



EXPRESSÕES DO RACISMO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPRESSIONS OF INSTITUTIONAL RACISM IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE
MUNICIPALITY OF ARACAJU: AN EXPERIENCE REPORT

Flavia Regina Sobral Feitosa ¹
Rosely Anacleto de Jesus Morais de Almeida ²

Manuscrito recebido em: 27 de março de 2022.

Aprovado em: 06 de setembro de 2022.

Publicado em: 06 de dezembro de 2022.

Resumo

Introdução: este artigo discorre sobre as nossas experiências profissionais na Atenção Básica de Saúde de Aracaju e aborda algumas expressões do racismo institucional nesse nível de atenção. **Objetivo:** problematizar alguns códigos institucionais que dificultam a focalização da assistência à saúde da população negra, em flagrante inobservância à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). **Método:** ancoramo-nos na observação participante, na análise documental e na revisão de literatura situada entre as fronteiras do materialismo histórico-dialético e da decolonialidade para abordar as reflexões aqui pontuadas. Dividimos o relato, para fins organizativos, em três eixos que retratam experiências racistas em uma Unidade Básica de Saúde da capital sergipana: 1) Indeferimento de titulação com progressão pecuniária a profissionais de saúde formalmente certificados com atualização da PNSIPN; 2) Inobservância do quesito raça-cor no cadastro dos usuários que utilizam o SUS e; 3) Preservação de simbologia com conotações escravocrata e colonialista. **Conclusão:** a imprecisão dos registros raça/cor, o desinvestimento em educação continuada para os profissionais de saúde e a manutenção de símbolos com conotações escravocratas evidenciam o desconhecimento ou apatia na efetiva implantação PNSIPN.

Palavras-chave: PNSIPN; SUS; Racismo Institucional; Atenção Básica.

Abstract

Introduction: this article discusses our professional experiences in Primary Health Care in Aracaju and addresses some expressions of institutional racism at this level of care. **Objective:** to problematize some institutional codes that make it difficult to focus on health care for the black population, in flagrant non-compliance with the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). **Method:** we are anchored in participant observation, document analysis and literature review situated between the boundaries of historical-dialectical materialism and decoloniality to address the reflections punctuated here. We divided the report, for organizational purposes, into three axes that portray racist experiences in a Basic Health Unit in the capital of Sergipe: 1) Denial of title with pecuniary progression to health professionals formally certified with PNSIPN update; 2) Non-compliance with the race-color item in the registration of users who use the SUS and; 3) Preservation of symbols with slave

¹ Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Pernambuco. Cirurgiã Dentista na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9366-8899> E-mail: flaviareginasf@gmail.com

² Doutoranda em Psicologia e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0956-3198> E-mail: ranacleto.1@hotmail.com



and colonial connotations. **Conclusion:** the inaccuracy of race/color records, the disinvestment in continuing education for health professionals and the maintenance of symbols with slavery connotations show lack of knowledge or apathy in the effective implementation of PNSIPN.

Keywords: PNSIPN; SUS; Institutional Racism; Basic Attention.

INTRODUÇÃO

Antes de adentrar na questão proposta, convém ressaltar que renunciamos à pretensa neutralidade imposta pelos cânones ocidentais para a produção do conhecimento validado na academia, cabendo-nos enunciar enquanto sujeitas localizadas na Colonialidade/ Modernidade (C/M)¹. Somos duas mulheres cissexuais, autodeclaradas pardas, o que em algumas circunstâncias coloca nossa identidade racial negra em condição de suspeição/ estranhamento dentro da nossa própria comunidade², apesar da presença de alguns traços negroides. Nossos corpos convivem e enfrentam as opressões sobrepostas e indissociáveis do racismo e do patriarcado³, além de sermos pesquisadoras e trabalhadoras do menor estado da Federação (Sergipe), situado no Nordeste brasileiro. Atuamos na Atenção Primária em Saúde de Aracaju há quase duas décadas e estamos num esforço cumulativo para descolonização das nossas respectivas formações e experiências profissionais.

Fizemos a opção de aproximar as fronteiras entre a perspectiva decolonial e o legado marxista, que influencia por sinal alguns dos autores consultados. Endossamos a definição ampla de decolonialidade, que não a restringe aos autores latinos do giro decolonial, mas também contempla os saberes *sub-alternos*, notadamente afrodiáspóricos e ameríndios, bem como as formas de resistência e reexistência desses segmentos⁴.

Compreendemos que “o processo de colonização ultrapassa os âmbitos econômico e político, penetrando profundamente a existência dos povos colonizados, mesmo após ‘o colonialismo’ propriamente dito ter se esgotado em seus territórios”⁵ (p.3). Posto isso, enfatizamos que de acordo com nosso ordenamento jurídico, todos temos direitos e deveres que, quando respeitados, outorgam-nos o título de cidadãos. Entretanto, diuturnamente, essas garantias são obliteradas e suas materializações convertidas em conquistas, não raro ameaçadas pelo preconceito e injustiça social, sendo esta a realidade da comunidade negra brasileira.



Mesmo na atualidade, quando a escravidão sucumbe e o Estado consagra a igualdade de direitos no plano formal, a ideia de raça se metamorfoseia e passa a servir aos interesses dos herdeiros beneficiários da colonização. Nesse contexto, a teoria do branqueamento e a idílica democracia racial proporcionaram a construção de marcadores sociais de privilégios, hierarquias, lugares e papéis sociais distintos, que dificultam a reafirmação identitária e socioeconômica, onde “quanto mais distante de um modelo europeu de - ser e existir - se tiver, maior é a exclusão e a ausência de oportunidades⁶ (p.25)”. Com isto, “[...] no Brasil o mito de democracia racial bloqueou durante muitos anos o debate nacional sobre as políticas de ação afirmativa e paralelamente o mito do sincretismo cultural ou da cultura mestiça nacional⁷ (p.11)”, atrasando, por conseguinte, o debate nacional que conduziria à implantação do multiculturalismo no sistema educacional brasileiro.

Com efeito, para Marx, alguns Estados-nação, a exemplo do brasileiro, foi a via pela qual a supremacia branca se sustentou, sobretudo porque a identidade negra foi, em certa medida, tardiamente organizada e reconhecida⁸. Em decorrência disto, ainda hoje, as relações interracialias no Brasil são revestidas de uma comedida tolerância que se revela perversa, pois nem sempre está explícita a real intenção de humilhar, subjugar, aviltar. De maneira que “[...] o preconceito racial contra o negro é violento e ao mesmo tempo sutil, existe latente e muitas vezes vem à tona entre nós mesmos; a presença, o confronto com o outro nos incomoda também. A democracia racial brasileira talvez exista, mas em relação ao negro inexistente⁹ (p.94).

Desta forma, percebemos que as ações governamentais são pontos cruciais para viabilizar o processo de inclusão, reparar as injustiças históricas, reafirmar a identidade étnica e reivindicar igualdade de oportunidade e respeito aos valores culturais em prol da construção de uma sociedade efetivamente democrática. Enfim, cabe ao Estado prover políticas públicas capazes de ressarcir os povos originários pelos apagamentos contínuos e sucessivos em várias dimensões. Neste direcionamento, em novembro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), mas somente em 2009 foi publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria 992 de 13 de maio do Ministério da Saúde (MS). Fruto do protagonismo do feminismo negro na luta por justiça reprodutiva interseccionada às respectivas condições de vida dessas mulheres, a PNSIPN foi convertida em Lei pelo Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/10) e significou o marco inaugural no MS do reconhecimento da persistência denegatória do racismo institucional nas instâncias do SUS.



O racismo não nasce diretamente nas instituições, mas estas atuam como correia de transmissão e “são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos”¹⁰ (p. 40). No âmbito da saúde, o racismo institucional tem se definido 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”¹¹ (p. 22).

Sendo assim, esses mecanismos colonizadores sustentam instituições e organizações ancoradas por matrizes anglo-saxões e/ou norte-americanas com ofertas inadequadas ou insuficientes de ações e serviços frente às reais necessidades de saúde da população, em virtude de sua cor/fenótipo, cultura e/ou origem étnico-racial. Condutas dessa natureza colocam a população negra em situação de desvantagem no acesso a direitos e cuidados em saúde gestados pelo Estado. E, por conseguinte, as consequências do racismo aparecem nas tardias estatísticas sobre as iniquidades e nos desastrosos desfechos terapêuticos com crescente número de mortes evitáveis, que sequer são registradas para servirem de evidências científicas, a fim de pautar futuras decisões políticas que visem minimizar a vulnerabilidade dessa população¹².

Para enfrentar essas iniquidades, os avanços da PNSIPN estão hipotecados fundamentalmente a três fatores: ao compromisso de gestores, do movimento social e dos trabalhadores de saúde¹³. É, pois, no bojo camaleônico do racismo institucional e no “caráter permanentemente colonial do Estado”¹⁴ (p. 16), ora operado pelo MS ora pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com repercussão na Atenção Básica, que passamos a tematizar nossas experiências como profissionais de saúde comprometidas com uma outra cosmovisão. Refletir sobre algumas dessas práticas é o objetivo desse artigo.



RELATO

O presente estudo relata nossas experiências profissionais numa Unidade Básica de Saúde (UBS), denominada, curiosamente (e por razões ainda desconhecidas) de Dona Sinhazinha, situada na área mais nobre e, portanto, embranquecida de Aracaju. Nela, laboramos juntas por cinco anos. Os registros que subsidiaram esse artigo foram ancorados na observação participante, na análise documental e na revisão de literatura situada entre as fronteiras do materialismo histórico-dialético e da decolonialidade cujas reflexões levaram a problematizar a lenta operacionalização da PNSIPN. Parte desse ensaio integra a pesquisa em curso que investiga as vantagens sanitárias da branquitude que acessa o SUS por intermédio da Atenção Básica. E, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017), os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) foram utilizados de forma equivalentes.

- Breves considerações sobre a Atenção Básica de Aracaju

Aracaju localiza-se na região Nordeste do Brasil, possui 672.614 habitantes, o que corresponde a cerca de 28% de toda população sergipana, com IDH municipal de 0,770¹⁵. Comporta 40 bairros, 04 distritos, 08 regiões de saúde, 45 UBS, com 141 equipes de Saúde da Família (eSF) e 63 equipes de Saúde Bucal (eSB), perfazendo 67,33% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, segundo o Relatório Quadrimestral de Gestão de 2018. Absorve $\frac{1}{4}$ da demanda do estado; conseqüentemente, grande parte dos profissionais de saúde estão concentrados na capital e na região metropolitana¹⁶. Em linhas gerais, a AB é a principal porta de entrada do SUS e segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde da população, caracterizando-se por um:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária¹⁶ (On-line).



A PNAB previu ainda a adoção de estratégias que permitissem minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde¹⁷. No entanto, como já discorrido anteriormente, o racismo à brasileira não se apresenta com letreiro luminoso, muito pelo contrário, sua grande marca é a negação. Por isso, a fatura de legislações que impeça sua ocorrência, embora indiscutivelmente importante, pode se mostrar insuficiente, haja vista que as métricas coloniais se encontram escondidas nas próprias normativas ou nos olhares de quem as interpreta, como nos exemplos abaixo.

- Indeferimento de titulação com progressão pecuniária a profissionais de saúde formalmente certificados com atualização da PNSIPN

A primeira diretriz da PNSIPN é a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde. Com efeito, essa medida é central para descolonização dos saberes que organizam as práticas e os serviços de saúde, pois

a formação profissional, a pesquisa, os textos de circulação, as revistas que são recebidas, os lugares onde são realizados os cursos de pós-graduação, os sistemas de avaliação e reconhecimento dos seus docentes, todos apontam para a reprodução sistemática de uma visão de mundo de perspectiva hegemônica do Norte¹⁸ (p. 43).

Na SMS a progressão por títulos está prevista na Lei Complementar 61/2003 que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). Em resumidas contas, o processo acontece da seguinte forma: o profissional realiza o curso, em geral pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), formaliza o requerimento acompanhado de uma cópia do certificado e de alguns documentos pessoais, tudo de forma virtualizada. Na sequência, o pleito é encaminhado ao superior hierárquico imediato a quem cabe correlacionar o conteúdo adquirido às atribuições do profissional (a depender das relações, esta situação pode ser discutida diretamente entre a chefia e o servidor).



Coletadas essas informações e de forma ainda virtual, o dossiê segue para análise de uma equipe técnica, instituída especialmente para este fim. Esta equipe não tem nenhuma interação direta com o servidor e a ela compete avaliar os requisitos legais (tempo mínimo de efetivo exercício, idoneidade da instituição certificadora e reconhecimento pelo Ministério da Educação, inclusive com acesso a senhas para verificação de assiduidade e média de aprovação do candidato, espaçamento entre a apresentação de um título e outro, percentuais correspondentes, pré-requisitos conforme o cargo, descarte de simultaneidade de títulos etc.). Depois de tudo isso, um parecer é expedido, deferindo ou indeferindo o pleito. Em casos de indeferimento, o servidor dispõe de dez dias úteis para recorrer.

No caso da PNSIPN, os casos que tivemos conhecimento, o indeferimento padrão vem acompanhado do seguinte argumento: “o curso realizado não se ajusta à hipótese de relacionamento com a área de atuação e com o conteúdo ocupacional previstos no Art. 26”. A depender da capacidade argumentativa do servidor, a situação pode ser revertida e um desfecho favorável ventilado.

Sem investir em educação continuada e agindo ativamente contra o reconhecimento da formação dos profissionais que tomam a PNSIPN como uma possível resposta às desigualdades em saúde, a SMS segue privilegiando conteúdos colonizados que não só balizaram a grade curricular das universidades, como também serve de estímulo para a revitalização de normas institucionais que norteiam o escopo de práticas do coletivo de profissionais que estatisticamente tem favorecido a assistência da branquitude.

Todavia, o aspecto fulcral da discussão é como expedientes institucionais guiados por epistemes europeias têm prejudicado os profissionais de saúde que possuem um olhar assentado na reparação histórica e que caminham em direção oposta, ao que aprenderam e reproduzem automaticamente. A negativa de uma educação continuada focada nesses moldes, invalida o quesito raça-cor como determinante social do binômio saúde-doença na assistência à saúde dos 71% de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS¹⁹. dos quais 80% se autodeclararam negros²⁰. Isto redobra o compromisso com uma Política de Saúde equânime, emancipatória e efetivamente antirracista. Mas passa também pela necessidade de



investigar, expor e confrontar o lugar de privilégio simbólico e material no interior do SUS, ocupado pelo branco²¹, que segue fechado na sua própria brancura²², seja na condição de gestor, de profissional ou até mesmo de usuário do Sistema, não se preocupando em ressignificar as antigas práticas coloniais que historicamente oprimem e encobrem a dignidade do outro.

Reforçando essa percepção, no recente contexto da pandemia de Covid-19, a Folha de São Paulo denunciou em 22/03/2021²³, que a população branca recebeu quase o dobro de vacinas contra a COVID-19 em relação a negros, por se constituir maioria entre os grupos prioritários: idosos e trabalhadores da saúde. Essa situação conecta-se ao conceito de necropolítica²⁴, através do qual o Estado detém a soberania para salvar vidas, matar ou deixar morrer. Outro exemplo de racismo institucional, partindo inclusive dos profissionais da assistência, foi a hostilidade sofrida pelos imigrantes médicos cubanos em 2013, no qual estes foram “receptionados” pelos seus pares com xingamentos de macacos, escravos e outros termos pejorativos²⁵, situação que recoloca a urgência de avançar na implementação da PNSIPN.

Enfim, é necessário compreender a importância de uma educação continuada voltada a desconstrução de práticas coloniais, pois só assim as políticas afirmativas que minimizem as iniquidades sociais em saúde, a exemplo da PNSIPN, efetivamente irão ser inseridas no cuidado, o que de fato não vem acontecendo rotineiramente no nosso serviço assistencial.

- Inobservância do quesito raça-cor no cadastro dos usuários que utilizam o SUS

O PREVINE BRASIL foi instituído pela Portaria nº 2979 de 12/11/2019, sendo efetivamente implantado em 2020, tendo como objetivo qualificar os indicadores da AB a partir de um novo modelo de financiamento, visando ao aumento do acesso das pessoas aos serviços ofertados e o vínculo entre população e equipe. Segundo esse Programa, a captação dos usuários é realizada mediante “o cadastro do cidadão e pode ser feito por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) **por todos os integrantes da equipe de saúde**”²⁶ (On-line) (grifos nossos).



Em Aracaju, desde 2018, a Rede de Atenção à Saúde foi totalmente informatizada e as informações clínicas/administrativas colhidas ficam armazenadas e podem migrar para a base nacional de dados (DATASUS), através da plataforma E-Gestor-AB. Os dados pessoais com as variáveis raça-cor, padronizados pela Portaria nº 344/2017 do MS²⁷ seguindo a mesma matriz epidérmica adotada pelo IBGE, são preenchidos quase que exclusivamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou recepcionistas, sendo essas duas categorias as que mais orbitam em torno do tema raça.

Em conversa informal e aparentemente despreziosa com alguns desses trabalhadores sobre como se dava a coleta desse dado, fomos surpreendidas com a resposta do uso compulsório do item “S/I” (Sem Informação) ou uma espécie de heteroidentificação amadorística, motivada por constrangimento em abordar o assunto, risco de ser classificado pelo usuário como racista, falta de tempo ou mesmo despreparo técnico.

A Portaria aludida adverte que

Art. 1º 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. [...]

Parágrafo único. **Nos casos em que não houver responsável**, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preencherão o campo denominado raça/cor. [...].

Art. 3º **Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): I - estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas** de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (On-line - grifos nossos).

Portanto, nossa experiência ratifica a existência de códigos institucionais silentes, possivelmente inalcançáveis às lentes coniventes com a manutenção (consciente ou não) de práticas coloniais e que contrariam frontalmente a Portaria, criando um ciclo intermitente e burocratizante de iniquidades sanitárias. Ignorar as clivagens raciais como um dos elementos determinantes do binômio saúde-doença e, conseqüentemente, da produção de dados estatísticos que subsidiam a formulação das políticas públicas, tem se revelado eficaz justamente por produzir o efeito contrário: o acúmulo de uma herança colonial legada à branquitude expressa sempre em melhores Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Aqui, convém assinalar a necessidade de enfrentar o desafio de racialização dos usuários do SUS, considerando que,



branquitude, como outras identidades no poder, permanecem sem nome. É um centro ausente, uma identidade que se coloca no centro de tudo, mas tal centralidade não é reconhecida como relevante, porque é apresentada como sinônimo de humano. Em geral, pessoas brancas não se veem como brancas, mas sim como pessoas. A branquitude é sentida como a condição humana. No entanto, é justamente esta equação que assegura que a branquitude continue sendo uma identidade que marca outras, permanecendo não marcada. E acreditem em mim, não existe uma posição mais privilegiada do que ser apenas a norma e a normalidade²⁸ (p. 17).

Não estamos com isso advogando que, se cadastrados pelos demais profissionais, sobretudo os de formação universitária, a legislação seria rigorosamente obedecida. Talvez a resistência fosse ainda maior, considerando o fenômeno velado do pacto narcísico da branquitude²¹ e uma graduação, em geral, albergada na sombra iluminista eurocêntrica. O que estamos tentando destacar é que: 1) a existência do item “S/I” é um convite automático ao menosprezo do dado e uma isca à sua imprecisão como subsídio para elaboração de políticas sanitárias; 2) Há uma urgência por educação continuada sobre a importância do quesito raça-cor para todos os profissionais de saúde, inclusive aqueles que possuem vínculos precarizados/terceirizados/não estáveis e que estão mais sujeitos à rotatividade e descontinuidade das ações; 3) a quebra dessa conveniente conspiração do silêncio não acontecerá sem que forças impulsionadoras a provoquem, demandando a necessidade de implicação dos movimentos sociais com negociações ou tensionamentos junto à instância deliberativa máxima que é o Conselho Municipal de Saúde.

- Preservação de simbologia com conotações escravocrata e colonialista

O racismo institucional representa o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas com certos marcadores grupais de cor, cultura, origem étnica ou regional, extrapolando as relações interpessoais. Pode estar presente, de forma mais ou menos velada, em opiniões, alusões e referências, que propiciam ou reforçam desigualdades de pessoas e minorias étnicas em desvantagem²⁹. Convém destacar que o batismo institucional de uma UBS por *Dona Sinhazinha*, onde se concentra um dos metros quadrados mais caros da capital, é uma explícita alusão a relações senhoriais típicas do colonialismo e da escravidão. É uma espécie de monumento que sobrevive ao tempo, sem nenhum tipo de contestação, para demarcar o poder de alguns grupos raciais em detrimento de outros que gravitam em seu entorno na condição de usuários em situação de rua.



A esse respeito, nos deparamos com duas experiências distintas: a) o incômodo gerado pela eventual presença de alguns corpos negros, descalços, sujos na Unidade de Saúde. Essa cena de estranhamento, por vezes, acontece na supracitada UBS, sob a forma de olhares imperiais especialmente de usuários e trabalhadores brancos, se traduzindo em recados inibidores do acesso e permanência. Entretanto, a agressão descrita nesse episódio teve continuidade quando, desconsiderando a prioridade ou o risco clínico identificado pelo profissional de saúde, outro usuário do serviço reclamou exigindo “capricho” na desinfecção de equipamentos e instalações, demonstrando uma certa apropriação privada de um bem público. Com efeito, onde tem branco tem cerca, partiu do “homem de mercadoria” a ideia de demarcar tudo³⁰; b) As duas últimas oficinas realizadas pelo Consultório na Rua (CnR) e o Programa Redução de Danos (PRD) em que a assistência à saúde das pessoas em situação de rua foi tematizada, discutida, protocolada, fluxogramas gerados, no entanto, não houve nenhum entrelaçamento com o debate racial. Em um dos casos, foi realizada uma dinâmica de grupo com farta exposição de fotos de pessoas em situação de rua (todas negras) contrastando com o fenótipo dos profissionais (majoritariamente brancos), alinhando (talvez inconscientemente) os fatos com a síndrome da Princesa Isabel, isto é, dos brancos salvadores. A contextualização histórica e o conforto da branquitude só não passaram incólumes porque nossa cosmovisão já não subscreve cegamente estes expedientes.

CONCLUSÃO

Na “porta de entrada” do SUS de Aracaju, a gestão da ação afirmativa focalizada na população negra ainda é, a princípio, uma página em branco, que clama por ser inscrita com outras matizes e texturas. Torna-se imperioso levantar o cobertor que encobre essa malha social, onde se estocam as desigualdades de distribuição de saúde-doença, travestidas em normas institucionais. Decodificá-las com novas chaves interpretativas requer a reafirmação e defesa daqueles que Fanon chamou de condenados da terra³¹, por habitarem uma zona estéreo e árida do não ser²².



Além de deficiências na coleta de dados, desinvestimento em educação continuada para os profissionais e manutenção de símbolos escravocratas, os gestores da SMS têm demonstrado um profundo desconhecimento da PNSIPN ou comportamento apático que cooperam largamente com o rotundo esvaziamento da Política. Caminhando nessa direção, corremos o risco de caracterizar a PNSIPN muito mais como uma ação negativa do que uma ação efetivamente afirmativa. É exatamente seu contrário que parece estar em voga, pois a herança colonial e as vantagens sanitárias legadas pela branquitude parecem estar sendo reforçadas sem interdição, nem alarde, impondo a investigação e divulgação de situações como as aqui problematizadas.

Por fim, é necessário fomentar a mobilização política para abolição de condutas institucionais racistas, possibilitando a concretização de ações compensatórias que restituam a dignidade humana não como um atributo de poucos, mas como um direito de todos. Desconstruir a mentalidade colonial que organiza e estrutura nosso país é uma necessidade inadiável.

REFERÊNCIAS

1. Mignolo W. El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2007.
2. Devulsky A. Colorismo. Coleção Feminismos Plurais. São Paulo: Jandaira; 2021.
3. Akotirene C. Interseccionalidade. Coleção Feminismos Plurais. São Paulo: Jandaira; 2020.
4. Bernardino-Costa J, Maldonado Torres N, Ramón G. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2020.
5. Santos V M. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. Rev Psicologia e Sociedade. 2018; 30(1): 1-11. doi: 10.1590/1807-0310/2018v30200112.
6. Batista E H A. Processos de branqueamento, racismo estrutural e tensões na formação social brasileira. Rev Geografia em Atos. 2020; 4(19):11-37. doi: <https://doi.org/10.35416/geoatos.v4i19.7725>.



7. Munanga K. Uma Abordagem Conceitual das Noções de Raça, Racismo, Identidade e Etnia. In: __ 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação; 05 nov 2003. Rio de Janeiro, 2003.
8. Reinehr JPM. Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias no SUS [Tese de doutorado em Sociologia e Antropologia]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
9. Nascimento MB. Beatriz Nascimento, Quilombola e Intelectual: Possibilidades nos dias da destruição. São Paulo: Editora Filhos da África; 2018.
10. Almeida S. Racismo estrutural. 1ª ed. São Paulo: Jandaira; 2020.
11. Prefeitura de São Paulo. Cartilha de Combate ao Racismo Institucional. São Paulo: ABONG; 2006.
12. Brasil: Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.
13. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2017; 33(1): 1-5. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>.
14. Segato R. Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade e Estados. Brasília: IBGE; 2021. [Acesso em ago. 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/aracaju.html>.
16. Prefeitura de Aracaju. 2º Relatório Detalhado do Quadrimestre anterior 2020. Secretaria Municipal de Saúde: Aracaju; 2020.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Acesso em ago. 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
18. Lander LE. ¿Conocimiento para qué? ¿Conocimiento para quién? Reflexiones sobre la universidad y la geopolítica de los saberes hegemónicos. Estudios Latinoamericanos. 1999; 7(12-13): 45-52. doi: <https://doi.org/10.22201/cela.24484946e.1999.12-13.52369>.
19. Portal Uol. IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS. [Acesso em ago 21]. Disponível em: uol.com.br.
20. Estadão. Racismo expõe pessoas negras a problemas de saúde. Summit Saúde Brasil 2020; jan 2020. [Acesso em ago. 21]. Disponível em:



<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/racismo-expoe-pessoas-negras-a-problemas-de-saude>.

21. Bento MAS. Branqueamento e Branquitude no Brasil In: Carone I, Bento MAS, editores. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2014.

22. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.

23. Brancos são quase o dobro dos negros entre vacinados contra Covid no Brasil. Folha de São Paulo; mar 2021. [Acesso em ago. 21]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/brancos-sao-quase-o-dobro-dos-negros-entre-os-vacinados-contracovid-no-brasil.shtml>.

24. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. 1 ed. São Paulo: N-1 Edições; 2018.

25. Onde os críticos dos médicos cubanos guardam seu racismo? Rede Brasil Atual [Acesso em ago. 21]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/onde-os-criticos-dos-medicos-cubanos-guardam-o-seu-racismo-4842/>.

26. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Previne Brasil [Acesso em 21 ago] Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento>

27. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Planalto; 2016. [Acesso em: 21 ago. 21]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>.

28. Kilomba G. Descolonizando o conhecimento - Uma Palestra-Performance. (J. Oliveira, Trad.); 2016. Recuperado de o conhecimento-uma-palestra. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/descolonizando-o>.

29. Centro de educação o apoio para hemoglobinopatias. Racismo institucional: fórum de debates, educação e saúde. Belo Horizonte: CEHMOB/NUPAD/UFMG; 2020. [Acesso em ago. 21]. Disponível em: Apresentação do PowerPoint (ufmg.br)

30. Fernandes PP. Kopenawa D. Xamã yanomami Davi Kopenawa expõe sua visão sobre a sociedade dos brancos [Acesso em ago. 21]. Disponível em: < Xamã yanomami Davi Kopenawa expõe sua visão sobre a sociedade dos brancos - Portal Uai>

31. Fanon F. Os condenados da terra. 1. Ed. São Paulo: Editora Schwarcz-Companhia das Letras; 2022.