

E se Dona Violeta fosse uma mulher negra? Reflexões a partir de “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”

What if Dona Violeta was a black woman? Considerations on “O
cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”

Rita Helena do Espírito Santo Borret (<https://orcid.org/0000-0003-0895-5971>)¹

Abstract *Can we discuss humanization in health without bringing the expressions of racism in the health-illness process to the centrality of the debate? Would it be possible to think of humanized care practices without considering structural and institutional racism in health? An affirmative answer to one of these questions reinforces the current myth of Brazilian racial democracy, which prevents us from recognizing or validating how much racism is alive in our society and produces unequal experiences of living, sickening, and dying for the black population, which accounts for more than 56% of the Brazilian population. In this article, in dialogue with Ayres' production on Happiness Projects and healthcare, I seek to reflect on the production of health care in the Brazilian context, considering structural racism and the prevailing myth of racial democracy in the centrality of this care production. As a health institution aiming to ensure health as a right to citizenship, should we commit to projects of happiness or enable and support emancipation and freedom projects?*

Key words Racism, Care, Health, Intersubjectivity

Resumo *É possível discutir humanização em saúde sem dar centralidade para as expressões do racismo nos processos de adoecimento? Seria possível pensar práticas humanizadas de cuidado sem considerar o racismo estrutural e institucional na saúde? Uma resposta afirmativa para uma dessas perguntas reforça o vigente mito da democracia racial brasileira, que nos impede de reconhecer ou validar o quanto o racismo está presente em nossa sociedade e produz experiências desiguais de viver, adoecer e morrer para a população negra, que contabiliza mais de 56% da população brasileira. Neste artigo, procuro, em diálogo com a produção de Ayres sobre Projetos de Felicidade e saúde, refletir sobre a produção de cuidado em saúde no contexto brasileiro, considerando o racismo estrutural e o vigente mito da democracia racial na centralidade desta produção de cuidado. Enquanto instituição saúde e objetivando garantir saúde como direito à cidadania, deveríamos nos comprometer com projetos de felicidade ou viabilizar e apoiar projetos de emancipação e liberdade?*

Palavras-chave Racismo, Cuidado, Saúde, Intersubjetividade

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, sala 720, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ritelena@gmail.com

Não é possível subjugar homens sem logicamente os inferiorizar de um lado a outro. E o racismo mais não é do que a explicação emocional, afetiva, algumas vezes intelectual, desta inferiorização. Numa cultura com racismo, o racista é, pois, normal.
(Fanon, 2012)

Reflexões

No início do século XXI, diante dos avanços da biotecnociência na área da saúde e preocupado com os efeitos desse processo num crescente engessamento das práticas de cuidado em saúde, Ayres, no artigo “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”¹, busca fazer um ensaio reflexivo sobre aspectos conceituais e práticos para uma efetiva humanização das práticas de saúde. No artigo, o autor nos oferece o conceito de saúde enquanto realização de *projetos de felicidade*, revisita o conceito de cuidado e oferece reflexões sobre como operacionalizar a humanização em saúde. O autor oferece a narrativa do encontro clínico com Dona Violeta como aporte para a produção de suas reflexões ao longo do texto.

Ayres sugere como *humanização* o uso das tecnociências da saúde com compromisso ético e político de realização de projetos de felicidade individuais e coletivos. Atrela a concepção de saúde ao termo *felicidade* por esta remeter “a uma experiência vivida valorada positivamente, [...] que, freqüentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional”¹(p.19), o que ao mesmo tempo em que amplia a noção de saúde para além do horizonte morfofuncional normativo, contextualiza esta noção a partir dos processos de subjetivação-socialização das pessoas, valorizando os distintos contextos sociais e rompendo com a ideia de completo bem-estar social.

O autor elege o filósofo alemão Heidegger e sua produção sobre ontologia para dialogar e pensar alguns dos conceitos que norteiam suas reflexões. Heidegger afirma que o ser humano é o “ser que concebe o ser”, uma afirmativa potente, mas que escamoteia o fato de que se somos nós quem concebemos o ser, também somos capazes de destituir a humanidade dos indivíduos. Precisamente, é este movimento de destituição do ser, de hierarquização da humanidade pautado em critérios raciais que são por vezes arbitrários, mas que sempre tem como objetivo a produção de poder e dominação, que estão por trás desta

afirmativa e que ficam subsumidos nas reflexões propostas por Ayres no artigo.

O artigo traz contribuições para pensarmos caminhos da humanização das práticas de cuidado em saúde e reforça o compromisso ético e político que se coloca para nós, enquanto profissionais e instituição de saúde, em produzir atenção à saúde de maneira contextualizada, qualificada, democrática e equânime para cidadãos brasileiros, visto que saúde é um direito constitucional. O artigo avança em discussões importantes sobre a necessária atenção com os riscos de uma excessiva tecnologização e enrijecimento das práticas de saúde, reivindicando a humanização destas como caminho para uma oferta de cuidado em saúde menos universalizante, mais contextualizada e democrática. No entanto, num país que se organiza socialmente a partir do colonialismo, do genocídio de povos nativos indígenas e de séculos de escravização e posterior marginalização de pessoas negras africanas², chama atenção o silêncio do autor sobre o racismo como permeador dos processos de saúde-adoecimento das pessoas negras e indígenas em nosso país e de como este se expressa nas interações terapêuticas e práticas de cuidado em saúde.

Ayres discute que o que possibilitou um encontro clínico humanizado entre ele e sua paciente foi uma sabedoria prática produzida a partir de uma necessidade identificada. Esse é um ponto fundamental do artigo. Vivemos num país em que impera o patriarcado cisheteronormativo e o mito da democracia racial, em que discutir racismo é um tabu, onde as iniquidades raciais são sistematicamente encobertas, ao mesmo tempo em que a mídia naturaliza a imagem da pessoa negra como inimigo ficcional da nação e como povo que deve estar à margem da sociedade ou na condição de servilidade. Nesse sentido, questiono: Se Dona Violeta (que, no artigo, não é racializada) fosse uma mulher negra, o médico se assustaria com os pensamentos negativos sobre aquele atendimento? Numa sociedade em que mulheres negras são representadas e aprisionadas nas imagens de controle da empregada doméstica, da mulata do carnaval ou da mãe preta³, todos *locus* sociais de subordinação, subserviência e objetificação, que sentimentos a figura dessa mulher despertaria no médico? O profissional de saúde é formado para romper com o racismo/sexismo e cisheteronormatividade estruturais que atravessam os espaços de cuidado e encontros clínicos? Faço essas perguntas para ponderar que a colonialidade que nos contém produz a naturalização das desigualdades sociorraciais

e que, portanto, a sabedoria prática¹ assimilada pela maioria dos profissionais de saúde do país esteja em reproduzir racismo e colonialidade nas relações de cuidado.

Para pensar em projetos de felicidade para a população negra brasileira, é preciso dar alguns passos atrás e considerar as formas de subjetivação e socialização que nos são apresentadas. O sequestro e escravização de pessoas negras no Brasil produziu ativamente a obliteração de nossa memória ancestral. Histórias, saberes, costumes e práticas sociais foram apagados junto com nossos nomes, sob a luz do cristianismo. As ferramentas produzidas pelo povo negro como estratégia de resistência e forma de manter alguma conexão ancestral foram (e são) duramente perseguidos: quilombos, samba, capoeira, jongo, religiões de matriz africana. Em lugar de valorização da profícua produção cultural negra de resistência, o racismo à brasileira produz a associação da imagem de pessoas negras com a servilidade, a inferioridade, a subserviência, a hiperssexualização e a marginalização/delinquência, num contínuo processo de fetichização e infantilização da população negra, que se mantém aprisionada nos discursos que a branquitude produz sobre e para nós.

Em *Pele negra, máscaras brancas*, Fanon⁴ traz o exemplo de um homem negro que, devido ao mito da superioridade branca e ao complexo de inferioridade inculcado a existência negra colonizada pelo ocidente, apresenta em sonho o desejo inconsciente de embranquecer. Sobre isso, aponta a necessidade de, enquanto provedor de cuidado, pouco a pouco libertá-lo desse desejo inconsciente. Mais do que isso, traz a ideia de “conscientizar seu inconsciente, a não mais tentar um embranquecimento alucinatório, mas sim agir no sentido de uma mudança das estruturas sociais”. Para o autor, as pessoas negras devem tomar consciência de uma nova possibilidade de existir e serem elucidadas sobre as estruturas sociorraciais que a condicionam a este falso dilema, passando, portanto, a possibilidade real de escolher a ação ou a passividade diante dessas estruturas sociais que nos aprisionam, como o racismo, o sexismo e a cisheteronormatividade.

Quando Ayres¹ traz a noção de saúde a partir da realização de projetos de felicidade, me ocorre que ter “experiências vividas valoradas positivamente” é privilégio de um grupo racial que não apenas tem a humanidade reconhecida e socialmente validada, como também direito a subjetivação e individualidade. Enquanto a população negra luta contra as amarras do racismo

que nos destitui de humanidade, que condiciona nossa subjetivação e socialização a imagens de controle, que nos impõe a ética, estética, moral e identidade branca como padrão (inatingível) a ser alcançado, talvez a noção de saúde deveria almejar mais relação com a noção de liberdade do que com a noção de felicidade. Liberdade no sentido de ruptura com a lógica moderna/colonial imposta, liberdade no sentido de conscientização das matrizes de opressão e de como estas atuam na subjugação e na contenção de possibilidades para pessoas consideradas “outras” não hegemônicas, liberdade de poder reivindicar uma identidade negra, de gozar de plena cidadania, se reconhecendo e sendo reconhecido como negro, sem a necessidade de produzir e se contentar com vivências que nos aprisionam em máscaras brancas⁴. Afinal, a opressão racial que nos aliena de nós mesmos, nos apaga e nos silencia, não viabiliza nada além da contínua luta por liberdade.

Produzir e potencializar projetos de felicidade para a população negra, sem atentar para o racismo estrutural que condiciona a experiência de ser negro à condição de sub-humanidade, não seria uma forma de manutenção da maquinaria bio-necropolítica que forja a população negra enquanto corpos descartáveis que tem como função primordial sustentar a colonialidade e o sistema capitalista neoliberal?

A psicanalista brasileira Neusa Santos Souza, em 1983, escrevia sobre as viscissitudes de reconhecer-se como negro numa sociedade racista⁵. A autora escreve que “saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas”⁵. Essa ação repercute na dinâmica de ser negro no mundo e em nossos processos de saúde-adoecimento. Tornar-se negro possibilita a ruptura com o racismo internalizado, com auto-ódio que nos é inteligentemente inculcado desde muito cedo, nos processos de subjetivação e de socialização de pessoas negras, com o intuito de naturalização do mito da superioridade branca.

Ao falar sobre a experiência de ser do humano, Ayres¹ pondera a importância da conexão entre passado, presente e futuro como forma de nos compreender no mundo e de compreender o mundo à nossa volta. A temporalidade da existência é um aspecto do desenho de projeto de felicidade que o autor valoriza sobremaneira. Nesse ponto, resgato novamente o onto-epistemicídio produzido pela colonialidade como forma estratégica de destituir a humanidade negra e tentar manter-nos desidentificados, desarticula-

dos e vulneráveis à manutenção dos processos de marginalização e inferiorização racial.

Na narrativa do documentário ORÍ⁶, Beatriz Nascimento sugere como ferramenta de resgate e reivindicação da negritude o ORÍ, processo que consiste em se conectar com o passado (ancestral que nos foi/é negado), para ressignificar o presente e produzir um futuro em diálogo com o passado e o presente acessado. É atenta e preocupada com a forma como o mito da democracia racial apaga e inferioriza a identidade negra, que a autora sugere o ORÍ como caminho para romper com a imposição discursiva/subjetiva sobre nós e reivindicar nossa própria identidade, construída a partir de uma maior honestidade epistêmica com nosso passado, nossos saberes, nossas produções. Para a população negra brasileira, a conexão com o passado envolve a superação da história que é produzida sobre nós, envolve desafiar a produção de conhecimento academicamente validada, que objetiva nos apagar. Fazer esse processo de conexão com o passado, reescrevendo o presente, possibilitaria uma sociedade brasileira capaz de, no futuro, reconhecer e valorizar sua identidade ladino-amefricana⁷, finalmente rompendo com o mito da superioridade branca.

Ayres¹ se utiliza das categorias de êxito técnico e sucesso prático para avaliar como as ações de cuidado em saúde estão sendo produzidas e avaliadas. O autor reconhece que nem sempre o êxito técnico implica em sucesso prático e reivindica a prática humanizada de cuidado para alcançar ambos. Quando estamos falando da população negra brasileira, o alcance de projetos de emancipação/liberdade/ruptura seria considerado sucesso prático? Reivindicar uma identidade ladino-amefricana⁷, racialmente consciente e romper finalmente com o mito da democracia

racial está na ordem do “democraticamente validado como bem comum”¹? Para um Estado que opera e se beneficia da bio-necropolítica⁸ voltada para produzir e descartar corpos sobressalentes, interessa pensar humanização, êxito técnico e/ou sucesso prático quando o assunto é saúde da população negra?

Pensar práticas humanizadas de saúde atentas ao racismo e com vistas a combatê-lo é possível e Gonzalez⁷, Nascimento⁶ e Souza⁵ nos oferecem algumas possibilidades de colocá-las em prática. No entanto, fazê-lo exige investimento e valorização institucional para este processo; conhecimento sobre como se dão os processos de subjetivação e socialização de pessoas negras no país; investimento em educação em saúde voltada para as relações raciais, para além do senso de responsabilidade e identidade de profissionais de saúde; letramento racial em saúde como forma de reconhecimento dos privilégios de ser branco numa sociedade racializada; leituras e vivências sobre formas de ser humano no mundo que não são produzidas a partir do discurso universalizante hegemônico branco, mas de epistemes, cosmopercepções e perspectivas diversas. Além disso, reconhecendo que não ser racista é romper com a cultura vigente⁹, cuidado em saúde racializado implica em contínua auto e hetero supervisão e monitoramento. Considerando que um cuidado em saúde antirracista coloca em xeque o sistema-mundo moderno/colonial ocidental capitalista, racista, patriarcal e cisheteronormativo quando promove equidade e justiça social, podemos reconhecer que a produção deste não é fácil, mas obliterar a questão racial da discussão sobre humanização na saúde nada mais é do que naturalizar e reforçar o mito da democracia racial e o racismo institucional¹⁰.

Referências

1. Ayres JRC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc* 2004; 13(3):16-29.
2. Moura C. *Negro: de bom escravo a mau cidadão?* Rio de Janeiro: Ed. Conquista; 1977.
3. Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: *Revista Ciências Sociais Hoje*. Rio de Janeiro: Anpocs; 1984. p. 223-244.
4. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008.
5. Souza NS. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.
6. Nascimento B. *Quilombola e Intelectual: Possibilidade nos dias da destruição*. União dos Coletivos Pan-Africanistas: Editora Filhos da África; 2018.
7. Gonzalez L. A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Bras* 1988; 92(93):69-82.
8. Lima F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arq Bras Psicol* 2018; 70(n. esp.):20-33.
9. Fanon F. Racismo e cultura. In: Sanches MR, organizador. *Malhas que os Impérios Tecem: Textos Anticoloniais, Contextos Pós-coloniais*. Coimbra: Edições 70; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*; 2009.

Artigo apresentado em 30/12/2021

Aprovado em 11/04/2022

Versão final apresentada em 13/04/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

