a existência dessa tecnologia não criou novos modos de atuação da PNSIPN nas burocracias junto aos dois grupos de profissionais, nem aos “resistentes”, nem aos “engajados”. Para ambos, esse expediente não produzia uma governança específica da população negra. Colocar diariamente usuários nos box raciais do Estado passou ser mais uma tarefa a ser cumprida, sem sentido para a maioria dos profissionais. O processo de coleta silencioso e o desuso do quesito na ESF revelam o quanto esse protocolo oficial não foi apropriado pelo quadro burocrático local. A inserção e obrigatoriedade de coleta da raça dos usuários foi uma das principais conquistas da PNSIPN, mas, serviu mais a fragmentos dos gabinetes que a essas burocracias.

O desuso dessa tecnologia local de governança e a invisibilidade que ela gerava às estatísticas dos gabinetes “nas ruas”, me levou a refletir sobre as possibilidades das estatísticas como legitimadoras de intervenção governamental. Em Foucault (1978), aprendemos que o Estado exerce a governamentalidade, por meio das estatísticas, pois estas

são instrumentos que criam saber oficial sobre as populações, legitimando a intervenção governamental. Mas, como argumenta Gupta (2012), as estatísticas promovem a legitimidade de intervenção em uma população, a depender da forma como é coletada, gerida e como circula pelos fragmentos do Estado.

Com base neste argumento de Gupta (2012), no caso da saúde da população negra, identifiquei que as estatísticas que legitimaram a institucionalização de uma política focalizada, não legitimaram uma gestão focalizada na ponta, mas uma ausência oficial de governança. Os números construídos em gabinetes, a partir da coleta de dados das ruas, não legitimaram que as condições sociais de negros fossem tratadas por práticas locais específicas para a gestão da saúde. A classificação racial era feita, mas não para gerir a saúde de negros. Um dos principais protocolos da PNSIPN e da ESF, *diagnosticar*, era inexistente no dia a dia de Estado. Tanto que conversar sobre o quesito com os profissionais os levava mais a falarem sobre inconsistência racial classificatória dos usuários que qualquer outro assunto possível. Ao pedir aos profissionais para me falarem sobre esse expediente, o que eu recebia em retorno era a narração de um problema, segundo eles, a inconsistência classificatória dos usuários, uma acusação de discordância também evidenciada por Caldwell (2017) e Ribeiro-Corossacz (2009). Ao analisar essas narrativas de inconsistência, identifiquei que existiam processos de negociação para a escolha das categorias raciais do Estado, entre profissionais e usuários, no caso em que os profissionais não optassem pelo silêncio da heteroclassificação.

O tema das classificações raciais, pelo Estado, já é uma agenda de pesquisa no campo das relações raciais (MUNIZ, 2012; ROTH, 2016; BAILEY, FIALHO e LOVEMAN, 2018). Esses estudos seguem no sentido de analisar como o Estado cria classificações raciais e a influência destas categorias nas identidades raciais, e na mensuração da desigualdade racial. Muniz (2012) evidenciou que a inconsistência classificatória do indivíduo não muda drasticamente os resultados de desigualdades. Ou seja, mesmo que o box “escolhido” varie entre pardos e pretos, os dados da estratificação social brasileira continuam muito similares.

Mas, Roth (2016) enfatiza a necessidade de mais estudos sobre a experiência de profissionais de Estado em colocarem usuários dentro das classificações raciais institucionais. Na etnografia de Ribeiro-Corossacz (2009) em maternidades cariocas, ela pesquisou exatamente isso, os sentidos, dinâmicas e conflitos do processo de classificação racial institucional entre profissionais e mulheres-gestantes, por meio de um documento, a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Seu objetivo, ao estudar classificação racial

institucional, foi entender como esse ato de classificar era construído como um momento de renovação da ideia de democracia racial, uma prática discriminatória ou um instrumento de combate ao racismo.

Na minha pesquisa, 13 anos depois, em Unidades da ESF, eu obtive muita similaridade de achados com a da autora, algo que me impressionou ao considerar o tempo, mais de duas décadas (desde 1996), da existência da prática de classificação racial nas instituições de saúde. Como Ribeiro-Corossacz (2009) identificou, eu também encontrei que os motivos da classificação eram desconhecidos aos profissionais, que eles eram indiferentes ou resistentes ao expediente, que a heteroclassificação era mais realizada que a pergunta ao usuário e que o expediente era incômodo por ser considerado racista.

Mas, diferentemente, não percebi tanto os profissionais incomodados com o quesito, por isso contrariar tanto a ideologia de democracia racial. Mesmo a maioria dos profissionais, reconhecendo a existência das desigualdades raciais, eles resistiam ao expediente por acharem que lidar com a classificação era algo racista. Ou seja, neste período brasileiro de políticas raciais para diminuir desigualdades, o ato de classificar foi tomado mais como uma prática discriminatória. A coleta não era vista como uma ação de focalização ou um protocolo da PNSIPN. Para eles, não houve associação entre a recente obrigatoriedade desse preenchimento e ações perante as desigualdades raciais. Quando, em entrevistas, eles eram questionados se, alguma ação no cotidiano da Unidade, os remetiam à saúde da população negra, nem esse preenchimento foi associado ao tema. Eles chegavam a incentivar a escolha de pardo nas negociações para escolha do box racial estatal, em clara alusão à ideia de democracia racial. Mas, outros, simplesmente detestavam ter que perguntar por acharem soar racista, não se disporo nem à negociação do preenchimento do box. Para os “engajados”, diferentemente, o quesito não era compreendido como algo racista, mas, como um instrumento de combate ao racismo. Porém, também era desusado no cotidiano de trabalho na ESF. Para estes, a negociação, quando existente, era estratégica para eles incentivarem o uso da categoria preta.

4.3.2. Cadastrados difíceis: a essencialização das desigualdades sociais

Paralelo à análise dos confrontos ao silêncio pelos repertórios de ação, eu acrescento uma reflexão sobre um ponto específico do repertório de resistência à focalização, que foi a dinâmica de privatização e culpabilização das condições sociais dos usuários. Relembro que eu consegui acessar essa lógica pela identificação da tríade de explicação essencialista às desigualdades sócio-raciais em saúde (biológica, cultural e social), a partir das narrativas dos profissionais da ESF que mais mobilizaram esse repertório de ação.

A política de cuidados em saúde via ESF, apesar de normatizar como princípio o cuidado social do usuário, a *integralidade*, acabava por particularizar o social e culpar o usuário pela sua incapacidade em ultrapassar suas vulnerabilidades estruturais e ser tornar saudável. Apesar do reconhecimento que a saúde do usuário é influenciada por questões sociais, com foco restrito na classe social, são essas mesmas questões sociais utilizadas para culpá-lo, como se este usuário tivesse autonomia para se retirar dessas condições sociais, apesar de ter alguma agência em relação àquelas. Como argumentam Ayuero (2001) e Marins (2017), os beneficiários sabem interpretar as dinâmicas dos serviços públicos e as categorias das políticas públicas, formais e informais. É a partir da agência dos usuários, que eles definem diversos comportamentos perante o Estado para conseguir sobreviver ao mesmo, como o investimento em amizades com os profissionais para serem bem atendidos (a ser descrito, no capítulo 5).

Essa individualização e culpabilização ocorreram porque, no universo diário da ESF, há vários sentidos concorrentes à *integralidade*, mobilizados pelo mesmo profissional, a depender da perspectiva adotada para se falar sobre os cadastrados da ESF. Como observei, o sentido da *integralidade* variou de um sentido comunitário a privatista. Quando comunitário, o cuidado é pensado a partir do social e isso não se apresenta como uma dificuldade na entrega da ESF. Quando privatista, o cuidado é pensado, também, a partir do social. Mas, agora, acompanhado de um cuidado que culpa e responsabiliza o usuário. Neste último caso, lidar com o social do usuário é considerado algo difícil. A depender do sentido fornecido à *integralidade*, a *vulnerabilidade* transita do objetivo da ESF para o “calcanhar de Aquiles” da ESF.

Os princípios protocolares da ESF que visam vencer as barreiras do social (integralidade, vinculação, longitudinalidade), se transformavam ao longo do caminho até o

usuário em outros: privatização das condições sociais, pessoalidade para prover o cuidado e rotatividade de profissionais. Como a literatura sobre políticas públicas que utilizo nesta tese argumenta (ZITTOUN, 2014; DUBOIS, 2016), a discrepância entre a política instituída e a implementada é própria da dinâmica das políticas públicas. Apesar disso, a ideia de um Estado apenas racional, em todos os seus fragmentos, que leva a acreditar que protocolos se transformam em prática, e apenas em práticas inclusivas, assim que elaborados, ofusca a interpretação dessas dinâmicas políticas das políticas. Além disso, a crença apenas na racionalidade não possibilita analisar como os cuidados ocorrem no encontro com o usuário, a partir de um território, de valores, de posições distintas de poder entre agentes de Estado e usuários.

A partir desses pressupostos, pesquisas sobre a implementação de políticas sociais, em contextos de alta desigualdade, apontam o quanto as desigualdades pré-existentes são um elemento que constitui o processo de implementação de uma política pública (Maynard-Moody e Musheno, 2003). Nesta perspectiva, a “discricionariedade burocrática” é entendida como uma prática moral, que impacta de diversas formas em desigualdades pré-existentes. Com base nestas abordagens de implementação de política, Lotta (2017; 2015), por exemplo, tem investigado a dinâmica de julgamentos morais em torno dos usuários da ESF, a partir das categorias informais de *cadastrados aderentes* e *não-aderentes*. Ela identifica que os sentidos fornecidos a essas categorias estão relacionadas a representações morais, culturais e patológicas da saúde e da doença. A depender do sentido, os *cadastrados* são classificados, informalmente, como *irresponsáveis*, *preguiçosos*, *negligentes* com a saúde. Segundo tem evidenciado a autora, os usuários alocados à categoria de *aderentes* são considerados mais merecedores dos cuidados em saúde. Por outro lado, os classificados como *não-aderentes*, atravessados por aqueles estereótipos, são tidos como menos merecedores do investimento de trabalho por parte dos ACS. Dessa forma, a autora argumenta por resultados opostos da discricionariedade nas desigualdades, promotora de interações inclusivas e exclusivas, a depender das práticas, estilos e categorizações que são construídas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação aos usuários.

No caso das pesquisas de Lotta, observa-se, também, a culpabilização do resultado do cuidado no usuário, se este não for bem sucedido na sua saúde. Esse processo já aparece como um fenômeno do Estado de Bem-Estar Social. Como analisa Dubois (2009), “individualização e responsabilização são, agora, palavras-chaves das políticas sociais” (pg.

224, tradução minha). Ele as considera as novas práticas dos controles burocráticos, que recaem em pobres, para regular o serviço a partir da considerada autonomia individual do beneficiário. No caso das Unidades que pesquisei, observei muitos usuários sem terem condições sociais de procederem com escolhas, como no caso de Jasmim, quase que esquecida no *morro*, recebendo visitas recorrentes de sua ACS para *escutá-la* (a ser descrito, no capítulo 5).

Observei que os usuários que conseguem se tornar usuários ideais nas burocracias pesquisadas da ESF, o *cadastrado fácil* (não reclamar, não ser agressivo, esperar, entender expedientes, compreender as orientações de cuidado, aderir aos cuidados, etc.), eles possuem chances de serem inseridos com mais rapidez e atenção no labirinto da Saúde Pública. Mas, não, necessariamente, suas condições de saúde melhorarão. Como a ESF está cega aos mecanismos sociais de reprodução de desigualdades sócio-raciais em saúde, esta produz a crença que, com *carinho e escuta*, os *cadastrados* conseguirão mudar seus padrões de saúde.

A partir da narrativa dos profissionais da ESF com os quais convivi, essa culpabilização ocorreu mais em torno dessa figura do *cadastrado difícil*, a significar usuários que não conseguem: se cuidar, aderir, entender, obedecer as prescrições da ESF. Ou seja, a categorização moralizante recaiu, no fundo, sob a maioria dos usuários da ESF (mulher, pobre e negra), pois as condições sociais estruturais a que estão alocados, dificulta muito que alcancem, por si, o lugar de *cadastrado fácil*. Na minha pesquisa, a comparação entre três Unidades da ESF, distintas, possibilitou observar melhor o lugar social do *cadastrado difícil*. Tanto é que, na Unidade Central (UC), essa figura era quase ausente, pelo menos na narrativa dos profissionais. Naquele território, essa categoria era considerada rara.

Referente a um dos efeitos dessa lógica de privatização e culpabilização do social em relação à proposta de focalização racial na saúde, neste capítulo, eu destaco a desconsideração das condições sociais de saúde, e, conseqüentemente, de uma proposta estatal de equidade racial. Acredita-se que essas condições são passíveis de serem mudadas por decisões individuais dos usuários, não por “governamentalidade” (Foucault, 1979). Nestas burocracias locais da ESF, a presença da crença de alocar a responsabilidade em ultrapassar condições estruturais de vida no *cadastrado*, isso impedia que existisse governança oficial local da saúde de negros, pois, governá-los não era legitimado, nem praticado.

Já no capítulo 3 (Silêncios), eu analisei a desconexão entre a visibilidade da focalização, pela massividade de regulamentação, e a invisibilidade da focalização, pelo

silêncio organizacional da ESF. Neste capítulo, a crença de responsabilização e culpabilização pelo social, me leva, adicionalmente, a outra compreensão desta desconexão entre a política institucionalizada e a implementada, o não fornecimento de legitimidade ao Estado para controlar e vigiar a saúde de negros, localmente. A lógica da privatização esvazia qualquer disposição à equidade, pois os agentes do Estado entendem que estão lidando com questões privadas dos *cadastrados* e não sociais.

Observei que o repertório da resistência à focalização na saúde pública já promove bloqueio em tratar o usuário a partir das suas condições sociais, por essa lógica da culpabilização, apesar de mobilizarem a determinação social, discursivamente. Observei que a resistência à focalização racial já se forma antes, na resistência às próprias condições sociais de saúde dos usuários que cuidam. Nossa convivência me revelou que eles mais resistiram a qualquer proposta de equidade racial, não por acharem que negros são racialmente inferiores, a clássica ideologia racista, mas por acreditarem na crença que o negro é capaz unicamente de se retirar daquele reconhecida condição desigual, pois ele não é um diferente na capacidade de mudar, mas um igual.

Voltando à Bonilla-Silva (2015), o racismo cego à cor é típico do liberalismo e, como tal, tudo passa a ser uma questão de escolha. Um argumento similar ao de Morning (2011), em sua pesquisa sobre “concepções raciais” existentes em instituições universitárias norte-americanas. Ela conceitua as concepções raciais como o conjunto de crenças raciais contemporâneas que explicam a raça. Na pesquisa, ela identificou três concepções raciais mobilizadas entre estudantes e professores: raça como construção social, raça biológica, e raça cultural. As últimas duas essencializam as categorias raciais, pois tornam atributos sociais inerentes aos indivíduos, ora pela cultura, ora pela genética. Ao identificar esse essencialismo, ela categoriza essa nova forma de conceber a raça como “laissez-faire”, que explica as desigualdades sociais por meio de diferenças nas habilidades individuais. Uma explicação presente na construção do cadastrado difícil.

Neste capítulo, analisei como os profissionais da ESF agenciaram resistência e engajamento à existência cotidiana e regulamentar de uma focalização racial da saúde nas burocracias em que trabalhavam. Identifiquei que, num contexto social de ideias liberais de igualdade (racismo *color blind*, culpabilização das condições sociais dos cadastrados e universalismo das políticas), a reação majoritária de resistência à focalização em saúde levava os profissionais à inação em relação a temas centrais das desigualdades raciais, a exemplo de

diagnósticos de saúde e da violência doméstica. Além disso, o processo de culpabilização se revelou intenso a partir da categoria informal da ESF, *cadastrados difíceis*, que será central para compreender como essa categoria concentrou as mediações mais violentas que observei em campo, com resultados simbólicos e materiais aos usuários. No próximo capítulo, termino a análise sobre a governança da saúde de negros pelas mediações, quando agentes do Estado e *cadastrados* se encontravam, não necessariamente frente a frente, para que a ESF acontecesse. Nestas interações, violentas burocraticamente (GUPTA, 2012), tudo se articulou para gerar desacesso ou tipos de acesso à ESF: desigualdades pré-existentes, cegueira à raça, a moralidade dos cadastrados difíceis, a governança oficial intraburocrática. Mesmo sem se falar em raça, essas mediações ocorriam, principalmente, em torno de um dos grupos foco da PNSIPN, as mulheres negras.

Capítulo 5: Raça sem Focalização

Como analisado no capítulo anterior, o cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS) pesquisadas, era mais permeado por um repertório de ação de resistência à política de focalização da saúde na população negra. Diante deste contexto organizacional, neste último capítulo, eu analiso as mediações construídas pelos profissionais da ESF, junto aos *cadastrados*, para a entrega dos serviços primários, por meio de uma Estratégia quase sem focalização cotidiana. Se o repertório de resistência em relação a propostas de equidade racial foi mais proeminente que o repertório de engajamento à construção de práticas equitativas, eu finalizo com as seguintes questões para análise: que mediações eram construídas nessas burocracias para promover e prevenir a saúde, sem se falar sobre desigualdades raciais corriqueiramente? Qual a relação entre ausência de focalização oficial cotidiana local e tipos de governança da saúde de negros via ESF? Em que medida a ausência de expedientes oficiais corriqueiros da focalização gerou mediações potencialmente excludentes para que os usuários usufruíssem dos serviços da ESF?

Como a literatura sobre implementação (ou materialização) de políticas públicas em “burocracias de nível de rua” indica, mediações são as ações discricionárias colocadas em curso pelos agentes do Estado para que políticas públicas, efetivamente, ocorram na vida dos usuários, diante das regras formais da política e da vida dos usuários (DUBOIS, 2016; LIPSKY, 2010; MAYNARD-MOODY E MUSHENO, 2003). Sem mediações, não há Estado para os usuários, pois seria necessária apenas a existência das regras formais da política. Como tão bem colocou uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), quando perguntei o que era ser uma ACS da ESF, ela respondeu: “uma ponte que liga a comunidade à saúde” (profissional, preta).

No decorrer da tese, eu já illustrei, esparsamente, algumas dessas “pontes” criadas entre profissionais e usuários que permitiram uma vivência dos serviços primários em saúde, a exemplo da profissional que traduz para a linguagem da usuária o uso da medicação intravaginal (capítulo 2). Essas mediações são exemplos de como a ESF pode ocorrer a partir de processos relacionais cotidianos inclusivos aos serviços de saúde.

Neste capítulo, meu foco é outro tipo de mediações, as que tiveram como consequência a exclusão dos usuários dos serviços da ESF, ou o usufruto dos mesmos a partir de “violências simbólicas” (BONET, 2013) e “sujeições” (AUYERO, 2011), gerando ESF

distinta das inclusivas. Essas mediações excludentes não se limitaram apenas ao encontro face a face entre profissionais e usuários, mas a processos de decisões institucionalmente tomadas para o tipo de entrega dos serviços, em distintos espaços onde a ESF se concretizava para o usuário. Essas mediações evidenciaram a relação entre a construção de categorias morais em torno dos usuários (ex.: cadastrados difíceis), a dinâmica de alocação dessas categorias a certos grupos sociais e as consequências materiais aos mesmos, como não receber os serviços da ESF, ou recebê-los com baixa qualidade, ou apenas recebê-los se o usuário assumisse determinados comportamentos definidos organizacionalmente.

Para analisar essas mediações excludentes, em contextos organizacionais que não falam sobre equidade racial cotidianamente, eu apresento três cenas que ocorreram em cada uma das Unidades, que são ilustrativas do processo institucional de construção dessas mediações. Além do efeito moralizante e excludente, o comum às três cenas selecionadas é a legibilidade do efeito de desacesso, da falta de qualidade no uso do serviço e do condicionante comportamental. São cenas que apresentam, claramente, como a sobreposição de repertórios de resistência à focalização, de gestão organizacional silenciosa das desigualdades raciais e da operação dos estereótipos sociais, como a categoria informal de *cadastrados difíceis*, produzia uma governança não oficial da saúde de negros, distinta dos objetivos oficiais inclusivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da ESF.

A partir da análise das mediações excludentes, argumento pela existência dessa governança não oficial, pois essas mediações reincidiam nos cuidados de saúde de mulheres negras e pobres. No cotidiano da ESF sem focalização, a operação da categoria informal *cadastrados difíceis* (ou *casos complexos* da ESF) favorecia um tipo de gestão de saúde moralizante e potencialmente excludente que reincidia mais em mulheres negras, em função das intersecções de suas vulnerabilidades sociais de classe, raça e gênero. Se não havia, nas Unidades pesquisadas, legitimidade pronta à focalização oficial da saúde na população negra, havia a existência de uma categoria informal que geria a saúde dessas mulheres, em certas circunstâncias organizacionais. A partir de agora, quando eu utilizar o termo *mulher*, pode-se subentender que estou me referindo a essa interseccionalidade da usuária da ESF: mulheres, pobres, negras (pretas e pardas), gestantes e classificadas como *difíceis*.

Especialmente, no que se refere à reprodução (planejamento familiar, preventivo, pré-natal, nascimento e cuidados iniciais com o bebê), um dos grandes focos de trabalho da ESF, foi nesta *Linha de Cuidado*, a *Saúde da Mulher*, onde registrei mais esse tipo de mediação. O

cuidado é centrado nelas, há pressão da *gestão* nos profissionais para cuidarem delas, há gosto dos profissionais por elas (ex: amizades, fotos em murais). Mas, tudo isso está sendo gerido a partir de moralidades para a inserção na ESF. As especificidades sociais dessas mulheres não são levadas em consideração, mas elas são responsabilizadas por essas condições. Como resultado, houve um tipo de governança, na cadeia burocrática, moralizante e reproduzidor de um lugar de mulher, sem mudanças em suas estruturas de oportunidades de vida para os cuidados em saúde.

Numa pesquisa qualitativa das desigualdades como esta, foi difícil separar a operação das categorias das desigualdades, pois elas se apresentavam interligadas. O gênero passou a ser um elemento constante nos arranjos de interseções das desigualdades. Eu estava diante de uma política pública, a ESF, cujo público assistido é, majoritariamente, de mulheres negras. Diante deste perfil de usuários, as mediações para a entrega dos serviços da ESF eram em torno da mulher, pobre e negra. Por isso, a abundância de cenas e narrativas em torno desta *cadastrada*. Dessa forma, a análise das mediações mais excludentes observadas nas Unidades me levou à perspectiva da interseccionalidade das desigualdades sociais (CRENSHAW, 2004; ANDREWS, 2018), quando as categorias de raça, classe e gênero se cruzam e, juntas, promovem os padrões de desvantagens sociais.

Mas, atrelado à perspectiva interseccional das desigualdades, outra se somou neste capítulo, a perspectiva do nível de sujeição ao Estado a partir dessa interseção. Diante do universo feminino, pobre e negro da ESF, eu retomo a dinâmica de sujeição (AUYERO, 2011), ou sofrimento contínuo (GUPTA, 2012). Se antes, no capítulo 1, utilizei essa perspectiva para melhor analisar a variabilidade de ESF em função dos territórios, agora, estas me servem como lentes para compreender, especificamente, a dominação rotineira das mulheres *cadastradas* aos cuidados da ESF.

O que a análise dessas mediações excludentes indica é a impossibilidade de caricaturar profissionais, por exemplo: profissionais da Unidade Central (UC) como mediadores excludentes, profissionais da Unidade Modelo (UM) como mediadores exemplares e profissionais da Unidade Precária (UP) como mediadores inclusivos. Essas mediações eram rotineiras e organizacionais nas três burocracias da ESF pesquisadas, não episódicas, nem individuais de um profissional. Independente do território, do tipo de Unidade, da categoria profissional, essas mediações ocorriam. Na ausência da focalização oficial cotidiana nessas Unidades, observei possibilidades de mediações excludentes e inclusivas por todos os

profissionais. Apesar da considerável rotatividade dos profissionais da ESF, essas mediações nunca foram rotativas, pois institucionais. Eram situações organizacionais dentro de um contexto de resistência em focalizar a saúde que essas mediações eram construídas. Por isso, um mesmo usuário, ao transitar pelo fluxo dos serviços da ESF, a partir daqueles espaços internos e externos, num mesmo dia, vivenciava, concomitantemente, diversos tipos de mediações para cuidar da saúde, inclusivas e excludentes.

Como já analisado no capítulo anterior, o pequeno grupo de profissionais que mobilizaram o repertório do engajamento à focalização, já construíram um olhar às desigualdades sócio-raciais e um atendimento com atenção a essas especificidades, mesmo que por meio de práticas individualizadas da focalização. No capítulo 4, descrevi algumas das mediações desses profissionais, a exemplo das interações com Dona Angélica e Cravina. Acionar mediações inclusivas e pensadas pelas especificidades sociais dos negros não é algo da essencialidade destes profissionais. Mas, o agenciamento dessas interações foi socialmente construído, por formas reflexivas sobre como lidar com desigualdades raciais.

No grande grupo de profissionais que mais mobilizou repertório de resistência à ideia de focalização, essa resistência não, necessariamente, se transformou em indiferença à vida de usuários negros, ou tratamento sem qualidade, ou à discriminação dos serviços da ESF, quando em interação direta com *cadastrados* negros. Observei um processo de adoecimento mental de todas as categorias profissionais ao lidarem, diariamente, com tantas desigualdades sociais. Contudo, não há coincidência no dado que todas as cenas institucionais agrupadas neste último capítulo envolvam profissionais que estavam mais orientados por repertório de resistência à ideia de uma saúde pública focalizada, seja a resistência de tipo interdição ou disposição discursiva. Meu interesse foi em analisar em que situações organizacionais mediações com potencial excludentes se construíam entre os profissionais, num cotidiano de ESF que não fala em desigualdades raciais.

5.1. Cenas de exclusão

Cena 1 – Descadastrar mulheres da ESF

Era o 15º mês em campo e a segunda vez que eu participava da reunião da Equipe Litoral (capítulo 4), da Unidade Central (UC). Relembro, a primeira foi quando a médica (branca) desta equipe reagiu com muita animação à minha presença na Unidade com o tema da pesquisa. Por isso, eu já era bem conhecida das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e de outra profissional desta equipe, Mariana (negra). Mas, nem tanto da profissional que conduziu a reunião neste dia, Bianca (branca), que não estava presente naquela primeira reunião.

Nesta segunda vez em que eu participei da reunião, pela convivência estabelecida com as ACS e Mariana, minha entrada na reunião foi relativamente tranquila. Eu estava na Unidade naquele dia e as profissionais me chamaram para participar da reunião que seria conduzida por Bianca. Nós já estávamos sentadas pelo mobiliário (maca, banquetinha, cadeiras) do pequeno consultório da Equipe, quando Bianca entrou e estranhou minha presença. Mas, eu não precisei me explicar, as próprias profissionais se anteciparam à minha fala e avisaram à Bianca que eu já era conhecida da UC, “fazendo uma pesquisa”, sendo que o tema da pesquisa não foi mencionado, nem pelas profissionais, nem por mim.

Bianca já tinha me visto pela UC, mas nunca tínhamos conversado, e ela me recebeu com muita cordialidade à reunião. Duas eram as pautas principais da reunião: aumentar o número de participantes do Planejamento Familiar e cumprir a meta de preventivos naquele mês. Ambas as tarefas tinham sido demandadas à Bianca pela gerência da Unidade, que havia sido cobrada por isto pelos *da gestão* (Coordenação de Área Programática – CAP, e Prefeitura).

Quando o primeiro ponto começou a ser tratado (Planejamento), Bianca avisou à Equipe que o dia de reunião de Planejamento Familiar tinha mudado para conseguir aumentar a participação de mulheres. Um breve diálogo se iniciou entre três ACS, reproduzido abaixo:

ACS 1: pobre gosta de ter filho, não?

ACS 2: é, onde come um, come dois, não é esse o ditado?

ACS 3: mas, e se a pessoa quiser ter filho, qual o problema?

Bianca cortou o diálogo, pedindo para que a ACS de uma das áreas mais *vulneráveis* do território investisse em convidar as mulheres daquele local para o Planejamento Familiar, já que era a área do bairro com maior número de usuárias do Bolsa Família. Em seguida, Bianca avisou à Equipe que havia uma nova meta de preventivos para cumprir e ser registrado nos Sistemas de Informações, ainda naquele mês. Ela pediu que todos os ACS, durante o mês, marcassem a coleta para cinco mulheres de suas respectivas microáreas, mas, somente para as mulheres em idade fértil.

Essa demanda levou a Equipe a considerar as empregadas domésticas para realizar os preventivos, pois foram pensadas como o público mais fácil de ser acionado para cumprir a meta. Como descrito no capítulo 2, na UC, empregadas domésticas apenas eram consideradas moradoras do bairro e, conseqüentemente, *cadastradas* da ESF na UC, se comprovassem moradia por meio da autorização dos seus patrões. Apesar da equipe ter definido o público prioritário, os profissionais esbarravam em dois tipos obstáculos. Um, a existência da comprovação de moradia, conforme as regras estabelecidas pela UC, o que legitimaria aquelas mulheres como *cadastradas* da ESF. Outro, o registro do estado de saúde delas no Sistema de Informação, tido como *complicado*.

Por exemplo, ao falarem da *cadastrada* Glória, ela foi avaliada com uma condição de saúde muito ruim para participar do preventivo, pois estava hipertensa, diabética e não se cuidava: “malcriada” (Agentes). “Corta”, ordenou Bia. Glória não foi convidada para fazer o preventivo. Outro caso também foi debatido, o da *cadastrada* Vilma, com “diabetes altíssima”, avaliada como uma mulher que não comparecia para os exames de controle, nem era encontrada mais na casa da patroa. Bia desconfiava que Vilma não era mais *moradora* do bairro, o que permitira que ela a descadastrasse da ESF, ordenando à ACS: “acho que ela não mora mais lá. Verifica na vizinhança antes de retirar. Ela vai acabar pipocando [a saúde vai piorar] e está na minha área [da Equipe Litoral]”.

Outra ACS aproveitou para se informar em como atualizar o registro da *cadastrada* Kelly, uma jovem de 15 anos, grávida, expulsa de casa pela família, morando com uma tia, em outro bairro. A ACS não sabia mais como classificar a jovem dentro da UC. Bia ordenou para descadastrar: “mais uma para eu me livrar. Não é moradora, então, acabou, não será atendida”.

Depois de tanto ordenar discriminação, Bia olhou para mim e falou: “nem posso falar o que queria por causa dela aqui”. Enquanto todos riam, Mariana incentivou Bia a prosseguir: “fala sim, o bom é que ela não grava nada, só escreve”.

Cena 2 – Enquadrar mulheres à ESF

Era o nono mês em campo e representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Coordenação de Área Programática (CAP) foram até a Unidade Modelo (UM) para verificar o trabalho desenvolvido por jovens do *território*. Eles eram bolsistas de um projeto da Prefeitura para disseminar informações em saúde entre usuários da Unidade. Eram todos jovens negros, em sua maioria mulheres. Havia uma tensão prévia no ar, pois os da *gestão* não estavam satisfeitos com as atividades desenvolvidas pelas jovens. Estas estavam incomodadas com a cobrança dos representantes por uma forma de atuação no *território*.

Essas jovens já me conheciam, mas os da *gestão* não. A primeira vez que eu interagi com as jovens e elas souberam o que eu pesquisava, de pronto, me contaram sobre uma atividade que fizeram no *território*: conversaram sobre racismo com usuários da Unidade. Quando os profissionais da *gestão* me viram sentada à mesa e descobriram quem eu era, de pronto, me sugeriram conversar com a famosa gestora da SMS tida como única responsável pela saúde da população negra no município, a Dandara (capítulo 1). Eles, também, me mostraram, pelo celular, uma palestra sobre a mulher negra que ocorreria naquele mês. Porém, não era uma iniciativa da SMS/RJ, mas de uma histórica ONG de mulheres negras, em parceria com um conhecido organismo internacional, atores-chaves na construção institucional da focalização (capítulo 1).

Nós estávamos todos reunidos em uma mesa redonda: quatro jovens negros (neste dia, duas mulheres e dois homens), três representantes da *gestão* (brancos) e eu (branca). Os profissionais da *gestão* começaram a cobrar o *planejamento de ações* dos jovens. Eles queriam um papel. Mas, Giovana, a líder dos jovens, uma jovem-mãe-negra, cujo bebê tinha apenas nove meses, decidiu falar sobre a possibilidade de mudar um pouco o grupo de gestantes da UM para contemplar mais assuntos de interesse às jovens mães do *território*. Segundo Giovana, o atual grupo de gestantes da UM apenas contemplava a experiência de maternidade de casais e adultos. Ela investiu em justificar a mudança, relatando os dilemas da

maternidade entre as adolescentes solteiras daquele *território*. Uma das representantes da *gestão* disparou: “mas, isso não seria apenas do seu interesse, Giovana?”.

Depois de mais cobranças sobre o *planejamento de ações*, os jovens decidiram falar sobre a necessidade de explicar o uso da camisinha aos jovens do território. A iniciativa foi motivada por um jovem do território que abordou esses jovens bolsistas da saúde e perguntou a eles como se usava uma camisinha. Outra representante da *gestão* disparou: “vocês poderiam ter falado com a mãe dele, a mãe explica”.

Os da *gestão* pareciam pouco interessados nas diversas sugestões que os jovens compartilhavam e voltaram a cobrar o planejamento escrito: “você não tem nenhum planejamento, Giovana, o que será feito em cada mês?”. Os jovens justificaram a dificuldade em planejar em função da violência no território (capítulo 2). A resposta foi pouco levada em consideração e uma data para a apresentação do tal planejamento de ações foi agendada.

Em seguida, os da *gestão* apresentaram aos jovens o novo logo da camisa do projeto dos bolsistas: “o que vocês acharam?”. “O que tem haver com a gente?”, os jovens não se identificam com a imagem visual. Mais uma vez, ocorreram várias trocas de acusações entre *gestão* e jovens. Os primeiros acusavam os jovens de não planejarem ações e os jovens acusavam os representantes municipais de não entenderem o que acontecia com os jovens daquele *território*.

Ao final da reunião, Giovana abriu um pacote de biscoito de chocolate recheado e ofereceu a todos. Os representantes da *gestão* não aceitaram. Um condenou: “ah, Giovana, me oferece uma fruta, uma pera, mas chocolate?”. Giovana ganhava uma bolsa que não chegava à R\$ 600, cujo dinheiro servia para manter ela, sua bebe e ajudar em casa, onde morava com outros familiares.

Cena 3 – Desconfiar de mulheres da ESF

Era o fim da manhã de um dia do 11º mês em campo. Eu estava na *Sala da Administração* da Unidade Precária (UP), escrevendo no caderno de campo sobre as interações do dia, numa mesinha de canto. Duas profissionais trabalhavam na sala, alimentando dados no Sistema de Informações, Gina (branca) e Cláudia (amarela). Uma *cadastrada* entrou na sala e ficou parada em frente à porta. Marta era uma mulher, jovem, negra, magra, de estatura média, vestia chinelos, um short preto e uma blusa azul, sem manga,

acima do umbigo, com um frouxo rabo-de-cavalo nos cabelos, não tinha bolsa, nem documentos, seus braços estavam retos e rentes ao seu corpo.

A primeira impressão que eu tive era que Marta estava paralisada por algum motivo. Ela perguntou, em voz baixa, como se fazia para ligar para o *Cegonha Carioca*³⁴. As duas profissionais se olharam e nada falaram. Marta entrou um pouco mais na sala e repetiu a mesma pergunta. Sua voz continuava baixa, mas, agora, claramente trêmula, parecia querer chorar. As informações que ela começava a falar não eram tão articuladas, mas foi compreensível que sua amiga, Flávia, “lá em cima no Morro”, estava em trabalho de parto e ela não sabia o telefone do *Cegonha*. Marta perguntou: “você podem ligar?”.

As profissionais negaram o pedido e justificaram que elas não poderiam ligar pela gestante, pois a atendente do *Cegonha* perguntaria informações sobre Flávia que elas não saberiam responder. Após as explicações, as profissionais apontaram para o telefone, ao meu lado, e falaram: “olha o telefone ali”. Marta voltou a perguntar qual era o número e uma das profissionais respondeu: “acho que tem um cartaz do *Cegonha Carioca* lá na Área do Acolhimento, vou lá pegar para você”.

A outra profissional voltou a trabalhar no computador. Diante de outro computador, na minha frente, eu comecei a procurar o número do *Cegonha* pelo Google. Cláudia, ao meu lado, passou a me explicar que eles (os profissionais da ESF) não poderiam ligar pelas gestantes, pois existiam vários fluxos de ligações de emergência que poderia atrapalhar o atendimento do *Cegonha*. Enquanto eu recebia explicações, Marta se moveu um pouco mais para dentro da sala, colocou as mãos na barriga e com um choro ainda contido disse: “Eu estou nervosa, liga pra mim? É o primeiro filho dela”. Em seguida, Marta já não conseguiu mais conter o choro.

A outra profissional, Gina, voltou com o telefone anotado em um pequeno papel e entregou à Marta, incentivando-a a usar o telefone. Marta colocou o papelzinho ao lado do telefone, começou a digitar os números, em lágrimas. Eu perguntei: “está chamando?”. Ela olhou para mim, tirou o telefone do ouvido e o me estendeu: “Não está chamando”. Eu, finalmente, peguei o telefone e liguei. A funcionária do *Cegonha* começou a perguntar informações e Marta conseguiu falar: “Oi, você pode socorrer uma paciente? Ela está em trabalho de parto. Na *Sophia*, lá na *Sophia Town*. Ai meu Deus, eu não sei explicar direito”.

³⁴ O *Cegonha Carioca* é uma ação para promover à mãe, na hora do parto, um transporte-ambulância que a leve da sua casa até a maternidade referência da sua área de moradia.

Enquanto Marta tentava explicar o endereço de Flávia, em trabalho de parto, a ACS Kátia (negra), entrou, se aproximou de Marta, perguntou o nome da gestante, usou o computador da mesa, identificou Flávia no Sistema de Informações, saiu da sala, voltou bastante nervosa, cruzou os braços e perguntou à Cláudia (uma das profissionais que continuava a trabalhar no computador): “quando uma grávida tá passando mal em casa, isso é problema nosso?”. Cláudia respondeu: “você não está me perguntando isso, né? A gestante é usuária do SUS, a gente é responsável sempre”. A ACS Kátia continuou: “Se for verdade, vai ter que negociar com o tráfico. A *Cegonha* não sobe se não tiver liberado. É pra falar com o tráfico? Eu que vou ter que falar com o tráfico, né?”.

Eu avisei às profissionais: “pessoal, Marta não está conseguindo explicar o endereço da gestante. Será que alguém poderia ajudá-la?”. A ACS Kátia esbravejou “deixa que eu falo”, pegou o fone da mão de Marta, bateu-o no gancho e ordenou à Marta: “espera lá no *Acolhimento*”. A ACS Kátia virou pra mim e começou a me explicar que desconfiava de Marta e Flávia: “Não é verdade. É mentira. Você não ouviu Marta falando que Flávia mora na *Sophia Town*? Flávia não mora na *Sophia*. Marta está aqui para uma consulta, aguardando no *Acolhimento*, é doida, não sabe de nada”. Mas, para tirar a dúvida, a ACS Kátia começou a contatar, via ligações e *whatsapp*, familiares e vizinhos da gestante Flávia para confirmar se ela estava, realmente, em trabalho de parto. No Sistema, não havia o telefone da gestante.

Uma médica (branca) entrou na sala e perguntou o que estava acontecendo e recebeu como resposta: “ainda não sei doutora. Acho que vou subir” (ACS Kátia). A médica, também, optou por explicar a mim: “parece que a fonte não tem certeza”. Em uma das ligações que a ACS Kátia fez, alguém que estava com Flávia confirmou que ela estava em trabalho de parto. “Ah, no comecinho?”, a ACS Kátia repetiu essa fala, olhando para a médica e logo desligou o telefone. O seguinte diálogo ocorreu entre médica e ACS:

Médica: mas, como está a gestante?

ACS Kátia: está bem doutora, está no comecinho.

Médica: como assim? Qual o tempo de intervalo das contrações?

ACS Kátia: Na comunidade não tem isso não, doutora. A mãe liga quando está nas últimas. Pode ficar tranquila. Está tudo certo.

Assim, a cena se diluiu na *Sala da Administração*. A ACS Kátia e a médica voltaram para o cotidiano de trabalho, as profissionais Gina e Cláudia continuaram a alimentar o Sistema de Informações e eu segui para a *Sala dos ACS*, atrás da ACS Kátia, para entender o

desenrolar da história. No caminho, perguntei à Kátia: “e, então, ela estava ou não em trabalho de parto? Conseguiram chamar a Cegonha Carioca?”. Como resposta: “está no comecinho. Ela é doida. É minha cadastrada. Eu conheço”.

5.2. Governança da reprodução de mulheres periféricas

As cenas acima foram situações que eu presenciei que revelaram formas excludentes de gerir a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que existiram nas três Unidades, independente do território e tipo de ESF, todas sem focalização oficial cotidiana. Essas cenas indicam a discriminação institucional de mulheres pela intersecção entre classe, raça e gênero, adicionado do fato que elas eram consideradas *difíceis* de serem cuidadas, consideração justificada por estereótipos: doentes demais, desobedientes demais, com condições muito vulneráveis de vida, passíveis de sofrerem. Os efeitos dessas mediações foram desacesso aos cuidados em saúde, enquadramento às regras formais e informais ESF para serem cuidadas, e falta de qualidade no cuidado, por serem mulheres, pobres, negras, e alocadas à categoria de *cadastradas difíceis*.

Nestas três cenas, na maioria em áreas geográficas das mais pobres de cada território, a situação de desigualdade interseccional dessas mulheres (pobres, negras e sujeitas à governança da reprodução pelo Estado) foi mobilizada de diferentes formas pela ESF, ora usada para bater metas, ora para enquadrar comportamentos considerados reprováveis, ora para discriminar, mesmo no âmbito da assistência à saúde baseada na *integralidade*. O comum a todas as três cenas é que essas mulheres não eram apenas mulheres, negras, pobres. Elas eram, além disso, alocadas à categoria de *cadastradas difíceis* para cuidar da saúde, pela situação de saúde que tinham em função das suas condições sociais, condições que foram mobilizadas para responsabilizá-las por não saberem se cuidar, ou por não saberem se comportar perante aquelas burocracias e, por isso, mereciam ser tratadas dessas formas.

O regular às cenas e narrativas de mediações excludentes para a governança da saúde sexual e reprodutiva das mulheres era a presença constante de uma lógica. Havia visões sociais de reprodução de mulheres pobres (FERNANDES, 2017), associadas a julgamentos morais dessa reprodução, articulados a um tipo de governança da saúde sexual e reprodutiva com efeitos excludentes, por exemplo: não participar de ações, enquadrar comportamentos, tratar com opacidade. Essa lógica adentrava às diversas situações organizacionais que

visavam construir uma ESF *integral*, tais como melhorar as metas, implementar novos projetos de prevenção, assistência ao parto. Essas situações não eram atravessadas por protocolos equitativos, gerando escolhas institucionais que reproduziam estereótipos, discriminações e desigualdades contra essas mulheres.

A Cena 1 ocorreu após considerável tempo meu em campo, quando já havia conhecimento do que eu estudava, já havia ocorrido uma interação com aquela Equipe, quando o tema de pesquisa foi associado, pela médica (branca), ao racismo e ao empoderamento da mulher negra (Capítulo 4, Seção 4.1.1.). Mas, isso não impediu que toda a equipe procedesse com explícitas práticas institucionais de discriminação de mulheres, pobres, negras, na minha presença. Para aquele grupo de profissionais, eles estavam apenas cumprindo uma meta da Prefeitura e as estratégias que escolhiam para esse cumprimento não era avaliado como racista, mas, no máximo, incorreto, como revelado pela profissional quando se autocensurou na minha frente.

Esse exemplo de cumprimento de metas levava em conta uma série de estereótipos em torno das mulheres. No caso do planejamento familiar, o estigma de que mulheres pobres não se previnem, vivem para ter filhos e que planejamento familiar público não é coisa de mulher de classe média. Ironicamente, esse estereótipo gerou *busca ativa* de mulheres pobres naquele território de riqueza e as inseriram mais em uma ação de saúde daquela Unidade. Isso poderia ser avaliado como inclusivo aos cuidados em saúde, se for levado em consideração apenas o aumento quantitativo de mulheres pobres, participando das ações de Planejamento Familiar. Mas, esse estereótipo, no fundo, condenou essas mulheres a não reproduzirem. Aquelas mulheres foram julgadas como incapazes de serem mães e a elas caberia a indução à esterilização pelas regras do Planejamento Familiar, não a gestação. Mas, agora, diferentemente de tempos de controle de natalidade como nas décadas de 70 e 80 (RIBEIRO-COROSSACZ, 2009), isso seria feito dentro de novas regras de cuidado, o Planejamento Familiar da ESF.

O outro exemplo de cumprimento de metas, os preventivos, revelou o quanto as demandas da Prefeitura de alcance de quantidade de exames e preenchimento disso nos Sistemas de Informação pouco indicavam sobre as reais mudanças nas condições de saúde das mulheres no *território*. Essa equipe não abriu o computador que estava no consultório para verificar qualquer tipo de informação sobre preventivos em sua microárea que o sistema permitisse. Além disso, a equipe não estava com nenhuma orientação das instâncias de gestão

(CAP e SMS) sobre quais áreas priorizar no *território*, que faixa etária, dentre outras orientações possíveis que tantas estatísticas da *gestão* poderiam possibilitar, mas invisíveis àqueles profissionais.

Diante da tarefa de cumprir uma meta, a equipe decidiu como fazê-la. O comportamento que a meta criou entre esses profissionais não foi melhorar a situação de saúde de mulheres, mas apenas chegar a um número e encontrar a forma mais fácil de apresentar esse número à Prefeitura. O caminho escolhido por eles era lidar com mulheres tidas *fáceis*, que compareceriam à coleta, que poderiam ir à coleta, que fossem à coleta sem novas demandas de saúde para não inflacionar casos *complexos*. Por isso, excluíram da ação as consideradas *difíceis*. Mais uma vez, foram os estereótipos construídos dentro da própria ESF, associados a visões sociais mais amplas sobre a reprodução feminina de mulheres pobres (RIBEIRO-COROSSACZ, 2009; FERNANDES, 2017), que conduziram a escolha diária dos profissionais para prevenir mulheres do câncer do colo do útero e outras doenças evitáveis.

Nesse universo de estereótipos da reprodução feminina, observei que, geralmente, as gestantes adultas eram bem-vistas pelas equipes em todas as Unidades, pois eram consideradas maduras para serem mães, especialmente, se faziam *tudo certinho*. Já as *mães-novinhas* eram julgadas e desqualificadas na capacidade de serem mães em qualquer território. No caso das mães do *Perdurar*, na Unidade Precária (UP), independente da faixa etária, elas eram julgadas como mães ruins, pois eram tão pobres, mas tão pobres, que esse era o critério último de avaliação da capacidade maternal delas. No caso de mães após os 40, estas mulheres, também, eram julgadas pelas equipes, como *velhas* demais para serem mães e por, também, como as *novinhas*, criarem trabalho extra aos profissionais, pois elas entravam na categoria de risco da ESF. *Novinhas* e *velhas* demandavam mais monitoramento dos profissionais, cujo investimento em acompanhá-las dependia das relações estabelecidas no decorrer da relação entre profissionais e *cadastradas*, as mediações construídas ao longo da relação entre ambos.

Na estratégia adotada para bater a meta da Cena 1, a figura da empregada doméstica foi eleita como o público a ser focado, o que poderia, também, induzir a uma falsa avaliação de que a tarefa, apesar de cumprida por meio de estereótipos, favoreceu aos cuidados de mulheres, pobres e negras. Contudo, dentro desse perfil, foram selecionadas apenas as empregadas *cadastradas fáceis*. Como já analisado, essa personagem da ESF é exatamente o

oposto do universo de beneficiários da ESF, uma idealização de usuário que entende prescrições, respeita as regras da burocracia, se cuida exemplarmente, se sujeita aos fluxos de cuidados, independente do quanto as suas condições sociais permitem.

Dentre as empregadas domésticas, essa equipe gastou um tempo inteiro de reunião para selecionar quais tipos de empregadas domésticas participariam da coleta. Três critérios de escolha foram estabelecidos. Um, as empregadas domésticas com melhores condições de saúde, pois se levassem à Unidade os casos *complexos*, a situação de saúde teria que ser registrada em sistema o que acarretaria em cuidados posteriores ou monitoramentos da Prefeitura. Segundo, essa *complexidade* de saúde não poderia estar alojada em empregadas com comportamentos reprovados: não se cuidar, não comparecer, as que reclamam. Terceiro, essas empregadas deveriam já ter comprovado suas condições de moradoras do bairro, o que exigia passar pela humilhação de pedir a declaração de moradia aos patrões ou pelo processo de caça aos endereços pelos profissionais.

A partir desses critérios, as ACS partiram para suas microáreas, recrutando para fazer um dos principais exames preventivos de câncer em mulheres apenas empregadas domésticas saudáveis, com relações de trabalho legais, que passaram pela triagem de patrões e ACS. Os casos descartados (Glória, Vilma e Kelly) eram de mulheres que precisavam muito dos tão falados *vínculo*, *integralidade* e *longitudinalidade* para melhorarem suas condições de saúde, mas, elas eram *complexas* demais para isso.

Não era apenas no território da UC que a vulnerabilidade social afastava as mulheres dos cuidados em saúde. Em todos os territórios isso ocorria, especialmente, quando operava a lógica de julgamentos morais das mulheres, em função dos modelos de reprodução pensados para mulheres de classes baixas, somados à mobilização de *cadastradas difíceis*. No caso de Jasmim, *cadastrada* da Unidade Modelo (UM), ela, também, foi considerada como uma mulher que não poderia mais gerar, em função da sua *complexidade* de vida, conforme descrevo no Box 5, a seguir.

Box 5 – Jasmim

Num dia, eu acompanhei uma equipe quase inteira da Unidade Modelo (UM) fazer uma *Visita Domiciliar (VD)* na casa de uma *cadastrada caso complexo*. Jasmim era uma jovem mulher negra, com problemas psiquiátricos, com dois filhos pequenos, casada com um integrante do tráfico. Ela nunca saía de casa e apenas descia o *morro* se acompanhada. A ACS da microárea dela identificou que Jasmim estava desprotegida, sem nenhum método contraceptivo sendo utilizado e que a casa estava muito úmida, o que poderia provocar tuberculose. Nesta *VD*, participaram: médico (branco), residente (branca), assistente social (preta), ACS (negra) e eu (branca).

Quando chegamos à casa de Jasmim, ela estava muito feliz com a visita e tinha arrumado a casa toda para nos receber. A assistente social começou a verificar a arrumação da cozinha, aprovando a limpeza. Sugeriu à Jasmim deixar comidas feitas em panelas no fogão para a futura visita do Conselho Tutelar, que avaliaria, logo, a capacidade dela em continuar cuidando dos filhos. Segundo a Assistente Social, isso seria um bom indicativo de cuidados com os filhos. Seguimos para a sala e lá, médico e residente, com muito carinho e didatismo, explicavam à Jasmim em como escovar os dentes dos filhos, em como passar a pomada nas feridas das crianças, em como arejar a casa.

Num dos cômodos, ficaram o médico, a residente e Jasmim, pois ela se despiria para receber uma injeção de contraceptivo. Todos ficaram aliviados, pois Jasmim estaria protegida de ter outro filho por três meses. A preocupação seguinte dos profissionais era em como levar Jasmim à Unidade para começar a frequentar o Psiquiatra, pois ela se negava a ir sozinha. A solução foi chamar a vizinha (negra), que acordou com a equipe em levá-la no dia seguinte. Mas, no dia seguinte, nem a vizinha, nem Jasmim compareceram à Unidade, nem a psiquiatria subiu o *morro*.

Quando eu perguntava à ACS porque ninguém ainda tinha ido revê-la, eu recebia a justificativa que a Unidade estava com excesso de *demanda livre* e consultas marcadas, impedindo que outra oportunidade de agenda se criasse entre toda a equipe como naquele dia. Jasmim ficou quase esquecida no *morro*, apenas a ACS passava para vê-la, *escutá-la* e verificar se ela estava abrindo as janelas. Se Jasmim não descesse o *morro* em três meses, o provável seria que outra *VD* ocorreria para mais uma injeção. A preocupação maior da equipe era evitar uma nova gestação de Jasmim, por ser considerada incapaz de continuar a gerir.

Se, no capítulo anterior, foi possível observar como *integralidade* mudava de sentido quando os profissionais narravam sobre *cadastrados difíceis*, por meio dessas cenas, foi possível entender como, ao lidar com estes, em expedientes cotidianos da ESF, baseado nas regras formais e informais desta política sem focalização, esses profissionais mediavam os serviços de forma institucionalmente excludente. Glória, Vilma e Kelly não foram captadas em *buscas ativas*, orientadas em como se cuidar, encaminhadas para outros fluxos de atendimento do SUS, condizentes com as regras do Sistema. Elas foram discriminadas por serem: mulheres, pobres, negras, em trabalhos subalternizados e em situação de *cadastradas difíceis*.

A discriminação dessas mulheres, por meio de ações de cuidados em saúde, mostra, claramente, as conexões entre as crenças essencialistas sobre as condições sociais de saúde do usuário operantes dentro da ESF e as formas de cuidado apenas universalistas, sem focalização. A construção ideológica dentro da ESF dos *cadastrados difíceis*, que apesar de terem suas condições sociais de vida reconhecidas pelos profissionais, mas, também, utilizadas para culpá-los pela condição de saúde, atrelado à ausência de práticas de focalização, permitiu que estereótipos sexistas, classistas e racistas, ao mesmo tempo, definissem a discriminação de mulheres, uma ação travestida de cuidados em saúde, *bater metas*.

Exporem-me essas ações discriminatórias de gênero, classe e ocupação, que possuem uma cor, não era considerado assim por esses profissionais, mas falar sobre raça sim, pois usar nomenclaturas raciais era tido como racista. Quando eles consideravam oportuno, me expunham como tratavam com carinho um cadastrado negro, a exemplo de Jasmim (Box 5), ou como uma profissional que me mostrava o zelo que tinha com uma mulher negra, a visitando sempre, enquanto esta aguardava a confirmação da sua cirurgia bariátrica pelo SUS. Ou, quando a profissional que liderou esta reunião de equipe (Cena 1), permitiu que eu acompanhasse uma longa interação dela, dentro de uma *Sala de Consultório*, com uma das mais antigas *cadastrada* dela, uma senhora negra, que amava ser cuidada por Bia. Isso era tido como o exemplo de cuidado não racista para os profissionais, tratar com carinho, compartilhar um pouco as angústias do cuidado, mas não as inúmeras práticas que eles acionavam para cumprir metas que discriminavam quem mais precisava mudar a condição de saúde.

Na cena 2, se não houve discriminação explícita aos cuidados, houve o enquadramento da usuária para receber o cuidado dentro daquela unidade modelo. Mais uma vez, operou a culpabilização das condições sociais dos usuários em não conseguir fazer o que se espera dentro dos moldes de ação da ESF. Por meio de Giovana (negra), reflexo de boa parte do perfil de gestantes daquele *território*, eu observei como as suas condições de vida foram mobilizadas pela *gestão* para culpá-la em não ser uma usuária exemplar, que não atua de acordo com as regras da ESF, a exemplo de não saber se planejar, reproduzir, nem se alimentar.

A cena revelou um distanciamento social entre quem gesta em gabinetes e quem usufruiu da saúde pela ESF, por mais que esses gestores mobilizem tão bem, discursivamente,

estatisticamente e legalmente, o reconhecimento das desigualdades raciais em saúde. Aqueles jovens traziam com potência as experiências de vida de muitas mulheres daquele território para dentro da Unidade Modelo (UM). Ao acompanhar essa reunião da Cena 2, eu observava grupos tão distantes socialmente ao ponto deles não se entenderem. Os representantes da Prefeitura queriam formatar o comportamento dos jovens, especialmente da líder, e pouco escutavam sugestões de mudanças na Unidade. Não interessava o que os jovens falassem, eles demandavam que o dito estivesse escrito, em papel, em ordem cronológica, como os típicos protocolos de burocracias de gabinetes. Aos jovens, pouco interessava colocar em papel, eles aproveitavam a oportunidade para expor descontentamentos com os representantes para sugerir mudanças nos cuidados em saúde que afetavam diretamente eles e tantos outros jovens negros daquele território que usavam os serviços da Unidade.

Por exemplo, a sugestão de mudar o perfil do grupo de gestantes da Unidade Modelo (UM) poderia favorecer aos profissionais a compreenderem bem mais as vivências de gestação na adolescência e a desconstruir os estereótipos tão explicitamente mobilizados em reuniões de equipe. Nestas reuniões, situações de gestação como a de Giovana, eram, constantemente, tratadas como culturais, sendo a mulher culpabilizada pela situação de gestação em que se encontrava, seja pelo alto risco, ou pela violência doméstica. Mas, ali na UM, transitando semanalmente, realizando conversas diretas com usuários, estavam jovens mulheres que poderiam, com falas modernas e condizentes com as dos usuários, desconstruir muito dos estereótipos que circulavam nas reuniões de equipe sobre essas jovens mães. Mas, elas eram tidas como apenas jovens aprendendo sobre saúde pública com aquela elite da ESF. Eu nunca presenciei essas jovens participando de reunião de equipe e nem de reuniões gerais. Ao acompanhar esses jovens, percebi que os profissionais não achavam que poderiam aprender sobre saúde pública com eles, pois o problema não estava dentro da Unidade, mas no usuário, no território e, para lá, essas jovens eram constantemente enviadas, para fazerem ações fora da Unidade e dentro das regras estabelecidas.

Com o foco em enquadrar o comportamento dos jovens aos expedientes burocráticos da gestão pública, sugestões para a melhoria de saúde de mulheres jovens negras não foram escutadas, nem reverberadas na Unidade: conversar com jovens mulheres sobre reprodução dentro da Unidade, ensinar contracepção diretamente aos jovens fora do ambiente escolar, lidar com a violência para além do *Acesso Seguro*. Gerir cotidianamente temas centrais à melhoria da saúde de negros na Unidade, especialmente em torno das mulheres negras, era

desencorajado e não fomentado pela própria *gestão*. Pelo observado, caberia à Dandara fazer isso, focalizar a saúde municipal sozinha, pelos gabinetes.

Em contextos organizacionais não focalizados, esses estereótipos em torno da saúde sexual e reprodutiva das mulheres se reproduziam sem constrangimentos institucionais. Num dia, no 17º mês em campo, na Unidade Precária (UP), a unidade estava mais vazia que o regularmente observado, como descrito no capítulo 2. Por isso, eu perguntei às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) o que estava acontecendo no território para o *Acolhimento* estar mais vazio. Eu pensei que ocorria algum conflito naquele dia, impedindo os usuários de transitarem até à Unidade, mas o sinal do *Acesso Seguro* estava verde. Elas responderam que era o frio: "vai aparecer um monte de mulher grávida" [risos entre todas]. Eu não havia feito nenhuma menção a mulheres na minha fala e era uma pergunta ampla sobre o esvaziamento da Unidade. Eu obtive como resposta a afirmação jocosa de que as mulheres, naquele território, estariam em casa em relações sexuais desprotegidas.

Um estereótipo bem diferente da realidade. Das vezes em que eu acompanhei os profissionais nos territórios e na casa dos usuários, o que eu vi foram mulheres, em situação de muita pobreza, sozinhas, cuidando dos seus filhos, netos e lares, nas condições que tinham. Muitas, como Giovana (Cena 2, deste capítulo), Dona Angélica (capítulo 4) e Rosa (capítulo 4). Quando eu observava as gestantes nas áreas dos *Acolhimentos*, o que mais eu escutava era elas compartilharem experiências sobre o parto, os primeiros dias dos filhos, e a dúvida sobre fazer ou não ligadura: "para não pegar mais filho". Uma delas estava animada, pois, no dia seguinte, haveria encontro do *Planejamento Familiar* e ela estava confiante em conseguir *ligar*. Também, elas se repreendiam entre si: "Marcela, tú tá grávida? Não. Tú não pode ter mais filhos, não". Ou, incentivavam uma às outras a pegarem a camisinha no box do *Acolhimento*, ou pegarem com uma ACS mais íntima por causa da vergonha em pegar o contraceptivo na Unidade: "assim não vai fazer filho tão cedo". Muitas vezes, na Unidade Precária (UP), quando eu precisava retirar um pouco a mente da deterioração daquele espaço, eu fixava o olhar nas jovens-mulheres interagindo com seus bebês no colo, enquanto elas esperavam serem chamadas para a consulta. Era o momento em que eu espirecia um pouco por meio do amor entre aquelas mães e seus bebês.

Eu sempre perguntei em entrevistas sobre as gestantes: "Me fale um pouco sobre as suas gestantes. Como são e estão as suas gestantes?". O comum de respostas a esta pergunta era os profissionais me relatarem quantitativamente suas gestantes, como uma fala

institucional de reunião de *Accountability*, ou procediam com os julgamentos morais. Numa entrevista, um profissional (pardo), refletiu bastante preocupado sobre as mulheres do território, que chamava de *meninas*. Ele optou por me narrar apenas casos de mulheres muito jovens, pois lembrava da sua filha, em mesma faixa etária. Contou-me de uma adolescente, que quando foi pegar anticoncepcional falou para a amiga que a acompanhava: “eu vou parar de tomar porque tô doida para ter um filho”. Eu perguntei por que ele achava que a gravidez na adolescência ocorria naquele território. Ele pensou em várias coisas: cultura de favela; educação sexual, cuja responsabilidade atrelou às mães; desleixo; falta de planejamento familiar. Mas, ao final da reflexão, considerou que era a mente contemporânea dos jovens, “alienados”. Como já identificado no capítulo 4, ele procedeu com uma culpabilização dessa jovem-mulher, por não comparecer às consultas de pré-natal, mesmo depois de *buscas ativas* por parte das ACS, segundo ele.

Um efeito material a partir dos estereótipos de mulheres era a dedicação a *buscas ativas* no território. Essa dedicação às *buscas ativas* não era homogênea entre os profissionais. Percebi que isso diferia muito a depender de como os profissionais julgavam as *suas gestantes*: mãe-novinha, mãe-do-tráfico, mãe-velha, mãe que não deveria ser mãe, mãe de determinado ponto do território. Por exemplo, as gestantes da área do *Perdurar*, uma das mais pobres da Unidade Precária (UP), eram consideradas as mais impacientes, piores mães, as que menos entendiam as orientações dos médicos, as que menos se cuidavam, as mais agressivas e as que menos recebiam qualidade no atendimento, como num relato típico, da profissional, abaixo, que mais mobilizou um repertório de resistência à focalização.

Pesquisadora (branca): Você já pegou pra trabalhar pro Perdurar?

Profissional (negra): Eu trabalho na equipe do Perdurar. Eu acho que, através da situação deles, não sei se é, pode ser uma visão minha, mas, pra mim, parece que eles se colocam é, nesse grau de diferenciados: “ah, eu tenho que ser atendida logo, eu preciso logo, porque eu moro no Perdurar”. Não tem isso. Eu acho que todo mundo tem que ser tratado igual, e, aí, nisso eu vejo diferença.

Pesquisadora (branca): Mas eles chegam a falar isso: “eu sou do Perdurar”?

Profissional (negra): Sim. E eu vejo, também, atendimento diferenciado nessa situação. “Ah, aquela gestante”. Eu sei que eles tem mais dificuldades, assim, as gestantes, lá, tem menos responsabilidades com a vida dela e do bebê do que uma outra gestante. Opinião minha, mas, é. Eu não acho que ela deva ser tratada assim: “não, vamos, aquela gestante tá aqui, vamos isso e aquilo, vamos, pega ela, agora” [comportamentos de outros profissionais]. E a minha gestante, que tá ali sentada, vai ficar esperando porque tem que atender aquela outra porque, se não, ela vai embora? Eu acho que esse diferencial aí muito ruim.

Pesquisadora (branca): Mas, é comum o cadastrado do *Perdurar* vir e sair?

Profissional (negra): Não todos, não são todos, mas, alguns sim.

Pesquisadora (branca): Eles não ficam muito tempo aqui? Eles são impacientes?

Profissional (negra): É, são impacientes, exatamente, essa questão. Eles não gostam muito de, é, você tem um horário assim, tá atrasado, geralmente, atrasa. Clínica de Família, nunca é na pontualidade certinha. Uma pessoa que fazia isso, que eu gostava muito, era da médica cubana. Ela chegava aqui, eu chegava oito e vinte, oito horas, e ela já tinha chamado o primeiro paciente. Mas, com relação ao horário de outras pessoas, nunca é certinho. E, aí, isso atrasa tudo. Isso, também, causa um processo que, pra mim, quando estou lá na frente, é muito complicado, porque a gente ouve todas as reclamações. Quando o médico, o enfermeiro chama não tem nenhuma reclamação. Já cheguei a ver profissional que saiu, assim: “reclama, agora, pra pessoa que está demorando, que você ficou horas sentada”. E a pessoa eu não falou nada. Mas, enquanto eu estou lá na frente, aquilo fica ali na minha cabeça e isso me prejudica o meu dia inteiro, entendeu? Então, assim, essa diferença de que, eu acho o pessoal do *Perdurar* mais impaciente com relação a isso. Mas, não acho que precisam ser.

(Entrevista, profissional, negra).

Esse era um estereótipo cujos efeitos no atendimento eram conhecidos e combatidos pelas profissionais que mais mobilizaram o repertório de engajamento (capítulo 4) à focalização, a exemplo de Sueli (negra), também com falas transcritas, abaixo, sobre a representação social e cuidados das mulheres do *Perdurar*.

A localização no território, a questão do *Perdurar*. Eles [ACS] sabem quem são pela questão da vestimenta. Eu já perguntei: “como vocês sabem que ela é de lá [do *Perdurar*] se você nunca foi?”. “Ela tá vestida assim, falando assim, é de lá” [simula a explicação dos ACS]. Há um estereótipo de quem mora no *Perdurar*. Colocam eles pro final [do atendimento]. Isso quando botam eles no Sistema. Se recusam a atender, a outra equipe, talvez, pela questão da higiene, das demandas que eles trazem, sempre ligadas à questão da pele, da diarreia, da insalubridade do local. O Agente [ACS] acolheu, em geral, de forma bem violenta, como o pessoal do *Perdurar*, na sexta-feira, pela ACS Neide, que é nordestina, branca. Eu queria entender o que faz uma pessoa dizer que ela [cadastrada do *Perdurar*] tem que voltar na segunda [para atendimento] quando a Tereza [a ACS do *Perdurar*] tá lá. Ela tem muito preconceito, demais, eles se queixam muito. Aquele dia que a gente foi [visitar Cravina e Rosa], foram umas três ou quatro queixas [de atendimento dos cadastrados do *Perdurar*].

(Entrevista, Sueli, profissional, negra)

Na Unidade Precária, Sueli (negra) e Lia (branca) nunca encararam as mulheres do *Perdurar* como piores, difíceis, burras, agressivas e todos os estereótipos em torno delas que eu escutava. Pelo contrário, segundo Sueli e Lia, eram mulheres que conheciam seus direitos

de assistência social perante o Estado e sabiam como aquela Unidade as discriminava, motivo pelo qual elas já tinham aprendido a irem quando a ACS mais receptiva estava, ou demandarem o atendimento (quando eram consideradas agressivas), ou esperarem lá fora para não serem discriminadas, ou não irem à Unidade e aguardarem a mediação dos serviços quando os profissionais “engajados” iam ao Perdurar. Elas sabiam, exatamente, a forma como o Estado as tratava e, nem sempre, estavam dispostas a lidarem diretamente com essa sujeição.

Na cena 3, uma usuária sem conhecimento das regras do SUS e que dependia dos profissionais para navegar por estes protocolos, representando uma gestante parindo no *morro*, foi tratada da pior forma: indiferença, descrédito, insultamento. A primeira mediação que as usuárias Marta e Flávia receberam para usar o serviço foi opacidade. As duas profissionais que primeiro a atenderam, demonstram indiferença e lentidão em *acolher* a gestante, representada por Marta (negra). A segunda mediação que as usuárias receberam para serem *cuidadas* foi o uso da regra, não poder ligar. Pela indiferença e pelas regras, o máximo que as duas primeiras profissionais que a *acolheram* conseguiram fazer foi entregar um número de telefone em papel e um telefone para que Marta procedesse com a ligação. Depois, seguiram com seus cotidianos de trabalho, mesmo que uma *gestante*, considerada a prioridade da ESF, estivesse em trabalho de parto, em algum ponto do território. A terceira mediação que as usuárias receberam foi a hostilidade. A ACS, tida como “a ponte entre usuário e Estado” da ESF, desconfiada que as usuárias mentiam, procedeu com um longo processo de verificação do parto. A quarta mediação que aquelas duas mulheres negras receberam foi a discriminação. A primeira, Marta, foi retirada de cena. A segunda, Flávia, recebeu o já amplamente conhecido tratamento às gestantes negras, a crença de que elas aguentam a dor até às últimas consequências.

Aquela gestante era *complicada* demais: no pior lugar do território, ilhada nas regras do tráfico, sem estar monitorada pela equipe. A surpresa e desconfiança do parto, atrelado à falta de informações da gestante no Sistema de Informação, eram indicativos que ela estava sendo *cuidada* por distanciamento. Aquela gestante foi atendida, mas pela pior qualidade de atendimento. Paralelo à discriminação sustentada por julgamentos morais de mulheres negras que ocorreu naquela cena, o discurso protocolar de *cuidado integral* da usuária ainda conseguia sobreviver no ambiente: “a gente é responsável sempre” (profissional, amarela).

Nesta cena, não há distanciamento de classes, como na Cena 2, pois usuárias e ACS daquele território compartilhavam das mesmas condições de vida e de uma mesma identidade perante o Estado, eram ambas *cadastradas*. Mas, nem essa proximidade social foi o suficiente para impedir que estereótipos da mulher negra guiassem a escolha de como *cuidar* da gestante, que era de *comunidade* e assim são, costumeiramente, tratadas mulheres periféricas, com o pior, ainda mais quando um profissional (ACS) de uma mesma classe social legitimou aquelas escolhas pela autoridade que a ESF lhe atribuiu, de ser “a voz dos usuários”.

Além das pré-condições interseccionais de desigualdade que perpassaram todas as mulheres dessas três cenas, elas carregavam a crença da ESF de serem *cadastradas difíceis*. Diante das suas condições *complexas* de vida, aliado às situações burocráticas da ESF (metas, prevenção, assistência), elas eram culpadas por não conseguirem ultrapassar essas condições. A soma de pré-desigualdades interseccionais, cegueira institucional à equidade racial e consideração social de *complexidade* foi uma das articulações de fenômenos mais discriminatórios que observei operar nessas burocracias da ESF, independente do território da Unidade. As gestantes do *Perdurar* e de *Sophia Town*, da Unidade Precária (UP), as gestantes das *comunidades* da Unidade Modelo (UM), e as gestantes empregadas domésticas, do prédio 247 e as *falidas* da Unidade Central (UC), essas gestantes me forneciam o conhecimento dessa lógica de moralidade e potencial de tratamento discriminatório de mulheres a depender do nível de desigualdade interseccional em que se encontravam, que as alocava à categoria de *cadastradas difíceis*.

Mas, na Unidade Central (UC), apenas pela narrativa dos profissionais, a gestante *difícil* era uma personagem quase inexistente naquele território. Numa entrevista, quando eu perguntei sobre as gestantes, uma profissional (branca) informou não ter muitas, que eram de baixo risco, que aderiam ao pré-natal, *tranquilas*: “não temos problemas nenhum, nunca tive, desde 2013 pra cá” [quando começou a trabalhar na UC]. Mas, já na *comunidade* em que ela trabalhou antes, lá as gestantes eram *difíceis*, não iam à consulta, não realizavam exames, chegavam em fases avançadas da gestação e com sífilis. Ao comparar as gestantes da UC e da *comunidade* na qual trabalhou, ela avaliou que as mulheres da UC tinham acesso a alguma formação naquele bairro, que as deixava *mais responsáveis* com a maternidade.

Mas, como ia ficando claro, esse julgamento de responsabilidade com a gestação dependia da área daquele bairro de riqueza. Outra profissional (branca) me relatou que ela nem acompanhava gestantes no momento da entrevista, mas, quando teve que cuidar de

gestantes, ela avaliou que eram mães “sem noção”. Em seguida, a conversa sobre gestantes com esta profissional a levou a me contar dos seus esforços em descadastrar uma mãe e uma criança de três anos da Unidade, por desconfiar que eles não moravam mais no apartamento indicado no prédio 247, a casa do avó. Como já relatado, uma prática comum reproduzida nas Unidades da ESF, a caça à moradia de *cadastrados* para descadastrá-los.

Ao conviver na Unidade Central (UC), foi possível observar exatamente a transformação do julgamento e do tratamento das mulheres quando estas se tornavam *vulneráveis* e *difíceis*. Numa reunião de equipe, liderada pela médica e enfermeira (brancas), o caso de uma gestante foi discutido. A ACS (negra) da gestante informou às duas profissionais que a gestante avisou que iria faltar à consultada de pré-natal naquele dia. A enfermeira ficou possessa de raiva: “ela deve estar perdida na batatinha, deixa ela comigo”. Em nenhum momento houve pergunta do motivo da ausência, ou menção à situação de saúde da gestante para o resto da equipe. Os outros profissionais presentes aproveitaram para fofocar sobre aquela família, especialmente, sobre a mãe e a filha, a agora gestante sendo acompanhada pela Unidade. Outrora, era uma família com maior poder aquisitivo que não usava a UC, mas, com a crise e ao se tornar uma *cadastrada*, passou a ser considerada “ex-classe alta”. O seguinte diálogo ocorreu entre os profissionais, sendo que minha presença não foi inibidora:

ACS 1: A mãe dela é tão chatinha, né?

ACS 2: Não perdeu a pose. Manteve só as roupas e a pose.

ACS 3: Aquele apartamento que ela mora é do ex-marido.

ACS 4: Ela continua ostentando riqueza com aquele apartamento sujo.

ACS 1: e o cachorro, fedido.

ACS 3: Tá fudidinha mesmo, fica quieta.

A enfermeira acompanhava a fofoca enquanto mexia em papéis, concordando com a cabeça. A médica também concordava com a fofoca, em silêncio, mexendo no computador. Ao final desta reunião, todos saíram aparentemente felizes, rindo entre si. Depois da minha última interação com a médica, ela comentou: “é sempre assim, morro de rir”. Não foi a primeira vez, nem apenas na Unidade Central (UC), que presenciei o divertimento das equipes ao lidarem com os usuários *difíceis* ou *complexos*. Para mim, participar de reuniões de equipe era um dos momentos mais repulsivos da pesquisa, pois me demandava a performance de neutralidade de pesquisadora para conseguir acesso às formas dos profissionais pensarem e agirem perante desigualdades, sem ser no ambiente construído para as entrevistas gravadas.

A transformação do julgamento das *cadastradas* mudava, também, o tipo de mediação para viver a ESF. Por exemplo, uma das mediações que observei ter dois lados, inclusivo e excludente, foi a pessoalidade entre profissionais e usuários. A amizade era um mecanismo precioso para ser bem inserida nos serviços das Unidades e receber um tratamento mais cuidadoso. Abaixo, transcrito, deixo a fala ilustrativa de uma profissional, que indica como ser amiga das gestantes faz com que ela consiga estimular mais os cuidados nessas mulheres. Em seguida, também transcrito, deixo a fala de outra profissional, que tinha ciência de como a pessoalidade poderia melhorar os trânsitos dentro dos serviços da ESF.

Pesquisadora: o que você mais gosta e menos gosta trabalhando aqui?

Profissional (negra): eu gosto das amizades. Inclusive com alguns cadastrados. Eu tenho muita afinidade, graças a Deus. Agora, com esse período de sete anos, né, que eu vou fazer, eu não tenho mais conflitos. Quando eu entrei tinha mais conflitos. Acho que porque eu peguei a área de uma outra pessoa e as pessoas [cadastrados] não gostavam do trabalho dele. E aí, assim, eu fui explicando muita coisa. Você tem sempre que estar explicando as coisas. E aí, eu gosto das amizades que eu consegui fazer. Hoje, uma gestante amiga minha falou comigo: “eu tô tão desanimada, eu já tô com um certo tempo de gravidez, só fui a três consultas”. Aí, eu conversei com ela, falei: “mas, por que esse desânimo? Vamos lá, vamo fazer, vamo marcar, você vem”. “Ah, mas eu não fiz nem os exames” [Gestante]. “Mas não, então vou marcar, você vem amanhã” [profissional]. E sempre estimulando. Eu gosto de tá estimulando as pessoas a fazerem isso, entendeu?

(Entrevista, profissional, negra)

Profissional (preta): meus cadastrados já são, assim, acostumados comigo. Uma certa confiança, já conhecem o meu trabalho, já tem uma certa liberdade, tem isso, também. Eu fiquei de férias, “não vou nem lá” [falaram os cadastrados]. Eles não gostam de vir aqui quando eu não estou.

Pesquisadora (branca): por quê?

Profissional (negra): porque eles dizem que não são bem tratados.
(Entrevista, profissional, negra)

Mas, a mediação inclusiva ao serviço pela pessoalidade não era estática, pois durava enquanto o usuário era um *cadastrado fácil*. Especificamente sobre mulheres, num dia, no *Acolhimento*, eu conversava com duas profissionais (negras) quando elas começaram a conversar entre si sobre *suas cadastradas*. Uma profissional avisou à outra que estava pensando em *descadastrar* a *cadastrada* em função de um comportamento da mulher na última semana. Antes, em função da amizade com a *cadastrada*, a profissional a cadastrou na Unidade, se utilizando de endereço de parentes que moravam no território. Mas, segundo

contava, com o tempo e uso da Unidade, esta *cadastrada-amiga* começou a reclamar dos serviços, fez "barraco" na *Sala da Administração*. Por isso, a profissional iria conversar com a *cadastrada* e ameaçá-la de descadastro da Unidade se ela não mudasse o comportamento. A outra profissional concordou e compartilhou outro caso parecido, também estava pensando em *descadastrar* uma *cadastrada-problema*. A depender do comportamento da usuária, as profissionais até burlariam as regras do serviço para beneficiar a usuária-amiga. Contudo, se ela se transformasse em *difícil*, a regra oficial de cadastro seria utilizada. A mediação passaria de pessoal e inclusiva à racional e excludente.

O conjunto de cenas e a gama de relatos em entrevistas sobre moralização pejorativa de mulheres, e consequentes mediações excludentes, que obtive nesta pesquisa foi abundante, mas concentrados em dois temas, reprodução e violência doméstica, pontos centrais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essas três cenas foram as que articularam mais claramente desigualdades estruturais, repertório de resistência à focalização e a operação de alocação da categoria *difíceis* às mulheres, o que permitiu mais legibilidade à compreensão de como ocorre o paradoxo entre incluir e excluir de políticas sociais, sem focalização.

5.2.3. ACS: mulheres negras no Estado

A minha presença nas Unidades para entender a saúde da população negra gerava muita desconfiança nos profissionais, como se eu estivesse sempre em busca de uma situação explícita de discriminação: atendimento inferior a usuários negros, não atendimento a usuários negros, xingamentos racistas a usuários negros, comentários racistas de profissionais. Contudo, observar, por dentro das Unidades, a existência de uma categoria profissional criada pelo Estado, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), me fornecia o privilégio de observar a olho nu discriminação dentro daquelas burocracias.

Apesar dos profissionais, inclusive os ACS, sempre me sugerirem ir mais para a casa dos usuários, foi dentro das próprias Unidades, que observei, diariamente, esses agentes do Estado encarnarem o quarteto da desigualdade analisado acima: mulheres, negras, pobres e consideradas *cadastradas difíceis*. Nas três Unidades, majoritariamente, os ACS eram mulheres e negras. Por isso, a partir de agora me referirei aos ACS no gênero feminino e como mulheres negras.

Por meio da observação das ACS, foi possível, novamente, analisar a sujeição de mulheres negras ao Estado. Mas, desta vez, pelas próprias profissionais do Estado, com essa identidade dupla (LOTTA, 2015), pois são funcionárias e *cadastradas*, ao mesmo tempo. A apresentação dessas profissionais mostra, também, as práticas de violência simbólica e mediações excludentes que ocorriam no cotidiano dessas Unidades, agora, em relação a descuido, baixa qualidade do cuidado e a exclusão dessas mulheres dos próprios serviços de saúde em que trabalhavam. Na perspectiva protocolar da ESF, as ACS são a marca da Política. Numa perspectiva informal da ESF, as ACS são as culpadas pela ESF não funcionar, segundo muitos profissionais e gestores de saúde. Como usuárias, eram similarmente tratadas como *cadastradas difíceis*.

Uma ACS recebe um salário de R\$ 1.000,00 para exercer a função de traduzir seus *territórios* para os outros profissionais da saúde pública. Para ser contratada como ACS, numa UBS, é obrigatório morar no *território* e ter ensino fundamental completo. Esse cargo é para 44 horas semanais de trabalho. Isso significa que ACS passam 8 horas semanais, por seis dias da semana (um sábado sim, outro não), dentro daqueles espaços físicos (capítulo 2), ou em andanças pelos *territórios*, mediando a relação entre Estado e usuários da ESF.

Ao conviver e conversar com muitas ACS, observei que elas possuíam trajetórias de vida comum, mesmas condições de saúde relatadas e a dupla identidade de serem profissionais e usuárias do Estado. Referente às suas trajetórias de vida, até se tornarem profissionais da ESF, eu obtive relatos de vidas difíceis nos percursos para aquisição de emprego, para a formação educacional e para os cuidados em saúde junto ao Estado. Seus empregos anteriores à ESF eram, geralmente, informais e no comércio. Muitas mantinham, ainda, trabalhos informais nos *territórios*, como a venda de comida, para acrescentar à renda de ACS.

O relato das condições de saúde dessas profissionais é muito similar, também. Foram os piores relatos de estados de saúde, e de experiências perante o Estado para cuidarem da saúde, que eu obtive se comparados às outras categorias. Um conjunto de doenças era comum em seus relatos: Hipertensão, Obesidade, Bronquite, Tuberculose, Zica, Chikungunya, Ansiedade, Estresse, Depressão. Raramente, essas profissionais possuíam planos de saúde, ou pagavam por consultas no setor privado. Suas experiências em cuidar da saúde eram em suas próprias Unidades Básicas, em Hospitais, em Maternidades públicas.

Com as ACS, eu aprendi sobre *ser ligada*. Ao me contarem suas experiências de gestação, geralmente, isso ocorria na *Sala das ACS*, em momentos que elas compreendiam que eu estava fazendo hora. Quando uma ACS começava a falar sobre ligadura, geralmente, o assunto virava uma espécie de roda de conversa sobre as experiências na Maternidade. Ao relembrares essas experiências, elas ficavam mais a vontade em afirmarem que o atendimento discriminatório recebido nos hospitais foi por serem consideradas *faveladas* ou negras. Essas afirmações não ocorriam nas entrevistas. O comum, em entrevistas, era elas me relatarem experiências de discriminação racial em lojas.

Num dia, na Unidade Precária (UP), após dois meses da Cena 3 (no início deste capítulo), com a ACS Kátia (negra), eu conversava com outra ACS (negra) sobre gestação, na *Sala das ACS*. Nossa conversa era observada pela ACS Kátia, a que desconfiou da *cadastrada* Flávia naquela cena. Kátia, raramente, tinha longas interações comigo. O comum era cumprimentos cordiais. Mas, desta vez, Kátia escolheu me dizer algo, pela sua experiência na maternidade. “Sou toda rasgada”, se virou para mim e falou. Prosseguiu com a fala, me relatando o que escutou dos profissionais enquanto paria, por parto normal, um bebê de 4 kg, numa maternidade carioca, há seis anos: “você sabe que vai ter que ser normal, né? A maternidade tá cheia por causa de uma infecção”. Outra ACS (negra), que arrumava sua mochila para fazer VD, se virou e, também, me relatou o que escutou no parto dela: “você não presta para ter filho, não”, e “você vai voltar ano que vem”.

Enquanto a ACS Kátia me contava sua experiência de discriminação no Estado, ela procurava no *Facebook* uma foto específica do seu filho, a com a marca do fórceps na testa da criança. No meio desse relato, uma profissional (negra) chegou à sala, cumprimentou a todos e perguntou, para mim, como estava a pesquisa. Eu respondi que estava começando a compreender melhor algumas coisas. A ACS Kátia aproveitou minha interação com esta profissional negra para explicitar seu incômodo com o meu tema de pesquisa, após um ano de convivência comigo:

“Olha, minhas cunhadas, mais escuras que eu, foram para a cesárea e eu não [como ela acabara de me relatar]. Eu não sou racista, mas eu tinha medo de me relacionar com homem negro, de me machucar. Minha mãe que falava para eu dar meu filho para minha cunhada amamentar. O leite dela era mais forte que o meu. Você tem familiar negro, lá no fundinho? Porque você tem bunda , cintura e não tem varizes”

(Interação com Kátia, ACS, negra, que trabalhava na UP)

A cor e a classe dessas profissões que eu observava, não era uma impressão. Esse conjunto de profissionais é de mulheres negras, pobres ou em mobilização social pelo ensino superior, sujeitas à precarização profissional no Estado via terceirização (GEORGES E SANTOS, 2016). Algumas pesquisas já se dedicam a compreender a construção dessa categoria profissional da ESF, como Lotta (2015) e Georges e Santos (2016). Elas argumentam pela posição híbrida dessas profissionais, indicando que a “dupla identidade” perante o Estado gera diversas mediações de serviço ao usuário. Apesar da identidade articuladora que possuem, promovem um “serviço de pobre para pobres” (GEORGES E SANTOS, 2016).

Apesar da relação baixo salário, excesso de trabalho e precarização de condições trabalhistas, um anúncio de contratação por Organização Social (OS) para trabalhar numa Unidade agitava os grupos de *WhatsApp* das ACS. Quando um posto surgia, ocorria uma fofoca no *território*, noticiando a oportunidade de trabalho, especialmente, nos “territórios periféricos”. Nos *territórios*, já havia expectativa de trabalho nas Unidades. Por isso, os ACS tomavam ciência das vagas e já avisavam a potenciais candidatas, ou o anúncio da vaga era espalhado em postes. Nas unidades Modelo (UM) e Precária (UP), observei famílias de ACS, mães e filhas, trabalhando como ACS juntas.

Essa determinação da ESF, que ACS deviam ser moradoras de seus territórios, as impediam de circularem dentro da ESF, como as outras categorias profissionais faziam. No caso das ACS, elas nunca escolhiam onde trabalhar, pois seus locais de nascimento e socialização determinavam as burocracias da ESF em que trabalhariam. Além de observar membros de uma mesma família serem ACS, também observei ACS serem ACS por muito tempo, por décadas, considerando que elas procediam da política pública anterior à ESF, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Essa regra mantinha muitas ACS, usufruindo das estruturas de oportunidades de seus territórios apenas, pois suas sociabilidades urbanas, semanais, se restringiam a um único espaço geográfico.

Convivendo e escutando as histórias de vida das ACS, percebi uma circulação delas em outras profissões, dentro das suas Unidades de origem. Algumas ACS, quando conseguiam realizar um curso técnico, se tornavam técnicas das suas Unidades de origem. Era essa mudança na formação educacional que as permitia circular dentro da ESF. Mas, em função das suas redes profissionais e familiares, tendiam a ficar em seus *territórios*.

No percurso educacional, uma similaridade entre ACS e Técnicos era a luta pelo

ensino superior. Muitas estavam tentando começar ou finalizar uma graduação há uma década. Transitar para um curso técnico era uma guinada mais fácil a essas profissionais que ascenderem ao ensino superior, sendo que muitas buscavam a Assistência Social e a Enfermagem. Mas, apesar das tentativas, quando conseguiam, elas tinham toda a energia, física e emocional, sugada pelo cotidiano de trabalho naquelas Unidades da ESF. Além disso, algumas tinham outra jornada de trabalho para aumentarem a renda, a jornada doméstica e pouca oferta de opções de formação em seus *territórios*, especificamente, da UM e UP.

Ao virarem ACS, a identidade dupla, de profissional e usuárias, era estabelecida nos *territórios*. Entre o usuário e elas, o que os diferenciava era o vínculo empregatício com o Estado. Esse vínculo levava prestígio às ACS, e cobranças, concomitantemente. Prestígio, pois elas passavam a ser vistas como alguém responsável pela saúde da sua área e pela entrada no Sistema da Saúde: "o que a gente fala [ao usuário] é lei" (ACS, negra). Cobrança, pois elas eram acionadas a qualquer hora do dia, em qualquer dia da semana, para qualquer questão de saúde, seja clínica ou burocrática. Não havia interrupção do trabalho para uma Agente.

Uma ACS me contou que já não aguentava mais ser vista apenas como ACS no território. Até no culto de domingo, ela não conseguia mais "orar em paz", pois usuários ficavam cutucando os ombros dela, perguntando pela consulta, se estava realmente marcada. O prestígio em ser *a porta de entrada* ao Sistema virava depreciação, se o serviço não fluísse. No território, as ACS eram, costumeiramente, culpadas pelas ausências, de médico, de agenda, de remédio, de visita domiciliar. Numa andança pelo território, uma ACS (preta) foi cercada por usuários e acusada de "escolher cara" para marcar as consultas dos moradores.

Quando analisado apenas da perspectiva de funcionárias do Estado, o prestígio dos ACS é compreensível pelo poder que essa profissional detém no acesso e manutenção dos usuários dentro das Unidades. A partir das relações que elas desenvolvem com *seus cadastrados*, como gostam de se referir ao grupo de usuários que acompanham, elas possuem poder de inclusão, exclusão e níveis de qualidade de atendimento do usuário dentro da Unidade.

Porém, quando analisadas da perspectiva de *cadastradas* das Unidades em que trabalhavam, elas continuavam sujeitas à governança cotidiana do Estado. Apesar do novo status de Estado, as ACS não deixavam de ter a experiência de sujeição de um usuário pobre da ESF do mesmo território. Observei várias vezes, com pouca intensidade da Unidade Central (UC), as ACS não serem inseridas em fluxos de saúde dentro da ESF. Por serem ACS,

elas tinham que esperar. Pouco adiantava elas colocarem o nome na *demanda livre*, elas eram atendidas por último, para ceder espaço na agenda aos usuários.

Quando conversávamos sobre as condições históricas de saúde, as ACS relataram as piores condições no decorrer da vida, da infância à fase adulta. Quando conversávamos sobre como eles cuidavam da saúde, atualmente, obtive os piores relatos de cuidados primários, dentro das próprias Unidades, ou a negativa de atendimento, por serem considerados apenas ACS e não mais usuárias: "reza a lenda que ACS não adocece e se demonstra algum sinal é fingimento" (ACS, preta).

A ACS Kátia (Cena 3) sabia da dificuldade do atendimento por ser ACS. Sua estratégia era levar seu filho para o trabalho quando ele estava adoentado (ex.: gripe) e ficar esperando uma oportunidade para que a médica atendesse "rapidinho". As ACS que respeitavam as regras, sofriam com a espera, eram colocadas por último na fila, não recebiam atestados, nem eram liberadas do trabalho. As ACS que burlavam as regras, conseguiam atendimento, se sujeitando a pedirem "por favor" ou "rapidinho" aos profissionais de ensino superior.

O comum às ACS de todas as Unidades era um constante estado de tensão pelas relações hostis com os usuários, o excesso de trabalho em função das metas, a culpabilização pela morte de usuários, as condições de trabalho precarizadas pela terceirização. Como a descrição anterior dos contextos urbanos e da estrutura física das Unidades demonstrou, essa tensão ganhava intensidade na medida em que se transitava entre as unidades Central, Modelo e Precária. Na UP, tudo intensificava a fala comum das ACS "hoje, eu tô estressada": aquele espaço físico, as relações políticas locais, o esquecimento da gestão, o cotidiano de violência, não serem bem cuidadas, por não serem consideradas mais usuárias.

Apesar de serem centrais à ESF, na *busca ativa* de usuários, na *tradução do território* aos outros profissionais, no monitoramento da saúde dos usuários pelas visitas, nos primeiros contatos com os usuários dentro da Unidade, essas profissionais, raramente, eram formadas para a ESF. Elas se tornavam profissionais da Estratégia, muito mais pela convivência com os outros profissionais, que pela formação dentro do Estado. Numa reunião de equipe, a enfermeira avisou sobre o novo cartão SUS que seria implementado. Uma ACS (branca) reagiu ao informe: "eu não sei fazer isso. Aqui, só se pede, não se ensina nada". Oficialmente, após contratadas, elas eram obrigadas a passarem por um *curso introdutório*, de uma semana, sobre a ESF. Não obtive relato de quem o tenha feito assim que contratada, mas, muito tempo

depois, dois, cinco anos depois de atuação. “Quando cheguei lá, eu que ensinei”, me relataram várias ACS (ACS, preta).

Além do *Curso Introdutório*, nunca observei ACS terem suas horas semanais de trabalho alocadas para capacitação permanente. Observei, sim, um cronograma de seminários anuais organizado pela Prefeitura que, geralmente, eram os profissionais de ensino superior que participavam. Num desses, uma ACS (preta) foi enviada e me relatou que foi recebida com hostilidade por ser a única ACS entre as outras categorias profissionais de ensino superior, debatendo ESF.

ACS não eram formadas pelo Estado para atuarem na ESF. Para o Estado, bastavam serem pobres e traduzirem a pobreza para as outras categorias profissionais. Nessa vivência de Estado, essas profissionais ficavam encurraladas numa mesma Unidade, num mesmo *território*, dentro de ocupações profissionais que lhes tomavam todo o tempo disponível de vida, precarizadas e discriminadas nos cuidados em saúde, dentro das suas próprias Unidades. Só que a experiência de ficar sitiada numa Unidade e *território* difere muito se for do tipo Central, Modelo ou Precária. Às ACS, lhes era oferecida uma vida inteira de sujeição dentro do Estado.

5.3. Desigualdades interseccionais como sujeição ao Estado

Neste capítulo, analisei como a junção de desigualdades interseccionais, repertório de resistência à saúde focalizada e organizações burocráticas que não possuem práticas banais de equidade racial, produziu mediações excludentes de mulheres negras e pobres aos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), em distintas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município do Rio de Janeiro. As cenas e narrativas de profissionais que conduziram a análise neste capítulo revelaram como julgamentos morais, em torno de mulheres, produziram discricionariedade burocrática em relação às regras formais da ESF que não promoveram a prevenção à saúde, ou a promoveram com violência simbólica, mesmo no âmbito de políticas públicas oficialmente concebidas como inclusivas, mas sem estarem focalizadas. Eu sublinhei a violência simbólica e material dos usuários das Unidades a partir de um ponto central à PNSIPN, as mulheres, agora, associadas à categoria não oficial da ESF de *cadastrados difíceis*.

Como a literatura já indica, usufruir dos serviços de uma política pública depende das mediações que os profissionais colocam em ação junto ao público da mesma, no âmbito de crenças organizacionais, não dissociadas das sociais. No caso da ESF, isso não seria diferente, a gestão da saúde da população dos *territórios* se fez pelas discricionariedades em relações às regras formais: a decisão na hora para promover a intervenção, definida a partir das crenças reproduzidas e produzidas institucionalmente, em contraste com as prescrições oficiais. Como analisado ao longo da tese, para que o serviço em saúde ocorresse, profissionais e usuários interagiram de diversas formas para conseguir transitar pelo cotidiano da ESF. Um processo de sobrevivência ao Estado, no qual os profissionais detinham uma posição de poder por serem os mediadores, entre as regras protocolares da política, as práticas não oficiais que criavam e a vida dos usuários. Esse processo de mediação gerou efeitos, tanto inclusivos, como excludentes, na experiência do usuário, ao mesmo tempo. Conforme evidencia recente conjunto de pesquisas sobre a relação entre políticas sociais brasileiras e reprodução de desigualdades, essas interações cotidianas entre os usuários e agentes do Estado podem colaborar a longas trajetórias de beneficiários na estratificação social dentro de posições subordinadas, um “efeito social da implementação” de políticas públicas (PIRES, 2019).

Ao focar nas mediações excludentes, em contextos organizacionais não focalizados, identifiquei que essas mediações estavam articuladas com a situação social e formas comportamentais esperadas do *cadastrado*. As mediações mais excludentes não eram determinadas por território, ou pelo tipo de burocracia (se de heranças, modelo ou deteriorada). Foi possível identificar que, organizacionalmente, na ausência cotidiana de práticas da focalização, as mediações excludentes eram construídas como práticas autônomas nessas burocracias. Independente da rotatividade dos profissionais da ESF, essas mediações sempre estavam presentes e eram mobilizadas para fazer a ESF acontecer. Na construção dessas práticas excludentes, a *vulnerabilidade* foi central à existência da ESF, uma *vulnerabilidade* que possui uma classe, uma cor, um gênero e, como argumento desde o capítulo 4, uma crença de *complexidade*. Os profissionais se referiam muito aos seus *casos complexos, problemáticos, difíceis* como casos de *vulnerabilidade*, sem mencionarem os elementos interseccionais da mesma: mulheres, pobres, negras, socialmente consideradas *difíceis*. Sob a nomenclatura universal da *vulnerabilidade*, ficavam ocultas as categorias das desigualdades sociais com as quais eles lidavam diariamente, sempre moralizadas. Como argumenta Vianna (2005), ao analisar os sentidos morais da categoria *menor* nos processos de

guarda, são “sentidos estigmatizantes, produtores de uma desigualdade explícita – ou de uma explicitação da desigualdade” (pg. 19).

A *vulnerabilidade* dos *cadastrados* da ESF gerava efeitos materiais e simbólicos na vida dos usuários, concomitantemente. Materialmente, as condições sociais de vida deles os levavam a terem certos tipos de ESF, como analisado desde o segundo capítulo. Simbolicamente e materialmente, em todos os territórios, por meio dos julgamentos morais, e respectivas mediações (inclusivas e excludentes), os usuários eram estimulados a “aderirem” ou “não aderirem” (LOTTA, 2015) aos cuidados de saúde. A forma como a *vulnerabilidade* do cadastrado era considerada, gerava diferentes experiências de cuidados. As desigualdades sociais podiam servir para estimular ao cuidado, bater metas, enquadrar ou discriminar.

As moralidades e respectivas mediações excludentes tinham diferentes intensidades dentro das Unidades, a depender do nível de *vulnerabilidade* e estigmatização de microáreas dos territórios, e de categorias não oficiais do Estado, como as das mulheres-gestantes. Como descrevi, na Unidade Central (UC), usuários passavam a sofrer a estigmatização de um lugar nas desigualdades quando passavam à condição de pobre naquele território, ou quando eram das categorias profissionais mais subalternizadas, como as empregadas domésticas. Neste momento, ao se tornarem pobres ou empregadas naquele bairro, elas passavam a ser julgadas e tratadas como pobres. Os usuários das unidades Modelo e Precária já possuíam uma condição moral estigmatizada perante os agentes do Estado ao adentrarem àquelas burocracias, já sendo julgados como pobres. Nem o desempenho exemplar da Unidade Modelo (UM) conseguia inibir os julgamentos morais em torno das mulheres, com já descrito por cenas e narrativas.

Apesar da articulação entre desigualdades pré-existentes, ideologia *color blind* e ideologia de *cadastrados difíceis* na produção de discriminações na utilização da ESF, observei que era possível, ainda, diferentes entradas do *vulnerável* à ESF, se ele aprendesse a se comportar como um *cadastrado fácil*. Tudo dependia do comportamento do usuário perante as regras formais e informais da Política, em entender as orientações, comparecer às consultas, em se tornar saudável, mesmo diante das escassas oportunidades estruturais de vida para isso, a exemplo de tantas mulheres descritas nesta tese, como Jasmim.

Como mencionado no segundo capítulo, o “modelo paciente” (AUYERO, 2011) de usuário pobre do Estado é centrado em mulheres, que entendem que devem cumprir esse papel de usuário paciente para o recebimento dos serviços do Estado. No caso das burocracias

pesquisadas, identifiquei que o “modelo paciente” de usuário estava em todos esses fragmentos, com maior intensidade entre mulheres, pobres, negras e *difíceis*. Argumento que a sujeição ao Estado era mais intensa aos cadastrados *difíceis*, independente do território e burocracia, pois era uma sujeição atrelada à forma como mediadores julgavam o lugar social de mulheres-gestantes-periféricas, a partir das categorias informais que criavam. Em todas as Unidades, a *vulnerabilidade* do usuário serviu para culpar a situação de saúde deles, moralizá-los, discriminá-los, expô-los à pesquisadora como os típicos usuários do SUS para a pesquisa. Em cada Unidade, a existência desse quarteto de desigualdade (mulher, negra, pobre, *difícil*) favorecia as mediações mais violentas burocraticamente, com efeitos simbólicos e materiais.

A partir das mediações, observo que o repertório de ação da resistência à saúde pública focalizada atuava em dois caminhos. Um, de não legitimar governança local formal, pelo bloqueio ou inação à construção de práticas da equidade (capítulo 4). Mas, de outra forma, também, pela legitimação de uma governança local informal, pelo uso de uma categoria informal da ESF, os *castrados difíceis*. Por meio desta categoria, essas burocracias locais exerciam poder nos *castrados*, estabelecendo comportamentos válidos perante o Estado e controlando recursos públicos, a prevenção da saúde. Ou seja, antes, argumentei que o repertório da resistência gerava impossibilidade de uma governança oficial local da saúde de negros, em função das justificativas essencialistas às desigualdades raciais em saúde. Neste capítulo, ao analisar as mediações excludentes, identifico que a operação da categoria de *castrados difíceis* possibilitava sim uma governança de negros, mas não visível, por práticas cotidianas e informais da ESF, que promovia uma experiência de subordinação contínua ao Estado.

Considerações Finais

Esta tese analisou o processo de implementação da focalização da saúde pública brasileira na população negra, em burocracias locais do Sistema Único de Saúde (SUS), fragmentos do Estado distantes dos estratos que a institucionalizaram. Com base numa perspectiva de Estado processual, heterogêneo, multifacetado, com distintos níveis e atores (SHARMA, GUPTA, 2006), a tese se debruçou sobre a variabilidade da governança da saúde de negros pelo Estado, em período das relações raciais brasileiras em que esta Instituição começou a falar mais sobre raça para incluir (PASCHEL, 2016). Esse momento marcou uma inflexão na trajetória da relação entre Movimentos Negros e Estado, desde a redemocratização, fase em que agentes de Estado passaram a gestar as desigualdades raciais brasileiras mais por dentro das burocracias. Diante desse recente cenário de trajetória e políticas públicas, eu optei por analisar os processos políticos desse período dentro dos espaços mais locais e “de rua” (DUBOIS, 2016) da saúde pública, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cuidados preventivos via Estratégia Saúde da Família (ESF).

Analisei um resultado político específico desse período de políticas públicas para diminuir desigualdades raciais, a focalização da saúde, um tema, agora, circunscrito, legalmente, como uma questão pública merecedora de intervenção estatal para diminuir as disparidades nos resultados em saúde entre brancos e negros. Mas, apesar da existência regulamentar dessa política afirmativa, há pouca análise sobre como esta se sucedeu entre distintas burocracias do Estado. Para analisar esse trânsito da focalização dentro do Estado, minha estratégia foi entender o processo de implementação da atual Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Escolhi a complexidade da saúde pública que gesta o que é evitável, a prevenção. O objetivo foi observar como diferentes espaços da ESF construíram a focalização, a partir dos seus diversos poderes de burocracias, desde as mais visíveis e espetaculares, como a regulamentação, às menos invisíveis e banais, como os silêncios, os repertórios de ação e as mediações inclusivas e exclusivas de usuários aos serviços.

Desde o início das primeiras páginas desta tese, eu tentei demonstrar a variabilidade da governança da saúde de negros, apesar da existência legal de uma política pública de equidade racial, a partir da ação de diversos atores nesse processo contínuo e político de focalizar, que não acaba após ser decretado. Já no título proposto para esta tese, *Silêncios e Confrontos*, busquei marcar a coexistência dessa diferença de práticas estatais para lidar com a regulação dos recursos públicos de saúde, em tempos de políticas afirmativas. Silêncio, como metáfora da estabelecida

agência de resistência perante políticas estatais para lidar com as desigualdades raciais. Confrontos, como metáfora das novas estratégias de ação advindas da era de políticas afirmativas, como as agências de mulheres negras que tem causado trincas neste silenciamento.

As histórias específicas de vivência da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de Dona Angélica, Pluma, Rosa, Cravina, Glória, Vilma, Giovana, Flávia, Marta e Kátia, revelam a coexistência corriqueira de diferentes governanças em torno do principal público da saúde focalizada, as mulheres negras periféricas, especialmente, no que se refere à gestão das suas vidas sexuais e reprodutivas. Essa administração estatal é permeada por um sofrimento contínuo dessas mulheres em função do alto nível de sujeição delas ao Estado no usufruto do direito à saúde. Suas desigualdades interseccionais se transformam, em longo prazo, em tipos de vida e mortes sob a dominação rotineira do Estado.

Para mostrar essa variabilidade de governança da saúde de negros pelo Estado, eu optei por diluí-la ao longo da tese. Organizei a análise da focalização como um trânsito pelos fragmentos do Estado, similar aos meus trajetos de pesquisa: entre burocracias da institucionalização, burocracias locais do cuidado, seus estratos mais internos, seus agentes e mediações institucionais de cuidado. Assim, busquei analisar as diversas formas de governar a saúde da população negra, que variou da existência legislativa oficial, passando pela inexistência corriqueira oficial, à existência ordinária da governança pelo não oficial e menos visível universo dos julgamentos morais dos beneficiários do Estado. A saúde da população negra, e, por isso, quero significar, desigualdades raciais em saúde, é reproduzida de diversas formas, por distintos agentes de Estado, em diferentes espaços do mesmo. Não há ausência de governança da saúde de negros, mas diversas e contraditórias governanças.

Nessa opção de analisar as formas de governar, por tipos e estratos, optei por uma ordem de análise. No primeiro capítulo, como a focalização foi historicamente construída, dentro de burocracias de gabinetes, por ativistas negras, resultando numa proposta de regulamentação de intervenção racialmente equitativa. No segundo capítulo, como tipos de ESF se materializaram, localmente, para cuidar das pessoas, em contextos urbanos segregados racialmente. No terceiro capítulo, como a focalização foi gerenciada via silêncios nessas burocracias. No quarto capítulo, como repertórios de ação de resistência e engajamento à ideia de uma saúde focalizada interditaram e provocaram existência cotidiana informal da focalização. No quinto capítulo, como a governança informal foi realizada por mediações construídas, diariamente, em organizações que rejeitam falar em desigualdades raciais, favorecendo processos excludentes aos serviços.

O encontro da focalização (PNSIPN) com a territorialização do cuidado em saúde (ESF), não consegue, ainda, reverter trajetórias estruturais de vida e morte, não porque seus objetivos oficiais e discursivos de mitigação das desigualdades estejam equivocados, mas porque transportá-los à vida real de uma política pública é um processo político, não técnico, com desafios de vulnerabilidades sociais do contexto nacional e institucionais do Estado para tornar a política efetiva menos discrepante dos seus objetivos oficiais (DUBOIS, 2016).

Esta tese se inscreve no campo das relações raciais, na perspectiva processual e relacional de se fazer raça, mediada por esta Instituição moderna, creditada de legitimidade, o Estado (OMI, WINANT, 1986). Por isso, gostaria de reforçar mais, e não apenas afirmar, que raça é uma construção social. Sempre há um elemento novo que sustenta a ideia de que as pessoas são diferentes por causa dos seus fenótipos. A compreensão da lógica processual da racialização apenas ganha avanço quando identificamos que novos elementos surgem e reproduzem a raça como uma ficção social, mas com consequências reais. Se na escravidão foram os valores morais cristãos que sustentaram a construção de negros (e índios), se no período republicano foram os projetos de nacionalidade que forneceram novos sentidos a pardos, no atual período democrático de articulação entre políticas sociais e políticas afirmativas raciais, são as próprias crenças dessas políticas que reforçam a construção social de um comportamento racializado. A ideia de *cadastrados difíceis* da ESF é exemplo de como a crença na capacidade heróica de negras superarem, por si, as desigualdades interseccionais a que são estruturalmente alocadas para cuidar da saúde, isso favorece a reprodução de ideias comportamentais raciais em intersecção com classe e gênero.

Essa pesquisa reforça a necessidade de se considerar processos de racialização (MORNING, 2011), quando novas diferenças são atreladas a antigos corpos e passam a ser consideradas naturais, tendo como consequência a reprodução de vantagens e desvantagens sistêmicas de vida. Aos processos anteriores de racialização, novos se sobrepõem, como a crença subjacente aos *difíceis*, da responsabilização individual pelas suas condições de saúde estruturais. A partir dessa perspectiva processual da raça, argumento que se construiu, no âmbito da ESF, uma categoria informal de cuidado que responsabiliza e culpabiliza mulheres-negras-pobres por não ultrapassarem suas adversidades sociais para serem saudáveis e comportamentalmente adequadas aos cuidados estatais via ESF. Esse é um novo elemento das relações raciais brasileiras. Enquanto se passa a falar mais sobre raça a partir do contexto das políticas afirmativas, também se passa a responsabilizar mais negros a ultrapassarem suas condições estruturais.

Na esteira da contínua análise sobre como Estado faz raça, observo que está longe de clareza como o acúmulo de políticas públicas, desse período de políticas afirmativas, se relaciona com processos políticos e qualitativos das desigualdades raciais no Brasil. Também, como a nova geração de negros, e brancos, formada no âmbito de políticas afirmativas educacionais, agenciará a trajetória de se fazer raça com mediação do Estado. Se essa fase da trajetória gerou uma massividade de regulamentação, resta observar como se dará a construção dos expedientes burocráticos ordinários de focalização nas diversas instâncias do Estado, e a relação dessas práticas banais à produção e reprodução de desigualdades interseccionais.

Referências Bibliográficas

ABERS, R. N.; TATAGIBA, L.. Institutional Activism: Mobilizing for women's health from inside the bureaucracy. In: ROSSI, F. M.; BULOW, M.. **Social movement dynamics: new perspective on theory and research from Latin America**. 1ed. New York: Ashgate, 2015. p. 73-101.

ABRAMS, Philip. Notes on the difficulty of studying the state. In: Sharma, Aradhana; Gupta, Akhil. (eds.). **The anthropology of the state: a reader**. MA, USA: Blackwell Publishing, 2006.

ACOSTA, D.; ACKERMAN-BARGER, K.i. **Breaking the silence: time to talk about race and racism**. Academic Medicine, mar. 2017. vol.92, n. 3, p. 285-288.

ALMEIDA, Maria Vilma Bonifácio de. **Caminhos da política nacional de saúde da população negra: ideias, atores, interesses e institucionalidade**. 2013. [99] f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALMEIDA, Ronaldo de; D' ANDREA, Tiarajú; DE LUCCA, Daniel. Situações periféricas: etnografia comparada de pobreza urbanas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 82, p. 109-130. Nov. 2008.

ALONSO, Angela. Repertório, segundo Charles Tilly: história de um conceito. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, p. 21-41, June, 2012.

ANDREWS, George Reid. Desigualdade: raça, classe e gênero. In: ANDREWS; George Reid; DE LA FUENTE, Alejandro. **Estudios afro-latino-americanos - uma introdução**. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2018.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro. **O movimento negro e a política nacional de saúde integral da população negra: heterogeneidade e convergências**. 2015.Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bahia, 2015.

ARRETHER, Marta (org.). **Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos**. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

AUYERO, Javier. Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. **Latin American Research Review**, vol. 46, n. 1, 2011.

BÄHRE, Erik. O retorno da comparação etnográfica: a epistemologia em momentos de mudança política. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, n. 86, 2/2018. p. 98-115. 2018

BAILEY, Stanley R.; FIALHO, Fabrício M.; LOVEMAN, Mara. How States Make Race: New Evidence from Brazil. **Sociological Science**, v.5, nov., 2018.

BARBER, S. et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil: residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Social Science and Medicine**, Special Issue on Racism and Health Inequalities, p. 1-10. 2017.

BASTOS, Eloísa Solange Magalhães. **Avaliação da política de saúde integral da população negra no Município de Salvador**. Dissertação. 2013. (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2013.

BATISTA, L. E.; BARROS, S.. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 1-5. 2017.

BATISTA, Luís Eduardo et al . Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, sept., 2016.

BATISTA, Luis Eduardo et al. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez, 2013.

BONET, O. A. R.. Discriminação, violência simbólica e a estratégia saúde da família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. In: Simone Monteiro; Wilza Villela. (Org.). **Estigma e Saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, p. 47-59. 2013.

BONILLA-SILVA, E.. **Racism without racists: color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States**. 2ed. New York, NY: Rowman & Littlefield, 2006.

BONILLA-SILVA, E. The Structure of Racism in Color-Blind, “Post-Racial” America. **American Behavioral Scientist**, Vol 59, Issue 11, pp. 1358 - 1376, 2015.

BORTZ, M. et al. Disaggregating health inequalities within Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2010, by applying an urban health inequality index. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 107-119, nov. 2015.

BOURDIEU, P. et al. Introdução: epistemologia e metodologia. In: **Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 9-23.

BOURDIEU, Pierre. A delegação e o fetichismo político. In: _____. **Coisas Ditas**. 1ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004. p. 188-206.

_____. Espíritos de Estado. Gênese e estrutura do campo burocrático. In: _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papius, 1996.

_____. **Sobre o Estado**. Cursos no Collège de France (1989-1992). São Paulo: Companhia das Letras. 2014.

CALDWELL, K. L. The contours and contexts of afro-latin american women’s activism. In: DIXON, Kwame; JOHNSON, Ollie. **Comparative Racial Politics in Latin America**. Routledge, 2018.

_____. **Health equity in Brazil: intersections of gender, race and policy.** USA: University of Illinois Press, 2017.

CAVALLEIRO, E. S.. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil.** São Paulo: Contexto, 2000.

CENTENO, Silvia Regina. **As representações de sujeito na política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor.** 2016. 90f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2016.

CHOR, D.. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275. jul., 2013.

CHOR, D.; LIMA, Claudia Risso e Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005.

CLIFFORD, James. On Ethnographic Allegory. In: James Clifford & George Marcus (orgs.). **Writing Culture.** The poetics and politics of ethnography. Berkeley: University of California Press. 1986. p. 98-121.

COSTA, S. Entangled inequalities, state, and social policies in contemporary Brazil. In: Ystanes M., Strønen I. (eds) **The social life of economic inequalities in contemporary latin america.** Approaches to social inequality and difference. Palgrave Macmillan, Cham, 2018.

CRENSHAW, Kimberle W.. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem 2004.

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional.** Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

DAFLON, Verônica Toste. **Tão longe, tão perto: identidades, discriminação e estereótipos de pretos e pardos no Brasil.** Rio de Janeiro: Mauad, 2017.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133-151, abr., 2012.

DAS, Veena; POOLE, Deborah (eds). **Anthropology in the margins of the state.** Santa Fe: School of American Research Press, 2004.

DIEZ-ROUX AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. **American journal of public health**; 88(2)., p.216-222., 1998.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, 22(2), p. 285-292, abr.-jun., 2013.

DUBOIS, Vicent. **Towards a critical policy ethnography**: lessons from fieldwork on welfare control in France, *Critical Policy Studies*, 3:2, 221-239, 2009.

_____. **The bureaucrat and the poor**: encounters in French welfare offices. Routledge, 2016.

ELÍAS, Norbert. **Introdução à Sociologia**. Lisboa: Edições 70, 1980.

FACUNDO, Angela. **Êxodos e refúgios**. Colombianos refugiados no Sul e no Sudeste do Brasil. 2014 (Tese de doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FEAGIN, Joe; ELIAS, Sean. Rethinking racial formation theory: a systemic racism critique. **Ethnic and Racial Studies**, 36:6, p. 931-960, 2013.

FERNANDES, Camila. **Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado**. 2017 (Tese de doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

FISCHER, Brodwyn; GRINBERG, Keila; MATTOS, Hebe. Direito, silêncio e racialização das desigualdades na História afro-brasileira. In: ANDREWS; George Reid; DE LA FUENTE, Alejandro. **Estudos afro-latino-americanos** - uma introdução. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2018. p.708

FONSECA, Claudia et al. Apresentação - Tecnologias de governo: apreciação e releituras em antropologia. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 22, n. 46, p. 9-34, dez. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Governmentality. In: Sharma, Aradhana; Gupta, Akhil. **The anthropology of the state**: a reader. MA, USA: Blackwell Publishing, 2006. p. 131-143.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. [Aula de 15 de março de 1978].

FRANÇA, Danilo Sales do Nascimento. **Segregação racial em São Paulo**: residências, redes pessoais e trajetórias urbanas de negros e brancos no século XXI. 2017. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

FRY, P. H.: O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo Brasileiro 1995-2004. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 374-70, 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Funasa, 2005.

GEERTZ, Clifford. Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: _____. A interpretação **das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, Erving. **A representação do Eu na vida cotidiana.** Petrópolis/Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

GOLDBERG, David Theo. **The racial state.** Oxford: Blackwell Publishers, 2002.

GOMES, Marcus Vinícius Peinado; ALVES, Mário Aquino. Como se cria um Ministério? O processo de cooptação como mecanismo de distensão na relação entre movimentos sociais e Estado. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 388-406, jun., 2017.

GONÇALVES, M. M.. **Raça e saúde: concepções, antíteses e antinomia na atenção básica.** 2017. 205 f. (Dissertação Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GRISOTTI, Márcia; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Saúde e Sociedade em debate: temas perenes e emergentes nos encontros da sociedade brasileira de sociologia. **Revista Brasileira de Sociologia**, vol. 6, nº. 12, 2018.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. Patologia social do branco brasileiro. In: Guerreiro Ramos, **Introdução crítica à sociologia brasileira.** Rio de Janeiro: Editorial Andes Limit, 1957. p. 171-192.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e antirracismo no Brasil.** São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed. 34, 1999.

GUPTA, A.. **Red Tape: Bureaucracy, structural violence and poverty in India.** Durham and London: Duke University Press, 2012.

HARZHEIM, Erno; HAUSER Lisiane; PINTO, Luiz Felipe. **Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária em Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro.** Relatório Final de Pesquisa PCATool Rio 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2015.

HASENBALG, C. & SILVA, N. V.. Educação e diferenças raciais na mobilidade ocupacional no Brasil. In: C. Hasenbalg, N. V. Silva & M. Lima, org. **Cor e Estratificação Social.** Rio de Janeiro: Contracapa, 1999. p. 217-230.

_____. **Estrutura social, mobilidade e raça.** São Paulo: Vértice, 1988.

_____. **Relações Raciais no Brasil Contemporâneo.** Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992

HERZFELD, M. **A produção social da indiferença: explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

HTUN, M. From 'racial democracy' to affirmative action: changing state policy on race in Brazil. **Latin American Research Review**, v. 39, n. 1, p.60-89, 2004.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In: FISCHE, F. et al. (Ed.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods.** Boca Raton: CRC Press, 2007. p. 43-62.

LAESER - Laboratório de análises econômicas, históricas, sociais e estatísticas 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.**

LANDMANN-SZWARCWALD C, MACINKO J. A panorama of health inequalities in Brazil. **Int J Equity Health**, 2016.

LEITÃO, L.R.S. **Oportunidades políticas e repertórios de ação: o movimento negro e a luta de combate.** 2012. 152 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEVY, Burton. The bureaucracy of race: enforcement of civil rights laws and its impact on people, process, and organization. **Journal of Black Studies**, vol.2, n. 1, pg. 77-105, sep., 1971.

LIMA, M.. Desigualdades raciais e políticas públicas. **Novos Estudos CEBRAP**, 77-95, jul. 2010.

LIMA, Thais Fonseca. **Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte-transversal no município de São Paulo.** 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LINDBLOM, Charles. Todavía tratando de salir del paso. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Orgs.). **Políticas Públicas – Coletânea – Volume 1.** Brasília: ENAP, 2006.

LIPSKY, M.. **Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services.** New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

LOTTA, Gabriela. Inclusão, exclusão e (re)produção de desigualdades: o papel das práticas, interações e julgamentos dos agentes comunitários de saúde na implementação das políticas públicas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 13, p. 15-20, 2017.

LOVEMAN, M. **National colors: racial classification and the state in Latin America.** USA: Oxford University Press, 2014.

_____. Making “race” and nation in the United States, South Africa, and Brazil: taking making seriously. **Theory and Society**, 28, p. 903-927, 1999.

LOWENKRON, Laura. **O Monstro Contemporâneo: a construção social da pedofilia em múltiplos planos.** Rio de Janeiro: EdUERJ 2015.

MAHER, C.M. **Nem tudo é estar fora: o movimento de mulheres negras e as articulações entre saúde e raça.** 2005. 146f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MAIO, M. C.. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 41, p. 141-158, oct. 1999.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra no Brasil. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.419-446, maio-ago. 2005.

MARINS, Mani Tebet. **Bolsa Família: questões de gênero e moralidades.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Faperj, 2017.

MARX, A. W. **Making race and nation: a comparison of South Africa, the United States, and Brazil.** Cambridge University Press, 1998.

MATOS CC, TOURINHO FS. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**; 13(40): p.1-12. 2018.

MATOS, Cristina; ARAÚJO, Marta. Tempos e contratempos do (antir)racism no Brasil e em Portugal: uma introdução. **Revista de Ciências Sociais Política e Trabalho** (Dossiê Racismo, Sociedade, Cultura e Política: diálogos Brasil x Portugal), nº 44, Janeiro/Junho de 2016, p. 13-25.

MAYNARD-MOODY, Steven; MUSHENO, Michael. **Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service.** Michigan: University of Michigan Press, 2003.

MONTEIRO, Simone; MAIO, Marcos Chor. Saúde – cora/raça, saúde e política no Brasil (1995 – 2006). In: PINHO, Osmundo e SANSONE, Livio (Org.). **Raça: novas perspectivas antropológicas.** 2 ed. rev. Salvador : Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA,2008.

MORNING, A.. **The nature of race: how scientists think and teach about human difference.** Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2011.

MUNIZ, Jerônimo O.. Preto no branco?: mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. **Dados**, Rio de Janeiro , v. 55, n. 1, p. 251-282, 2012.

NOGUEIRA, C.O.. “**Dá licença, posso entrar?**” **Uma etnografia em uma “Clínica da Família”**. 2016. 249 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LUIZ, Ronir Raggio. Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2019, v. 22.

OMI, Michael; WINANT, Howard. **Racial formation in the United States: from the 1960s to the 1980s**. New York: Routledge & Kegan Paul, 1986.

ORTNER, Sherry B. Theory in Anthropology Since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History* 26 (1): p.126-66. (versão traduzida: Ortner, Sherry B. 2011. “Teoria na Antropologia Desde os Anos 60”. **Mana - Estudos de Antropologia Social** 17 (2): 419-466). 1984.

PAGANO, A.. **Health in black and white: debates on racial and ethnic health disparities in Brazil**. 2011. Tese. 321 f. (Doutorado em Antropologia) – Universidade da Califórnia, San Diego, 2011.

PASCHEL, T. S. **Becoming black political subjects: movements and ethno-racial rights in Colombia and Brazil**. Princeton: Princeton University Press, 2016.

_____. Repensando a mobilização negra na América Latina. In: ANDREWS; George Reid; DE LA FUENTE, Alejandro. **Estudos afro-latino-americanos - uma introdução**. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2018. pg. 269.

PAULA, M. e HERINGER, R.(org.). **Caminhos convergentes: Estado e Sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, ActionAid, 2009.

PEIRANO, Marisa. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1995.

PEREIRA, Amílcar Araujo. **O Mundo Negro: relações raciais e a constituição do Movimento Negro contemporâneo no Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas; Faperj, 2013.

PERREIRA, K. M.; TELLES, E. E. The color os health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. **Social Science and Medicine**, 116, p. 241-250. 2014.

PIRES, R.; LOTTA, Gabriela; Oliveira. **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. V. Brasília: Ipea: Enap, 2018.

PIRES, Roberto. **Implementando desigualdades?** Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. *Boletim de Análise Político-Institucional*, v. 13, p. 7-14, 2017.

PIRES, Roberto (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2019 (no prelo).

POWELL, B. M.; MORAES SILVA, G.. Technocrats' compromises: defining race and the struggle for equality in Brazil, 1970–2010. *Journal of Latin American Studies*, 50.1, p. 87–115. 2018.

RASMUSSEN, Birgit Brander; KLINENBERG; Eric; NEXICA, Irene J.; WRAY, Matt (orgs.), **The making and unmaking of whiteness**. Durham, London: Duke University Press, 2001.

REIS, Elisa. Equality, Inequality and Difference. *New Cultural Frontiers*, n. 2, 2011.

RIBEIRO-COROSSACZ, Valéria. **O corpo da nação**: classificação racial e gestão da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

_____. Relatos de branquitude entre um grupo de homens brancos do Rio de Janeiro, *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 105 | 2014.

_____. **The uses of silence**: researching sexual harassment against female domestic workers in Brazil. *ANUAC*. vol. 7, n° 1, Giugno, 2018.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras brasileiras: de Bertioga a Beijing. *Estudos Feministas*, v. 3, n. 2, p.446-57, 1995.

RINEHART, D. **Política nacional de saúde integral da população negra**: discursos da gestão municipal do SUS. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

RIOS, F. M.. **Elite política negra no Brasil**: relação entre movimento social, partidos políticos e Estado. 2014. 247 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ROCHA, C.; CANDIDO, M.R.; DAFLON, V.T.. Fronteiras (in)visíveis: raça, gênero e os limites do direito à cidade. In: T. Rodrigues (Ed.). **O Rio que queremos: propostas para uma cidade inclusiva**. Rio de Janeiro: Núcleo Piratininga de Comunicação, 2016.

RODRIGUES, Cristiano. reforma constitucional, políticas públicas e desigualdades raciais no Brasil e Colômbia: um (breve) apontamento analítico. *Revista de História Comparada*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 236 - 274, jun. 2014.

ROTH, Wendy D. The multiple dimensions of race. *Ethnic and Racial Studies*, 39, 1310–1338, 2016.

RUA, Maria das Graças; AGUIAR, Alessandra. A política industrial no Brasil: políticos, burocratas e interesses organizados no processo de policy making. In: **Políticas Públicas**. Coletânea. Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

SALES JR., R.. Democracia racial: o não-dito racista. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 229-258, nov. 2006.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S.. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, dec. 2013.

SANTOS, Mafoane Odara Poli. **Médicos e pacientes tem sexo e cor?** A perspectiva de médicos e residentes sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SAPERSTEIN, Aliya; PENNER, Andrew M., LIGTH, Ryan. **Racial formation in perspective**: connecting individuals, institutions and power relation. *Annu. Rev. Sociol.* 39: p. 359–378 2013.

SCHUCH, Patrice; VICTORA, Ceres Gomes; SILVA, Sergio Baptista da. As políticas de inclusão como problemática de engajamento antropológico. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 24, n. 50, p. 7-23, abr. 2018 .

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

_____. **Nem preto, nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira**. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SHARMA, A.; GUPTA, A. (eds.). **The anthropology of the State: a reader**. MA, USA: Blackwell Publishing, 2006.

SILVA, G. M.; SALDIVAR, E.. Comparing ideologies of racial mixing in Latin America: Brazil and Mexico. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 427-456, aug. 2018 .

SIMON, P.. The choice of ignorance: the debate on ethnic and racial statistics in France. **French Politics, Culture & Society**, 26.1, p. 7-31. 2008.

SKIDMORE, Thomas E. **Preto no branco – raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SKRENTNY, J. D. **After civil rights: racial realism in the new american workplace**. Princeton University Press, 2013.

SMALL, Mario Luis. How many cases do I need? On science and the logic of case selection in field-based research. **Ethnography**, vol. 10, n. 1, 5-38, march 2009.

SPENCER, Quayshawn. How to be a biological racial realist. In: GLASGOW, Joshua et al. **What is race? Four philosophical views**. Oxford University Press, 2019.

STEINMETZ, George. Culture and the state. In _____(ed.). **State/Culture: state formation after cultural turn**. New York: Cornell University Press. 1999.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SUE, D. W.. Race talk: the psychology of racial dialogues. **American Psychologist**, 68(8), p. 663-672. 2013.

SWIDLER, A.. Culture in action: symbols and strategies. **American Sociological Review**, vol. 51, n. 2, p. 273-286, apr. 1986.

TEIXEIRA, C. C.; SOUZA LIMA, A. C. de. A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?. In: DUARTE, L. F. D., coord. de área; MARTINS, C. B., coord. geral. (Org.). **Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia**. 1ed. São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 51-95.

TEIXEIRA, Carla Costa. “Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira”. In Castilho, S.R.; Teixeira, C.; Souza Lima, A.C. **Antropologia das Práticas de Poder: Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.

TELLES, E. E. **Race in another America: the significance of skin color in Brazil**. Princeton University Press, 2004.

_____. Residential Segregation by Skin Color in Brazil. **American Sociological Review**, 57, 186-197, 1992.

THERBORN, Göran. Inequalities and Latin America - From the Enlightenment to the 21st Century. desigualdades.net - **Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America**, Berlin, Working Paper Series, nr. 1, 2011.

TILLY, Charles. Contentious repertoires in Great Britain, 1758-1834. In: Traugott, Mark (org.). **Repertoires and cycles of collective action**. Durham, NC: Duke University Press, 1995. p. 15-42.

TORRES, Haroldo da Gama; MARQUES, Eduardo. **Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana**. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 18, n. 4, p. 28-38, 2004.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARAES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.46, n.6, p. 1007-1013, 2012

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol, 20, pg. 190-198, 2004.

VARGAS, João H. Costa. Apartheid brasileiro: raça e segregação residencial no Rio de Janeiro. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 75-131, 2005.

VIANNA, Adriana. “Etnografando Documentos”: uma antropóloga em meio a processos judiciais”. In CASTILHO, S.R; TEIXEIRA, C.; SOUZA LIMA, A.C. **Antropologia das Práticas de Poder: Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.

_____. **O fazer e o desfazer dos direitos** : experiências etnográficas sobre política, Janeiro : E-papers, 2013.

_____. **Direitos, moralidades e desigualdades**: considerações a partir de processos de guarda de crianças. In: Lima, Roberto Kant de. (Organizador). **Antropologia e Direitos Humanos 3 – Prêmio ABA/FORD/**, Roberto Kant de Lima (Organizador) — Niterói: EdUFF, 2005.

VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 619-630, Sept. 2016 .

VITTRUP, Brigitte. **Color Blind or Color Conscious? White American Mothers’ Approaches to Racial Socialization**. *Journal of Family Issues*, Vol.39 (3), p.668-693. 2018.

WADE, Peter. **Race and Ethnicity in Latin America (Critical Studies in Latin America)**. London: Pluto Press, 1997.

WEINSTEIN, Barbara. Racializando as diferenças regionais. **Revista Esboços**, 13(16): 281-303, 2006.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, sept. 2016.

WHYTE, William Foote. **Sociedade de esquina**: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

ZITTOUN, P.. **The political process of policymaking**: a pragmatic approach to public policy. Palgrave Macmillan, 2014.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH)
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS)
Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA)
Tese de Doutorado: A Saúde da População Negra em Burocracias de Rua
no Rio de Janeiro
Doutoranda: Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr
Orientadora: Profa. Dra. Graziella Moraes Dias da Silva

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *A Saúde da População Negra em Burocracias de Rua no Rio de Janeiro* por meio de entrevista. Esta pesquisa busca compreender como o tema da Saúde da População Negra está sendo recebido e transformado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS no município do Rio de Janeiro.

A entrevista tem o intuito de entender quais são suas percepções sobre a categoria raça, sobre o tema da saúde da população negra e o histórico do tema no município do Rio de Janeiro. O convite à sua participação ocorre por ser profissional da saúde pública, usuário do SUS, gestor público da Secretaria Municipal de Saúde ou integrante de movimento social ligado ao tema.

A entrevista tem previsão de uma hora, podendo se estender. Esta será guiada por um roteiro de perguntas amplo para explorar suas percepções sobre o tema. Também, a entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. Sua identidade pessoal não será revelada. Após a transcrição, suas informações pessoais serão apagadas. Esse material ficará salvo em arquivo digital em computador da pesquisadora por um período mínimo de cinco anos.

Há previsão de leves riscos relacionados a desconfortos em relação às perguntas. Caso isso ocorra, em qualquer momento da entrevista, você poderá não respondê-las ou desistir completamente da entrevista, sem nenhuma penalização. Ao aceitar participar, lhe é assegurado o completo sigilo de informações que possibilitem a sua identificação pessoal.

Sua participação na pesquisa não implicará em custos. Também, não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Além, não há nenhuma garantia que você terá benefícios diretos com os resultados desta pesquisa. Contudo, as informações fornecidas por você serão extremamente úteis para a compreensão do tema.

Caso venham a ocorrer dúvidas sobre a pesquisa, mesmo após ter concedido a entrevista, você poderá, a qualquer momento, entrar em contato com a pesquisadora responsável (contatos abaixo) para os devidos esclarecimentos, inclusive para se retirar da pesquisa.

Além disso, caso ocorra alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar aos dois comitês de ética que autorizaram a realização desta pesquisa no município do Rio de Janeiro, o Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/CFCH/UFRJ), e o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CEP/SMS/RJ), ambos subordinados ao Conselho Nacional de Ética

em Pesquisa (CONEP), órgão do Ministério da Saúde. Os contatos dos comitês se encontram ao final do Termo.

Uma vez ter sido esclarecido pessoalmente sobre os propósitos da pesquisa pela pesquisadora, lido e entendido este Termo, caso aceite participar, você deverá rubricar as folhas deste documento e assinar ao final do mesmo. Este Termo se encontra em duas vias, sendo uma do convidado e outra da pesquisadora.

Ao assinar este Termo, você não libera a pesquisadora responsável de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Caso situações dessa natureza ocorram, ficará garantida indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial.

Consentimento da Participação da Pessoa como Voluntário

Eu, _____

CPF _____, abaixo assinado, diante do exposto nos parágrafos anteriores, após ter conversado com a pesquisadora responsável sobre os propósitos da pesquisa, ter esclarecido minhas dúvidas e entendido minha participação, concordo em participar como voluntário da pesquisa *A Saúde da População Negra em Burocracias de Rua no Rio de Janeiro*. Eu fui orientado pela Sra. Jaciane Milanezi sobre os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios decorrentes da minha participação, a confidencialidade das minhas informações pessoais, e o direito de retirada do meu consentimento de participação a qualquer momento. Informo que estou recebendo uma cópia assinada e rubricada deste Termo, pela pesquisadora e por mim, onde constam os contatos da mesma e dos Comitês de Ética vinculados à pesquisa.

Pesquisador responsável:

Nome Completo: Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr

Cidade e Data: Rio de Janeiro,

Assinatura: _____

Participante:

Nome Completo: _____

Cidade e Data: Rio de Janeiro,

Assinatura: _____

Contatos da Pesquisadora Responsável

Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr

(21) 96758-3176

jacianemilanezi@hotmail.com / jacianemilanezi@ufrj.br

Caso você tenha outras dúvidas, contate os respectivos CEP:

CEP do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da UFRJ - (21) 3938-5167

/ E-mail: cep.cfch@gmail.com

CEP da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro - (21) 2215-1485 / E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br/cepsmsrj@yahoo.com.br

ANEXO B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Primeira Parte: ESF

Me fale um pouco sobre você.

O que você fazia antes de ser um X [profissão] aqui?

Porque você escolheu essa profissão, de X [profissão]?

Como está a sua saúde atualmente?

Como você cuida da sua saúde, pelo sistema público ou privado?

[Se no setor privado: por plano de saúde ou pagamento de consulta?]

[Se público: como você avalia o uso do SUS?]

[Se não usa o SUS: já acompanhou alguém que teve que usar o SUS? O que achou?]

Como tem sido a sua experiência de trabalho aqui na Clínica/Centro X?

O que você mais gosta e menos gosta no seu cotidiano de trabalho aqui?

Você gosta de trabalhar aqui?

O que você sabe sobre a Clínica/Centro X? Quando foi criada e por quê?

[Se UP, explorar as relações com a política local]

[Se UM, explorar ser uma Unidade Modelo]

[Se UC, explorar ser uma Unidade Mista]

Quais foram as mudanças pelas quais a Clínica/Centro X passou desde que você começou a trabalhar aqui?

Você gostaria de trabalhar em outra Clínica/Centro X? Qual? Por quê?

O que é para você ser um X (Ocupação)?

Você gostaria de ter outra profissão?

Como é a sua relação com os outros profissionais da Clínica/Centro X?

Você se sente inseguro ou emocionalmente abalado enquanto exerce a sua profissão aqui?

Você compartilha essa insegurança /abalamento emocional com seus supervisores, colegas de trabalho, familiares?

Como você é orientado, pelos seus chefes, colegas de trabalho, familiares a lidar com essas situações (mencionar o que eles citam na pergunta acima)?

O que você achou da nova rotina da Clínica/Centro X, por causa da febre amarela?

Isso mudou seu cotidiano de trabalho?

Me fala um pouco sobre os seus cadastrados.

Existem cadastrados mais difíceis para cuidar da saúde? Por quê?

Quais cadastrados são mais fáceis para cuidar da saúde?

Me fale um pouco sobre as suas gestantes. Como são e estão as suas gestantes?

Você é mãe/pai?

Me conta um pouco sobre a sua gestação e maternidade.

[Em caso de mulher] Você fez o pré-natal no SUS? Como foi?

[Se homem] Sua parceira fez o pré-natal no SUS? Como foi?

[Se da ESF] Como é para você criar vínculo com os usuários?

[Se do Posto] Como é para você a criação de vínculo com os usuários, demandada pela ESF?

Como você faz para alimentar o sistema de informações da Clínica? Isso toma muito do seu tempo?

Você já percebeu os usuários da Clínica/Centro X serem tratados de formas diferentes, por algum motivo?

E em relação a você, enquanto atua profissionalmente aqui, já se sentiu tratado de forma diferente por algum motivo?

Segunda Parte: Focalização

Eu estou aqui Clínica/Centro X, e em mais duas outras clínicas, para tentar entender um tema, a Saúde da População Negra. O que acha da minha presença na Clínica/Centro X para pesquisar esse tema?

Você acha que há diferenças entre a saúde de pessoas brancas e negras?

As estatísticas indicam algumas doenças que ocorrem mais em pessoas negras. Por exemplo: hipertensão, diabetes, tuberculose, transtornos mentais, mortalidade materna e infantil, anemia falciforme.

O que você acha dessa diferença? Por que ela acontece?

[Se médicos ou enfermeiros, explorar sobre a medicação à hipertensão a depender se brancos ou negros]

Você já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Como?

Você já foi capacitado para lidar com esse tema, Saúde da População Negra? Como foi?

Já soube de alguma capacitação que um colega seu tenha feito sobre o tema? O que ele te disse?

[Se indivíduos com curso superior: na época da sua graduação, você lembra de disciplinas que abordassem esse tema?]

Que ações na Clínica/Centro X te remetem a esse tema, Saúde da População Negra?

Os profissionais da Clínica/Centro X foram demandados a preencher a raça/cor dos usuários em diversos documentos. O que você achou dessa demanda?

Quais são os documentos em que você, como X [Ocupação], precisa preencher esse dado?

Como você preenche esse dado? Você classifica o usuário? Ou você pergunta ao usuário?

[Se for o profissional que pergunta: Como os usuários reagem quando você pergunta?]

[Se for o profissional que classifica: Como você classifica?]

Como você lida com seus cadastrados brancos e negros?

E você já percebeu cadastrados brancos e negros sendo tratados de formas diferentes na Clínica/Centro X?

Você já se sentiu discriminado por causa da sua cor/raça enquanto atua como X aqui?

E utilizando o Sistema Único de Saúde?

Você se identifica racialmente? Como?

E de acordo com as classificações do IBGE – amarelo, preto, pardo, branco, indígena?

Nossa conversa te remeteu a algum assunto que você gostaria de me relatar?

Se eu fosse uma pesquisadora mulher negra, você teria respondido diferentemente às perguntas?

E se eu fosse uma pesquisadora mulher negra, você acha que eu teria feito outras perguntas? Quais?

ANEXO C: SITUAÇÕES E DOCUMENTOS ESTATAIS FAVORÁVEIS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA FOCALIZAÇÃO, ENTRE 1970 E 2017

Ano	Situação	Ação produzida
1969	Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial	Legislação (Decreto n° 65.810, de 8/12/1969)
1970	Instituição da Década Internacional da Mulher pela ONU	Recomendações multilaterais sobre saúde sexual e reprodutiva. Fortalecimento do feminismo negro.
1980	Criação do Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo	Instância burocrática
1982	No Governo Maluf, economista Benedito Pio da Silva escreve documento, "O Censo de 1980 no Brasil e no Estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações", cujos trechos são lidos pelo deputado Luiz Carlos Santos (PMDB-SP), em audiência da Assembléia Legislativa de São Paulo, para defender controle de natalidade racista.	Publicação. Ação Legislativa. Protestos públicos.
1982	Publicação de pesquisa "Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira", do Núcleo de Estudos de População (NEPO), UNICAMP, sob liderança de Elza Berquó.	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras
1983	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Programa: oficialmente, pensar a saúde da mulher por uma perspectiva integral de saúde, contrapondo-se às políticas de natalidade e propondo o planejamento familiar.
1985	Realização do 3° Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, em Bertioga, São Paulo	Fortalecimento do feminismo negro

Ano	Situação	Ação produzida
1986	Inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), em Salvador, pelo médico Elsimar Coutinho	Protestos públicos contras as campanhas publicitárias racistas da reprodução da mulher negra
1986	Publicação de Suplemento Especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) sobre esterilização	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras
1986	Realização da VIII Conferência Nacional de Saúde	Conferência, com proposição do SUS
1988	Constituição Federal de 1988	Estabelecimento da saúde como direito e o acesso universal à saúde pública
1988	Realização do I Encontro Nacional de Mulheres Negras, Valença, Rio de Janeiro	Fortalecimento do feminismo negro
1990	Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negra	Protesto. Fortalecimento do feminismo negro
1990	Construção do SUS pelo Movimento Sanitarista	Legalização do SUS, pela Lei no 8.080, de 19/09/1990, a partir dos princípios da Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização.
1990	Publicação do Geledés: "Mulher Negra e Saúde"	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras
1991	Publicações do Geledés: "Mulher Negra e Saúde" e "Esterilização: Impunidade ou Regulamentação"	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras
1991	Realização de survey da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil com mulheres das áreas urbanas e rurais do nordeste, indicando incremento de 13% na esterilização de mulheres negras	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras

Ano	Situação	Ação produzida
1991 - 1993	Realização da CPI da Esterilização - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) - para investigar as causas da esterilização em massa das mulheres brasileiras e se existia probabilidade de esterilização das mulheres negras	Ação Parlamentar. Fortalecimento do feminismo negro.
1993	Realização de seminário preparatório à Conferência do Cairo, sobre direitos reprodutivos da mulher negra, pelo Geledés, o "Seminário Nacional sobre Políticas e Direitos Reprodutivos da Mulher Negra"	Publicação: declaração de Itapecerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. Fortalecimento do feminismo negro
1994	Realização do Encontro Nacional Mulher e População, Nossos Direitos para Cairo	Fortalecimento do feminismo negro
1994	Realização do Mar del Plata Non-Governmental Forum	Fortalecimento do feminismo negro
1994	Publicação de Estudo de Elza Berquó sobre esterilização e raça em São Paulo	Publicação, visibilizando as desigualdades raciais em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras
1994	Realização da V Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo/ Egito)	Fortalecimento do feminismo negro
1995	Realização da IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim)	Fortalecimento do feminismo negro
1995	Realização da Marcha Zumbi dos Palmares	Protesto público. Instância burocrática: criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da Pessoa Negra, com o subgrupo Saúde.
1995	Instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI)	Instância burocrática (Decreto 20/11/1995)
1996	Regulamentação da esterilização pelo planejamento familiar	Legislação (Lei 9.263, de 12/01/1996)

Ano	Situação	Ação produzida
1996	Realização de Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, atividade do Subgrupo Saúde do GTI para Valorização da População Negra	Publicação: documento com taxonomia de doenças "negras" (doenças geneticamente determinadas, adversas condições socioeconômicas, educacionais e psíquicas, combinação de determinantes genéticos com desfavoráveis condições sociais de vida, determinantes fisiológicos). Produção estatística: demanda do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde via Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e Declaração de Óbitos (DO). Programa: demanda de política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.
1996	Elaboração do I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH)	Programa. Legislação: Decreto nº 1.904 de 13 de maio de 1996, revogado pelo Decreto 4.229, de 13/05/2002, que cria o II PNDH, revogado pelo Decreto 7.037, de 21/12/2009, que cria o III PNDH.
1996	Realização do seminário Internacional "Multiculturalismo e Racismo: o papel da Ação Afirmativa nos Estados Democráticos Contemporâneos"	Seminário
1996	Criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF)	Programa
1996	Introdução do quesito raça/cor nos dados de identificação das pesquisas com seres humanos.	Legislação (Resolução nº 196, de 10/10/1996)
1997	Proposta da Política de Saúde para a População Negra, a partir dos trabalhos Subgrupo Saúde do GTI para Valorização da População Negra	Programa
1998	Revisão da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e introdução do campo raça/cor	Produção estatística
2000	Realização da pré-conferência Cultura e Saúde da População	Fortalecimento do feminismo negro

Ano	Situação	Ação produzida
	Negra, como preparativo para Durban	
2000	Constituição da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), com realização de um encontro nacional e a publicação "Nós, Mulheres Negras".	Fortalecimento do feminismo negro. Publicação.
2000	Realização de encontro preparatório para Durban, na Conferência Regional das Américas, no Chile.	Fortalecimento do feminismo negro
2001	Publicação de "Mulheres negras: um retrato da discriminação racial no Brasil", da Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB)	Publicação
2001	Realização do Workshop Interagencial sobre Saúde da População Negra, em Brasília, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD e da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS, com posterior publicação de "Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade"	Seminário. Publicação.
2001	Inserção da Doença Falciforme no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)	Legislação (Portaria 822/2001)
2001	Realização da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas Correlatas de Intolerância (em Durban), com a escolha de Edna Roland (ONG Fala Preta!) como relatora	Recomendações multilaterais
2001	Publicação do "Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente"	Publicação
2001	Publicação de "Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma questão de equidade (2001)"	Publicação
2001	Elaboração do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)	Programa

Ano	Situação	Ação produzida
2002	Elaboração do II PNDH	Programa
2003	Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)	Instância burocrática (Lei 10.678, 23/03/2003)
2003	Assinatura de Termo de Compromisso entre Ministério da Saúde (MS) e SEPPIR	Parceria institucional
2003	Realização da 12 Conferência Nacional de Saúde	Conferência. Documento: relatório com deliberações sobre saúde da população negra.
2004	Realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra	Seminário. Documento sobre desigualdades raciais na saúde. Instalação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra
2004	Instituição do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra (CTSPN)	Instância burocrática (Portaria 1.678, 17/08/04; Portaria 2632, 15/12/04)
2004	Instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Programa
2005	Elaboração do "Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil", com inclusão sobre saúde da população negra	Programa
2004	Criação de núcleos de prevenção à violência e promoção da saúde	Instância burocrática (Portaria MS/GM 936, de 19/05/04)
2005	Publicação de informações sobre condições sanitárias das comunidades quilombolas	Publicação
2005	Criação de diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias	Protocolos (Portaria GM/MS 1391, 18/08/2005)
2005	Inserção da Ação 8215 - Atenção à Saúde das Populações Quilombolas - no Programa Brasil Quilombola	Programa
2005	Realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial	Conferência Nacional

Ano	Situação	Ação produzida
2005	Inserção da variável raça/cor no Programa Nacional de DST/AIDS	Programa. Produção estatística.
2005	Publicação de "Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade"	Publicação
2005	Publicação de "Atlas Saúde Brasil"	Publicação
2005	Publicação de "Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras"	Publicação
2005	Inserção do tema Saúde da População Negra no Plano Plurianual 2006-2007	Ação orçamentária
2006	Campanha contra Racismo Institucional	Campanha
2006	Representação do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde	Instância burocrática. Ativismo institucional.
2006	Realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, com lançamento da proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	Seminário. Programa.
2006	Publicação de Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, nº 26/2006, com o tema saúde da população negra	Fomento à pesquisa
2006	Lançamento Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme	Programa
2006	Instituição de 27 de Outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra	Data
2006	Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde	Programa. Instância burocrática

Ano	Situação	Ação produzida
2007	Realização da 13 Conferência Nacional de Saúde	Conferência Nacional. Documento: relatório com deliberações sobre saúde da população negra.
2008	Instituição do I Plano Operativo da PNISPN	Protocolos da PNSIPN. Documento.
2008	Pactuação da PNSIPN na Comissão Intergestores Tripartite, do Ministério da Saúde	Programa. Instância burocrática
2009	Lançamento do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Planapir), advindo das conferências nacionais de Promoção da Igualdade Racial	Programa. Publicação.
2009	Instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	Legislação (Portaria 992, 13/05/09)
2010	Instituição do Estatuto da Igualdade Racial, com Capítulo Saúde	Legislação (Lei 12.288, 20/07/10)
2012	Publicação da segunda edição do "Saúde da População Negra", entre ABPN, MS e UNFPA	Publicação
2012	Inserção de diretriz sobre equidade racial no Plano Nacional de Saúde 2012-2015	Programa. Publicação.
2013	Lançamento do Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, da CEPAL	Recomendações multilaterais
2014	Criação do Grupo de Trabalho (GT) sobre Racismo e Saúde Mental, pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde (CGMAD/SAS)	Instância burocrática
2014	Instituição do II Plano Operativo da PNISPN (2013 a 2015)	Protocolos da PNSIPN (Resolução 2, 02/09/14)
2014	Campanha Racismo Faz Mal à Saúde	Campanha
2014	Instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)	Instância burocrática (Portaria MS/GM 2629/2014)
2015	Instituição do Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde	Instância burocrática (Portaria MS/GM 1063/2015)

Ano	Situação	Ação produzida
	da População Negra (CTSPN)	
2015	Lançamento da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU, para o período entre 2015 e 2024	Recomendações multilaterais
2015	Ocorrência da Marcha das Mulheres Negras – Contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver	Protesto público
2016	Lançamento de perfil epidemiológico da população negra: "Painel de Indicadores do SUS N. 10 – Temático Saúde da População Negra"	Publicação
2016	Lançamento de panorama social da América Latina de 2016, da CEPAL, com parte específica sobre desigualdades raciais em saúde na região	Publicação
2016	Lançamento do Plano Nacional de Saúde 2016-2019, com inserção da questão racial (Objetivos I, IV e XI)	Programa. Publicação.
2017	Lançamento da terceira edição da publicação "Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS"	Publicação
2017	Instituição de obrigatoriedade e padronização da coleta do dado raça/cor nos sistemas de informação do SUS	Protocolos da PNSIPN (Portaria 344, 01/02/17)
2017	Instituição do III Plano Operativo da PNSIPN (2017 - 2019)	Protocolos da PNSIPN (Resolução 16, 30/03/17)
2017	Instalação de Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial	Instância burocrática (Portaria nº 142, de 21/07/17)
2017	Realização de oficina técnica com médicos sobre doenças prevalentes na população negra	Seminário
2017	Manutenção da PNSIPN e do CTSPN, na primeira etapa da elaboração do Código do SUS, instrumento que atualiza e compila a estrutura normativa do Sistema.	Legislação (Portaria de Consolidação N 1, de 20/09/17, publicada em Suplemento do Diário Oficial da União (DOU) N 190, em 03/10/17)

Ano	Situação	Ação produzida
2017	Lançamento de campanha sobre a PNSIPN e de publicação para gestores do SUS, "O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra: é nossa função garantir um atendimento ético, humanizado e de qualidade a todos os usuários".	Campanha. Publicação.