

## CAPÍTULO 13

# BRANQUITUD E SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO



<https://doi.org/10.22533/at.ed.7161525180613>

*Data de aceite: 17/07/2025*

**Rosely Anacleto de Jesus Morais de Almeida**

Universidade Federal de Sergipe – UFS  
São Cristóvão – Sergipe  
<https://orcid.org/0000-0002-0956-3198>

**Rita de Cássia de Jesus Oliveira**

Universidade Federal de Sergipe – UFS  
São Cristóvão – Sergipe  
<https://orcid.org/0000-0002-8611-9461>

pesquisados. Abordagens com enfoques quantitativos são escassas. A formação dos profissionais de saúde foi apontada como o mecanismo mais eficaz para enfrentamento do problema. A concepção de branquitude tem sido adotada a partir de sete eixos temáticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** branquitude; saúde; relações raciais; Brasil; revisão de escopo; iniquidades em saúde; disparidade racial.

**RESUMO:** Esta revisão de escopo se propõe a mapear, descrever e sintetizar o conhecimento produzido sobre branquitude no âmbito da saúde, além de identificar lacunas nos estudos. Seu *corpus* se constitui de 24 manuscritos indexados em cinco diferentes bases de dados, publicados entre 2012 e 2022. A amostra integra artigos, dissertações, *ebook* e editoriais. Os achados demonstram que o tema foi impulsionado em 2020 e depois apresentou oscilação. A Região Sudeste vem hegemonizando o debate, seguida do Nordeste, com publicações apenas da Ba, mas há um vácuo na Região Norte. Profissionais de saúde, especialmente médicos, foram os únicos respondentes das investigações, enquanto usuários, membros do Controle Social e gestores não foram

**WHITENESS IN HEALTH: A SCOPING REVIEW OF BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION (2012–2022)**

**ABSTRACT:** This scoping review aims to map, describe, and synthesize the existing knowledge about whiteness in the health sector, while also identifying the limitations of the studies. Its *corpus* comprises 24 manuscripts indexed in five databases, published between 2012 and 2022. The sample includes articles, dissertations, e-books, and editorials. The findings demonstrate that the theme experienced a surge in 2020 and then fluctuated. The Southeast Region has been hegemonizing the debate, followed by the Northeast, but there is a vacuum in the Northeast region. Health professionals, especially doctors,

were the only respondents to the investigations, while users, members of Social Control, and managers were not surveyed. Approaches with quantitative approaches are scarce. Training health professionals was identified as the most effective mechanism for tackling the problem.

**KEYWORDS:** whiteness; health; race relations; Brazil; scoping review; Health Inequities; Healthcare Disparities.

## 1. INTRODUÇÃO

Equidade é um tema recorrente no pensamento sanitário brasileiro. Nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde de 1992, 1996 e 2000, o termo apareceu 4, 14 e 32 vezes, respectivamente, e em 2011 encabeçou a relação dos tópicos orientadores da 14<sup>a</sup> Conferência (BARROS; SOUZA, 2016). Enquanto o princípio de universalidade do SUS homogeneiza os sujeitos, diluindo diferenças históricas e presumidas, a equidade “responde ao segundo elemento do princípio marxista ‘de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades’” (Marx, 1875). Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea (ESCOREL, 2008, p. 205).

Na esteira dessas discussões, a agenda sanitária passou a ser disputada por demandas específicas, sendo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2009 um dos grandes marcos. Carente de reconhecimento institucional, a Política passou a ser atacada pelo seu caráter focalista em detrimento da universalidade, mas também pela denegação do racismo como determinação social de saúde, pela fabulação da democracia racial apesar de indicadores tão díspares, e sobretudo pela ausência de negros [...] em espaços de poder do Setor Saúde, na produção e validação de conhecimento científico sobre saúde e na gestão e funcionamento do SUS (FAUSTINO, 2017).

## 2. MÉTODO

A Revisão de Escopo é um método baseado em evidências científicas que visa à elucidação de conceitos e à identificação de lacunas no conhecimento já produzido referente a temas recentes e/ou escassos (CORDEIRO; SOARES, 2020). Essa revisão se desdobrou em cinco etapas: formulação da questão de pesquisa; identificação dos estudos nas bases de dados; seleção do material conforme critérios de inclusão; leitura integral, mapeamento, codificação; análise, síntese e apresentação dos resultados.

A pergunta orientadora foi “*O que a literatura científica já produziu sobre branquitude no contexto da saúde?*”. As estratégias de busca ocorreram entre junho e setembro de 2022 através do Portal de Periódicos da CAPES. Visando ampliar o escopo dessa revisão, foi adensada uma dissertação por referência bibliográfica e suplementarmente realizadas buscas na plataforma *ResearchGate*.

Como critério de inclusão elegemos manuscritos que tematizassem o conceito de branquitude com o recorte nacional, por duas particularidades brasileiras: a persistente ficção da cordialidade racial e a coexistência de dupla porta de acesso à saúde, não excludentes entre si, sendo uma pública, gratuita e universal (SUS) e outra, condicionada ao custeio prévio (saúde suplementar). Inicialmente a amostra se revelou irrigária, diríamos até risível. Fomos compelidas a repensar uma questão que não estavaposta: o negro como contraste para alcançarmos uma amostra mais desejável.

O conde de Gobineau foi um dos teóricos mais proeminentes do racismo científico, revirando o corpo negro pelo avesso na ânsia de provar a hierarquia das raças. Do Império até bem pouco tempo, o negro era pesquisado sem a obrigatoriedade do reflexo com o branco; aliás, foi justamente sua ausência que levou Aparecida Bento a pesquisá-los.

A necessidade de redefinição dos critérios para ampliação da amostra e consequentemente do “convite compulsório” de um sujeito inicialmente não escalado nos fez refletir sobre uma faceta bastante mimetizada da matriz colonial moderna que funda a academia branca brasileira: a permanente necessidade de comparação do negro com o branco, contrastando-o e, desse modo, revigorando a presença forçada do negro, mesmo quando ele não é o foco da discussão. Esse pode ser um alerta, pois “evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio” (BENTO, 2020, p. 27).

Dando sequência à seleção da literatura, descartamos trabalhos que: a) abordassem o autocuidado e/ou o cuidado não profissionalizado em saúde; b) literaturas duplicadas; c) estudos não focalizados no Brasil; d) publicações incompletas ou pagas; e) vinculassem relações raciais ao esporte profissional; f) não respondessem ao problema de pesquisa. No diagrama abaixo esboçamos o percurso para seleção da literatura.

As etapas de busca e seleção de literatura foram realizadas a partir dos seguintes operadores booleanos: “Saúde e branquitude”; Saúde *And* branquitude e “Saúde branquitude”. A variante linguística branquidade também foi usada nas mesmas condições acima.

Etapas	Descrição	Nº
1	Identificação inicial (Researchgate: 823; DOAJ: 198; BDTD: 11; Scielo: 3; BVS: 2)	1.037
2	Remoção das duplicatas	1.008
3	Retenção dos manuscritos depois dos critérios de inclusão	126
4	Estudos mantidos após leitura de títulos, resumos e palavras-chave	32
5	Manuscritos elegíveis	24

Tabela 1- Etapas de busca de literatura nas bases de dados

Fonte: as autoras.

### 3. RESULTADOS

A estratégia de busca reportou 24 arquivos, todos em idioma português, de âmbito nacional e com formatos diversos, razão pela qual nem sempre foi possível conferir simetria na disposição dos parágrafos quando da exposição dos resultados.

Os manuscritos possuíam as seguintes tipologias: 14 artigos (58,5%), seis dissertações (25,5%), uma resenha (4%), um *e-book* (4%), um comentário (4%) e um ensaio (4%). Desses, treze foram indexados em periódicos interdisciplinares ou tiveram pesquisas conduzidas em Programas de Pós-Graduação interdisciplinares, ratificando a plasticidade do assunto. As áreas da Psicologia e do Serviço Social indexaram duas literaturas cada. As áreas de conhecimento seguintes publicaram, cada uma, um estudo: odontologia, enfermagem, medicina, antropologia, administração, geografia e direito.

Na tabela demonstrativa abaixo, verifica-se que o termo “branquitude” até 2019 só compareceu em uma publicação e apresentou um pico em 2020, no somatório dos títulos com os objetivos, oscilando nos anos seguintes.

Ano	Código	Autores	Título	Objetivo
2022	M1	LIME NHA-LINA, Renata Matos <i>et al.</i>	Racismo estrutural e saúde bucal	Abordar elementos conceituais sobre a influência do racismo estrutural na saúde bucal.
2022	M2	BATISTELLI, Bruna Moraes; PAULA, Leonardo Regis de	Pensar a pandemia a partir da branquitude	Analisar como a pandemia impactou o corpo de uma mulher branca e o corpo de um homem negro, através da troca de cartas.
2022	M3	CASTRO, Rosana	Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico	Refletir sobre o campo da medicina como espaço marcado pela branquitude e problematizar hierarquizações raciais e de gênero em pesquisas de campo.
2022	M4	SOUZA, Dyana Helena; ROCHA, Dias Gonçalves	Saúde da população negra: ações afirmativas e branquitude docente nos cursos de graduação da saúde	Analisar a inserção do tema Saúde da População Negra na formação de profissionais de saúde em universidade pública.
2022	M5	FERREIRA, Claudia Suely Barreto	A branquitude e seus privilégios no Brasil: uma reflexão necessária no contexto pandêmico	Refletir sobre como os privilégios da branquitude aprofundam desigualdades de gênero, classe e raça durante a pandemia de covid-19.
2021	M6	SANTOS, Vitalma Conceição	Virgínia Bicudo e o curso de Psicologia da UFBA: significações de uma intelectual negra em uma formação “sem cor”	Descrever significados construídos por estudantes de Psicologia da UFBA sobre sua formação a partir da produção de Virgínia Bicudo.

Ano	Código	Autores	Título	Objetivo
2021	M7	CONCEIÇÃO, Ísis Aparecida	Racismo e pandemia: uma análise jurídica	Recuperar a definição jurídica de racismo estrutural da ONU para problematizar narrativas de intervenções institucionais.
2021	M8	EURICO, Márcia	Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social	Examinar desigualdades social, racial e de gênero escancaradas pela pandemia e o enfrentamento por profissionais de Serviço Social.
2020	M9	SCHUCMAN, Lia Vainer; GONÇALVES, Mônica Mendes	Raça e subjetividade: do campo social ao clínico	Abordar formas como raça e racismo penetram no campo social e se inscrevem nos sujeitos.
2020	M10	SOUZA, Flávia Assis <i>et al.</i>	“Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado	Discutir histórico-conceitualmente a ideia de Estado racializado e sua relação com o SUS.
2020	M11	SILVA, Evelyn Melo da	Saúde Mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social	Resenhar o livro homônimo, considerando desdobramentos da contrarreforma do Estado, ultraneoliberalismo, racismo e bolsonarismo.
2020	M12	FERRACINI, Rosemberg	Educação geográfica no combate à necropolítica racial do coronavírus	Demonstrar como o racismo estrutural contribui para a espacialização do coronavírus, relacionando dados estatísticos a branquitude, raça, gênero e classe.
2020	M13	BORRET, Rita Helena <i>et al.</i>	“A sua consulta tem cor?": Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade	Relatar experiência de oficina para promover debate sobre saúde da população negra entre profissionais e estudantes de medicina.
2020	M14	CAMPOS, Marcelo dos Santos	Hoje é dia de branco: a branquitude de médicos de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado	Analizar se/como a branquitude de médicos influencia na promoção da equidade ou iniquidade racial no cuidado em saúde.
2020	M15	MEDEIROS, Thamires Monteiro de	Saúde Coletiva e o Estado racializado brasileiro: produzindo interlocuções necessárias	Explorar a atuação contraditória do Estado brasileiro como ofertante de saúde e operador de necropolítica via segurança pública.
2019	M16	MENDONÇA, André Luís de Oliveira; GONÇALVES, Leandro Pires	Sobre o conceito da História na saúde coletiva	Narrar a história da saúde coletiva em conexão com o ser social brasileiro.

Ano	Código	Autores	Título	Objetivo
2019	M17	RIBEIRO, Luciana Guedes	Qualidade de Vida no Trabalho e Racismo na Percepção de Técnicos de Enfermagem Negros	Identificar percepções sobre qualidade de vida e racismo entre técnicos de enfermagem negros ingressos via cotas raciais.
2019	M18	BAIRRROS, Amanda Knecht <i>et al.</i>	Produção de (in) visibilidades: mulheres negras e políticas públicas de saúde	Compreender interseccionalidade entre gênero e raça e problematizar discursos sobre saúde de mulheres negras.
2019	M19	MARCHIN, Rosana; MOTA, André	Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery (1898-1920)	Estabelecer como o negro foi tematizado pela psiquiatria e problematizado em sua produção científica.
2019	M20	BRANDÃO-SOUZA, Camila <i>et al.</i>	Completude dos prontuários de idosas com câncer de mama: estudo de tendência	Avaliar completude de dados de prontuários de idosas com câncer de mama em centro de referência (2001-2006).
2017	M21	GONÇALVES, Mônica Mendes	Raça e saúde: concepções, antíteses e antinomia na Atenção Básica	Investigar se a identidade racial/branquitude de profissionais influencia percepções sobre pacientes negros, avaliação de demandas e condutas.
2013	M22	SANTOS, Andreia Beatriz <i>et al.</i>	Identificação racial e a produção da informação em saúde	Analizar a produção de informação sobre raça/cor em necropsias no IML de Salvador (2007).
2012	M23	SANTOS, Mafoane Odara Poli	Médicos e Pacientes têm sexo e cor: perspectiva sobre a relação médico-paciente	Descrever sentidos conferidos por médicos a determinantes de gênero e raça em sua formação e prática.
2012	M24	SERRA, Lia Novaes; SCHUCMAN, Lia Vainer	Branquitude e progresso: a Liga Paulista de Higiene Mental e discursos paulistanos	Analizar como políticas raciais de São Paulo (séc. XX) reatualizam-se em ideias de progresso na metrópole.

Tabela 2- Caracterização das literaturas, segundo ano de publicação em ordem decrescente, código, autoria, título e objetivo

Fonte: as autoras.

Região	Nº PPGs	Manuscritos
Sudeste	15	M1, M3, M8, M10, M11, M13, M14, M15, M16, M17, M19, M20, M21, M23, M24
Nordeste	4	M5, M6, M7, M22
Sul	3	M2, M9, M18
Centro-Oeste	2	M4, M12
Norte	0	Não identificados

Tabela 3- Distribuição geográfica dos Programas de Pós-Graduação

Fonte: as autoras.

Instituições de Ensino Superior Públicas (IES)<sup>1</sup>: USP, UNIFESP, UERJ, UFJF, UFMG, UFRRJ, UFRJ, UFBA, UNILAB-Malês, Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), UnB, UFT, UFSC, UFRGS.

Instituições de Ensino Superior Privadas (IES): Faculdade Estácio de Sá (RJ), Faculdade de Medicina de Petrópolis (Uninove), Universidade Santa Cruz do Sul.

No campo da saúde, as questões pertinentes à branquitude estão visceralmente conexas a sete eixos temáticos, conforme demonstrativo abaixo.

Eixos Temáticos	Códigos dos Manuscritos	Total
A Existência de um Estado racializado	M1, M7, M10, M12, M15, M16	6
A partir da relação profissional-usuário no SUS	M13, M14, M17, M21, M23	5
A partir da atualização da herança eugênica e formulação de um novo pacto narcísico	M2, M5, M8, M9, M24	5
A partir da invisibilidade da branquitude ou sua manutenção como norma	M4, M6, M18	3
Através da (re)afirmação da supremacia branca ou do controle de corpos negros	M11, M19, M22	3
Relacionada ao simbolismo de poder imposta pela medicina	M3	1
Como uma variável epidemiológica	M20	1

Tabela 4- Distribuição dos manuscritos por eixos temáticos

Fonte: as autoras.

<sup>1</sup> Algumas dessas IES foram mencionadas em mais de um manuscrito.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 A existência de um Estado racializado

M1 (ebook) reflete sobre o racismo institucional e estrutural como pilares de sustentação das iniquidades em saúde bucal. Reconhece a posição de privilégio social como importante fator para a condição de saúde do indivíduo. Para a autora, racismo estrutural e institucional se organizam de forma interligada: estudantes e odontólogos majoritariamente brancos e elitistas, reforçando o privilégio e o poder social; inexistência de capacitação sobre as características da comunidade de atuação; pouco incentivo para alocação de profissionais em áreas mais vulneráveis; viés clínicos na tomada de decisão de tratamentos de acordo com o grupo racial (negros têm tratamentos mais invasivos, rápidos e de menor custo) e, por fim, sub-representação de docentes negros nas universidades de odontologia. Além disso, M1 observa o uso de eufemismo na expressão “disparidades raciais em saúde bucal” quando a narrativa adequada, segundo ela, deveria ser “racismo sistêmico”, “injustiça racial” e “iniquidade racial”.

As formulações de M10 (comentário) conclamam o campo da saúde coletiva a aqüiescer à necessidade de utilizar a raça como a questão central para se pensar o Estado moderno, e salienta que a norma branca-europeia-moderna regente do mundo impede esse avanço mesmo dentro do campo progressista. A imagem do Estado garantidor de proteção coletiva a “todos” preserva um teor fictício de universalidade, onde este “universal”, plenamente instituído de humanidade, racionalidade e da proteção, corresponde exclusivamente ao homem-branco-europeu-moderno. Sugere que a desconstrução das lentes do “colonial como natural” pode identificar como são conformados os apartheid contemporâneos, que expressam o projeto racista-capitalista-colonial, como no (não) direito à vida, nos distintos níveis de saúde e na negação do acesso a direitos sociais básicos.

Advoga que a universalidade do SUS é ambígua, pois a elite escravocrata sofisticou-se, mas segue administrando a agenda da morte do Estado-nação, dizimando a população negra. O Estado protetor não alcança as favelas e periferias cariocas, onde, diferentemente da zona sul, algumas Unidades Básicas de Saúde chegam a suspender os atendimentos, gerando mais desassistência. Essa situação acontece porque esses são corpos descartáveis e suas existências perturbam o bem viver da elite branca que se sustenta da exploração, exclusão e morte.

Ao discorrer sobre a interlocução do campo da saúde coletiva com aspectos fundantes da matriz da colonialidade, M15 (dissertação) conclui que o Estado brasileiro, além de racializado, é contraditório e genocida, oferecendo serviços de saúde que salvam vidas e, simultaneamente, matando pessoas nas favelas do Rio de Janeiro através da política de segurança pública. Assinala que a raiz eugenista e higienista da Saúde Pública tem sido narrada a partir da história com a Europa, encobrindo-se a histórica face racializada dessas instituições. Assevera que o Movimento de Reforma Sanitária que desembocou no SUS capturou e produziu um “discurso oficial” enunciado principalmente por acadêmicos e/ou gestores do SUS.

O Estado passou a ser discutido tão somente enquanto reprodutor do capital, com um projeto socialista a ser disputado no interior deste e com uma concepção de democracia universalista, com uma leitura homogênea da classe trabalhadora e, consequentemente, legitimadora do mito da democracia racial. No topo deste Estado situa-se a elite que também poderia ser nomeada de “senhor de escravos”, considerando sua ininterruptão no lugar de mando e crítica à conotação de neutralidade/igualdade/universalidade defendida por alguns sanitários, diante do apagamento de desigualdades que referendam privilégios para poucos.

Afirma que as políticas racializadas existem desde a colonização; portanto, não são produzidas por quem está lutando contra o racismo, mas sim por aqueles que as criaram, a exemplo da escravidão, da segurança pública e do SUS. Essa estrutura vem se perpetuando pelo pacto da branquitude, onde denúncias sobre o privilégio branco são silenciadas e formas, conteúdos e momentos para rever esse pacto são privatizados pelos próprios brancos e empurrados para um futuro que nunca chega.

A pesquisa em andamento “Educação Geográfica e Acesso à saúde” de M12 (artigo) problematiza a espacialização do coronavírus no racismo estrutural do território brasileiro, alegando que falta incluir o espaço escolar no debate do SUS, indispensável à formação docente cidadã, comprometida com medidas antirracistas. Aduz que há uma distribuição desigual entre as regiões do país no número de leitos de UTI por 1.000 habitantes, pois 72% das regiões possuem quantitativo inferior ao mínimo necessário, situação inversamente proporcional à realidade das regiões Sul e Sudeste, historicamente de maior concentração de descendentes de europeus. Concebe que o sujeito branco goza de um conjunto de normas, ações, leis e privilégios que não alcança a população negra, a exemplo da anistia das dívidas universitárias de bancos, diferentemente dos empréstimos dos negros, que resultam em abandono escolar e dependência monetária.

Para M7 (artigo), o conceito de racismo estrutural popularizou-se, mas tem se mostrado ineficaz no combate aos mecanismos que sustentam a supremacia branca. O impacto racialmente desproporcional de infecções, contaminações e mortes pela covid-19 não foi suficiente para identificar e punir os indivíduos e instituições que operaram a agenda sanitária na pandemia, cujo epicentro global foi adquirindo características distintas à medida que o vírus se movia. O perfil de “grupo de risco de morte”, inicialmente vinculado a variáveis como idade, doenças preexistentes e imunodeficiência nos continentes asiático e europeu, especialmente na China e Itália, que não possuem diversidade racial, alterou-se radicalmente nas sociedades pós-escravistas, como nos Estados Unidos e Brasil, onde prevaleceu um rejuvenescimento racializado do perfil de infectados e vítimas fatais. Nesse mesmo período, o padrão de infecção era maior em bairros ricos e brancos; em contrapartida, os índices de mortalidade cresciam nos bairros pobres e negros, indicando uma correlação com o tratamento e não apenas com a exposição ao vírus.

A autora mencionou que, em abril/2020, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), ao comparar o Brasil com o Peru, identificou distribuição desproporcional da doença, já que em ambos os países os negros compõem a maioria de trabalhadoras domésticas, limpeza, transportes públicos, serviços de entrega e cuidado. No entanto, na cidade de São Paulo, o “Observatório covid-19” sinalizava que pretos tinham 62% mais chances de morrer do que brancos, e pardos 23% do que brancos, comprovando uma maior letalidade para não brancos e sugerindo que a hospitalização para brancos tinha resultados mais positivos do que para negros. Chama a atenção para as periferias, região de não brancos, onde a oferta de aplicação de testes foi insuficiente, e aduz que um terço das mortes por covid-19 não tiveram sua raça-cor declarada.

A intelectual advoga que aqui o racismo estrutural adquiriu vários sinônimos: “doenças preexistentes”, “famílias negras pobres”, “negros em funções essenciais”, “na linha de frente” e “negros como maioria em atividades laborais”. Funciona como um crime perfeito, com vítimas, mas sem algozes. Dessa forma, o termo “racismo estrutural”, a seu ver, vem sendo percebido como etéreo e amorfo, invisível, um dado inconsciente que, independentemente da vontade, resulta na naturalização da exclusão de negros. Diferentemente, para a ONU, racismo estrutural corresponderia a uma normalizada e legitimada gama de políticas, práticas e atitudes que rotineiramente produzem cumulativos e crônicos resultados adversos para as pessoas não brancas. Nesse mote, o racismo praticado nas instituições é juridicamente interpretado como indireto, anistiado e, consequentemente, inimputável, ainda que custe muitas vidas.

É sabido que agentes de saúde não são educados a vigiar suas práticas de forma que não resultem em condutas fomentadoras do preconceito racial e é por isso que a observação do racismo institucional precisa ocorrer em, pelo menos, duas abordagens. A primeira envolve a documentação por meio de dados dos diferentes acessos, e tais dados devem ser desagregados por raça, o que reforça a importância da aplicação eficaz do quesito raça-cor. A segunda abordagem é a identificação dos fatores contemporâneos que perpetuam a diferença de gozo dos direitos nos dados, de forma a viabilizar uma intervenção que altere a prática e modifique a realidade de desigualdade racial.

A supremacia, a fragilidade e os privilégios brancos agenciados pelo Estado, para a intelectual, impulsionaram muitas condutas antissanitárias, como o desestímulo de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) por homens negros, temendo abordagens violentas pelas forças policiais. A discriminação também se manifestou entre quem possuía convênios privados, mascarados com aparente formalidade institucional que Hannah Arendt classificou como “banalização do mal”. Em exemplos como estes, podem falhar as instituições públicas, as privadas, o Ministério Público, a polícia e o próprio Poder Judiciário.

Ademais, a capacitação e treinamento das equipes têm servido de um pré-álibi para mitigar eventuais prejuízos em face de condutas discriminatórias perpetradas por instituições violadoras de direitos. A responsabilização neste contexto recai sobre a amorfa

entidade institucional, que não desestimula a atuação profissional das “maçãs podres”, além de revigorar o pacto narcísico da branquitude. Essa abordagem retira o fardo do escrutínio e da responsabilização dos indivíduos pelas escolhas que opera, compreendendo-a como ação de pessoa sem agência, sem intenção, e projetando-a para uma entidade que escolhe proteger seu corpo, mas criando um círculo repetido de desvantagens competitivas para outros grupos raciais.

Para M16 (ensaio), o Movimento Sanitarista, apesar de toda sua relevância, não escapou incólume ao que classifica de SER: Sexismo, Elitismo e Racismo. Irmanados à descolonização do saber e das práticas, dois autores (autodeclarados brancos) se esforçam em não usar máscaras brancas para tematizar peles negras, alegando que nem Freud, Jung, Engels e Marx explicaram os cinco “pês” atávicos do povo de periferia: pretos, pobres, ‘psicóticos’, ‘putas’ e ‘paraíbas’. Caminham na direção da história mediante a cosmovisão dos vencidos e silenciados para problematizar XII teses, sendo que apenas fragmentos dessas elaborações serão aqui elencados por manter conexão direta com o objeto de investigação.

Questionando em que campo político efetivamente se situa a Reforma Sanitária Brasileira, os autores sustentam que a inclinação ‘socialista revolucionária’ deste movimento, na realidade, não passou de um dirigismo das massas, dada a ausência da classe operária, protagonista de um novo projeto societário, em detrimento da marcante presença de sanitaristas de esquerdas, elitistas e brancos. Com isto, a ênfase na classe da esquerda tradicional ignorou outras camadas de opressão que afligem o povo brasileiro, ao mesmo passo que se beneficiou de privilégios, como se direitos universais fossem. Esta realidade vem sendo descortinada pela chamada esquerda identitária, especialmente pelo feminismo negro, de onde provêm as vítimas preferenciais do patriarcado, da meritocracia e do academicismo branco.

Finalmente, de forma irônica, afirmam que não há brancos mais brancos que brancos bem-intencionados ao se referirem a uma publicação que, ancorada na miscigenação e no determinismo biológico do final do Séc. XIX, condena as ações afirmativas, inclusive a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, defendendo tão somente o aperfeiçoamento dos mecanismos de humanização do SUS e a garantia de acesso de qualidade para todos os cidadãos, sob o pretexto de que o SUS é o resultado de uma luta antiga, da tradição sanitarista não-racialista. Concluem que a necessária descolonização perpassa o reconhecimento de uma dívida impagável com os condenados desta terra pelo nosso SER social.

## 4.2 Enfatizando a relação profissional – usuário no SUS

Os contributos de M14 (dissertação), autodeclarado branco e transbordando em privilégios segundo sua própria descrição, detectaram intrigantes questões sobre os doze profissionais de medicina com paridade racial, lotados na Atenção Básica de Juiz de Fora (MG) e responsáveis pela assistência dos usuários majoritariamente negros. Entre

outras motivações, o autor destaca que, nos seus atendimentos, uma parcela expressiva de usuários apresentava sofrimentos difusos, sem substrato orgânico e possivelmente relacionados às suas respectivas trajetórias de vidas, marcadas pelas mais diversas expressões do racismo.

Na sua pesquisa de campo, identificou que a micropolítica das relações de cuidado, embora não reforçasse a lógica tecnicista e impessoal da biomedicina, coexistia com a ausência da temática racial durante a formação médica ou a associação a determinadas patologias/estudos epidemiológicos e, simultaneamente, com a denegação dos processos sócio-históricos. As palavras “racismo/preconceito racial” eram substituídas por bullying no relato de alguns médicos sobre a situação vivenciada por alguns pacientes e representavam um embaraço para outros ao pronunciá-las. Um dos médicos sustentou o argumento de que alguns medicamentos poderiam ser mais eficazes em negros e outros, em brancos, reeditando o racismo científico. O quesito raça/cor nos formulários do SUS era desprovido de reflexão e subsumido por uma conduta burocrática e protocolar. Faltava familiaridade dos profissionais com as categorias estabelecidas pelo IBGE na definição da variável raça/cor, gerando, por vezes, confusão interpretativa nas classificações dos formulários do SUS.

O “pacto narcísico da branquitude” era acionado durante as entrevistas através de manifestações de postura defensiva, desconfortável ou indiferente à temática racial. Segundo o autor, relações afetivas com pessoas negras não foram suficientes para o desenvolvimento de uma consciência crítica, pois essas permaneciam em condições subalternizadas e normalizadas por algum dos seus colegas. As práticas equitativas de cuidado em saúde eram pautadas em critérios biomédicos, ou seja, nas condições clínicas ou determinados ciclos de vida que exigem prioridade no atendimento, em detrimento das relacionadas às desigualdades e injustiças sociais. Esses profissionais seguiam a tendência de não marcação identitária do seu próprio grupo racial, embora se enquadrasssem, segundo o autor, no conceito de branquitude crítica, reconhecendo alguns privilégios que a raça-cor lhe conferia, sem, contudo, ser possível apreender a dimensão dessa criticidade.

Também em 2020, M13 (artigo) relatou a experiência de oficinas denominadas “Sua consulta tem cor?”, destinadas a profissionais de saúde do Rio de Janeiro. Idealizada pelo Coletivo Negrex, composto por estudantes e profissionais de medicina de todo o Brasil e com a finalidade de discutir como o debate racial se insere e quanto ele é silenciado no campo da Medicina de Família e Comunidade, além de apresentar possibilidades de inscrição do tema em atividades entre médicos na sua formação ou após. Pondera que o sofrimento gerado pelo racismo tende a surgir como uma demanda oculta, mas que os profissionais só a captarão se estiverem atentos e preparados para manejá-la adequadamente. Salienta que o racismo é um determinante social de saúde e que seu combate compete a toda sociedade, mas, no âmbito da saúde, pode se desdobrar em sofrimento psíquico, na dupla opressão de mulheres negras, na dificuldade em ser um(a) profissional de saúde negro(a), nas masculinidades negras, na população negra e LGBT, entre outras.

A Medicina de Família e Comunidade atua diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a primeira e principal porta de acesso ao SUS; por isso, consubstancia-se em um potente agente de transformação do racismo institucional da saúde. A coordenação do cuidado possibilita que o profissional de saúde seja capaz de prevenir e alertar os usuários sobre a possibilidade da ocorrência do fenômeno em outros níveis de complexidade do próprio Sistema e, caso identifique alguma situação, o profissional pode advogar em favor do usuário, buscando a construção de um SUS mais equânime e justo. Ao tematizar o letramento racial nas oficinas, enfocava a branquitude e os problemas dela decorrentes: a vigília e privatização de privilégios, a compreensão de que o racismo é uma pauta permanente e não uma herança de um passado superado, o entendimento de raça como uma construção socialmente aprendida e reproduzida e um letramento racial que embase a interpretação de práticas e códigos racializados, evitando-se camuflar situações de racismo como bullying ou mal-entendidos.

Segundo M17 (dissertação), até meados de 1950, os estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) focalizavam as pessoas brancas, pois os negros ainda estavam lutando por direitos já garantidos à branquitude, como o uso do elevador social e dos mesmos banheiros, direito ao voto e inserção formal nos espaços de trabalho. O resultado da sua pesquisa revelou que alguns técnicos de enfermagem registraram pouca abertura dos médicos para ouvir e dar crédito ao que expunham sobre os pacientes. Para a autora, embora a questão racial não seja diretamente afirmada nessa questão, é inegável que a relação entre a quantidade de negros e brancos na medicina e nos técnicos de enfermagem é inversamente proporcional, e esse fato pode ser analisado sob a ótica do racismo estrutural que legou espaços de poder a corpos brancos.

Interessada em investigar como a raça opera na contemporaneidade a partir do discurso dos profissionais lotados na Atenção Básica, M21 (dissertação) entrevistou onze profissionais (nutricionista, assistente social, psicóloga, enfermeira e médicos) e concluiu que nem os Institutos de Ensino Superior nem a Secretaria Municipal de Saúde capacitavam os profissionais sobre a conexão entre relações raciais e saúde. A autodeclaração dos usuários nos sistemas de saúde nem sempre era respeitada e, às vezes, confundida até mesmo com um transtorno mental. O usuário branco permanecia como norma, não era racializado e tinha sua individualidade respeitada.

Havia recusa, discriminação ou omissão no atendimento a pessoas negras, e a peregrinação de um usuário findou em seu suicídio. Era comum a equipe valer-se de argumentos teóricos-técnicos para sustentar práticas discriminatórias e apresentar uma indignação narcísica, isto é, mobilizando-se para um desfecho terapêutico favorável quando o paciente era branco em situação de vulnerabilidade, sem envidar os mesmos esforços quando se tratava de uma pessoa negra.

A investigação de M23 (dissertação) contemplou 25 entrevistas de médicos/preceptores de medicina de diversas especialidades, raças e gêneros de um Hospital Universitário. Os dados revelaram que discrepâncias de gênero eram mais bem

explicitadas que as de raça, e o “racismo à brasileira” manifestava-se tanto pela negação das desigualdades entre brancos e não brancos como pela supervalorização da identidade branca. Alguns dos entrevistados ainda adotavam raça por um prisma biológico, mesclado pela etnia ou ainda reduzido à cor. Esses profissionais reproduziam estereótipos sociais com tratamentos desiguais a pessoas que compunham outros grupos raciais, inclusive com colegas de trabalho da mesma profissão, de outra categoria ou usuários.

Alguns médicos reconheciam a discriminação nos serviços de saúde, mas, além de não se implicarem, acreditavam que negros eram mais fortes, embora não sentissem menos dor. Médicos negros que alcançaram mobilidade social relataram algum grau de estranhamento por seus pares e/ou usuários, além de sinalizarem a noção de igualdade parametrizada por um referencial branco, onde os episódios de racismo e discriminação são mais sutis e refinados, mas não desaparecem. Houve relatos de indiferença à violação de direitos da população negra, mas, em geral, justificada pelo tecnicismo que embasa a prática médica. Profissionais autodeclarados como amarelos (descendentes de asiáticos) acumulavam os mesmos privilégios simbólicos e materiais que os brancos.

#### **4.3 Atualização da herança eugênica e a reatualização do pacto da branquitude**

Ainda em 2022, durante o isolamento sanitário, dois pós-graduandos cartografaram suas experiências com o enfrentamento da covid-19, a partir do impacto produzido nos seus corpos: uma mulher branca e um homem negro. Essa experiência foi retratada por M2 (artigo), para quem branquitude corresponde a um conjunto de valores, normas, comportamentos e expectativas que se associa à construção social da raça branca como superior e universal em relação a outras raças. A pandemia de covid-19 evidenciou as desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira, especialmente no tocante aos privilégios das pessoas brancas, contrastando com a maior vulnerabilidade das pessoas negras no acesso à saúde, aos empregos, à moradia e às condições de trabalho. As pessoas brancas, por sua vez, possuem outra vivência com melhores recursos financeiros, redes de apoio social e empregos que podem ser desempenhados remotamente, lhes conferindo conforto e proteção, sinalizando a atualização de uma agenda eugênica.

O relato de experiência de M5 (artigo) surgiu durante a realização de entrevista remota para sua tese. Na reunião virtual, uma participante disse “Quando eu vi sua foto no WhatsApp eu pensei: é pessoa séria, do bem. Porque a gente fica cismada com a malandragem da internet, né?”. Essa afirmação a intrigou e fez a autora, lida socialmente como branca, embora se afirme parda, perceber que não havia obtido nenhuma negativa sobre a participação na sua pesquisa. Reviu também sua foto no perfil: feita em um estúdio fotográfico, perfeitamente maquiada, com os dois filhos brancos, um de olhos verdes e trajando roupas cenográficas, com um cenário repleto de flores, balanço para as crianças, papel de parede em tom pastel. Enfim, uma paisagem bucólica, que remontava à delicadeza primaveril e divorciada das agruras cotidianas de outras alteridades, às quais a malandragem verbalizada pela interlocutora estaria associada.

Esse relato a fez compreender como no Brasil a raça está atrelada à classe e que há uma valoração subjetiva na associação de raça/cor com adjetivações diversas, a depender do grupo ao qual o indivíduo pertença. Refletiu sobre uma nova pergunta da interlocutora: “A covid passou aí na sua casa?”, e novamente se viu cercada de privilégios que não alcançaram a maioria da população brasileira com outros matizes raciais. Conclui que a pandemia expôs a mentalidade escravista da classe dominante brasileira, explicitando um novo pacto de branquitude, pois embora o vírus tenha atingido inicialmente às classes mais abastadas, essas receberam assistências nos espaços hospitalares privados mais bem estruturados do país. Esse novo pacto reafirmaria a escala de valores que vê no branco o modelo de superioridade.

Segundo M8 (artigo), instaurou-se um cenário de barbárie nos diversos âmbitos da vida social, legitimado pelo desgoverno nazifascista de Jair Bolsonaro, que durante a pandemia adotou comportamento negacionista, diante do empilhamento de corpos. Este governo seria o aprofundamento e continuidade do mandato ilegítimo de Temer, cujo ministério era composto por 24 homens brancos que pavimentaram a ponte para o abismo como plataforma administrativa, onde o ódio de classe foi destilado e as parcas políticas públicas derruídas, a exemplo das contrarreformas trabalhista e previdenciária além da aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou por vinte anos os gastos da União com despesas nas áreas da saúde, habitação, assistência social etc.

A redução do papel do Estado é invocada como estratégia neoliberal afetando os segmentos mais explorados: populações negras, indígenas, mulheres e LGBTs. Confirma-se desse modo que a dinâmica de crise do capital também é atravessada pelas particularidades étnico-raciais e de gênero, visto que a dominação de classe se reactualiza com nossa herança escravocrata, colonialista e heteropatriarcal.

A intelectual relembra que a primeira morte por covid-19 foi de uma mulher negra, de 63 anos, trabalhadora doméstica, que contraiu o vírus de sua patroa, moradora do Leblon, recém-chegada da Itália. A pandemia tem escancarado a mentalidade escravista da classe dominante brasileira, explicitando o novo pacto da branquitude no país, pois embora o vírus tenha atingido inicialmente às classes mais abastadas, estas rapidamente receberam tratamento nos mais importantes e caros hospitais. Esse novo pacto da branquitude reafirma a escala de valores que vê no branco o modelo superior e no negro o inferior, permitindo que a pandemia de coronavírus se espalhe para as periferias mais precarizadas, com os piores indicadores econômicos. Retrato de um Brasil em preto e branco que guarda estreita relação com o desenvolvimento do capitalismo dependente, com relações sociais de produção ancoradas na escravidão e na violência patriarcal.

Para M24 (artigo) na sociedade paulistana, houve uma apropriação e atualização dos significados compartilhados sobre superioridade e pureza racial dos brancos, que propiciou um sistema hierárquico silencioso e camuflado de atribuição de status social, desvalorizando as pessoas na proporção em que essas se afastavam do modelo ideal

de brancura. São essas as conclusões contidas no seu artigo que recorreu a fontes documentais da “Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM)” sediada no Hospital de Juquery, e avaliaram como esse projeto reverbera ainda hoje através de entrevistas com seis paulistanos autodeclarados e heteroidentificados como brancos pelas pesquisadoras. Destacam que o movimento eugenista se dividia entre a psiquiatria que tentava se afirmar enquanto medicina e uma corrente psicanalista. A primeira vertente, foco das autoras, tentava se espelhar no apartheid norte-americano para resguardar a pureza da raça branca, censurando casamento multirracial, propondo exames pré-nupciais e sugerindo a seleção dos imigrantes que aportavam no Brasil, de modo que só os “brancos legítimos” fossem aceitos.

A eugenista, isto é, a boa geração, encontrou ares de ciência na intelectualidade paulistana, incomodada com o discurso da sociedade democrática e a proclamação da igualdade de direitos. As diferenças fenotípicas e sociais serviram de substrato para comprovar o fracasso da República, ao mesmo passo que reforçavam o enaltecimento da branquitude brasileira. Paralelamente, se expandia uma fase ainda mais radical do movimento eugenista através do controle de natalidade e matrimonial, esterilizações de “miscigenados” e abortos induzidos. Durante a pesquisa de campo, as autoras identificaram que o ideal de branqueamento ainda era latente nos paulistanos e às vezes travestido de aspectos culturais, no caso de alguns descendentes de europeus, sem a necessidade de fazer menção à raça-cor. Existia também associação automática entre aspectos físicos e valores morais.

Nessa mesma esteira, M9 (artigo) ao discorrer sobre raça e subjetividade, salienta que a branquitude tem um significado sócio-histórico carregado de normas e superioridade no tocante ao padrão estético, à civilidade e ao desenvolvimento. Reflete que a clínica psicológica desprovida de letramento racial pode reproduzir sofrimento e gerar diagnósticos patologizantes, a exemplo de repetições neuróticas, paranoias, baixa autoestima. Esta seria uma forma de isolar o indivíduo de sua base social. Propugna que a experiência racial é sempre atravessada por outros ingredientes, como gênero, corporeidade, origem, bairro, família, recursos materiais etc., que merecem atenção do profissional. Chama a atenção para o fato de que a não identificação com o lugar de superioridade vinculado à brancura não interrompe o sistema de benefícios, vantagens, acessos e privilégios sociais que a branquitude lhe confere.

#### **4.4 Invisibilidade da branquitude e/ou sua manutenção como norma**

M4 (artigo) discorre sobre as oficinas realizadas entre 2019 e 2020 com membros dos Núcleos Docentes Estruturantes de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina. Perceberam inconstância na participação das oficinas e prevalência de docentes autodeclarados brancos/as, seguido dos pardos/as, um preto e outro que preferiu não se racializar.

Os docentes apontaram: a) falta de tempo, pressão produtivista e pouco embasamento para abordagem de um tema que requer problematização profunda, deixando-a superficial na ministração das disciplinas; b) a opressão por classe mascarando a opressão por raça, sendo inclusive sustentado como suficiente e mais necessária por alguns docentes; c) a depender do curso, o foco era mais assistencial que político, não incluindo a dimensão de equidade como direito, acesso e construção social e enfatizando os determinantes biogenéticos da população negra; d) reconheceram que há uma militância estudantil que contribui para que a pauta emergisse, gerando uma visibilidade dos processos sociais e das desigualdades existentes no curso; e) a meritocracia foi evocada para depreciar o ingresso por cotas; f) ausência de relatos sobre vivências de docentes negros/as, excetuando-se o professor de medicina preto que mencionou episódios de racismo na docência da graduação; g) no tema sobre branquitude emergiram discursos de “somos todos brasileiros”, “o que existe é raça humana” e “a diferença existente se explica pela classe”; h) denunciaram dificuldade na auto e na heteroidentificação racial e assumiram que essa realidade se repete nos equipamentos de saúde.

Para M6 (dissertação) a abordagem psicanalítica nos cursos de psicologia possui representação branquíssima, levando estudantes não brancos a se sentirem “estrangeiros no campo Psi”, e repercutindo no futuro exercício profissional. Ao se debruçar sobre Virgínia Leone Bicudo, a pesquisadora verificou que a mesma introduziu o escopo racial no seio da psicanálise por volta de 1945, período em que ganhava força o pensamento de democracia racial cunhado por Gilberto Freyre. No entanto, Virgínia foi mais uma das vítimas do epistemicídio acadêmico, assentada no registro funcional na USP como “branca” e seu legado se transformou “em letra morta”, pari passu crescia uma aceitação tácita da classe como referência de manutenção de privilégios. A tese de Virgínia desapareceu do catálogo da USP e sua voz reverberou pouco na Psicologia Social, que ainda tende a privilegiar referenciais norte-americanos e europeus.

A pesquisa documental de M18 (artigo) analisou três documentos oficiais do Ministério da Saúde: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (2004), “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: A Saúde das Mulheres Negras” (2005) e a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS” (2017). As autoras concluem que, ou prevalece a ausência de cor, ou a branquitude de algumas mulheres é mencionada apenas para ressaltar a diferença na vida das mulheres negras, institucionalizando a mulher branca como padrão. Salientam que a presença do quesito raça-cor nos sistemas de saúde foi uma conquista do feminismo negro, sua não utilização desqualifica os dados e impede a reformulação das políticas públicas.

#### **4.5 A (re) afirmação da supremacia branca através do controle de corpos negros**

M11 (resenha) discorre sobre o livro “Saúde Mental e drogas em tempo de pandemia: contribuições do Serviço Social”, e numa rápida passagem sobre branquitude, a autora reflete sobre seu significado social ajudando a entender como a sociedade desigual lida com o privilégio e a vantagem estrutural que as pessoas brancas têm tanto no uso, abuso, diagnóstico, tratamento e recuperação das drogas.

As conclusões de M19 (artigo) sobre o assunto é que o quesito raça-cor foi designado apenas para não brancos, no pós-abolição em um hospital psiquiátrico. Estas pessoas eram objeto de estudo e serviram para sustentar a ciência nascente. Pacientes brancos possuíam diagnósticos distanciados de matriz orgânica. Postula que o fracionamento regional do Brasil foi incorporado por muitos médicos eugenistas de São Paulo, de onde brotou o pensamento que o negro representava um “corpo estranho” na formação histórica do paulista, e como tal, deveria desaparecer ou ser absorvido por um projeto eugenico futuro.

O estudo de M22 (artigo) evidenciou que o processo de identificação da raça/cor no ano de 2007 no IML de Salvador era omissa, impreciso e distorcera a informação final da Declaração de Óbito (DO) que alimentava o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Os grupos raciais não brancos eram identificados, de forma indistinta, em geral com a classificação racial parda. A exceção ficava com os cadáveres brancos, que eram interpretados como um corpo não habitual à morte em condições violentas, uma excepcionalidade quase injustificável. Sustenta que incontestes distorções nessas bases de dados impõem a necessidade de se escrutinar como estes são gerados, e quais os sentidos que os profissionais de saúde lhes atribuem, pois além de serem eivados de subjetividade relacionam-se ao grupo de pertença de quem os gera.

Os critérios não eram técnicos, não se valiam de análise fenotípica e em geral, prevaleciam as impressões dos profissionais. Essas imprecisões, das quais apenas os brancos escapavam, tornavam-se mais problemáticas pelas implicações jurídicas que a morte violenta podia acarretar. Conclui que identificar o indivíduo envolve o trato com informações preciosas relacionadas à sua trajetória na vida, passando inclusive pela morte. A este respeito, a brancura da pele associada à posição social que essas pessoas ocupam na sociedade, possibilita agregar privilégios, até nos últimos suspiros.

Nessa mesma esteira, M9 (artigo) ao discorrer sobre raça e subjetividade, salienta que a branquitude tem um significado sócio-histórico carregado de normas e superioridade no tocante ao padrão estético, à civilidade e ao desenvolvimento. Reflete que a clínica psicológica desprovida de letramento racial pode reproduzir sofrimento e gerar diagnósticos patologizantes, a exemplo de repetições neuróticas, paranoias, baixa autoestima. Esta seria uma forma de isolar o indivíduo de sua base social. Propugna que a experiência racial

é sempre atravessada por outros ingredientes, como gênero, corporeidade, origem, bairro, família, recursos materiais etc., que merecem atenção do profissional. Chama a atenção para o fato de que a não identificação com o lugar de superioridade vinculado à branquia não interrompe o sistema de benefícios, vantagens, acessos e privilégios sociais que a branquitude lhe confere.

#### **4.6 Relacionada ao simbolismo de poder e autoridade impostos pela medicina**

A experiência de M3 (artigo), condicionada ao uso de um jaleco branco durante sua experiência etnográfica numa clínica de pesquisa farmacêutica também em São Paulo, reflete a intersecção entre racismo e branquitude presentes na medicina. Sinaliza que naquele espaço duas barreiras separavam os profissionais: um balcão e a cor, desnudando as hierarquias epidérmicas. Além disso, observou que ser médica impunha um padrão estético: ser magra, branca, usar roupas formais, sapatos altos ou sapatilhas, unhas pintadas, além de uma insígnia: um jaleco branco comprido com distintivos na lateral e identificações pessoais bordadas. Sentia-se uma *outsider within* (forasteira interna) durante seu trabalho de campo. Recupera a hostilidade das entidades médicas com os médicos cubanos, associando-os a empregados domésticos e escravos, enfatizando que a palavra “escravidão” poderia ter o potencial de denunciar o deslocamento, a desqualificação para o exercício do trabalho médico, fixando esses corpos em seus respectivos “lugares de origem”. Neste universo embranquecido, um médico negro seria um desviante do seu destino “natural” e, portanto, sempre alvo de descrédito pelos pacientes brancos ou apenas sujeitos de pesquisas.

#### **4.7 Reduzida a uma variável epidemiológica descontextualizada historicamente**

A pesquisa de coorte conduzida por M20 (artigo) revelou discrepâncias de registros em prontuários com repercussões terapêuticas mais favoráveis às mulheres idosas brancas diagnosticadas com câncer de mama, comparadas às negras. A qualidade das informações não alcançava a excelência nas 48 variáveis elencadas para o estudo dos 1.241 prontuários, dentre as quais, a raça-cor. As autoras informam que “trata-se de uma variável complexa, pois não se limita à biologia, mas representa um conjunto de significados e exposições socioculturais que retratam a iniquidade em saúde” (BRANDÃO-SOUZA *et al.*, 2019, p. 6).

As autoras advertem que as mulheres negras possuem maiores taxas de mortalidade e diagnósticos tardios, por isso salientam que informações completas são fundamentais, considerando que o registro equivocado produz tendência ao branqueamento ou branquitude e repercute na formulação de políticas públicas de saúde (BRANDÃO-SOUZA *et al.*, 2019, p. 6).

Na nuvem de palavras abaixo, gerada a partir da frequência das palavras-chave dos resumos das dissertações e dos artigos, “racismo” e “branquitude” aparecem em primeiro plano. De fato, são inseparáveis, pois

O racismo é um jogo de soma zero: a proporção da discriminação de um lado da equação é exatamente a mesma de privilégios do outro lado. E como o próprio nome sugere, o principal fator que determina quem é discriminado e quem é privilegiado é o lugar racial do indivíduo (SANTOS, 2022, p. 15).



Figura 1 - Nuvem de palavras. Fonte: as autoras.

Em segundo plano, há destaque para as palavras “psicologia”, “desigualdades” e “raça”. A primeira, possivelmente, decorre do acúmulo de conhecimento que essa área de conhecimento vem registrando sobre o tema, sobretudo depois da publicação do livro “Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil”, em 2002 (1<sup>a</sup> edição) de Maria Aparecida Bento, depois do ostracismo de Clóvis Moura (ASSUNÇÃO, 2022) e Guerreiro Ramos (CARDOSO, 2019), igualmente vítimas do establishment intelectual nas décadas de 1940 e 1950.

Desigualdades e raça, que surgem na sequência, são vocábulos praticamente sinônimos, do ponto de vista histórico. Todas as publicações examinadas, bem como as estatísticas oficiais, comprovam esse entrelaçamento permeado pela discrepante distribuição de poder, recursos, oportunidades e acesso a bens simbólicos e materiais, inclusive na área da saúde. No entanto, sobre o significado de “raça”, chama a atenção a compreensão híbrida do artigo de M19, onde constructo social se mescla com determinações biológicas, aspecto desde há muito superado cientificamente, mas sustentado em alguns paradigmas biologicistas. Portanto, a ideia de branquitude se limita, para a autora, à cor de pessoas brancas, mas sem nenhuma contextualização sócio-histórica.

Outro aspecto a ser destacado ainda sobre esse mesmo artigo é que foi o único com enfoque quantitativo, hegemônico no campo da saúde. Isso pode representar uma relativa desobediência epistêmica dos demais pesquisadores, ou, por outra via, simbolizar

dificuldades enfrentadas no manejo do conceito no interior de PPGs e/ou áreas de conhecimento fortemente regidas por lentes coloniais.

As oscilações do número de publicações depois do ápice em 2020 são preocupantes e podem sinalizar a necessidade de monitoramento desse dado e intensificação de investimentos na continuidade das pesquisas, pois, estando a pandemia em relativo controle e a direita protofascista fora do poder central, o sentimento de normalidade foi recuperado e a branquitude “guardiã silenciosa de privilégios” (LABORNE, 2014, p. 2) pode sair do radar das investigações.

O número de manuscritos, a nosso ver, foi considerado acanhado não só diante do continuum de vantagens sanitárias deste grupo racial, mas também pela necessidade de redefinição dos critérios de inclusão relatada na fase de busca para alcance de uma amostra significativa. Essa situação ratifica que o assunto está longe de exaurimento.

O eixo “profissional-usuário”, presente em cinco manuscritos, revelou uma unilateralidade de problematizações incidindo tão somente sobre os profissionais, especialmente médicos, com escassa alusão às demais profissões de saúde. Além disso, verificou-se ausência de investigações sobre a branquitude focada nos usuários/pacientes, nos membros do Controle Social e principalmente nos gestores.

O eloquente silêncio da Região Norte também é um dado embaraçoso, sobretudo pela alta densidade de povos originários e pelo desfecho trágico de condições de saúde durante e pós-emergência sanitária. Igualmente intrigante é o fato de que apenas o estado da Bahia demonstrou interesse pelo assunto, dentre os nove estados da Região Nordeste, onde a concentração de pessoas negras é prevalente.

Por fim, há que se registrar que vários achados (M1, M4, M5, M6, M9, M12, M13, M14, M15, M18, M19, M22 e M23), em alguma medida, aludem à necessidade de aprimoramento da formação dos profissionais, seja nas graduações, nas pós-graduações ou na Educação Permanente, instituída pela Portaria 198/2003. Com efeito, segundo Gomes (2018, p. 239) “[...] o conhecimento não se reduz ao cânone, devendo ser constantemente atualizado e indagado pelas novas teorias, novas interpretações e por outros autores de diferentes pertencimentos étnico-racial, de sexualidade, de diversas regiões do mundo”.

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No campo da saúde já são fartamente documentados estudos que esquadrinharam as vítimas do racismo, entretanto pouco se sabe sobre a fração dos que se beneficiam com tais práticas, ou seja, a face embaçada da branquitude. O panorama temático indica que a concepção de branquitude conexa à saúde é densa, crítica e profunda.

A difusão dos achados pode colaborar no combate às iniquidades em saúde e as lacunas evidenciadas são impulsionadoras de novas investigações.

## REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, Marcello Felisberto Morais de. As injustiças de Clio revisitado: Clóvis Moura e a crítica da branquitude no campo historiográfico. **História da Historiografia: International Journal of Theory and History of Historiography**, v. 15, n. 38, p. 231-252, 2022.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, jan/mar 2016, p. 9-18.
- BENTO, Maria Aparecida da Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iracy; BENTO, Maria Aparecida da Silva (Orgs.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Editora Vozes Limitada, 2020.
- CARDOSO, Lourenço. **O branco “invisível”: um estudo sobre a emergência da branquitude nas pesquisas sobre as relações raciais no Brasil (Período: 1957-2007)**. 2008. 290f [Mestrado em Sociologia] – Faculdade de Economia/Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.
- CARVALHO, Matheus. **Privilégios brancos no mercado de trabalho – diversidade, raça e racismo entre profissionais no Direito contemporâneo**. 1. Ed. São Paulo: Matrioska, 2021
- CARREIRA, Denise. Indicadores da qualidade na educação: relações raciais na escola. São Paulo: **Ação Educativa**, 2013.
- CORDEIRO, Luciana; SOARES, Cassia Baldini. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, v. 20, n. 2, 2019, p. 37-43.
- ESCOREL, Sara. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, 2017, p. 3831-3840.
- GOMES, Nilma Lino. O Movimento Negro e a intelectualidade negra descolonizando os currículos. In: BERNARDINO-COSTA, J., MALDONADO-TORRES, N., GROSFOGUEL, R. (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. P.223-246
- LABORNE, Ana Amélia de Paula. Branquitude e Colonialidade do Saber. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, Curitiba, v. 6 n. 13, Mar/jun 2014, p. 148-165 | Dossiê Temático “Branquitude”.
- SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Racismo brasileiro: uma história da formação do país**. Todavia, 2022.