

18º Congresso Brasileiro de Sociologia

26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

Grupo de Trabalho 34

Relações Raciais e Étnicas: desigualdades e políticas públicas

A Saúde da População Negra em Burocracias de Rua do SUS

Jaciane Pimentel Milanezi Reinehr

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS)

Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA)

Introdução

Este trabalho apresentará um resultado da minha pesquisa etnográfica em andamento, uma tese sobre a ação estatal de focalização da saúde pública na população negra no Brasil¹. Eu trago para debate do Grupo de Trabalho Relações Raciais e Étnicas - desigualdades e políticas públicas, as reações de profissionais da saúde pública em relação às desigualdades raciais em saúde, trabalhadores que atuam em distintas Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Sistema Único de Saúde (SUS), no município do Rio de Janeiro. A partir dessas reações, tento compreender como estas revelam percepções, os entendimentos de uma situação (Reis e Moore, 2005; Silva, 2010), neste caso, sobre a saúde da população negra.

Após o primeiro ano etnográfico nessas Unidades, e na ausência de eu encontrar dentre a maioria desses profissionais a gramática estatal da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), passei a rastrear o que me revelavam as diversas reações burocráticas à minha presença nesses espaços para pesquisar esse tema. Silêncio, dúvidas, delimitações, negação e militância. Essas são as reações regulares que evidencio em torno dessa recente agenda pública² em instâncias burocráticas da ponta.

Na primeira parte do trabalho, explico ao leitor as principais questões teóricas e metodológicas da minha pesquisa. Especial atenção é dada à reflexão sobre Estado e Raça, Burocracias e Desigualdades, e Desigualdades Raciais em Saúde. Em seguida, por meio do uso de cenas etnográficas, mapeio as reações às desigualdades raciais em saúde dos profissionais da saúde pública, analiso como essas reações revelam percepções sobre essas disparidades e a focalização, e reflito sobre como essas reações se entrecruzam, apesar da saliência do Silêncio.

Escolhi o uso de cenas para este trabalho, pois estas me permitem sintetizar ao leitor, através de situações específicas, o conjunto de reações evidenciadas pela

¹. A pesquisa de doutorado em andamento é realizada com financiamento do CNPq, no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA), do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob a orientação da Profa. Dra. Graziella Moraes Dias da Silva, professora adjunta do PPGSA/UFRJ, licenciada ao *Graduate Institute for International and Development Studies (IHEID)*. Versão preliminar deste texto foi apresentada e debatida no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Desigualdade (NIED), da UFRJ, e no Grupo Burocracia e Implementação, do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). Para contato com a autora: jacianemilanezi@hotmail.com

². Uso o termo agenda pública como a antropóloga Pagano (2011) em sua pesquisa *Health in Black and White: debates on racial and ethnic health disparities in Brazil*. Como ela, entendo a focalização da saúde pública na população negra como um processo em construção por uma rede de atores nem sempre convergentes entre si, tais como: movimento sanitário, movimento feminista negro, pesquisadores da saúde pública, gestores públicos.

observação cotidiana dessas Unidades. Uma etnografia marcada pelo olhar à rotina e aos incidentes burocráticos. As cenas, também, me permitem oferecer outros elementos que não serão aprofundados neste trabalho, mas necessários de serem contextualizados.

Primeiro, as Unidades etnografadas se inserem em contextos territoriais diferentes do município do Rio de Janeiro. Nas chamadas unidades Modelo e Comunidade, a violência urbana interpela o trabalho dos profissionais e a vida dos usuários dessas unidades, demandando de todas as estratégias institucionais e individuais para oferecerem e cuidarem da saúde em regiões de conflito. Os territórios - de pobreza, misto e de riqueza - também modificam a forma como o Estado se apresenta aos profissionais e aos usuários das políticas públicas. Na medida em que eu transito por esses espaços, a qualidade física e a diversidade de serviços ofertados muda consideravelmente entre as Unidades.

Segundo, essas cenas foram escolhidas, temporalmente, para indicar os percursos de uma pesquisa etnográfica em organizações da saúde pública. A preparação de documentos e conversas necessárias com burocratas para iniciar o pedido de aprovação da pesquisa pelos comitês de ética em pesquisa, não minimizou a tarefa de lidar diariamente com novas negociações no campo. Para entender como o Estado se faz e como produz desigualdades, cada área, cada grupo profissional, cada tarefa burocrática demandou negociações específicas, imprevistas antecipadamente.

Outra consideração é sobre a classificação racial dos profissionais que faço no decorrer do texto. A “coloração” das pessoas com as quais interajo se faz necessária para analisar em que medida suas marcas racializadas influenciam ou não na forma deles reagirem às disparidades raciais em saúde. Se em algum momento das nossas interações, estes profissionais se classificaram racialmente espontaneamente, os trato no texto a partir das suas classificações. Se foram profissionais que já entrevistei e se classificaram nas entrevistas, os trato como eles me indicaram em nossa conversa. No caso deles não terem se classificado espontaneamente ou nas entrevistas, eu procedi com a classificação racial dos mesmos. Para isso, considerei suas experiências de vida. Se, em nossas conversas, estes profissionais me relataram algum episódio de discriminação racial, utilizei a categoria negros, juntando pretos e pardos. Se eu não tinha nenhum relato, eu procedi com a classificação racial dos mesmos, a partir dos seus fenótipos, atrelado à minha suposição de possibilidade deles sofrerem discriminação racial no contexto brasileiro³.

³. Os aspectos das identidades raciais desses profissionais estão sendo melhor analisadas na atual fase de entrevistas e não será abordado neste trabalho.

Os nomes dos profissionais, das equipes, dos territórios utilizados nessas cenas, assim como no decorrer do texto, são fictícios. Os termos escritos em itálicos são categorias utilizadas pelos profissionais e não minhas.

1. Burocracias e Desigualdades Raciais

A reflexão em torno das reações é uma parte da minha pesquisa de doutorado em andamento, onde eu proponho compreender relações entre burocracias estatais e desigualdades raciais em saúde no contexto brasileiro. Para auxiliar no entendimento da interface entre Estado e Desigualdades no campo da saúde pública, eu analiso etnograficamente como profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas em distintos territórios do município do Rio de Janeiro, passam a lidar com a focalização da saúde na população negra, após a construção social dessa agenda pública no Estado brasileiro. A pesquisa tem evidenciado o trajeto dessa agenda entre os agentes estatais⁴ locais, as institucionalidades que esta adquire no município do Rio, como a focalização chega nas Unidades, como é recepcionada, pensada e gerida pelos profissionais que atuam nessas burocracias.

No âmbito dos estudos sobre as relações raciais, eu dialogo com análises que identificam a influência do Estado à reprodução da raça (Omi e Winant, 1986; Marx, 1998; Paschel, 2016). Esses estudos fornecem centralidade política ao Estado nas dinâmicas raciais, a partir da consideração desta instituição como homogênea. Eu busco contribuir à análise da relação entre o Estado e a raça⁵ a partir da heterogeneidade do mesmo e não pela sua unidade. Interesse-me pelas complexidades, incongruências e desagregação das burocracias estatais que o compõem como uma *unidade política imaginada* (Bourdieu, 1996). Nesse sentido, ao considerar o Estado como ator central às dinâmicas das relações raciais, eu o faço a partir das suas fragmentações. Meu interesse tem sido identificar *contradições estatais no fazer da raça*, como defende Loveman (1999). Também, em compreender mais os efeitos de *frações* (Abrams, 2006; Sharma e Gupta, 2006) do Estado às desigualdades.

⁴. Como Facundo (2014) em sua pesquisa sobre a gestão pública do refúgio colombiano no Brasil, passei a ficar atenta à multiplicidade de *agentes estatais* em torno do tema da Saúde da População Negra. Esses *agentes* atuam pelo Estado na gestão de uma agenda pública, sem serem necessariamente uma instituição pública.

⁵. Nesta pesquisa, a categoria raça está sendo utilizada como uma construção social. Como tal, a ideia de raça é considerada como histórica, socialmente e processualmente construída, para fins de diferenciação social, a partir dos fenótipos, como nas perspectivas de Omi e Winant (1986), Guimarães (1999 e 2003), Morning (2011) e Telles (2004).

Neste esforço de desagregação estatal, eu escolhi analisar as burocracias de Estado que primeiro mediam as políticas públicas junto a seus públicos. No caso desta pesquisa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Atenção Primária, do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Essas Unidades são exemplos das chamadas “Burocracias de Nível de Rua” (Lipsky, 2010) ou “Burocracias do Guichê” (Dubois, 1999) por serem as organizações do Estado onde ocorre a interação direta com beneficiários. O lugar dessa relação são as salas, os corredores e os documentos burocráticos, são a rua, o território, a casa onde vivem os usuários. São os diversos palcos e objetos pelos quais se desenvolvem, cotidianamente, a interação entre agentes estatais e beneficiários de políticas públicas.

As UBS são “de rua”, por serem espaços administrativamente distantes dos gabinetes que elaboraram a principal política pública para lidar com as desigualdades raciais em saúde no Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). São “de rua” pela alta discricionariedade que os burocratas dessas Unidades possuem. Em contextos “de rua”, com baixa informação sobre as políticas que implementam, de diferentes níveis de institucionalidade dessas políticas na ponta, de pouco controle social das mesmas, e de valores próprios sobre os temas que lá conduzem, os profissionais tomam decisões em torno do que executam na hora.

Essa discricionariedade é, muitas vezes, oposta aos protocolos racionais da política, a depender do contexto organizacional e das representações sobre os temas que implementam. Como sublinha Shore e Wright (1997), pelos profissionais estarem inseridos em um tipo de organização burocrática idealizada como racional, nós pressupomos idealmente que eles são funcionários inclinados à racionalidade das regras. Também, que eles estarão voltados para princípios do Estado de Bem-Estar Social: serviços apropriados, equidade, flexibilidade, respeito aos cidadãos. Um ideal racionalizado não condizente com o cotidiano das burocracias “de guichê”, metaforizado por muitos profissionais que me relaciono como “Faixa de Gaza”.

A relação entre usuários e profissionais, especialmente os que ficam na linha da frente nas Unidades, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é de diversos afetos:

⁶. No Brasil, a Unidade Básicas de Saúde (UBS) é o espaço primário de contato do cidadão com o SUS. Nesta ocorre o cuidado preventivo de saúde, considerada pelo SUS 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.

amor, carinho, pessoalidade, indiferença, ódio. Os tons jocosos são observados de ambos os lados. “Meu papel está com aquela piriguete ali”, aponta uma usuária para uma ACS em uma das Unidades. De acordo com Radcliffe-Brown (1949), *relações jocosas* medeiam, por meio do humor, interações sociais conflituosas entre indivíduos, sejam estas simétricas ou assimétricas. Nas áreas internas⁷ das Unidades, as avaliações morais sobre os usuários são mais expressas: “ela é uma doida, não regula bem não” [ACS, sobre uma paciente da psiquiatria]; “eu não vou dar remedinho na boquinha de traficante, não...que morra” [ACS, sobre usuário em tratamento de tuberculose]; “já botei DIU em todas as minhas novinhas lá de cima” [ACS, sobre a prevenção de mulheres].

Como tenho observado, a dinamização que esses burocratas fornecem às ações do Estado na ponta é influenciada por institucionalidades das burocracias de gabinetes e pelas representações que possuem em torno do que implementam. Essas representações variam em função das relações desses profissionais com valores mais amplos da sociedade em que se inserem, com os valores de suas organizações burocráticas, com os valores subjacentes à política pública que eles implementam, e valores específicos das suas categorias profissionais. 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. Como sublinha o autor, os burocratas não inventam na hora respostas às diversas situações com as quais se deparam. As situações podem ser inesperadas, mas o tipo de reação às situações estará atrelado a pressupostos culturais prevaletentes na sociedade.

Os indivíduos que atuam nessas Unidades, no papel social (Goffman, 2011) de burocratas, é o foco da minha pesquisa. O objetivo tem sido compreender como esses burocratas recepcionam, refletem sobre, gerem e dinamizam as desigualdades raciais em saúde localmente, inseridos num determinado contexto organizacional, territorial, profissional e valorativo do município do Rio de Janeiro. Eu tenho captado se e como ocorre a apreensão de uma gramática recente por parte desses profissionais, a focalização da saúde na população negra, a partir de uma política pública, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

⁷. Considero as áreas externas das Unidades aquelas em que circulo livremente, tais como Área de Acolhimento (entrada), corredores, jardins, copas, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nessas áreas, nunca precisei passar por situações de checagem da minha identidade de pesquisadora. Nas áreas externas, minha circulação é garantida pelos gestores das Unidades, com a aprovação do *Parecer Consubstanciado* dos dois comitês de ética em pesquisa que permitiram minha entrada na saúde pública. Como contra-ponto, considero as áreas internas das Unidades as que me demandam autorização extra, via negociação com os profissionais da saúde, para observá-las, tais como os consultórios, as salas de reunião.

A pesquisa se insere 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. Parte dessas mudanças pode ser explicada pela trajetória da relação entre o(s) movimento(s) negro(s) e o Estado (Omi e Winant, 1986), especialmente a partir dos anos 90 (Paschel, 2016; Telles, 2004), quando este passou a reconhecer a existência de um problema racial no país, a medir estatisticamente a desigualdade racial e a acomodar demandas políticas dos movimentos negros⁸. Essas mudanças alcançaram as diversas áreas do Estado de Bem-Estar Social, dentre estas a Saúde Pública. Como mapeou Lima (2010), há uma variedade de ações voltadas à equidade racial no âmbito da Saúde, pressionadas principalmente pelo movimento negro feminista, que constituem essa agenda pública.

Os dados estatísticos mais recentes indicam que a universalização da saúde pública após a redemocratização não conseguiu por si mudar o quadro de desigualdade da saúde entre brancos e não brancos (LAESER, 2010). Isso se deve à desigualdade social brasileira (Lopes, 2005; Heringer, 2002; Hasenbalg, 1979), que afeta a distribuição desigual da saúde e da doença entre os grupos racializados (Goes, 2013; Chor, 2005; Faerstein, 2014). Além, a discriminação racial nos serviços do Sistema já é evidenciada, principalmente, pelo relato dos próprios usuários (Domingues, 2013; Trad, 2012; Bastos e Faerstein, 2012). Apesar de ser um condicionante social da saúde⁹, a categoria raça ainda é um marcador de diferenciação social polêmico a ser tratado na saúde pública no contexto latino-americano (Chor, 2013; Perreira e Telles 2014). Menor acesso ao SUS, maior incidências de doenças em negros e discriminação racial no uso do sistema são os dados mobilizados pelo movimento negro feminista para a demanda ao Estado de focalização da saúde na população negra, materializada na PNSIPN, em 2009.

Como já identifica Pagano (2011), a focalização da saúde na população negra demandou um processo de construção e vivilização de uma população com necessidades de saúde biologicamente diferentes da população branca, causando um fortalecimento da perspectiva essencialista da raça e de uma medicalização racializada das doenças. Os usos dos sentidos da raça é um dos temas de conflito na rede de atores que agenciam

⁸. A atual mudança de poder no Estado brasileiro mudou o contexto estatal federal em que a pesquisa se iniciou, demandando um acompanhamento de como mudanças políticas a serem efetivadas nessa agenda se desdobrarão, ou não, nas Unidades etnografadas.

⁹. 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*.

historicamente essa focalização. Além da formalização de diferenças raciais biológicas na saúde, a focalização desafia as ideologias nacionais de mestiçagem presentes nos profissionais e usuários da saúde pública, levando-os a resistirem à ação estatal. O que a antropóloga observa nas Unidades que pesquisa, no Maranhão e São Paulo, é uma disjunção entre o que preconiza a política e as práticas observadas em clínicas do SUS.

É diante desse contexto de constituição pública da agenda Saúde da População Negra como um problema de intervenção estatal que a pesquisa se coloca. Busco compreendê-lo no âmbito de estâncias conhecidas como *Burocracias de Nível de Rua* (Lipsky, 2010) do SUS, espaços administrativamente distantes dos locais de decisões que elaboraram as políticas dessa agenda dentro do Estado. Nesse sentido, adoto o tipo ideal de burocracia racionalizada weberiana (Weber, 1999) apenas como um parâmetro diante de um quadro administrativo burocrático que não será neutro e que influenciará as políticas públicas pelas suas capacidades administrativas, políticas e discricionárias (Peters, 1987; Lipsky, 2010; Oliveira, 2012).

Minha estratégia de pesquisa consiste em etnografar, desde janeiro de 2016, três Unidades Básicas de Saúde (UBS), em distintos espaços demográficos do município do Rio de Janeiro¹⁰. A partir dos dados sociais dos territórios, do perfil dos usuários e profissionais, e da observação das dinâmicas sociais nessas Unidades, as nomeio como: 1) Unidade Zona Sul; 2) Unidade Modelo; 3) Unidade Comunidade. A Unidade Zona Sul, se localiza em *bairro* de classe alta carioca, atende a 8.232 usuários, sendo 67% classificados como brancos¹¹. A Unidade Modelo é uma organização tida como exemplar da Atenção Primária carioca, voltada para uma região que contempla moradores de *comunidades, asfalto e classe alta*, sendo responsável por 22.561 usuários, dos quais 54% são classificados negros. A Unidade Comunidade é exclusivamente voltada a uma *comunidade*, responsável pelo atendimento de 21.123 usuários, sendo 64% negros.

Desde abril de 2017 estão em curso entrevistas em profundidade com os diversos profissionais que trabalham nas Unidades, com o intuito de melhor explorar suas trajetórias burocráticas dentro do Estado, suas vivências como burocratas e usuários do

¹⁰. O percurso de chegada a estas Unidades não é analisado neste trabalho, mas revelador do como os burocratas, de gabinete e de rua, entendem que a agenda pública Saúde da População Negra deve transitar localmente. Nas cenas etnográficas e escolhidas para este trabalho é possível observar um pouco desse trajeto.

¹¹. 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 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.

SUS, suas representações em torno das desigualdades raciais em saúde, seus conhecimentos sobre os protocolos da PNSIPN e as estratégias que utilizam para lidar com essa recente política de Estado.

A partir de agora, analisarei a regularidade de reações observadas entre os profissionais da saúde pública que atuam nessas Unidades: silêncio, dúvidas, delimitações, negação e militância.

2. Reagindo às desigualdades raciais em saúde

Cena A

Unidade Comunidade - Janeiro de 2016 - Visita Domiciliar

A Área do Acolhimento estava abarrotada de usuários. Resolvi ficar do lado de fora, observando-os chegarem e saírem. Uma van já estava pronta para subir o *morro* mais uma vez. Me aproximei da ACS Sol (negra) e pedi para entrar no furgão. Nós não tínhamos sido apresentadas pela gerência da Unidade. Informei que era socióloga, pesquisando sobre a saúde da população negra. Silêncio. “Antropóloga, que nem a Mia¹²?”, perguntaram outras ACS. Na van, Sol me convidou para acompanhá-la no *morro*. “Saúde da População Negra”, ela repetia essa frase no trajeto, pensativa. Sol me explicava tudo e me apresentava a todos. “É a socióloga que está estudando a gente”, falava. Ela começou o trabalho de visita na viela central da microárea dela, a *Cova*. Eu ficava na porta. Sol insistia para eu entrar. A vida íntima daqueles *cadastrados* me era oferecida. “É a nova doutora?”, perguntou uma senhora, enquanto beijava meu rosto. Entre uma casa e outra, Sol parava para conversar com moradores, sobre saúde e conflito. Este nos acompanhava desde que entramos na área. Acima de nós, havia policiais armados atrás dos postes. Sol moldava seu trajeto ao fluxo da ação policial. Ora, ela entrava em vielas menores e dizia em voz baixa: “agora, tá tranquilo, Jaci”. Ora, ela voltava para a viela central, onde tudo era dito em voz alta. Ali, a conversa com os *cadastrados* era sobre saúde: a entrega do saquinho de remédio, a entrega do papelzinho da consulta à caneta, a pergunta de como estava a pressão arterial no dia. “Como fica a pressão de Dona Nina assim, Jaci?”, me perguntava. Nas vielas menores, longe dos ouvidos da polícia, a conversa com o *usuário* era sobre a violência. Sussurros. “E aí? Vai rolar alguma coisa hoje? Posso descer?”. “Espera um pouco, hoje é dia de teatro”, respondeu um dos *termômetros* de Sol. Em meio àquela interface pobreza-raça-violência-doença, foi apenas em uma das casas em que paramos que Sol, explicitamente, associou um *cadastrado* à minha pesquisa: “aí, Jaci, você não queria saber sobre a saúde da população negra? Olha aí o negão”. Era um jovem-homem-negro, para quem Sol entregava camisinhas. No retorno à Unidade, não passamos mais pelos *polícia*, mas pelos *caras*. Sol cumprimentou. Eu, silêncio. Quando chegamos no *asfalto*, Sol perguntou: “gostou, Jaci? É isso aí”. Em seu rosto, um sorriso. No seu semblante, um alívio.

Cena B

Unidade Modelo – Novembro de 2016 – Reunião de Equipe

9h. Eu aguardava ser chamada pela médica residente Laura (negra) e pela assistente social Sandra (negra) para participar de uma reunião da Equipe de Saúde da Família Celeste. Eu tinha expectativas em relação à reunião. Era novembro, nacionalmente, mês da Consciência Negra. Esta reunião seria conduzida pela médica Laura, uma das duas

¹². Mia era uma antropóloga estrangeira que realizava pesquisa com médicos cubanos naquela Unidade.

médicas negras da Unidade. Minha participação nesta reunião foi antecipadamente negociada com ela, mediada pela assistente social Sandra. Naquele mês, circulando pelas áreas externas da Unidade, não observei menção alguma à saúde da população negra. Nem nos murais informativos, nem em cartazes, nem na TV da recepção, nem nas camisas dos profissionais. Silêncio. No mês anterior, outubro, tudo estava rosa: balões, camisetas, fitas, sábados de campanha, atividades de prevenção. Era mês da saúde da mulher. 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. Laura e Sandra eram as duas profissionais com as quais me envolvi em explícitas conversas sobre a saúde da população negra. As conheci nove meses após começar a etnografar a Unidade, quando comecei a provocar minha entrada nas áreas internas, como a sala de reunião. Sandra, graduada em Serviço Social, pós-graduada em Saúde da Família, cristã evangélica, militante de uma estética feminina negra, me abordou após minha primeira frustrada tentativa de participar da reunião da Equipe, negada por motivos de confidencialidade da pauta. Sandra observou minha investida de dentro da sala. Ela me apresentou à Laura, graduada em Medicina, pós-graduada em Saúde da família e candomblecista. Como numa típica reunião de equipe daquela Unidade Modelo, estavam presentes Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeira, Médica, Assistente Social, e Preceptoria - médicos mais experientes que ensinam médicos residentes a serem médicos de família. Laura puxa a pauta da reunião. Ponto 1: informes sobre nascimentos, óbitos, gestantes, tuberculose. Ponto 2: casos clínicos críticos. Ponto 3: grupos de entrega de exames. Itens consensualmente pautados. Em seguida, Laura pediu para acrescentar um: saúde da população negra. Silêncio. Todas as ACS, negras, olharam para Laura. A que fazia a ata da reunião parou de escrever. “Escreve aí, como ponto de pauta, a Saúde da População Negra. O que vocês acham disso? Queriam que vocês pensassem sobre isso. Deixa como ponto”, Laura ordenou. 12h. Chegou-se ao ponto extra, mas a médica o transferiu para a próxima reunião. Uma semana depois, o novo encontro. Laura o conduz por meia hora e se retira para atender um daqueles casos clínicos críticos. Antes de sair, pediu que as ACS conduzissem a reunião. Desta vez, a assistente social e a preceptoria não estavam presentes. Informes, casos clínicos e grupos de exames são repassados. Pausadamente, uma ACS lê na pauta: Saúde da População Negra. Nenhuma outra palavra. Passa-se para o próximo item de pauta.

Cena C

Unidade Zona Sul – Outubro de 2016 – Um dia na Unidade

Foi o primeiro dia que etnografei uma manhã naquela Unidade. Pensei que a encontraria mais cheia neste turno. Não. Era o mesmo esvaziamento observado em turnos da tarde. No primeiro andar, havia alguns *usuários* nas baias, *moradores e trabalhadores do bairro*. Ninguém sentado esperando. No segundo andar, outros aguardavam sentados e a maioria das cadeiras estava vazia. No terceiro andar, conto três aguardando pela psiquiatra. Um fluxo de atendimento que era interrompido por conturbadas campanhas estatais, como a vacinação da febre amarela. Sigo para a Sala das Chefias guardar minhas coisas no local que me foi reservado. Antes de entrar na sala, perguntei aos profissionais se a diretora e gerente já haviam chegado. Ali, são várias chefias, pois ainda é uma Unidade de Família e de Especialistas. A médica Ruth (branca) me interpelou: “Uma está de férias e a outra em reunião fora. Você é quem?”. Foi mais um daqueles momentos em que faço minha apresentação institucional: “Sou Jaciane, realizando uma pesquisa na Unidade e...”. “Sobre o quê?”, me cortou. “Sobre a saúde da população negra no Rio de Janeiro”, respondo pausadamente. Silêncio. Prossegui: “Sou socióloga. Já frequento a Unidade há um tempo. Guardo minhas bolsas na sala da Direção”. Faltou a principal informação: “Mas, a Diretora autorizou sua pesquisa?”. “Sim, está autorizada por dois comitês de ética. Acho que ainda não tivemos a oportunidade de nos conhecer. Eu sempre fico andando pela Unidade, deve ser por isso”. Ela, ainda me olhando, me libera em voz pausada: “Ah...tá...pode deixar sua bolsa lá na sala”. Prossigo para o corredor e encontro o médico

Marcolino (branco). Nas nossas últimas interações, ele foi taxativo ao saber o que eu pesquisava: “tratamos todos iguais aqui, preto, branco, japonês”. Sigo para a Sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). “Olá pessoal, apenas para avisar que estou na Unidade hoje”, informo. A ACS Lídia (branca) pergunta: “Quem é você mesmo? Ah, você é Socióloga. Vai gostar do 241 [um edifício]. É o pior lugar do bairro”. Ela afirma e todos concordam. Sigo para o 241 para visitas domiciliares. No caminho, conversamos sobre a história do prédio, um lugar de *vulnerabilidade*, segundo Lídia. Entramos em uma das kits de 21m². Me senti na casa dos *cadastrados* da Unidade 1.

Silêncio

Essas cenas sintetizadas exemplificam o conjunto de reações dos profissionais da saúde pública que trabalham nessas Unidades a partir da interação comigo, uma pesquisadora-mulher-branca que estuda desigualdades raciais em saúde a partir do Estado. A reação majoritária que observo ao etnografar essas Unidades é o Silêncio. Apesar de todo o universo estatístico das desigualdades raciais em saúde mobilizado pelo Estado para a justificação de uma política pública de saúde focalizada na população negra – a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), dados estatísticos que são alimentados por esses profissionais de saúde, o Silêncio sobre essa desigualdade foi tão presente ao ponto de eu tê-lo registrado o suficiente nos cadernos de campo para virarem um elemento de análise.

O Silêncio está presente na maior parte das conversas dos burocratas comigo, que, geralmente, é levada para tantos outros assuntos. O Silêncio está presente na maioria das discussões que eles fazem sobre ações externas a serem realizadas nos *territórios*, apesar de alguns desses espaços geográficos contemplarem os sujeitos que eles julgam serem meu objeto de pesquisa: pretos, pobres, de favela. O Silêncio está presente em quase todos relatos clínicos de consultas e visitas domiciliares. Também, em praticamente todos os documentos burocráticos: informativos, placares de saúde, pautas de reunião, no quesito raça/cor da ficha dos usuários - raramente perguntado¹³. O Silêncio se faz presente em todas as Unidades, entre todos os níveis ocupacionais, independente do gênero e da raça/cor dos burocratas. Esta é, majoritariamente, a reação imediata que recebo ao explicar que ali estou para estudar a Saúde da População Negra. O olhar fixo para mim por alguns segundos, o desvio para os lados, a testa franzida e silêncio.

¹³. Considero os informes de murais, os placares da saúde, as pautas e atas de reunião, as fichas do SUS, os papeletes de consultas, as estatísticas da Prefeitura, os e-mails recebidos e os whatsapp como os pequenos documentos, ou os *papeis pequenos* (Carolina, 2016) da agenda pública A Saúde da População Negra. Os documentos corriqueiros do Estado, como adverte Vianna (2014), são o que permitem que sujeitos, práticas, comportamentos, afetos e políticas públicas existam para profissionais e usuários e de determinadas formas no cotidiano e nos espaços do Estado.

Passei a considerar o Silêncio como agência desses profissionais. Como Cho (2008)¹⁴, o considero definidor de situações sociais. Como analisa Teixeira (2014), em caso de pesquisas sobre o Estado, a mentira e a omissão é parte do jogo burocrático. Seguindo suas indicações, ao invés de achar as omissões como uma perda de tempo no campo, quando estamos em busca dos grandes eventos críticos e nada ocorre, devemos observar as lacunas, as repetições, o não dito, as formas discursivas cotidianas. Qual o sentido do silêncio desses profissionais em relação à distribuição desigual da saúde? O que o silêncio fala sobre o tema? A que dinâmicas sociais esse silêncio pertence? Que explicações sociais contribuem para que eles silenciem? Essas perguntas passaram a orientar meu olhar etnográfico nas Unidades.

O Silêncio inicial desses profissionais não significa que eles não tenham reflexões em torno dos sujeitos, doenças e práticas estatais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Eles apenas não refletem sobre isso da forma idealizada com a qual eu cheguei ao campo, esperando alguma gramática da PNSIPN. As reflexões desses profissionais sobre as desigualdades raciais em saúde começaram a ficar mais claras na continuidade das nossas interações, quando começaram a me expor suas dúvidas sobre o tema da pesquisa, quando começaram a fazer associações que julgavam ser do meu interesse, quando especificavam o que me mostrar, quando discutiam em reunião as situações que a Política busca mitigar, quando interagem com os poucos burocratas que falavam explicitamente sobre essas iniquidades, quando as negavam.

Em uma reunião de equipe, pude acessar uma percepção compartilhada do grupo profissional em torno de uma questão foco da Política, a violência doméstica com mulheres negra, que tem aumentado (Mapa da Violência, 2015). 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*, falo: “mas, isso não seria um caso de abuso a ser notificado?”. A equipe reage. “Eu só irei notificar quando ela pedir”, um profissional (branco) se posiciona. Outro (branco) intervém: “isso acontece muito aqui, Jaciane”. E passaram a me explicar que aqueles casamentos, da nossa perspectiva (grifo meu), seriam relações abusivas, mas, no *território*, era bastante comum, *cultural*. Todas as Agentes Comunitárias de Saúde presentes (negras),

¹⁴. A autora, a partir do silêncio familiar sobre a vida da sua mãe coreana, explora a história das mulheres coreanas obrigadas a servirem como prostitutas nas bases norte-americanas durante a Guerra Coreana (1950-1954), que passaram a constituir famílias com soldados americanos nos E.U.A.

moradoras do *território*, concordaram. A opção da equipe foi tentar conscientizar aquela jovem-mulher-negra-gestante sobre sua situação, no decorrer do pré-natal, para que a mesma percebesse a sua situação abusiva e a denunciasse. “Ainda mais ela, que é da Rua do Barro, o estica do tráfico”, complementa uma profissional. Todos estavam com medo de serem abordados pelo marido ex-traficante, na Unidade ou lá no *Barro*.

A explicação cultural à situação das mulheres-negras-pobres-gestantes tende a ser compartilhada pela maioria dos profissionais com os quais interajo, independente da Unidade. As explicações sociais da violência de gênero e da reprodução feminina são mais acionadas entre profissionais graduados, como os do Grupo *Viver na Cova*. Um grupo de encontros quinzenais entre mulheres do *território*, conduzido por uma psicóloga (negra), psiquiatra (branca) e médica de família (branca), para proporcionar àquelas mulheres, de diversas idades, falarem coletivamente sobre a experiência de serem mulheres ali. Em uma das reuniões de equipe dessa médica (branca), a observei pautando uma preocupação, o aumento de gravidez entre adolescentes. Depois de passar com a equipe a situação da gestação de cada uma, a médica pergunta à equipe o que será que está acontecendo, “será que o nosso planejamento familiar não está funcionando?”. “Elas querem é pegar filho, começar cedo, é uma cultura da comunidade, muito difícil”, opina uma ACS, seguida por outras.

As explicações culturais das condições de vida das gestantes também são mobilizadas pelos profissionais para explicar de forma ampla as diferenças da saúde entre brancos e negros. Como a médica (parda) que entende que a alimentação de negros favorece a algumas doenças, especialmente, a hipertensão. Assim como a ACS (parda) que acha que negros são mais fortes por comerem mais mocotó, por isso, ficam menos doentes. As explicações essencialistas às disparidades raciais em saúde não são apenas culturais. Outro tipo de explicação natural para essas diferenças acionadas pelos profissionais são as de caráter biológico, principalmente quando falam em hipertensão e anemia falciforme. Quando eles justificam as disparidades raciais em saúde em termos genéticos, parecem não se incomodar. Ao contrário, se sentem confortáveis quando suas justificativas da diferença estão apoiadas pela medicina. Para muitos profissionais, pensar a saúde pública em termos raciais apenas é possível se biologicamente justificado.

Essas explicações das diferenças pelos burocratas condizem com o que Morning (2011) recentemente identificou nas instituições universitárias norte-americanas, as concepções raciais, entendidas como o conjunto de crenças raciais contemporaneamente. Das três concepções raciais evidenciadas entre estudantes e

professores universitários (essencialista, construtivista e culturalista), a cultural explica a “raça” como um atributo cultural, e a biológica como genético. Ambas as explicações essencializam as categorias raciais, pois tornam atributos sociais inerentes aos indivíduos, ora pela cultura, ora pela genética.

O mais paradoxal revelado pelo Silêncio é que o universo estatístico que esses profissionais alimentam como uma prática burocrática cotidiana, que permitem aos gabinetes do Estado entender o dado agregado nacional da distribuição da saúde entre brancos e negros, esse universo é completamente desconhecido por esses profissionais. Eles são alienados às estatísticas. Na ponta, os dados raciais da saúde são invisíveis.

Dúvidas

Outra reação dos profissionais que passei a analisar foram as Dúvidas. Por duvidarem que seus comportamentos individuais, que as Unidades em que trabalham e os serviços que entregam ao cidadão possam influenciar na distribuição desigual da saúde, eles duvidam. No atual momento das entrevistas em profundidade, as dúvidas são explicitamente expostas, ganhando singularidades profissionais. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao falarmos sobre as estatísticas, seus gestuais corporais me indicam que eu revelo quase que um segredo em primeira mão: “Nossa! É mesmo ACS?” (ACS, parda). No caso dos médicos e enfermeiros, as dúvidas são distribuídas, ora à amostra da estatística, ora ao caráter biológico ou cultural da patologia: “a visão que eu tenho da população negra é de uma população forte. Já reparou os esportes em que o negro tem mais aptidão? Não é à toa. É uma característica da raça. Os brancos são melhores em atividades de pontaria, de precisão. E os negros de resistência, de força” (médica, parda). O que evidencio é a persistência da dúvida em relação ao tema, independente da categoria profissional, especialmente, quando o gravador da entrevista é desligado e, costumeiramente, me questionam porque estou estudando negros e não outras minorias, como deficientes, mulheres e indígenas.

Um profissional (negro) expôs sua dúvida na nossa primeira interação para autorização da pesquisa. No caso da mulher, tema que eu provoquei na explicação sobre a tese, ele discorreu longo tempo sobre como a Atenção Primária do SUS já estava voltada para atender a mulher. Concluiu que não enxergava diferença nas necessidades biológicas de cuidado da mulher negra. Para ele, ambas, negras e brancas, precisavam dos mesmos cuidados. Ele gostaria de saber o que a pesquisa mostraria em relação a

isso, pergunta constante que faz ao me encontrar: “o que você está encontrando, já tem algum feedback?”.

Minha interação com a ACS Maria (negra), é exemplar em como o Silêncio inicial da interação oculta uma série de dúvidas que esses profissionais possuem sobre o tema. Ao final de uma das capacitações dos ACS, sobre como *acolher* os *usuários*, Maria senta ao meu lado e pede para conversar. Primeiro, ela fala sentir um alívio em poder conversar comigo sobre aquele tema. Depois, abre sua organizada pasta de trabalho e me entrega um documento. São duas folhas de papel A4, grampeadas, escritas à mão em caneta azul. Data de 2013, dia em que ela escreveu o texto. O título: “Raça (cor)”. As primeiras linhas são as que seguem: “[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”.

Maria fala que escreveu o texto na época em que os ACS foram avisados pela gerência da Unidade que o quesito raça/cor dos *cadastrados*, em todas as fichas do SUS, deveria ser preenchido. “Eu achei um absurdo, Jaciane. Eu sou diferente?”. Silêncio, meu. Foi o primeiro momento em que eu percebi que o tema Saúde da População Negra era interpretado como discriminatório para aqueles profissionais. Maria prosseguiu, com uma voz doce, calma e interessada: “depois, com o tempo, eu entendi que era para o dado, mas...como eu gosto de estudar, procurei na internet [o que era raça]”. Eu expliquei à Maria o motivo da necessidade do dado, para entender a incidência de doenças e saúde na população. Da maneira que me é possível, sublinhei que não há diferença biológica entre brancos e negros. Nossa conversa seguiu. Maria já não estava mais interessada em falar de saúde, mas do término do relacionamento com o antigo namorado, branco, de *classe alta*, a pedido da família dele.

Numa interação tripla entre Lorena (branca) - Técnica de Enfermagem e assistente de samba, Bela (negra) - Agente Comunitária e assistente de samba, e eu (branca) - pesquisadora, Lorena me perguntou: “Jací, você é que nem a Mia, né? Também pesquisa cubanos?”. “Não, pesquiso Saúde da População Negra”, respondo. “E, você acha que tem isso mesmo, saúde de branco e de negro?”, duvida Lorena. “Claro”, retruco. “Eu duvido, eu também sofro racismo”, ela se posiciona. Ela começa a me relatar sobre os preconceitos que sofre em sua escola de samba, pois nunca consegue ser a rainha de bateria, mesmo que dance melhor que as assistentes negras da agremiação: “o mestre de bateria sempre escolhe as negras”. Eu falo que sinto pelo preconceito que ela sofre, mas

acredito que Bela (a ACS e passista negra) sofre o que entendo por discriminação e desigualdade. Bela me corta, furiosa, batendo nas pernas: “Não queria falar nada não, mas vou falar. O pessoal da *Comunidade* fala muito disso no Face [discriminação], mas eu acho que não é bem assim. Eu não tô nem aí, vou com tudo mesmo. Na escola [ensino médio], fui eleita a mais bonita no concurso de beleza e competi com duas meninas brancas. Fui lá e ganhei”. Na minha entrevista com Bela, seu desconforto por eu estudar a saúde de negros ficou clara. Sugere-me estudar pobres.

Essas dúvidas expostas em torno da necessidade de uma focalização na saúde de negros parecem estar orientadas por entendimentos essencialistas da diferença, pela alocação da raça a uma classe específica, pelas vivências individuais da discriminação, e não os efeitos estruturais da desigualdade. Mesmo o Estado, ao provocar o tema nessas Unidades, por meio, principalmente, do preenchimento do quesito/raça dos usuários em fichas dos SUS, não conseguiu transmitir aos profissionais em que medida raça determina socialmente a saúde.

Delimitações

As Dúvidas são, geralmente, acompanhada de Delimitações. Ao duvidarem do tema, o especificam em certos aspectos. O que eles me sugerem fazer, o que me relatam quando nos encontramos, ou para o que me convidam acompanhá-los é revelador da associação que fazem do tema, geralmente, para fora das Unidades. Nessas Delimitações há um lugar específico da saúde da população negra: nas famílias mais pobres dos *territórios*, nos *usuários* com os *casos clínicos* mais *problemáticos* de saúde e vida, em outros bairros, no noticiário. “Lá”, em algum lugar fora. É “o jovem negão sexualmente ativo do Morro”, ou o “Edifício 241”, retratados nas cenas acima. Ou ainda, a indicação de vários profissionais da Unidade Zona Sul para eu “ir pesquisar no Morro da Viúva” [uma famosa favela carioca]. As delimitações desses burocratas parecem ativar as explicações da prevalência da classe à raça na produção das desigualdades no país.

A ida ao Edifício 241, narrado na Cena C, é exemplar das Delimitações. Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) daquela cena, eu observaria o que eles supunham que eu gostaria, famílias pobres incrustadas no local mais *vulnerável* daquela zona sul carioca. “Porque você o considera vulnerável?”, perguntei à ACS Lídia (branca). Ela elencou a desorganização do local, a baixa condição financeira das famílias, o pequeno espaço dos apartamentos, a quantidade e diversidade de pessoas que lá moram - “há

todo tipo de morador ali, inclusive traficante”.

Não é apenas a Unidade Zona Sul que me aloca para lugares fora da Unidade, principalmente, em famílias com situações tidas complicadas, como se ao conhecê-las, pessoalmente, eu entenderia o meu tema. Em qualquer Unidade, quando sou convidada para ir ao *território*, as visitas domiciliares são, majoritariamente, na área mais *vulneráveis* (microáreas de extrema pobreza), e em casos *complicados* (mulheres com questões de guarda parental, adolescentes suicidas, etc.). Em outra Unidade, um profissional (negro) me convidou para acompanhá-lo foi para uma ação contra a proliferação do mosquito da dengue. Seria em “uma das áreas mais violentas do território”, sugerindo que lá eu observaria mais o que gostaria. Esse profissional já tinha me revelado, em conversa anterior, que entendia aquele tema, Saúde da População Negra, na violência. Relatou-me, pelos registros da Unidade, que 70% dos casos de violência atendidos ali eram de pessoas negras e moradoras das áreas mais violentas do *território*.

Outra profissional (negra), que falava comigo explicitamente sobre o tema, também tendia a aloca-lo para fora daquela burocracia. Sempre que me recebia na Unidade, me relatava situações que aconteciam na minha ausência, que avaliava ser do meu interesse. Um exemplo. A usuária gestante que solicitou ao ACS da Unidade a mudança da sua classificação racial na caderneta de gestante do SUS de preta para parda. A *cadastrada* gostaria que o filho, na maternidade, fosse registrado, pelo enfermeiro, como pardo na Declaração de Nascido Vivo (DNV). As situações que ela me relatava eram mais focadas no comportamento dos *usuários* em relação à raça/cor que do Estado.

Negação

A interação narrada antes entre Lorena, Bela (as assistas) e eu é exemplar da transição das reações para outra que registrei em caderno de campo, a Negação ao tema Saúde da População Negra. A negação explícita. Esta ocorreu com mais veemência durante a etnografia na Unidade Zona Sul. Contudo, tem ocorrido no momento das entrevistas em profundidade com os profissionais das outras Unidades. É uma reação imediata, de pronto, sem hesitação, sem silêncio, como no caso do médico Marcolino (branco), da cena 3.

Em outro dia, na Unidade Zona Sul, eu já dava como encerrada a etnografia. Fui até à Sala das Chefias buscar minhas bolsas. Lá, conheci Marcolino. Ao fazer as minhas apresentações institucionais de praxe, ele imediatamente respondeu: “tratamos todos

iguais aqui, preto, branco, japonês”. Ele, imediatamente, associou “saúde da população negra” à discriminação, como a maioria dos profissionais daquela Unidade. “Você pegou a pessoa errada. Eu não sou racista”, esbravejou uma médica (branca) na entrevista. Na semana seguinte, na copa da Unidade, entrei para tomar um café. Beatriz (branca), técnica administrativa, e eu conversávamos brevemente sobre a eleição municipal carioca, quando Jane (negra), enfermeira, engatou na prosa: “minha expectativa é de salário, independente que candidato ganhe. Mas, quem é você mesmo?”. Me apresentei. Sem delonga, ela retrucou: “Ih, estuda eu! Não há discriminação aqui. Pode ter entre usuários *trabalhadores e moradores*”, como se essas categorias não tivessem cor. O médico Marcolino, que estava no fundo da Copa, complementa: “não te falei?”.

Falando sobre desigualdades raciais em saúde

No extremo oposto do Silêncio, Dúvidas, Delimitações e Negação, encontrei quatro profissionais que falaram imediatamente do tema comigo nas Unidades, mobilizando a gramática estatal da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). São todas mulheres, três negras autodeclaradas, uma branca, graduadas e pós-graduadas e com algum grau de ativismo político nos movimentos negros. A Cena B mostra duas delas, Sandra e Laura.

Sandra, negra, assistente social, evangélica, blogueira da estética negra, se prepara para a seleção de mestrado em Relações Étnico-Raciais, casada com um homem *preto*, com um filho *preto*, como gosta de se apresentar. Laura, negra, médica de família, candomblecista, se retirou da Unidade que etnografo: “estou cansada desse espetáculo da saúde”. A terceira profissional, é a Marcela, negra, ex-gestora de uma das Unidades, profissional da saúde pública municipal desde a década de 90, psicóloga, doutoranda em psicologia, escrevendo sobre racismo. A quarta, é a Tilda, branca, médica de família, candomblecista, retornou à Saúde Pública recentemente e desenvolve os encontros do grupo *Viver na Cova*, aquele com usuárias para falarem sobre as experiências de vida.

Marcela foi a primeira das 53 gestoras de Unidade que contatei e que topou a minha pesquisa, sem nem ter lido o projeto. “Será um prazer, aguardo seu contato”, respondeu por e-mail, em 2015. Marcela tem um entendimento de racismo a partir da Psicologia. Por isso, talvez, das ações que a observei mobilizar na Unidade e as conversas que tínhamos, ela tenha delimitado o tema a questões individuais e não estruturantes das desigualdades raciais. Ela tendia a trabalhar o tema mais nos usuários,

valorizando a identidade negra entre os *cadastrados*. Um dia, ela levou várias revistas com protagonistas negras e colocou na minúscula área de brinquedos das crianças. Desde o período que comecei a pesquisa, foi a única profissional que observei executar uma ação em Unidade no mês da Consciência Negra, convocando uma roda de conversa com *cadastradas* para falar sobre as experiências cotidianas de racismo. Suas ações eram próprias, não estatais.

Sandra e Laura, retratadas na cena 2, me alertaram: “Jaciane, você terá dificuldade de trabalhar esse tema aqui”. Foi a partir da narrativa de Sandra que descobri a existência de um histórico de tentativa de focalização da saúde na população negra no *território* encabeçada por ela, pela médica Laura, pelo dentista licenciado Mário (negro) e pelo ex-médico Luca (negro). Sandra chama esse ex-grupo de *GT*. Uma das ações, foi a visita às casas de religiões de matriz africana daquele *território* para conscientização do uso dos instrumentos, e a ida à boca de fumo para fazer teste de sífilis nos homens. Essas ações foram apoiadas apenas uma vez pela Unidade. “Pergunta se voltamos? Bastou uma vez, para ficar bem na foto”, narra a médica. No final de uma daquelas reuniões de Equipe, Laura vira para mim e sussurra: “percebe? Eles [ACS] entendem que aqui tem *comunidade*, mas não negros”.

Um dia, encontro Sandra, a assistente social, em um seminário da Prefeitura do Rio sobre desigualdades sociais e violência no município. Percebo que ela está cansada e pergunto o motivo. “É difícil ocupar sempre esse lugar de mulher preta”. Relata-me um contratempo ocorrido dentro das equipes de saúde da família que ela atua, indicando dissensos com os profissionais sobre a forma de conduzir alguns *casos clínicos*. O evento começa e ela me alerta: “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, procuro pela profissional que apresentou os dados, na tentativa de iniciar conversas futuras sobre aquelas estatísticas. Ela já tinha ido embora. A funcionária que organizava o evento perguntou o que eu gostaria saber. “Se a profissional tinha aqueles dados pela clivagem da raça”, respondo. Um olhar fixo para mim, uma testa franzida e silêncio. Em seguida, pergunta: “Você não prefere conversar com a Dandara? Ela tem um protagonismo nesse tema dentro da Prefeitura”. Respondo: “Sim, eu conheço Dandara. Já a entrevistei. Me passa os contatos daquela profissional, por favor?”. Quando busco informações sobre desigualdades raciais em saúde no Rio de Janeiro, há uma tendência dos burocratas da Prefeitura me alocarem para conversar sempre com a

gestora pública Dandara (negra), como se ela fosse a única responsável em todo o Poder Executivo local a lidar com a saúde da população negra.

O perfil dessas profissionais – a maioria de mulheres, negras autodeclaradas, pós-graduadas e ativistas – me levam a pensar como as interseções das suas categorias sociais (Kergoat, 2010) possibilitam posicionamentos militantes perante o tema. Na ausência de dinamismos institucionais do Estado que promovam o entendimento da focalização na ponta do SUS, me parece que essas interseções são as únicas que possibilitam agenciar essa agenda pública.

Considerações Finais

Por meio deste trabalho, busquei uma sistematização e reflexão sobre as reações de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação à recente tentativa do Poder Executivo Federal e do Município do Rio de Janeiro de focalização da saúde pública na população negra, materializada nacionalmente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Por meio dessas reações, procurei captar percepções e comportamentos desses burocratas perante as desigualdades raciais na saúde. Para mim, esses profissionais são mediadores fundamentais da forma como a ação do Estado reverbera nessas Unidades. Cheguei neste campo e, prontamente, escutei, apesar dos *territórios* e independente das categorias profissionais, sobre: crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos. Isso indica como esses profissionais entendem as prioridades do Estado a partir do próprio Estado. Eles aprenderam, a partir do preenchimento de dados nos sistemas de informação, das reuniões de Accountability, das avaliações de qualidade do atendimento, das metas que devem alcançar para não serem penalizados, os casos prioritários da saúde pública. Para eles, esses casos não têm cor.

Essa sistematização, ainda em elaboração, levantou eixos: Silêncios, Dúvidas, Delimitações, Negação, Militância. São reações atreladas a concepções mais amplas da sociedade brasileira sobre as desigualdades raciais: a dúvida da sua existência, o lugar na pobreza, a negação dessas clivagens como uma atitude antirracista, o engajamento maior de agentes negros. Como reação majoritária, o Silêncio. Para eu começar a mapear essas reações, precisei perceber que os silêncios eram produtores de sentidos naquele campo. “Caramba, não há raça aqui?”, foi o esbravejamento interno que me fiz em um dia no campo que me alertou para a quantidade de silêncios anotados e rastreá-los.

O Silêncio inicial se transforma em Dúvidas, Delimitações e Negações no avançar da etnografia e, principalmente, nas entrevistas em profundidade com esses profissionais, atual fase da pesquisa. Como qualquer trabalho etnográfico, a interpretação do fluxo das interações sociais no qual estamos mergulhados muda na medida em que avançamos em espaços antes não etnografados, no aprofundamento das relações com as pessoas, em novos incidentes que ocorrem, e, principalmente, no melhor entendimento do cotidiano burocrático dessas organizações de Estado. As interpretações da pesquisadora mudam, assim como das pessoas com as quais interagimos para observar. Por exemplo, em uma das últimas conversas que tive com um gestor de Unidade, ele me pergunta: “E aí, Jaciane, o que tem encontrado?”. “Ainda são impressões”, respondo. “Sabe? Percebi que, realmente, atendemos bem mais pretos e pardos”, ele finaliza e segue para sua rotina. Apesar da corrente de interações difusas, essas são as reações regulares que identifico.

Essas reações revelam um comportamento mais comum às ações estatais por parte desses profissionais para lidar com as desigualdades raciais em saúde, a resistência. O Silêncio, as Dúvidas, Delimitações e Negação podem ser entendidas, em parte, pelo completo desconhecimento, na ponta, da distribuição racializada da saúde, tão mobilizada nos gabinetes do Estado. Meu argumento é que, além da influência das singularidades das relações raciais brasileiras nas quais esses profissionais estão inseridos – como ser um país racista sem racistas, o trajeto da agenda pública Saúde da População Negra entre as burocracias de Estado favorece a um vácuo institucional do tema na ponta. Para esses profissionais da saúde pública focalizar para mitigar desigualdades na saúde é uma ação estatal discriminatória ao qual eles não aderem.

Referências Bibliográficas:

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.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. *Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BOURDIEU, Pierre. Espíritos de Estado. Gênese e estrutura do campo burocrático. In: _____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso e Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(7):1272-1275, jul, 2013.

DUBOIS, Vincent. *La vie au guichet*. Relation administrative et traitement de la misère. Paris : Economica, coll. « Études politiques », 1999, 208.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(2), pg. 285-292, abr.-jun., 2013.

FAERSTEIN, Eduardo et al. Raça e racismo percebido, escolaridade e hipertensão em funcionários públicos brasileiros: estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.17, suppl.2, pp. 81-87, 2014.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.99, pp. 571-579.

GOFFMAN, Erving. *A representação do Eu na vida cotidiana*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. *Racismo e antirracismo no Brasil*. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed. 34, 1999.

HASENBALG, Carlos A. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública*, vol.18, suppl. Rio de Janeiro, 2002.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estudos CEBRAP*, 86, pp. 93-103, 2010.

LAESER (Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatística das Relações Raciais). *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010 - Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça*.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas. *Novos Estudos CEBRAP*, 87, PP. 77-95, jul., 2010.

LIPSKY, Michael. *Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005.

LOVEMANN, Mara. Making “race” and nation in the United States, South Africa, and Brazil: taking *making* seriously. *Theory and Society*, 28, p. 903-927, 1999.

MARX, Anthony. *Making Race and Nation – a comparison of South Africa, The United*

States, and Brazil. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MORNING, Ann. *The Nature of Race: How Scientists Think and Teach about Human Difference*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2011.

NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. “*Dá licença, posso entrar?*”: uma etnografia numa unidade de saúde da família. 2016. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2016.

OMI, Michael; WINANT, Howard. *Racial formation in the United States: from the 1960s to the 1980s*. New York: Routledge & Kegan Paul, 1986.

OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2012, vol.46, n.6, pp. 1551-1573.

PAGANO, Anna. *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).

PASCHEL, Tianna S. *Becoming Black Political Subjects: Movements and Ethno-Racial Rights in Colombia and Brazil*. Princeton: Princeton University Press, 2016.

PERREIRA, Krista M.; TELLES, Edward E. The color os health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Social Science and Medicine*, 116, pp. 241-250, 2014.

PETERS, B. G. Politicians and bureaucrats in the politics of policy-making. In: LANE, J.E. (ed.). *Bureaucracy and public choice*. London: Sage, 1987.

RADCLIFFE-BROWN, Alfred R. *A further note on joking relationships*. Africa: Journal of the International African Institute, 19 (2):133-140, 1949.

REIS, Elisa P.; MOORE, Mick. *Elite perceptions of poverty and inequality: a comparison of five countries*. England: Zed Books, 2005.

SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil. Introduction: Rethinking Theories of the State in an Age of Globalization. In: _____ (eds.). *The Anthropology of the State: a reader*. MA, USA: Blackwell Publishing, 2006.

SHORE, Chris e WRIGHT, Susan. Policy: A new field of anthropology. In: _____. (eds.). *Anthropology of Policy*. London: Routledge, 1997.

SILVA, Graziella Moraes Dias da. *Re-making race, class and nation: Black professionals in Brazil and South Africa*. 2010. 309 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Harvardy University, 2010.

STEINMETZ, George. Culture and the state. In _____(ed.). *State/Culture: state formation after cultural turn*. New York: Cornell University Press. 1999.

TELLES, Edward. *Race in Another America: the significance of skin color in Brazil*. Princeton e Oxford: Princeton University Press, 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]. 2012, vol.46, n.6, pp. 1007-1013.

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.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. ONU Mulheres, OPAS/OMS, SEPIR, FLACSO, 2015.

WEBER, Max. Conceitos sociológicos fundamentais. In: WEBER, Max. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. v. 1.