

Saúde da população negra: biopolítica, necropolítica e racismo estrutural

Black population's health: biopolitics, necropolitics and structural racism

Anderson Moraes Pires, Raquel de Souza Xavier, Francisco Anderson Carvalho de Lima

Resumo

O Sistema Único de Saúde se organiza a partir de princípios e diretrizes objetivando garantir saúde a toda a população brasileira. Contudo, percebe-se um cenário de iniquidade e desigualdade na condição de saúde da população negra em decorrência dos aspectos do racismo estrutural. Dessa maneira, este artigo objetivou discutir elementos conceituais acerca do processo de instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009) e sua implementação, com ênfase no debate acerca dos ordenamentos federativos e político-institucionais do Estado. Para tanto, recorreremos a uma elaboração teórica sobre os estudos de biopolítica, necropolítica e racismo estrutural. Observamos que se faz necessário a implementação de tal política com uma produção de saúde que não ignore a pluralidade encontrada entre as pessoas brasileiras, realizando a fundamental racialização dos processos de cuidado e desvelando a formação de uma identidade nacional que põe pessoas negras em condição de subalternidade e violência.

Palavras-chave

Desigualdade Racial em Saúde, Saúde da População Negra, Sistema Único de Saúde.

Abstract

Brazilian Unified Health System is organized from principles and guidelines aiming to ensure health for the entire Brazilian population. However, there is a scenario of inequality in the health status of the black population based on aspects of structural racism. Thus, this article aimed to discuss conceptual elements about the process of the institution of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (2009) and its implementation, with emphasis on the discussion about the federative and political-institutional arrangements of the State. To this end, we resort to a theoretical discussion on the studies of biopolitics, necropolitics and structural racism. We observed that it is necessary to implement the policy from a health production that does not ignore the plurality found among Brazilian people, performing the racialization of care processes and unveiling the formation of a national identity that puts black people in conditions of subalternity and violence.

Anderson Moraes Pires

Universidade Federal do Ceará

Psicólogo (CRP 11/16505). Mestrando em Psicologia do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Integrante da Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(os) (ANPSINEP). Pesquisador do PARALAXE: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica, na linha de pesquisa Teoria Crítica Contemporânea e estudos de gênero, raça e classe.

andeersonpires@gmail.com

Raquel de Souza Xavier

Universidade Federal do Ceará

Psicóloga (CRP 11/15689). Integrante da Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) (ANPSINEP). Integrante do Núcleo de Estudos sobre Drogas - NUCED. Os campos de pesquisa que tem proximidade: Saúde; Saúde Mental; Uso de substâncias psicoativas; Políticas Públicas; Psicanálise; Redução de Danos e assuntos que permeiam essas temáticas.

raqueldsx@gmail.com

Francisco Anderson Carvalho de Lima

Universidade Federal do Ceará

Professor da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Avaliação de Políticas Públicas e doutorando em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador do Observatório de Políticas Públicas em Saúde da Faculdade de Medicina da UFC.

acarvalho.eco@gmail.com

Keywords

Racial Inequality in Health, Black Population Health, Brazilian Unified Health System.

Introdução

As produções científicas voltadas à população negra estão em uma crescente e inseridas na área da saúde com foco na saúde mental e nas comorbidades biológicas. Essas discussões são necessárias para podermos avançar e, principalmente, dialogar para construir um comum, em um movimento que seja contrário aos processos de opressão. Portanto, é necessário sinalizar uma conexão complexa que interfere no entendimento de saúde. Isto é, o nexos entre a segurança pública, a educação e a empregabilidade com as condições de saúde. Com isso, chamamos atenção para o cenário brasileiro, o qual enseja na formação social do Estado-nação elementos de um discurso oficial pós-abolição de democracia racial, operando ideais racistas que atualizam mecanismos de dominação e incidem na perpetuação de violências.

Nesse sentido, a operação desses ideais se faz presente a exemplo da degradação do acesso à alimentação, trabalho formal, espaços de lazer, moradia, saneamento, saúde e educação, como uma forma particular do racismo antinegro materializado na dificuldade de respirar acentuada durante a pandemia de Covid-19 (MBEMBE, 2020). Isso enseja um imperativo de extermínio incessante a fim de anular a existência de pessoas negras pelas vias da violência do Estado com balas “perdidas” e discriminação, que se fazem presentes.

O atual contexto sócio-político brasileiro, configurado pela ascensão da extrema-direita e do bolsonarismo, exige que façamos contextualizações que antes eram discussões avançadas, a exemplo do entendimento de que a saúde e sua produção é vasta e plural, e que não diz respeito apenas às produções oriundas dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) financiadas pelo Estado. A saúde, nesse caso, é apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (1978, p. 1).

O cenário no campo prático da saúde nos convoca a revisitar a política brasileira de saúde de modo a pensar o cuidado em uma configuração mais próxima que, de fato, produza processos de cuidado ético-político, sem ignorar a pluralidade e suas complexidades para que não caiamos em reproduções de saúde essencialistas e violentas. A formação de políticas públicas em saúde segue o axioma de que todas as pessoas são iguais, tornando-se neutra em relação aos marcadores sociais da diferença. Tal neutralidade atualiza as formas de dominação e opressão com um discurso oficial de abolição da ideia de raça a fim de evitar o processo de racialização da questão social e da moralidade pública, produzindo, assim, uma rede de serviços para sujeitos “inexistentes” e imaginados.

Assim, conseguimos vislumbrar quão ramificada é essa trama sobre a saúde da população negra que agencia biopolítica¹, necropolítica e racismo estrutural. Biopolítica, pois há uma regulamentação das pessoas (FOUCAULT, 1979; 1988); necropolítica², considerando que o poder político e social determina a vida e a morte da população (MBEMBE, 2018a; 2018b; 2020); e, racismo estrutural devido à formação da sociedade brasileira sob a égide do colonialismo (ALMEIDA, 2019). Apesar de não ser nosso foco principal, não podemos deixar de citar que as repercussões da pandemia de Covid-19 evidenciaram que as precariedades ecoam nos processos do pensar sobre a saúde da população negra.

À vista disso, retornar à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2009) e suas implementações é uma via possível para entendermos o que gera possibilidades e impossibilidades no pensar e fazer processos acerca da saúde da população negra. Aqui surgem algumas indagações: a quem a política pública, no campo inscrito, pretende de fato atender? Quais produções esse atendimento tem forjado? E quando se fala

1

As formas de governar a vida se concentram em tecnologias de gestão social que recaem sobre o corpo (biopoder) e sobre as populações (biopolítica), no ensejo de mecanismos de controle que inscrevem uma cisão entre os grupos sociais por meio do agenciamento político de controle pretendido (FOUCAULT, 1979; 1988).

2

Desdobrando os elementos da biopolítica enquanto formas de governar, a recorrência à utilização do poder para regimentar formas de fazer viver e fazer morrer operam o arranjo desigual de quem deve viver e morrer no regime de sociabilidade capitalista, inscrevendo-se particularmente no racismo como tecnologia de gestão social e política (MBEMBE, 2018a; 2018b).

sobre saúde, é saúde de/para todas as pessoas ou de/para somente algumas?

Destarte, este presente artigo, de caráter ensaístico, tem por objetivo discutir os processos conceituais que amparam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), articulando estudos sobre biopolítica, necropolítica e racismo estrutural, os quais propiciam categorias analíticas sobre a gestão da vida para debater a ação pública do Estado brasileiro junto às políticas públicas no campo da saúde. Por isso, as próximas duas seções conseguirão nos ajudar a dar algumas respostas e tensionar os processos de cuidado do Estado; estando no primeiro bloco o panorama conceitual da articulação entre biopolítica e necropolítica na saúde como um organizador de violências e impossibilidades de acessos estruturados por uma lógica estatal que se ampara no racismo estrutural. No segundo bloco, apresentaremos a PNSIPN, e apontaremos os elementos contemporâneos do ordenamento político-institucional que incidem sobre as dificuldades de sua implementação.

Destacamos que a PNSIPN, indica sua relevância por se tratar de uma articulação que se origina no seio da organização da sociedade civil. Asseveramos nosso argumento, neste contexto de atualização do genocídio, de construção de uma condição de possibilidade para a sua implementação a partir do enfrentamento das composições político-institucionais contemporâneas do Estado brasileiro, o que se faz possível com um processo de racialização no entendimento dessas conformações na tentativa de estabelecer dispositivos de gestão da vida pautados na equidade.

Entre a vida, a morte e o racismo estrutural

O Estado atua no corpo coletivo e na gestão da vida social, e a questão do biopoder está relacionada, justamente, com a atuação do Estado no corpo social. O biopoder, em linhas gerais, é o direito soberano de matar e funciona mediante a divisão entre os corpos que devem parar, ou seja, morrer, escolhidos a partir de características biológicas (CARNEIRO, 2014). Por isso, as características biológicas se tornam um mecanismo biopolítico indispensável para as vidas expostas à morte.

Nesse íterim, o racismo exerce um papel central em um sistema político centrado no biopoder. Almeida (2019) observa que o funcionamento moderno do Estado passa pelo racismo. Dessa maneira, as análises de Foucault (1979; 1988) tiveram um novo direcionamento ao investigar como os saberes são produzidos pelo poder e também como somos construídos na conexão entre o “ser-poder” (ALMEIDA, 2019). Ou seja, a modelagem do indivíduo e a gestão da coletividade sofrem interferências do Estado moderno, em específico, da biopolítica normativa (FOUCAULT, 1979).

Podemos considerar, consoante o exposto, que as pessoas são afetadas pelo biopoder (CARNEIRO, 2014) e que tais pessoas estão subscritas num contexto que o discurso biopolítico provoca um rebaixamento do simbólico, levando para um movimento de dessubjetivação (CASTRO, 2008). Sob essa perspectiva, o poder que se encarrega de promover a vida também tem como consequência prática a instauração da norma, pois ao promover a garantia da vida, encontra a necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Logo, a norma se instaura como um mecanismo de violência (FOUCAULT, 1979; 1988).

Mbembe (2018a) argumenta que essa noção de biopoder não é o suficiente para analisar as novas formas de subjugação, pois é necessário fazer uma articulação entre colonialidade, racismo e violência de Estado, entendendo que estas instâncias conseguem subjugar a vida ao poder da morte. Isso significa que o conceito de biopoder está relacionado com a soberania e estado de exceção, formando a necropolítica.

Almeida (2019) explica que a necropolítica empreendida por Mbembe se instaura como a organização necessária do poder em um mundo em que a morte avança desproporcionalmente à vida. Essas mortes são justificadas, como fundamento ético das realidades, por exemplo, em nome dos riscos à economia e à segurança. A economia, nesse caso, está diretamente ligada ao capitalismo, que aqui no Brasil os conflitos interpessoais são atenuados e servem como distrações para as manobras das grandes empresas articuladas com o Estado. Quanto à segurança, embora seja um termo amplo e polissêmico, refere-se ao modo de segurança pública do convívio social. Ou seja, a morte de “pessoas suspeitas” é facilmente justificada pelo Estado, devido a características físicas e suposições de comportamentos.

Além desse fundamento econômico e de segurança, podemos encontrar, historicamente, justificativas na saúde como um articulador das produções de controle e morte. Souza (2018), ao fazer uma retrospectiva da saúde fornecida pelo Estado, aponta para as concepções do discurso na produção da loucura e, mais recentemente, da dependência química. Ao chancelar como risco no campo da saúde, esses sujeitos capturados são exilados, violentados e mortos de diferentes maneiras. Uma justificativa que se pauta em uma ética de cuidado, mas que evidencia sua face biopolítica e necropolítica.

É importante destacar que a divisão entre as pessoas mediante ao biológico, a censura biológica, é entendida como racismo, sendo uma tecnologia específica que autoriza a morte. À vista disso, Araújo e Santos (2019, p. 24) dialogam que a raça aqui no Brasil foi utilizada para justificar a “[...] escravização, depois a suposta propensão à criminalidade do negro e atualmente é uma autorização para o policial matar o jovem negro”. Ainda podemos acrescentar que a população negra fica ainda mais vulnerável diante ao corpo social, e o que faz a morte dessas pessoas serem aceitáveis é o ódio direcionado à raça negra (MBEMBE, 2018a; 2018b).

Para uma melhor conceituação, retornaremos às concepções iniciais de Mbembe (2018b) que se aproximam do conceito de biopolítica. Corrêa (2019) explicou que o filósofo entrou em jogo, em um campo visto como uma “origem do mal”, utilizando as ferramentas disponibilizadas por Foucault. Uma das primeiras experimentações da biopolítica é reputada pela escravização, sendo que as pessoas escravizadas têm, no mínimo, uma perda do lar, do corpo e da política, ou seja, que engloba todas as possíveis formas da existência. Nesse sentido, Mbembe (2018b, p. 108) faz os seguintes questionamentos:

“A noção de biopoder será suficiente para designar as práticas contemporâneas mediante as quais o político, sob a máscara da guerra, da resistência ou da luta contra o terror, opta pela aniquilação do inimigo como objetivo prioritário e absoluto? A guerra, não constitui apenas um meio para obter a soberania, mas também um modo de exercer o direito de matar. Se imaginarmos a política como uma forma, devemos interrogar-nos: qual é o lugar reservado à vida, à morte e ao corpo humano (em particular o corpo ferido ou assassinado)?”

Corrêa (2019) ainda continua sua explicação de que o quê é dado às pessoas negras é uma negação da humanidade que faz morrer o aspecto social, corporal e psíquico. E, a violência direcionada aos corpos negros é legitimada, pois a pessoa escravizada se torna um objeto com propriedade que só possui um pequeno valor comercial, e quando possui. Corrêa (2019) também explica ser possível prever uma instrumentalização da existência humana e a destruição de determinados corpos e populações.

Assim sendo, conseguimos ter mortes praticadas pela soberania e uma subordinação institucional alegada na necessidade justa de evitar a morte.

Esses dois problemas fizeram Mbembe entender a política como “o trabalho da morte”, pois a soberania é quem realiza o trabalho e mantém suas características históricas, fazendo com que as instituições, e não somente o Estado, tenham cada vez mais o direito de matar de uma forma sutil, mas que esta sutileza não exclui as funções assassinas do soberano (CORRÊA, 2019).

Vivemos em um contexto social que carrega este ranço forte da colonialidade, e conforme os referidos estudos sobre necropolítica de Mbembe, podemos considerar que a morte constitui modos de organização social. Por isso, há a necessidade de pensarmos acerca da emergência e pulverizações microcapilares das relações e mecanismos de poder. Dessa forma, conseguimos redimensionar a importância de obter os estudos acerca da necropolítica, bem como do racismo.

Conforme Almeida (2019), o racismo sempre é estrutural. O autor trilha um caminho expositivo e argumentativo que explicita que o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, opondo-se, assim, ao entendimento de que o racismo é um fenômeno patológico ou que expressa alguma anormalidade. Antes de seguir com algumas considerações sobre o racismo estrutural, lembramos que a segurança pública, o saneamento básico, a educação pública, as redes de transporte e abastecimento e a saúde pública são exemplos do exercício do poder estatal sobre a manutenção da vida, sendo que a ausência seria o “deixar morrer” (ALMEIDA, 2019).

Kalckmann *et al.* (2007) explicam que a prática do racismo no campo da saúde, no caso, o racismo institucional, afeta preponderantemente as populações negra e indígena, pois algumas doenças são invisibilizadas como predominantes nessas populações, não há inclusão da questão racial nos aparelhos de formação e, entre outros fatores, o acesso aos insumos são dificultados. Além desse estudo, Werneck (2016) lança luz sob a invisibilização da saúde das mulheres negras, também com fundamentação no racismo institucional, trazendo assim uma contribuição de suma importância para as políticas e ações antirracistas.

Embora o conceito de racismo institucional tenha sido um avanço para os estudos das relações raciais, especialmente para o campo da saúde, “As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2019, p. 31). Nessa lógica, a de que todo racismo é estrutural, a concepção do racismo institucional é uma classificação parcial, logo, incompleta. Ou seja, os estudos sobre – e apenas – racismo institucional não desnudam o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social. De acordo com Almeida (2019), o racismo é uma decorrência do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas e jurídicas. Sobre esse ponto, especificamente, já podemos refletir essa conceituação com o modo que o Estado brasileiro atua, ou não, junto à população negra no âmbito da saúde.

Em síntese, Almeida (2019), ainda defendendo a tese de que todo racismo é estrutural, diz que os comportamentos individuais e os processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo não é exceção e, sim, regra. No entanto, na concepção do autor, a utilização do termo “estrutural” não significa que o racismo é estático e impositor, algo incontornável. Muito pelo contrário, o racismo precisa ser questionado e enfrentado. As ações e políticas institucionais são de suma importância para a produção de emancipação das pessoas, especificamente da população negra.

Saúde da população negra enquanto preocupação-cuidado do estado

As dimensões apresentadas acima nos possibilitam discutir a ação pública do Estado brasileiro no que tange a saúde da população negra, considerando sobretudo a PNSIPN. A proposta da PNSIPN foi aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde com a proposta apresentada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP/MS) e instituída pela portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, o processo de construção dessa política engloba o desenvolvimento de lutas gestadas no seio de movimentos sociais, sobretudo na década de 1980 com as campanhas contra o extermínio de crianças e contra a esterilização de mulheres negras durante o período da ditadura civil-militar e a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, processos de luta organizada que atravessaram a institucionalização de alguns aspectos após a Assembleia Nacional Constituinte e criação do SUS, tais como a introdução do quesito raça/cor nos registros dos sistemas nacionais de informação, tais como Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1996 (BATISTA *et al.*, 2020).

Retomar esse protagonismo de mulheres negras que se organizaram frente a formas de violência operadas no campo da saúde é fundamental para o entendimento dos processos acerca da implementação da PNSIPN, uma vez que por meio da promoção de saúde se agenciam os dispositivos e tecnologias de gestão do cuidado, produção e direito à vida. Assim, essas campanhas contra o extermínio de crianças e a sistemática esterilização de mulheres negras são marcos que fundam o aspecto conceitual de uma política de saúde voltada para a população negra.

Um dos desdobramentos dessas campanhas, no âmbito institucional, foi a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) instituída nos anos 1990 de modo a investigar os procedimentos de esterilização promovido por entidades de saúde diversas e o envolvimento do Estado brasileiro seguindo o chamado Relatório Kissinger, elaborado em 1974, diretriz estadunidense de controle populacional que preconizava a esterilização forçada de minorias étnico-raciais em treze países, incluindo o Brasil, tendo sido comprovado o uso indiscriminado e eleitoral do procedimento de laqueadura, bem como a perpetuação dos ideais de embranquecimento advindos da eugenia que funda a identidade nacional, demonstrando-se inclusive que em 1996, 45% das mulheres brasileiras em uniões estáveis se encontravam laqueadas, chamando-se atenção que em sua maioria eram mulheres negras, um quinto delas tinha menos de 25 anos de idade e o governo brasileiro junto ao Conselho Federal de Medicina tratavam a situação com absoluto desdém (SILVA, 2018).

Essa tentativa de esterilização das mulheres negras e em condições de vulnerabilidade enquanto planejamento familiar no âmbito do SUS se atualiza com a publicação da portaria n.º 13, de 19 de abril de 2021 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde, a qual dispõe sobre a incorporação no SUS de tecnologia de implante subdérmico com etonogestrel, método contraceptivo hormonal reversível de longa duração para grupos específicos de mulheres em situação de vulnerabilidade “em idade fértil”: em situação de rua, em situação de privação de liberdade, que vivem com HIV/AIDS, trabalhadoras do sexo, em tratamento de tuberculose, usuárias de substâncias, imigrantes, com deficiência intelectual ou que vivem em comunidades carentes (BRASIL, 2021).

Santos *et al.* (2020) chamam atenção para o fato que essas populações são caracterizadas por se constituírem na maioria por mulheres negras,

elemento demarcador do racismo estrutural no regime de sociabilidade brasileiro. Dessa forma, no campo da saúde e sob a justificativa de promoção de cuidado, o Estado brasileiro, com o SUS, direciona o controle reprodutivo de mulheres negras e em situação de vulnerabilidade, dado que a incorporação desta tecnologia não se encontra disponível para todas as mulheres e sim somente a esses grupos estigmatizados, dos quais não interessa ao Estado a reprodução.

Em razão disto, faz-se importante pensarmos na ideia de uma identidade nacional e da possibilidade de uma democracia que englobe a população negra no Brasil. Ora, como vimos discutindo, a violência contra o corpo negro através da operação do racismo enquanto tecnologia de gestão da vida pública é um demarcador fundante de uma pretensa identidade nacional, que se propagou com uma ideologia de democracia racial. Além disso, foi com o estupro e outras diversas violências coloniais contra o corpo de mulheres negras e indígenas que o Estado-nação brasileiro foi se delineando, promovendo massacre e genocídio.

Com a atualização sistemática dessas violências no âmbito da ação pública na perspectiva do racismo antinegro, levamo-nos ao questionamento acerca dos limites dessa democracia e identidade nacionais, enquanto, como notamos, à população negra ainda resta o acesso ao bem público e aos direitos sociais pela via da luta social dada a escassez da ação pública institucional para políticas de enfrentamento ao racismo e à superação das desigualdades e iniquidades raciais, tais como a PNSIPN, o que só passou a se gestar nas últimas décadas, ainda que com grandes desafios para a consolidação.

Nos anos 2000, uma série de ações institucionais no campo da saúde da população negra passaram a ser realizadas, iniciando-se com a realização da pré-conferência Cultura e Saúde da População Negra, realizada pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde, dentre outras séries de conferências e seminários. Destacamos o Seminário Nacional de Saúde População Negra, em 2004, que movimentou a inclusão do tema no Plano Nacional de Saúde, ações as quais culminaram com a instituição da política em 2009. Desde então, há uma concentração de esforços em seu processo de implementação e de formalização da pactuação das ações de saúde no âmbito da União, Estados e Municípios (BATISTA *et al.*, 2020).

A política, assim, representa uma ação legitimada e institucional de dirimir as desigualdades raciais em saúde por parte do Estado brasileiro e “define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população” (BRASIL, 2013). Apresenta uma perspectiva transversal por formulações, gerenciamento e operacionalização compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal, tanto no campo restrito da saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, quanto nas áreas correlatas – segurança pública e educação, por exemplo. A PNSIPN se insere na dinâmica do SUS com:

“[...] estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2013, p. 7)”

Como se vê, o racismo é operado enquanto determinante social das condições de saúde, visto que se trata de uma tecnologia de poder, por

consequente, incidente sobre a condição de saúde da população enquanto gestão da vida. Consideramos que esse reconhecimento representa relevante possibilidade para a construção de novos modos de enfrentamento às desigualdades e iniquidades raciais em saúde. Contudo, a materialidade de sua implementação ainda se constitui como um desafio para o cotidiano do SUS, sobretudo quando observamos o monitoramento do processo de implementação da política, atentando-se ao ordenamento federativo do SUS e ao regime político-institucional brasileiro.

Quanto ao ordenamento federativo, a característica municipalizada das ações do SUS, muitas vezes, acaba por evidenciar um fenômeno de descontinuidade político-administrativa, em que apesar da existência de políticas diversas de promoção da saúde com suas respectivas diretrizes, estratégias de gestão, implementação e planos operativos, resta aos municípios, por suas respectivas secretarias municipais de saúde, a opção de implementar ou não determinadas políticas e realizar as ações preconizadas, ficando a cargo dos gestores e equipes técnicas diversas que assumem a burocracia das ações públicas administrativas, as quais apresentam alta rotatividade motivada por elementos de localismo político incidindo em mudanças de ação (MACHADO; COTTA; SOARES, 2015).

É o caso da PNSIPN, uma vez que em 2017, com a realização da pesquisa Avaliação do Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Indicadores de Monitoramento e Avaliação, resultados iniciais demonstraram que somente 32 municípios brasileiros informaram ter essa política implantada (BATISTA; BARROS, 2017). Ferreira e Martins (2019) destacaram que, conforme os dados do Perfil dos Municípios Brasileiros (MUNIC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 10 anos da instituição da política nacional, somente 28% dos 5.570 municípios brasileiros optaram por implantá-la, sendo que somente 3% de todos os municípios instituíram um comitê técnico específico a fim de coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas à população.

Com relação à PNSIPN no ordenamento político-institucional brasileiro, observamos um processo de desmonte das ações estratégicas participativas e de envolvimento de atores sociais relevantes para o processo de implementação e monitoramento das políticas, os quais são imprescindíveis para a execução e coordenação das ações junto aos entes da administração pública.

Dentro de uma análise mais ampla e comparativa com outras políticas, a implementação da PNSIPN ainda é recente e para continuar a ser desenvolvida é necessário que a transversalidade, de fato, ocorra. Sobre essa questão, de acordo com Almeida e Sousa (2011), é preciso que a agenda governamental tenha prioridades em projetos sociais, nos quais predominem estratégias para alcançar a equidade, com uma noção de justiça social. Porém, o atual governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro representa uma reorientação programática das políticas públicas sob o comando de uma visão de mundo liberal-conservadora em termos ideológicos (CARDOSO JR., 2019), retirando, assim, a perspectiva colaborativa dos movimentos sociais e de outros agentes.

Esse reordenamento exponenciou as ações antidemocráticas vivenciadas na ordem nacional dos governos federais. O subfinanciamento da PNSIPN é uma realidade desde a sua instituição, em 2009. Contudo, em 2018 houve o contingenciamento no valor de R\$ 6 milhões da política e em 2019 a coordenação da PNSIPN deixa de ser uma diretoria, sendo deslocada para a Coordenação da Garantia da Equidade do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BATISTA *et al.*, 2020).

Essa mudança se dá dentro de um contexto de uma série de ações institucionais do governo federal implementadas durante o ano de 2019 que visam minar a participação social na gestão de políticas públicas, dos quais um marco foi o decreto n.º 9.759, de 11 de abril de 2019, o qual extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, tendo realizado uma série de mudanças no ordenamento institucional que impactaram em instâncias colegiadas com participação de entidades de controle social diverso (BRASIL, 2019a).

Com esse cenário, institui-se também o decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019, o qual promove uma série de reordenamentos no âmbito da estrutura regimental e organizativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019b). Então, extingue-se a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – a qual por anos havia se dedicado a coordenar a gestão participativas das políticas de equidade em saúde – e se define que todas essas políticas de promoção da equidade, tais como a PNSIPN, passem a integrar a SAPS.

Esse movimento que se dá no campo da institucionalidade demarca uma ação direta e sistemática por parte do governo federal de descaracterizar o aspecto participativo da gestão em saúde, o que gesta um cenário adverso para a implementação das políticas de promoção da equidade, por conseguinte da PNSIPN, o que se agrava ao se considerar também os sucessivos atos de desfinanciamento.

Cardoso Jr. (2019) faz uma análise preliminar do governo de Bolsonaro, com base na estrutura ministerial e pretensões governamentais, pertinentes para este artigo, e destaca três características de personalidade, a saber: oligofrenia, prepotência e desumanidade. Refletimos, dessa maneira, que a combinação desses três traços resulta em uma gestão que não se implica com o desenvolvimento social, tampouco com as questões diretas que atravessam as vidas das pessoas negras.

Assim, a PNSIPN pode ser facilmente desconsiderada nos discursos e práticas, visto que as teorias e evidências empíricas são atacadas constantemente pelo próprio presidente e seus apoiadores de maneira arrogante, resultando em “[...] diagnósticos e proposições [...] não só irreais e falaciosas do ponto de vista da teoria e da história, mas sobretudo negativas acerca das razões da sociabilidade cotidiana” (CARDOSO JR., 2019, p. 167).

Somado a essas características próprias do atual governo, lembramos que o Estado brasileiro se operacionaliza sob o ranço colonial que hierarquiza as pessoas a partir do fenótipo, do biológico, fazendo com que a população negra seja marginalizada, que não tenha direito à vida. O Estado, assim, exerce o poder de fragmentar as pessoas, “[...] entre os que terão a vida prolongada e os que serão deixados para a morte, entre os que devem permanecer vivos e os que serão mortos” (ALMEIDA, 2019, p. 71). E, falamos isso com base na própria redação da PNSIPN, pois a sua existência se dá como resposta a um problema social: ao racismo estrutural.

O texto da política faz menção ao racismo institucional, corroborando com a pesquisa de Kalckmann et al. (2007). Os dois textos afirmam que a prática do racismo institucional no campo da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. No entanto, é válido atualizar o entendimento e se alinhar com o pensamento de Almeida (2019), pois esse autor afirma que as instituições são apenas a materialização de uma estrutura social. Em outras palavras, precisamos entender que o racismo presente no cotidiano de alguma unidade de saúde se dá não somente devido à instituição, e sim à estrutura social brasileira que organiza e modela as interações e o regime de sociabilidade.

O argumento de que o Estado tem uma atuação mais responsiva e não proativa, no sentido de agir de forma contingenciada a partir da pressão dos

movimentos sociais, pode parecer precipitado. Mas retomamos que as pessoas negras começaram a existir institucionalmente no campo da saúde, de maneira direta, somente em 1996, quando o Movimento Negro Social realizou um encontro que resultou na luta pela introdução do quesito cor nos sistemas de informação do SUS de morbidade, mortalidade e nascidos vivos; e a elaboração da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 196/96, que disciplina aspectos éticos em seres humanos, introduzindo o recorte racial em qualquer pesquisa (ALMEIDA; SOUSA, 2011; BATISTA; BARROS, 2017; BATISTA *et al.*, 2020).

Além disso, devemos lembrar que as mobilizações dos movimentos negros resultaram, em 2006, na Conferência Regional das Américas sobre os avanços e desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas (ALMEIDA; SOUSA, 2011; BATISTA; BARROS, 2017; BATISTA *et al.*, 2020). Ademais, a 10.ª e 11.ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação da sociedade civil para aprofundar a discussão de participação nas decisões do SUS, facilitando, dessa maneira, a discussão de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, durante as 12.ª e 13.ª Conferências, que aconteceram nos governos de Lula (ALMEIDA; SOUSA, 2011). Ou seja, como vimos discutindo, os movimentos negros protagonizaram as iniciativas de estratégias de cuidado.

Por fim, quando a PNSIPN, na portaria n.º 344, de 1 de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017), narra em sua documentação a importância e determina a necessidade de ter registrado nos protocolos o quesito raça/cor de forma efetiva, possibilita a denúncia da negligência da alimentação dos dados epidemiológicos, o que inviabiliza o pensar e o fazer políticas públicas que se aproximem da realidade da sociedade civil, que em maioria, é a população negra (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

Entendendo que o racismo é um determinante do processo de adoecimento e morte, sinalizar a raça/cor dos sujeitos evidenciará as configurações de acometimentos que geralmente afetam a população negra enquanto determinantes de desigualdades sociais e iniquidades em saúde que caracterizam a exposição ao risco e quando se negligencia esse aspecto, se perde de vista os processos históricos e sociais alicerçados no racismo (ARAÚJO *et al.*, 2009).

No Brasil, essa caracterização racial na análise da situação de saúde possibilitaria o devido monitoramento e avaliação da PNSIPN com a desagregação dos dados nos indicadores de apoio à gestão do SUS nas ferramentas de gestão e avaliação diversas, viabilizando o trabalho ao nível estadual e municipal, e a importância disso se atenua em uma situação como a pandemia de Covid-19, em que se faz necessário uma efetiva vigilância dos casos e óbitos, pautada na fidedignidade dos dados quanto a suas características raciais e distribuição espacial, o que tem sido, entretanto, realizado ainda de forma incipiente e negligenciada nos sistemas de informação do país (ARAÚJO *et al.*, 2009; BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013; BATISTA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020).

Dessa forma, vemos nessas configurações do ordenamento federativo do SUS e do regime político-institucional brasileiro, uma organização do Racismo Institucional que se materializa em aspectos do Racismo Estrutural e se que presentifica desde a implantação da PNSIPN, enquanto esta fica a critério dos municípios “aderirem” essa política pública, e mesmo que o coloquem em prática, o monitoramento de sua efetividade é impossibilitado, principalmente se não há a implantação de comitês técnicos com a devida participação do controle social e dos movimentos sociais negros.

Assim, o Estado brasileiro, no âmbito do racismo estrutural, organiza a ação pública de modo a retornar visões essencialistas com a culpabilização, violência e discriminação, naturalizando os processos de adoecimento e não

ofertando as condições necessárias para sua efetividade na esteira dos Determinantes Sociais da Saúde e da equidade enquanto princípio do SUS, o que se dá da não implementação de ações ao subfinanciamento e atual contingenciamento, incidindo diretamente na ordem da atenção à saúde em atendimentos realizados sob a égide de uma produção do cuidado pautada na negligência das condições raciais.

Em suma, se a política de saúde brasileira não fosse também racista, enquanto se formula e se opera no âmbito de uma neutralidade racial engendrando aspectos do racismo institucional, os quais se materializam por meio do racismo estrutural, não se faria necessária uma política de saúde voltada para a população negra.

Considerações finais: tensionamentos possíveis na não-prática, da prática apática

Fizemos uma andança pelas inscrições dentro da PNSIPN, apontando alguns processos que dificultam sua plena efetivação no campo prático da produção do cuidado em saúde, considerando os aspectos do ordenamento federativo do SUS e sobretudo do regime político-institucional brasileiro. Encontramos um documento que se alicerça nos entendimentos de equidade e integralidade enquanto propõe um cuidado em saúde que opera as demais esferas sociais como promotora ou imobilizante de vidas possíveis com suas pluralidades e materializa conquistas diversas agenciadas pelos movimentos negros. Por outro lado, há uma ação pública sistemática que articula um movimento que não visualiza, e nem quer, os Determinantes Sociais da Saúde como tramas violentas que produzem impossibilidades de existências.

Na concepção de risco, notamos um acoplamento entre economia, segurança e saúde, pautadas por uma lógica biológica de sujeito universal, que é racista, mas que se camufla muitas vezes na impossibilidade de implantação das políticas públicas ou na ausência de participação social. Na concepção de cuidado, percebemos uma tentativa constante de denunciar as violências estatais, de reinventar processos mais plurais de cuidado, e impulsionando configurações mais próximas das realidades existenciais, no tempo em que se pensa de forma interseccional os Determinantes Sociais da Saúde. É nesta concepção que, de fato, existe uma articulação de equidade e integralidade que pensa as territorialidades com as pessoas, oportunizando a promoção do cuidado em saúde e propiciando a efetividade de saúde para a população negra.

Considerando a condição de saúde da população negra e a PNSIPN, a discussão evidencia que temos uma força de promoção de exposição ao risco, adoecimento e morte e outra de possibilidade de promoção de saúde e cuidado, as quais agenciam uma disputa no campo da política de saúde brasileira. Em razão disso, consideramos que a instituição da promoção de saúde da população negra pela PNSIPN é complexa, pois, em alguns momentos, há o reconhecimento de que é necessário mobilizar recursos (não apenas econômicos) para tal população que, em outros momentos, é negligenciada sistematicamente.

Em síntese, a articulação dos conceitos de biopolítica, necropolítica e racismo estrutural nos possibilitou localizar uma possibilidade de produção de saúde e cuidado para com a população negra no Brasil enquanto política pública através da PNSIPN. Contudo, encontramos um cenário de desafios persistentes à efetiva implementação da PNSIPN, por meio de sua organização no campo prático de forma apática, apolítica, reproduzindo racismo, e, em última instância, genocídio, com instituições e processos de saúde arranjados em elementos bionecropolíticos, os quais vem sendo sistemati-

camente agenciados pela ação pública do governo brasileiro. Isso nos leva a afirmar que essa política não atende as pessoas negras de maneira integral.

Sobre o artigo

Recebido: 20/03/2022

Aceito: 17/04/2022

Referências bibliográficas

ALMEIDA, M. V. B.; SOUSA, M. F. Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 4, p. 193-206, 2011.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 383-94, 2009.

ARAÚJO, D. F. M. S.; SANTOS, W. C. S. Raça como elemento central da política de morte no Brasil: visitando os ensinamentos de Roberto Esposito e Achille Mbembe. **Rev. Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 3024-55, 2019.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, sup. 1, 2017.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-90, 2013.

BATISTA, L. E.; BARROS, S.; SILVA, N. G.; TOMAZELLI, P. C.; SILVA, A.; RINEHART, D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2020.

BRASIL. Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria n.º 344, de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 fev. 2017.

BRASIL. Decreto n.º 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 abr. 2019a.

BRASIL. Decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 mai. 2019b.

BRASIL. Portaria n.º 13, de 19 de abril de 2021. Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação

de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 abr. 2021.

CARDOSO JR., J. C. Desmonte do Estado no governo Bolsonaro: menos república, menos democracia e menos desenvolvimento. In: POCHMANN, M.; AZEVEDO, J. S. (Orgs.). **Brasil: incertezas e submissão**. São Paulo: Perseu Abramo, 2019. p. 151-170.

CARNEIRO, A. P. **Os efeitos da biopolítica para a função sujeito**. 2014, 126f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2014.

CASTRO, E. Biopolítica: de la soberanía al gobierno. **Revista latinoamericana de filosofía**, Buenos Aires, v. 34, n. 2, p. 187-205, 2008.

CORRÊA, L. H. Aproximações entre Foucault e Mbembe. **Dignidade Re-Vista**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 89-101, 2019.

FERREIRA, L.; MARTINS, F. B. Uma década após criação, apenas 28% dos municípios brasileiros implantaram a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Gênero e Número**, Rio de Janeiro, 14 nov. 2019.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-55, 2007.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 159-70, 2015.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 Edições, 2018a.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 Edições, 2018b.

MBEMBE, A. O direito universal à respiração. **Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, 17 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

SANTOS, M. P.; NERY, J. S.; GOES, E. F.; SILVA, A.; SANTOS, A. B.; BATISTA, L. E.; ARAÚJO, E. M. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-45, 2020.

SILVA, S. C. Q. **Planejamento familiar ou esterilização em massa de mulheres negras?: o relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 1993**. 2018, 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura). Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de História, Brasília, 2018.

SOUZA, T. P. **Estado e sujeito: a saúde entre a macro e a micro política de drogas**. São Paulo: Hucitec, 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-49, 2016.