



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PPGPSI UFS

Programa de Pós-graduação em Psicologia

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ROSELY ANACLETO DE JESUS MORAIS DE ALMEIDA

**DIMENSÕES DO PRIVILÉGIO BRANCO NO SUS:
A EXPERIÊNCIA DA CLASSE MÉDIA**

SÃO CRISTÓVÃO- SE
2025

ROSELY ANACLETO DE JESUS MORAIS DE ALMEIDA

**DIMENSÕES DO PRIVILÉGIO BRANCO NO SUS:
A EXPERIÊNCIA DA CLASSE MÉDIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), no Departamento de Psicologia (DPS), da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como pré-requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Almeida Ferreri.

SÃO CRISTÓVÃO - SE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Almeida, Rosely Anacleto de Jesus Morais de

A447d Dimensões do privilégio branco no SUS: a experiência da
classe média / Rosely Anacleto de Jesus Morais de Almeida ;
orientador Marcelo de Almeida Ferreri. – São Cristóvão, SE,
2025.

262 f.; il.

Tese (doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de
Sergipe, 2025.

1. Psicologia. 2. Privilégio (Psicologia social). 3. Classe média.
4. Brancos. 5. Branquitude. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I.
Ferreri, Marcelo de Almeida, orient. II. Título.

CDU 159.9:614

Tese da doutoranda **Rosely Anacleto de Jesus Moraes de Almeida**, intitulada: “DIMENSÕES DO PRIVILÉGIO BRANCO NO SUS: A EXPERIÊNCIA DA CLASSE MÉDIA”, defendida e aprovada em 28/11/2025, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Marcelo de Almeida Ferreri

(Orientador)

Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e docente da UFS.

Sandra Raquel Santos de Oliveira

(Examinadora interna)

Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e docente da UFS.

Leomir Cardoso Hilário

(Examinador interno)

Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e docente da UFS.

Vera Núbia Santos

(Examinadora externa ao Programa)

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e docente da UFS.

Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

(Examinadora externa à instituição)

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará e docente da UFRN.

AGRADECIMENTOS

Como diz Belchior: “*Tenho comigo pensado Deus é brasileiro e anda do meu lado*”, por isso agradeço à *Ruah sagrada* (vocábulo feminino, em hebraico, que significa sopro, vento, brisa, traduzido no cristianismo colonizado para o masculino “Espírito Santo”), por me oxigenar com esperança durante esse trajeto investigativo. A desesperança, segundo Luiza Erundina, é um ato reacionário.

Aos meus amores, *Yuri* (filho), *Antônio* (esposo, companheiro de alta luz), meus pais (*Alberto e Lourdes*) e minhas irmãs (*Renata e Roberta*), que suportaram as “estranhas íntimas”, adormecidas em mim, que vez por outra “saíam do armário” durante essa produção intelectual.

Agradeço à *minha ancestralidade negra*, especialmente às mulheres, intelectuais e anônimas, que pavimentaram os caminhos que percorri e que se converte neste produto de pesquisa.

A *Marcelo*, docente impagável, que na primeira aula alugou um triplex na minha cabeça afirmando que “seu papel não era ensinar e sim, *sair da nossa frente*”. Sua ênfase na “escrita de si” me permitiu explorar minhas próprias experiências e perspectivas, contribuindo para uma análise mais profunda do tema. Sou grata pela oportunidade de ter sido a primeira doutoranda da Linha de Pesquisa Subjetivação e Política

A *Vera Núbia* por não ter soltado da minha mão, por ter me acolhido e supervisionado no estágio docente e ter partilhado todas as dores e delícias de quem está do outro lado do birô. Quanta honra ter uma das poucas docentes negras da UFS nesta etapa. Amo você!

Aos meus amigos do PPGPSI, especialmente aqueles que me encorajaram a permanecer, oferecendo escuta, ombro, braços, abraços, chá, chocolate e vinho, como *Beatriz Lessa, Rodrigo Almeida, Cláudia Ciribelli, Pedro Machado e Hênio Rodrigues*.

À banca de qualificação, de forma mais enfática à *Jana e Léo*, que nesta linha de pesquisa, atuaram com condições de possibilidades para a condução e finalização dessa tese, enriquecendo minhas análises com contribuições inestimáveis e centradas tanto no gênero quanto na raça.

A *Danilo*, secretário do PPGPSI, pela generosidade habitual e pela habilidade em destravar demandas administrativas que pareciam se eternizar, sem criar obstáculos.

Às professoras *Teresa Lisboa e Sandra Raquel* que compuseram a banca de defesa desta tese. A leitura atenta, rigorosa e generosa do trabalho, bem como as observações críticas e sugestões apresentadas ao longo do processo avaliativo, constituíram contribuições intelectuais de grande relevância para o aprimoramento da pesquisa.

Por fim, criei a coragem de reconhecer, valorizar e documentar *minha própria capacidade de resistir* e superar momentos de incerteza e autocrítica, pois este trabalho floresceu num terreno árido e espinhoso. O convite à desistência foi diário, mas a decisão de permanecer e transformar anos de experiência em pesquisa foi maior e sela meu compromisso com a produção de conhecimento.

O brasileiro branco reflete um etnocentrismo enraizado em uma herança histórica e ideológica, buscando preservar sua posição privilegiada no capitalismo dependente, sustentado pela marginalização cíclica da população negra. Descartada, mas mantida com salários ínfimos, essa massa equilibra o sistema, asfixiada por um Estado autoritário e repressivo (Clóvis Moura, 1983).

O branco, senhor de escravizados, era o homem sem devir porque não desejava a mudança em nenhum dos níveis da sociedade. Era um exemplo típico do homem alienado (Clóvis Moura, 1983).

RESUMO

Adotando a perspectiva dos de baixo, interrogo, nesta tese, como se manifesta o privilégio branco nas experiências herdadas e compartilhadas por usuários da classe média (AB) no contexto do SUS. A pesquisa inscreve-se no campo da Psicologia Crítica, engajada e situada, orientada por uma práxis anticapitalista, anticolonialista e antirracista. Fundamenta-se no marxismo e nos estudos críticos da branquitude. Caracteriza-se como estudo misto de abordagem qualitativa e caráter exploratório, combinando fontes variadas de análise: literatura especializada, documentos institucionais, indicadores censitários, dados do Ministério da Saúde, acervo iconográfico e autoetnografia multisituada. O primeiro capítulo apresenta uma revisão de escopo com 24 manuscritos, evidenciando a lacuna de investigações centradas na branquitude de usuários. O segundo capítulo historiciza a formação da classe média branca no Brasil, com ênfase no "milagre econômico" durante o regime militar, período de massificação de privilégios em troca de suporte ideológico. O terceiro capítulo tensiona a narrativa hegemônica do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) de construção do SUS "pela base", argumentando, contrariamente, que o SUS resultou de um pacto elitista liderado por intelectuais e técnicos majoritariamente brancos, adeptos da matriz eurocomunista do Partido Comunista Brasileiro, que haviam abandonado um horizonte emancipatório. O afastamento dos segmentos vulnerabilizados gerou uma crise de legitimidade no MRSB, designada como o "fantasma da classe [raça] ausente" por algumas lideranças. Herdeira da política imigrantista, a classe média branca, via MRSB, atuou na formulação da legislação sanitária, alinhando-se ao fomento à indústria farmacêutica e à mercantilização da saúde, além de boicotar um sistema verdadeiramente único, condicionando seu apoio ao SUS à manutenção de convênios privados. Dessa forma, garantiu dupla cobertura assistencial. O quarto capítulo denuncia a omissão institucional na coleta e no registro do quesito raça-cor nas instâncias do SUS, impactando a equidade do sistema de saúde. Os resultados analíticos, apresentados nos três últimos capítulos, indicam a existência de deferências materiais e simbólicas usufruídas pela classe média branca. Entre as vantagens materiais, destacam-se: a concentração de 69% dos estabelecimentos de saúde localizados no "território de branquitude", assegurando comodidade e rapidez nos atendimentos emergenciais; a disponibilidade de tempo para práticas culturais, desportivas e de lazer; a subversão de normas institucionais; a ocultação de informações sem prejuízo da assistência; a apropriação indevida de benefícios assistenciais; a customização de serviços relacionados a insumos específicos; o acesso privilegiado a tecnologias; as decisões judiciais e direitos sociais vinculados a diagnósticos; a adoção de condutas consumeristas; além de isenções fiscais e reembolsos com despesas ilimitadas de saúde. No âmbito simbólico, constatou-se a produção de hierarquias raciais por meio da adoção de uma linguagem institucional na Rede de Atenção à Saúde de Aracaju que celebra e enaltece a memória da racialidade branca. Dessa forma, a tese aporta à Psicologia Crítica a articulação dos conceitos de branquitude e racialidade, a valorização de saberes marginalizados e o aprofundamento da análise da interseção raça-classe em um sistema presumidamente único. Adicionalmente, a pesquisa desenvolve uma genealogia transversal das relações sociorraciais no contexto brasileiro, com ênfase na realidade sergipana e, em menor escala, na experiência pernambucana.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Privilégio branco; Classe média branca; Branquitude; Psicologia Crítica.

ABSTRACT

Adopting the perspective of those from below, this dissertation examines how white privilege manifests itself in the inherited and shared experiences of middle-class users within the context of the Unified Health System. The research is inscribed within the field of Critical Psychology, engaged and situated, guided by an anti-capitalist, anti-colonialist, and anti-racist praxis. It is grounded in Marxism and critical whiteness studies. This research is characterized as a mixed-methods study with a qualitative approach and an exploratory nature, combining various sources of analysis, including specialized literature, institutional documents, census indicators, Ministry of Health data, an iconographic collection, and multi-sited autoethnography. The first chapter presents a scoping review of 24 manuscripts, highlighting the gap in investigations focused on user whiteness. The second chapter historicizes the formation of Brazil's white middle class, emphasizing the "economic miracle" during the military regime, a period of privilege massification in exchange for ideological support. The third chapter challenges the hegemonic narrative of the Brazilian Health Reform Movement (MRSB), constructing SUS "from the grassroots," arguing instead that SUS resulted from an elitist pact led by predominantly white intellectuals and technicians, adherents to the Eurocommunist matrix of the Brazilian Communist Party, who had abandoned an emancipatory horizon. The distancing of vulnerable segments generated a legitimacy crisis in the MRSB, designated as the "phantom of the absent class [race]" by some leaders. Heir to immigration policy, the white middle class, via MRSB, acted in health legislation formulation, aligning with pharmaceutical industry promotion and health commodification, while boycotting a truly unified system, conditioning their SUS support on maintaining private health plans. Thus, they guaranteed dual healthcare coverage. The fourth chapter denounces institutional omission in collecting and registering race and color data in SUS instances, impacting health system equity. The analytical findings, presented in the last three chapters, indicate the existence of material and symbolic deferences enjoyed by the white middle class. Among the material advantages are: the concentration of 69% of health facilities located in the "territory of whiteness", ensuring convenience and speed in emergency care; the availability of time for cultural, sports, and leisure practices; the subversion of institutional norms; the concealment of information without prejudice to care; the improper appropriation of assistance benefits; the customization of services related to specific inputs; privileged access to technologies; judicial decisions and social rights linked to diagnoses; the adoption of consumerist behaviors; plus tax exemptions and reimbursements for unlimited health expenses. In the symbolic realm, the production of racial hierarchies was observed through the adoption of institutional language in Aracaju's Health Care Network that celebrates and exalts white raciality memory. Thus, the thesis contributes to Critical Psychology by articulating concepts of whiteness and raciality, valuing marginalized knowledge, and deepening the analysis of the intersection of race and class in a presumably unified system. Additionally, the research develops a transversal genealogy of socio-racial relations within the Brazilian context, with emphasis on the Sergipe reality and, to a lesser extent, on the Pernambuco experience.

Keywords: Unified Health System; White privilege; White middle class; Whiteness; Critical Psychology.

RESUMEN

Adoptando la perspectiva de los de abajo, esta tesis interroga cómo se manifiesta el privilegio blanco en las experiencias heredadas y compartidas por usuarios de la clase media en el contexto del Sistema Único de Salud. La investigación se inscribe en el campo de la Psicología Crítica, comprometida y situada, orientada por una praxis anticapitalista, anticolonialista y antirracista. Se fundamenta en el marxismo y en los estudios críticos de la blanquitud. Se caracteriza como un estudio mixto de enfoque cualitativo y carácter exploratorio, combinando fuentes variadas de análisis: literatura especializada, documentos institucionales, indicadores censales, datos del Ministerio de Salud, acervo iconográfico y autoetnografía multisituada. El primer capítulo presenta una revisión de alcance con 24 manuscritos, evidenciando la laguna de investigaciones centradas en la blanquitud de usuarios. El segundo capítulo historiza la formación de la clase media blanca en Brasil, con énfasis en el "milagro económico" durante el régimen militar, período de masificación de privilegios a cambio de apoyo ideológico. El tercer capítulo tensiona la narrativa hegemónica del Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (MRSB) de construcción del SUS "desde la base", argumentando, contrariamente, que el SUS resultó de un pacto elitista liderado por intelectuales y técnicos mayoritariamente blancos, adeptos a la matriz eurocomunista del Partido Comunista Brasileño, que habían abandonado un horizonte emancipatorio. El alejamiento de los segmentos vulnerabilizados generó una crisis de legitimidad en el MRSB, designada como el "fantasma de la clase [raza] ausente" por algunos líderes. Heredera de la política inmigrantista, la clase media blanca, vía MRSB, actuó en la formulación de la legislación sanitaria, alineándose al fomento de la industria farmacéutica y a la mercantilización de la salud, además de boicotear un sistema verdaderamente único, condicionando su apoyo al SUS al mantenimiento de convenios privados. De esta forma, garantizó doble cobertura asistencial. El cuarto capítulo denuncia la omisión institucional en la recolección y registro del ítem raza/color en las instancias del SUS, impactando la equidad del sistema de salud. Los resultados analíticos, presentados en los tres últimos capítulos, señalan la existencia de deferencias materiales y simbólicas de las que se beneficia la clase media blanca. Entre las ventajas materiales se destacan: la concentración del 69% de los establecimientos de salud ubicados en el "territorio de blanquitud", asegurando comodidad y rapidez en las atenciones de emergencia; la disponibilidad de tiempo para prácticas culturales, deportivas y de ocio; la subversión de normas institucionales; la ocultación de información sin perjuicio de la asistencia; la apropiación indebida de beneficios asistenciales; la personalización de servicios relacionados con insumos específicos; el acceso privilegiado a tecnologías; las decisiones judiciales y derechos sociales vinculados a diagnósticos; la adopción de conductas consumistas; además de exenciones fiscales y reembolsos con gastos ilimitados de salud. En el ámbito simbólico, se constató la producción de jerarquías raciales por medio de la adopción de un lenguaje institucional en la Red de Atención a la Salud de Aracaju que celebra y enaltece la memoria de la racialidad blanca. De esta forma, la tesis aporta a la Psicología Crítica la articulación de los conceptos de blanquitud y racialidad, la valorización de saberes marginalizados y la profundización del análisis de la intersección raza-clase en un sistema presumiblemente único. Adicionalmente, la investigación desarrolla una genealogía transversal de las relaciones sociorraciales en el contexto brasileño, con énfasis en la realidad sergipana y, en menor escala, en la experiencia pernambucana.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Privilegio blanco; Clase media blanca; Blanquitud; Psicología Crítica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Publicação de Portaria no Diário Oficial do Estado com os membros do Comitê Estadual no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS Sergipe	24
Figura 2- Nuvem de palavras.....	58
Figura 3- Pessoas escravizadas na produção cafeeira	76
Figura 4- Club Sportivo Feminino no Ground Adolpho Rollemberg, ano de 1920	83
Figura 5- Telas “Autorretrato”, “A negra” e “Operários” de Tarsila do Amaral	86
Figura 6- Comparativo entre as variáveis raça-cor do formulário oficial do SINAN e da interface do aplicativo "Meu SUS Digital". Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2023); Aplicativo "Meu SUS Digital" (Gov.br, 2024)	139
Figura 7- Mapa de Aracaju com % de pessoas brancas por bairros com base no Sidra-IBGE/ censo 2010	156
Figura 8- Mercado Central de Aracaju no Centro da cidade	157
Figura 9- Gráfico de Renda per capita mensal dos usuários vinculados à UBS Dona Sinhazinha, Aracaju	158
Figura 10- Centro Médico Jardim Europa, Parque da Sementeira e bairro Treze de Julho ...	159
Figura 11- Ciclopatulhadores da Guarda Municipal de Aracaju.....	163
Figura 12- Lugares heterotópicos	166
Figura 13- Lugares heterotópicos	167
Figura 14- Lugares heterotópicos	168
Figura 15- Fachada da sede do IBGE em Aracaju (jul./2024)	176
Figura 16- Fachada externa da UBS Dona Sinhazinha	182
Figura 17- Recepção da UBS Dona Sinhazinha e foto dela	184
Figura 18- Recursos pedagógicos de educação em saúde da Secretaria de Saúde de Aracaju	188
Figura 19- cópia das carteiras de trabalho digital e física do ministério do trabalho e emprego (MTE).....	206
Figura 20- Cena colonial pintada por Debret	220
Figura 21- Usuário negro em situação de rua	223
Figura 22- Publicidade do Ministério da Saúde em 2020	226

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Etapas de busca de literatura nas bases de dados	40
Tabela 2- Caracterização das literaturas, segundo ano de publicação em ordem decrescente, código, autoria, título e objetivo	441
Tabela 3- Distribuição Geográfica dos Programas de Pós-Graduação.....	43
Tabela 4- Distribuição dos manuscritos por eixos temáticos	433
Tabela 5- Classificação das entidades do MRSB	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB	Atenção Básica
ABC-paulista	Santo André, São Bernardo e São Caetano
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APLV	Alergia sobre Proteína do Leite de Vaca
APS	Atenção Primária em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAM	Confederação Nacional das Associações de Moradores
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CP	Cuidados Paliativos
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEAM	Despesas com Assistência Médica Suplementares
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre
DO	Declaração de Óbito
ECD	Estudo Crítico de Discurso
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FHTM	Fundamentos Históricos Teoria e Método
FNB	Frente Negra Brasileira
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe

HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IES	Instituto de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPi	Imposto sobre Produto Industrializado
IPVA	Imposto sobre Veículos Automotivos
ICM	Imposto sobre Circulação de Mercadoria
IOF	Imposto sobre Operação Financeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT+	Lésbicas, gays, bissexual, transgêneros e outros públicos
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LPHM	Liga Paulista de Higiene Mental
MMR	Movimento dos Médicos Residentes
MNU	Movimento Negro Unificado
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NIS	Número de Identificação Social
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PBF	Programa Bolsa Família
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCI	Partido Comunista Italiano
PMA	Prefeitura Municipal de Aracaju
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPGP	Programa de Pós-graduação
PPGPSI	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PPS	Partido Popular Socialista
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Review

PT	Partido dos Trabalhadores
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RE	Revisão de Escopo
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SECNS	Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde
SIDRA	Sistema Digital de Recuperação Automática
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SINASC	Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do espectro autista
UAA	Unidade Acolhimento Adulto
UBS	Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Sobre estranhamentos e recomeços.....	17
Sobre as suturas dessa tese orgânica	25
Quem sou eu na fila do SUS?	33
1. manuscrito 1: BRANQUITUDE E SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO.....	37
Introdução	38
Procedimentos metodológicos	39
Resultados	40
Discussão	44
1 A existência de um Estado racializado	44
2 Enfatizando a relação profissional – usuário no SUS	48
3 Atualização da herança eugênica e a reatualização do pacto da branquitude	51
4 Invisibilidade da branquitude e/ou sua manutenção como norma	54
5 A (re) afirmação da supremacia branca através do controle de corpos negros	55
6 Relacionada ao simbolismo de poder e autoridade impostos pela medicina	56
7 Reduzida a uma variável epidemiológica descontextualizada historicamente.....	57
Considerações provisórias.....	59
Referências.....	60
Posfácio.....	62
A maratona dos primeiros anos: corpo e tese travados.....	62
2. CLASSE MÉDIA BRANCA NO BRASIL: DA COLÔNIA À CONTEMPORANEIDADE	65
2.1 Aproximações históricas e conceituais sobre a “classe média”	65
2.2 Na colônia brasileira a barbárie passeava nua	72
2.3 Na Velha República o racismo também se fez “coisa pública”	80
2.4 O “milagre econômico” e a massificação de privilégios	89
2.5 Classe média branca: notas contemporâneas	97
3 A HISTÓRIA VISTA DE BAIXO SOBRE A ORIGEM DO SUS COMO UM PACTO CONSTRUÍDO PELO ALTO	105
3.1 Ecos coloniais da política sanitária antes do SUS.....	105
3.2 O perfil de raça e classe das entidades constitutivas do Movimento de Reforma Sanitária [MRSB].....	109
3.3 A matriz eurocomunista do MRSB e a ocupação dos espaços institucionais	117
3.4 O fantasma da classe [raça] ausente.....	122
3.5 A renovação do pacto sanitário construído pelo alto	125
3.6 O argumento da “autoexclusão” contraposto à “dupla inclusão” do estrato intermediário branco no SUS	132

4 A PRODUÇÃO SOCIAL DA NEGLIGÊNCIA NOS DADOS RACIAIS NO SUS E A PERTINÊNCIA DE UMA AUTOETNOGRAFIA	137
4.1 A imprecisão sobre a coleta do quesito raça-cor no SUS e os limites de pesquisas estatísticas	137
4.2 Autoetnografia como expressão de uma literatura menor	146
5 manuscrito 2: NOVOS CERCAMENTOS, SAÚDE E “LUGARES OUTROS”	151
Introdução	152
Procedimentos metodológicos	153
“Novos cercamentos”: as fortificações contemporâneas	154
Heterotopia: um conceito interrompido	163
Heterotopias aracajuana: “lugares estranhos” dentro do território de branquitude	164
Considerações provisórias.....	170
Referências.....	170
Posfácio.....	174
Dados em xeque: o espanto e a resistência acadêmica	174
6 manuscrito 3: RETRATOS DE UM SUS COLONIZADO: SIGNOS E SÍMBOLOS DA MEMÓRIA ANCESTRAL DA BRANQUITUDE EM ARACAJU	177
Introdução	178
Procedimentos metodológicos	179
A face desconhecida da branquitude aracajuana.....	179
Aspectos simbólicos da branquitude na interface com o SUS em Aracaju	180
Rastros da preservação da memória ancestral da branquitude no SUS em Aracaju.....	186
O revigoramento da herança simbólica da branquitude em Aracaju	189
Considerações provisórias.....	192
Referências.....	192
Posfácio.....	197
O lixo vai falar numa boa e cada vez mais alto!	197
7 AUTOETNOGRAFIA SOBRE AS DIMENSÕES DO PRIVILÉGIO BRANCO DA CLASSE MÉDIA BRANCA NO SUS.....	200
7.1 Sobre as implicações éticas.....	201
7.2 Sobre os serviços de saúde autoetnografados	201
7.3 Sobre meu escopo de prática.....	202
7.4 Sobre o perfil dos usuários.....	203
7.5 As cenas autoetnografadas: dimensões do privilégio branco.....	203
7.5.1 Vá você mesma buscar o prontuário. A médica da sala sou eu!	204
7.5.2 Por que vou informar minha renda se o SUS é universal?	205
7.5.3 Como assim, ele não tem direito ao Seguro DPVAT?	210
7.5.4 A senescência branca e o colonialismo digital.....	213

7.5.5 Tenho direito porque pago mais impostos	217
7.5.6 A mãe preta de menino grande que era “quase da família”	218
7.5.7 Os legítimos sujeitos de direitos.....	221
7.5.8 SUS: a terra que mana leite e mel	224
7.5.9 A renúncia fiscal para usuários neurodivergentes	227
7.5.10 A gestão não quer se indispor com a classe média	230
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	234
REFERÊNCIAS.....	237

INTRODUÇÃO

Sobre estranhamentos e recomeços

Esta não é uma tese sem rosto, tampouco linear. Seu título, intrigante à primeira vista, não compactua com a expulsão da classe média branca do combalido Sistema Único de Saúde (SUS), como será detalhado mais adiante, nem endossa o receituário neoliberal redutor de direitos sociais. Emergiu na penumbra entre o velho mundo insepulto e o novo que tarda a nascer (Gramsci, 2001), período em que uma crise existencial me alcançou. As desigualdades sociais que eu conhecia nos livros e nas estatísticas foram descortinadas a partir de um prisma que eu desconhecia.

Assim, inspirada em Glória Anzaldúa (2000, p. 235), essa pesquisa foi “escrita com sangue, pus e suor”, forjada nas vísceras da experiência doutoral e no cotidiano dos serviços de saúde onde exerço meu labor. O texto, saturado de cicatrizes, reflete um percurso marcado por mudanças estruturais e pessoais: transição de área de conhecimento, alteração de linha de pesquisa, revisão de paradigma teórico-metodológico, troca de orientador, mudança do formato *multipaper* para o monográfico, realização de estágio em docência no Serviço Social em vez da Psicologia, além de adversidades familiares e pessoais.

Expor parcialmente essas entranhas, através de posfácios, foi uma sugestão do orientador e tem por finalidade preservar a memória desse percurso fragmentado, não cedendo à lógica do epistemicídio que, sob o pretexto do rigor científico, encobre, mascara e soterra histórias. Além disso, uma tese que se assume visceral inevitavelmente se afasta da ciência canônica, moldada por uma "perspectiva epistemológica de corte positivista, que insiste em um projeto objetivista, asséptico, neutro, inodoro e incolor para a Psicologia" (Bicalho *et al.*, 2009, p. 21).

Antes de apresentar os elementos introdutórios, convém informar que minha aprovação no doutorado ocorreu no final de 2021, ano mais letal da pandemia de covid-19. No balanço do ano anterior, haviam sido registrados 194.976 óbitos; já em 2021, esse número mais que dobrou, chegando a 424.133 mortes (Jornal Nacional, 2021). Como profissional de saúde, também fui impactada pela emergência sanitária e pelas medidas institucionais adotadas no período. Minhas férias e licença-prêmio foram suspensas em razão da Medida Provisória nº 1.046, de 27 de abril de 2021, o que me manteve em atividade contínua, exposta a riscos e agravos, e sem direito a teletrabalho nem *home office*.

Até maio de 2021, 105 assistentes sociais haviam morrido em decorrência da infecção

pelo coronavírus (Leal *et al.*, 2022). No entanto, esse dado teve pouca ou nenhuma repercussão midiática. Naquele contexto, os holofotes se voltaram primordialmente para os profissionais cujo saber e saber fazer se atrelavam às determinações biológicas do binômio saúde-doença, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Esses passaram a ser publicamente reconhecidos como os da "linha de frente" dos serviços de saúde. Diante dessa invisibilização, passei a me assumir tranquilamente como trabalhadora da "linha de fundo", ou seja, compondo o segmento que sustenta a engrenagem do cuidado em saúde, mas que raramente é lembrado.

Por outro lado, as aulas universitárias estavam sendo ministradas remotamente, então enxerguei a possibilidade de cumprir as disciplinas e compatibilizá-las com meus dois vínculos profissionais e com a agenda do Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado de Sergipe (SINDASSE), no qual atuo como Coordenadora de Formação Sindical. Concorri e fui aprovada simultaneamente em dois Programas de Pós-Graduação (PPG) da Universidade Federal de Sergipe (UFS): Sociologia e Psicologia. Esses resultados me devolveram o fôlego negado a tantos brasileiros asfixiados sem oxigênio pelo Estado necropolítico¹ durante a pandemia. A proposta de tese era basicamente a mesma, apenas sutilmente adaptada às respectivas áreas de saberes. Embora inclinada pela Sociologia, um amigo me convenceu a optar pela Psicologia por ser, assim como o Serviço Social, considerada uma profissão de saúde.

Até 2025, Sergipe não contava com um doutorado em Serviço Social, e embora a questão racial seja um tema candente, algumas questões ainda são pouco tematizadas, a exemplo do mito da democracia racial e do pacto da branquitude nesta área de conhecimento (Lole, *et al.*, 2025). Contudo, no PPGPSI, minha permanência foi menos palatável do que pensei. Apesar de trabalhar com e conhecer muitos psicólogos, em muitas oportunidades me senti uma "forasteira interna" (Patricia Hill Collins, 1986). O ambiente novo, com códigos, leituras e referências distintas, provocava inquietações constantes. Havia poucas docentes mulheres, meus professores os heteroidentifiquei como brancos e os colegas eram uma juventude recém-formada.

Para enfrentar esse sentimento de "estrangeirismo", busquei refúgio no feminismo negro de bell hooks², cuja trajetória intelectual, marcada por sua infância em Kentucky, a levou a desenvolver uma perspectiva a partir das "margens". Essa visão única, que observa tanto de

¹ Por Estado necropolítico entende-se o exercício do poder estatal em sua dimensão racista, assassina e suicidária, orientado a matar ou deixar morrer indivíduos e grupos eleitos como indesejáveis. A excessiva burocracia estatal figura entre os exemplos discutidos por Mbembe (2018).

² A grafia em minúsculas de "bell hooks" representa um posicionamento político que desloca o foco da identidade pessoal da autora para o conteúdo de sua obra. O pseudônimo, em homenagem à avó Bell Blair Hooks, expressa uma crítica à centralidade do ego na autoria, priorizando as ideias e reflexões apresentadas em seus escritos.

fora para dentro quanto de dentro para fora, ofereceu-me um ponto de apoio teórico e existencial para navegar numa realidade bastante diferente da minha.

No entanto, eu não sabia que as abordagens psicológicas repercutiam de forma tão incisiva sobre a concepção de ciência e a produção de conhecimento. Nas Ciências Sociais, os pontos de contato e distanciamento internos, para mim, eram mais explícitos: Antropologia, Sociologia e Ciência Política. Na Psicologia foi uma descoberta processual e até sofrível.

O cerne da minha pesquisa possui um fio condutor quase imperceptível com minha dissertação, cujo objeto temático foi *O enfrentamento do trabalho precarizado na agenda sindical de assistentes sociais*, defendida em 2017 no PPG de Serviço Social (PROSS) da UFS. Ao estudar o movimento sindical que despontou na Inglaterra nos marcos da Revolução Industrial, fiz um discreto registro numa nota de rodapé que continuou me intrigando e, em certa medida, impulsionou meu retorno à universidade. Transcrevo:

Enquanto o norte da Inglaterra aglutinava os trabalhadores mais pauperizados, em Londres prevaleciam os sindicatos corporativos dos trabalhadores de maior grau de instrução e valorização salarial como mecânicos, pedreiros, marceneiros e carpinteiros. Esses resistiam à utilização das máquinas, demonstravam maior liderança ideológica e também apresentavam maior capacidade organizativa, chegando a constituir no interior do próprio proletariado o que Engels classificou de *aristocracia operária* pelo seu poder de fogo diante dos demais (Rosely Anacleto, 2022 [2017], p. 24 – grifos originais).

A aristocracia operária inicialmente identificada por Engels, parceiro intelectual de Karl Marx, levantou em mim a hipótese de que, talvez, ele estivesse tentando conceituar o que hoje definimos de forma aleatória e imprecisa como "classe média", pois a classe trabalhadora, não sendo uniforme, já denotava uma relativa hierarquia relacionada à distribuição espacial, às atividades desempenhadas no interior das fábricas e ao respectivo poder de barganha.

O conteúdo evasivo sobre o que significa pertencer à "classe média" passou a me acompanhar desde então, e sempre fico reticente quando ele é evocado. Numa ocasião familiar, por volta de 2018, fui visitar minha família em Recife e tive a oportunidade de rever um tio querido. Por telefone, ele me disse que havia adquirido um apartamento "de classe média" e que eu iria gostar muito. O apartamento ficava situado em um dos bairros mais periféricos e estigmatizados do Recife, possuía três lances de escadas e um salão de festa aberto com cadeiras de plástico brancas empilhadas. Mas tinha algo mais: um muro alto e uma guarita que os isolava dos demais moradores.

Muitos artistas brasileiros e "produtores de conteúdo" que ostentam um elevado padrão de vida nas redes digitais frequentemente se autodenominam como pertencentes à "classe

média" ou, em uma variação, "classe média alta". Contudo, essa identificação raramente reflete um conceito sociológico sólido e pode ser uma palavra fetichizada através da qual os subalternizados mascaram sua origem, e os mais bem aquinhoados disfarçam sua opulência.

Essa breve digressão encontra eco na Psicologia Social proposta por Pichon-Rivière (2005), ao considerar que o envolvimento do pesquisador com seu objeto constitui uma fusão entre sua história pessoal e sua trajetória acadêmica. Com efeito, há mais de 20 anos trabalho como assistente social na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju e, desde 2017, estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Sinhazinha. Nos atendimentos, percebo que muitos usuários informam ou são descritos como pertencentes à "classe média" e, em minha heteroidentificação, são majoritariamente brancos. Diante disso, passei a adotar a autodeclaração racial nas minhas intervenções, sempre explicando sua relevância para a demanda por eles apresentada.

Durante os atendimentos na UBS, ao lidar com gestantes negras, frequentemente empregadas domésticas, discutia a maior prevalência de violência obstétrica entre mulheres negras no SUS, refletindo sobre os mecanismos institucionais de proteção. Em contrapartida, ao atender um procurador federal branco que solicitava fórmula infantil de alto custo para seu filho, frisava a importância desse dado para a formulação de políticas públicas mais equânimes. A presença de usuários brancos em condição material bastante privilegiada, acessando pontualmente o SUS, me levou a questionar a naturalização da presença da classe média branca nesses espaços e a problematizar a ausência de um estrato intermediário negro. Essa lacuna, resulta de um processo histórico de racialização da própria "classe média", que será tematizada em um dos capítulos teóricos.

Ao evoluir o prontuário multidisciplinar, me respaldava tanto na Resolução nº 1.054/2023 do Conselho Federal de Serviço Social (Cfess), que permite e indica a utilização de instrumentos profissionais que possibilitem conhecer a realidade étnico-racial de grupos, bem como na Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça-cor nos formulários e instâncias dos Sistemas de Informação em Saúde.

Nessas abordagens, era comum pessoas lidas socialmente como brancas se afirmarem pardas, geralmente pelo desconhecimento do que o termo significa ou por intuitivamente resgatarem um ancestral negro ou indígena, por mais longínquo que fosse, para justificar seu atributo racial. Esse também era um momento fecundo para aprofundar o tema, problematizando que, no Brasil, a classificação racial, diferentemente dos Estados Unidos, não está ligada à carga genética, mas ao fenótipo. Depois desse diálogo introdutório, muitos reconsideravam sua autodeclaração. Recordo apenas dois casos em que houve divergência entre

a hetero e a autoidentificação, mas prevaleceu a escolha dos usuários, com essa ressalva sendo registrada em um espaço privativo do prontuário eletrônico.

Esse processo articulou-se ao meu letramento racial tardio, concretizado no espaço do SUS, quando experienciei episódios de subalternização racial que me conduziram à autorreflexão sobre minha condição de mulher negra. Um exemplo emblemático ocorreu durante o atendimento a uma usuária branca de classe média alta, cuja postura evocou o que Fanon (2008, p. 104) descreve: "não fui eu quem criou um sentido para mim, este sentido já estava lá, preexistente, esperando-me". Portanto, ainda que esta pesquisa não seja autocentrada, ela também expressa e sintetiza o meu devir negro.

Assim, ao contrário do que propõem as ciências conservadoras, que buscam distanciamento e neutralidade, assumo aqui uma posição de implicação teórica e ético-política com o objeto investigado e com uma possibilidade de transformação histórica. Nesse vagar, fui identificando com mais profundidade a intersecção entre raça e classe social e as diferentes demandas que marcavam aqueles sujeitos que acessavam um sistema de saúde universal, mas permeado por dinâmicas estruturais apartadas. Neste contexto, os usuários não representavam pessoas meramente atomizadas, "indivíduos singulares" (Marx, 2011 [1858], p. 109), pelo contrário; dado o imbricamento histórico que os envolvia, se afiguravam como "seres sociais" (Marx, 2011 [1858], p. 41). *Pari passu*, fui me aproximando dos estudos de Sueli Carneiro, responsável pela formulação do conceito de dispositivo de racialidade, o qual

Instaura, no limite, uma divisão ontológica, uma vez que a afirmação do ser das pessoas brancas se dá pela negação do ser das pessoas negras. Ou, dito de outro modo, a superioridade do Eu hegemônico, branco, é conquistada pela contraposição com o Outro, negro (Sueli Carneiro, 2023, p. 12).

Racialidade, para a autora, é definida como "uma noção relacional [através da qual] ser branco e ser negro são consideradas polaridades que encerram, respectivamente, valores culturais, privilégios e prejuízos decorrentes do pertencimento a cada um dos polos" (Sueli Carneiro, 2023, p. 22). Por sua vez, dispositivo refere-se à rede de relações de poder que engloba "discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo" (Foucault, 2000, p. 244).

Com isto, me debrucei sobre o conceito do dispositivo de racialidade na customização de serviços no SUS, focalizando na classe média branca. Agreguei à lente marxiana outras vinculadas ao pensamento crítico, para decifrar as entrelinhas das políticas públicas na interface

com o SUS, que, mesmo descritas como universais, privilegiam de forma reiterada um segmento específico. Como esse contingente acessa o SUS de forma pontual, é classificado na linguagem sanitária apenas como *usuário do SUS*, pois, geralmente, integra o seletivo grupo dos 24,5% de brasileiros conveniados à saúde suplementar (Brasil, 2024).

Em contraste, os usuários provenientes de bairros mais pauperizados e enegrecidos são frequentemente designados como *SUS dependentes*, uma vez que sua existência está, em grande escala, atrelada exclusivamente à saúde pública. Embora os profissionais de saúde reconheçam que ambos são usuários legítimos do Sistema, a presença ou ausência do termo "dependente" revela, implicitamente, as determinações sociais do binômio saúde-enfermidade, mas oculta os serviços destinados a cada grupo, mesmo que a legislação, repito, os apresente como universais.

Com base nessas considerações, este estudo parte da **premissa** de que há um hiato entre aqueles que conceberam, comandam e eventualmente utilizam o SUS e aqueles que dele exclusivamente dependem. Essa fenda, de origem colonial, é forjada em marcadores como raça e classe social e se reedita como privilégio branco nas experiências herdadas e compartilhadas por usuários brancos da classe média (AB).

Se o SUS é um território negro, como sustenta Almeida (2023), o que efetivamente justificou a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009? Dito de outros modos: como explicar que os moradores de um quilombo precisam de uma lei para acessar seu próprio território? Ou, como entender a necessidade de uma política de saúde específica para a comunidade negra dentro do seu próprio território?

As razões possivelmente são inúmeras e não apresento respostas determinísticas nas minhas conclusões, mas meu enfoque recaiu na cisão entre quem governa e ocasionalmente "visita" esse pretensso quilombo, focando de forma mais incisiva nesses últimos, que deixaram de passar por mim literalmente "em branco". Nesse percurso analítico, me detive nas formas de ser e estar no mundo da branquitude, no "Eu hegemônico" (Sueli Carneiro, 2023), nos "sujeitos universais brancos" (Aparecida Bento, 2022).

Com isso, mirei "não para o lugar de desvantagem, como recorrentemente utilizado na literatura, mas sim para os grupos sociais que experimentam vantagens simbólicas e práticas na teia social brasileira" (Matos; Tavares; Couto, 2024, p. 3), invertendo a "tendência de tratar questões de desigualdade através do foco nas vítimas da desigualdade" (Avtar Brah, 2006, p. 351). Concorro com Schucman (2012) que a unilateralidade do "negro-tema" nas pesquisas pode reforçar a ideia desses enquanto desvios e daqueles enquanto padrão.

Frente a isto, subverti o fetiche compulsivo de pesquisadores brancos que tomam os negros como seus tradicionais sujeitos de pesquisas e, na pegada de Du Bois (2007 [1935]),

reposicionei cientificamente o "branco-tema", deslocando-o da sua habitual neutralidade para o centro das análises. Estes, como advertia Ramos (1995, p. 202), "têm desfrutado do privilégio de ver o negro, sem por este último ser visto".

Para responder à questão orientadora – "como se manifesta o privilégio branco nas experiências herdadas e compartilhadas por usuários da classe média (AB), no SUS" –, a investigação teve como *locus* a UBS Dona Sinhazinha e dois hospitais públicos onde atuei, a partir da adoção do conceito de "campo-tema" desenvolvido por Spink (2003). Esse conceito propõe que o objeto de estudo transcenda uma delimitação meramente geográfica, configurando-se como um "território existencial" (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020). Nesse espaço, as interações entre práticas sociais, saberes do pesquisador e dos participantes configuram o processo investigativo, independentemente da presença física no local do estudo.

Dessa forma, o SUS foi definido como campo de estudo, contemplando uma autoetnografia multisituada tendo como foco os usuários da classe média branca do estrato socioeconômico "AB". A revisão de literatura apontou tanto o risco de declínio das pesquisas sobre branquitude e saúde desde 2020 quanto a inexistência de estudos centrados nos usuários do SUS, o que ressalta a relevância e originalidade desta proposta. Conforme adverte Sovik (2002), a branquitude deve permanecer como um problema a ser equacionado, pois “não focalizar o branco significa evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio” (Aparecida Bento, 2020, p. 27).

Adicionalmente, a pesquisa apresenta importância ética e política ao se implicar com "a mudança social e o papel [...] da ciência (psicológica) que problematize a realidade questionando a favor de quê e de quem" (Lima *et al.*, 2019, p. 13). Tal enfoque converge com os pressupostos de uma Psicologia Crítica, que articula "ciência e ativismo, teoria e prática, na busca pela promoção da saúde mental, da dignidade humana e da emancipação subjetiva e social, por meio da transformação de realidades desiguais, injustas e opressoras" (Lima *et al.*, 2019, p. 12). No âmbito do Serviço Social, a formação antirracista inaugurada por mulheres assistentes sociais negras em 1989 reafirma nosso compromisso com a luta contra exploração, opressão e dominação, central ao projeto ético-político emancipatório (Lole *et al.*, 2025).

Nessa angulação, os achados, além de colaborar com o enfrentamento ao racismo institucional no SUS, suscitando reflexões sobre a equidade em saúde pública, também repercutiram na minha militância sindical. Como desdobramento, fui indicada pelo SINDASSE para compor a única vaga destinada ao segmento sindical no Comitê Estadual de Equidade no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS, conforme publicação no Diário Oficial do Estado de Sergipe (Figura 1).

Figura 1- Publicação de Portaria no Diário Oficial do Estado com os membros do Comitê Estadual no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS Sergipe

quarta-feira, 19 de Junho de 2024 Aracaju - Sergipe	Diário
<p>Considerando a Portaria nº 230/GM/MS, de 07 de Março de 2023, que institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS). RESOLVE: Art. 1º Instituir o Comitê Estadual de Equidade no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS Sergipe como instância colegiada de elaboração de estratégias para a promoção de debates e ações de equidade de gênero, raça, etnia e enfrentamento das diversas formas de violências, preconceitos e discriminações no contexto do trabalho do Sistema Único de Saúde em Sergipe (SUS/SE). Art. 2º O Comitê Estadual de Equidade no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS Sergipe está vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. §1º - A Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe responderá pelo apoio técnico, administrativo e financeiro do comitê. Art. 3º O Comitê Estadual de Equidade no âmbito do Trabalho e da Educação no SUS Sergipe será constituído por representantes dos segmentos e instituições:</p>	
<p>Gestão do Trabalho Brena Gentil Resende (Titular) e Verônica Santos de Jesus (Suplente)</p>	
<p>Gestão da Educação na Saúde Vanete Santos Cardoso (Titular) e Sindaya Rose Carvalho Belfort (Suplente)</p>	
<p>Vigilância em Saúde Maria Simone da Silva (Titular) e Christiane Silva de Andrade Hora (Suplente)</p>	
<p>Atenção Primária Karla Melo Santos (Titular) e Carolay Nascimento Cerqueira (Suplente)</p>	
<p>Atenção Especializada Janaina Noronha de Brito (Titular) e Lana Monteiro Costa (Suplente)</p>	
<p>Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) Salviano Augusto de Almeida Mariz (Titular) e Elisônia Moura Lisboa (Suplente)</p>	
<p>Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Jéssica Danilo Santos da Silva (Titular) e Joseane Acácio dos Santos (Suplente)</p>	
<p>Superintendência Estadual do Ministério da Saúde Jisy Anne Pereira Santos (Titular) e Eduardo Pinto Guimarães (Suplente)</p>	
<p>Instituição de Ensino Superior Pública Federal - Universidade Federal de Sergipe (UFS) Rita de Cássia de Oliveira Barcellos (Titular) e Roxane de Alencar Irineu (Suplente)</p>	
<p>Movimentos Sociais Movimento Organizado dos Trabalhadores Urbanos (MOTU) - Maria Eleite Santos de Jesus (Titular) e Kelynn Alves Rodrigues (Suplente) Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) - Cleovalda Maria Goes Santos (Titular) e Maria Genivalda Vieira Nascimento (Suplente) ASTRA Direitos Humanos e Cidadania LGBT - Adriana Lohanna dos Santos (Titular) e Mirella da Silva Monteiro (Suplente)</p>	
<p>Entidade Sindical - Sindicato dos Assistentes Sociais de Sergipe (SINDASSE) Rosely Anacleto de Jesus Moraes de Oliveira (Titular) e Anselmo Menezes de Oliveira (Suplente)</p>	
<p>Conselho de Estadual de Saúde de Sergipe Fernando Antonio Nascimento da Silva (Titular) e Lizandra Ferreira de Lima (Suplente)</p>	
<p>Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.</p>	
<p>Dê-se ciência, cumpra-se e publique-se.</p>	
<p>Aracaju, 18 de Junho de 2024</p>	
<p>Walter Pinheiro Gomes Júnior Secretário de Estado da Saúde</p>	
<p>GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</p>	

Fonte: Diário Oficial do Estado de Sergipe (2024)

Antes de passar para o tópico subsequente, quero consignar um último detalhe. Optei por não flexionar o gênero; em contrapartida, decidi homenagear as autoras negras que contribuíram para a análise conduzida³, referenciando-as pelo prenome seguido do sobrenome exemplo: Sueli Carneiro; Aparecida Bento; Lélia Gonzales, Rafia Zakaria, Tereza Martins. Essa pequena transgressão às normas da ABNT é uma forma de afirmar meu compromisso com as margens para problematizar o centro e reconhecer o valor daquelas que pavimentaram a estrada para que eu chegasse até aqui. Portanto, sempre que uma autora for citada dessa maneira, o leitor saberá que se trata da formulação de uma intelectual negra. Além disso, as mulheres negras são as faces mais presentes nas filas do SUS e nos cadastros das demais políticas públicas. Fila e cadastro são duas palavras que elas conhecem bem. Todos os dias eu

³ A mesma atenção foi dispensada a uma escritora paquistanesa, autodescrita como “marrom”.

vejo minha ancestralidade materna (e eu mesma) espelhada em muitas delas.

Sobre as suturas dessa tese orgânica

Até a qualificação, minha pretensão era elaborar a tese exclusivamente no formato *multipaper*, baseada nas vantagens identificadas por Vieira e Freitas Júnior (2023): maior dinamismo na divulgação dos resultados e possibilidade de equilibrar a vida acadêmica com o trabalho externo, incluindo o trabalho doméstico, que assume especial relevância para o gênero feminino. Esse formato, inspirado no modelo escandinavo, onde a branquitude europeia se concentra predominantemente, consiste em um conjunto de estudos interconectados, e de acordo com Mutti e Klüber (2018) sua adoção envolve também a manutenção de uma norma já consolidada na academia (o texto monográfico) ou a disposição para rompê-la.

Frank e Yukihiro (2013) apontam que a principal característica das teses em formato de artigos é que cada um deles tem suas próprias características no tocante aos objetivos, método, resultados e discussões, permitindo sua submissão independente a periódicos acadêmicos. Esse formato foi uma escolha deliberada, sem objeção dos respectivos orientadores. Como não pretendo ingressar na carreira acadêmica e estou no doutorado com a finalidade única de potencializar o ato de pesquisar, desconhecia que esse tipo de tese divide opiniões por flertar com um *taylorismo* produtivista, dada a pressão por publicações.

Na dissertação já havia experimentado a escrita monográfica e apostei numa possibilidade mais ajustável à minha rotina pessoal. O exercício de uma escrita mais concisa e a disponibilização dos meus achados para a comunidade acadêmica também me motivaram, afinal a disseminação do conhecimento é uma fase constituinte da própria pesquisa. Ademais, num mundo em que mensagens circulam em redes digitais com limite de 140 caracteres (como o *Twitter*, agora "X"), em que aplicativos priorizam áudios cada vez mais curtos e acelerados, e com o avanço das "inteligências artificiais" – aliado ao editorial da *Nature* de 2016, que estimou que apenas 1,6% das teses são lidas integralmente, inclusive pelo próprio autor, após serem depositadas em repositórios institucionais (Flores, 2021; Cualheta, 2023) –, eu não hesitei. Afinal, estava sendo tudo tão árduo que não fazia o menor sentido que minha produção ficasse repousando num obituário de ideias.

No entanto, visando fortalecer a interconexão textual, ressalta-se que esta tese apresenta uma estrutura híbrida: não se enquadra no modelo convencional nem no formato *multipaper*. E os múltiplos objetivos dos capítulos e artigos convergem, sobretudo, para a construção de um corpo analítico capaz de nuançar as diferentes facetas do problema investigado.

A estrutura comporta dois grandes blocos, totalizando sete capítulos. O primeiro, de caráter teórico, reúne os fundamentos conceituais que dão densidade à pesquisa; o segundo, apresenta os resultados derivados da investigação de campo. Três manuscritos⁴ seguidos de posfácios também integram alguns capítulos. Esses manuscritos foram elaborados ainda na primeira linha de pesquisa, enquanto os posfácios sintetizam alguns fatos que impactaram o percurso investigativo. Os demais capítulos foram desenvolvidos integralmente na linha "Processos de Subjetivação e Política", que, à época da seleção, admitia apenas mestrands, tendo eu a honra de ser a primeira postulante ao doutorado nessa linha.

É pertinente ressaltar que pessoas negras, quando comparecem à minha exposição, são na condição de intelectuais ou por se tratar de um tema naturalmente relacional, mas nunca constituíram meus sujeitos de pesquisa.

O **embasamento teórico** orienta-se pelo projeto Ético-político dos Assistentes Sociais que se vincula “a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero” (Netto, 1999, p. 104-105). Mas também, a uma

Psicologia Social engajada e situada socialmente, *comprometida com a classe trabalhadora e com o fim de toda a exploração e opressão*. Trata-se, sem dúvida, de uma *Psicologia de feições revolucionárias* que demanda esforços para a produção e divulgação de saberes, métodos e fazeres sintonizados com a transmutação social na perspectiva da superação das mazelas das sociedades capitalistas (Perez, 2013, p. 9 – grifos meus).

Nesta perspectiva, estabeleci um diálogo de fronteira entre o marxismo e os estudos críticos da branquitude que se ancoram na teoria decolonial, partilhando uma concepção de ciência comprometida com uma *práxis* crítica e transformadora, princípios anticapitalistas, anticolonialistas e antirracistas. O conhecimento fronteiriço não descarta a produção do Norte global, mas ressalta as experiências do Sul global (Bernardino-Costa, 2007).

A tradição marxista, embora seja um fruto legítimo da modernidade ocidental e venha sendo até demonizada nos círculos acadêmicos, mantém sua densidade teórica por prospectar uma sociabilidade para além do capital, o que talvez explique seu ataque (Netto, 2022). O

⁴ Optei por utilizar o vocábulo “manuscrito”, que remete a um objeto de acabamento mais simples, focado no essencial, contrapondo-me ao seu congênere, o artigo, às vezes de luxo, que se adapta às demandas do mercado. Algumas das obras de dois autores que mais me inspiram, Franz Kafka (*Cartas ao Pai, A Metamorfose, O Processo, Na Colônia Penal*) e Karl Marx (*A Ideologia Alemã, A Questão Judaica, Grundriss [Rabiscos], Manifesto do Partido Comunista*), foram inicialmente confeccionadas neste formato. Essas formulações eram seminais, mas redigidas de forma fragmentária, inacabada, permeadas por rasuras, rabiscos, oscilações e uma abertura para o novo, para o devir.

ângulo de visão dos de baixo (Thompson, 1998) que adotei, refere-se a minha trajetória como assistente social negra, nascida e criada na periferia do Recife-PE, cuja prática profissional atualmente se desenvolve na interface com a classe média branca no âmbito do SUS.

Nesse percurso, os estudos críticos da branquitude, cujas raízes remontam às formulações do sociólogo marxista W. E. B. Du Bois (1868–1963), tornaram-se centrais. No Brasil, essa vertente ganhou densidade sobretudo a partir da década de 1990. Du Bois examinou as intersecções entre raça, classe e *status*, destacando como trabalhadores imigrantes do leste e sul da Europa, inicialmente não reconhecidos como plenamente brancos ao chegarem aos Estados Unidos, aderiram ao racismo e à identidade racial branca como estratégia para acessar os privilégios da classe dominante e se distinguirem dos ex-escravizados recém-libertos (Carvalho; Schucman, 2022).

Essa fração de trabalhadores passou, assim, a ser contemplada com benefícios materiais e simbólicos em um contexto marcado pela retórica de igualdade e cidadania universal após a abolição da escravatura. Embora também submetidos à exploração capitalista e à extração de mais-valia, os trabalhadores brancos eram amparados por prerrogativas sociais que incluíam o acesso preferencial a espaços públicos, tratamento judicial diferenciado, instituições educacionais de excelência, inserção em cargos estatais, amparo policial e proteção contra arbitrariedades institucionais. Tais prerrogativas se convertiam em um “abono público e psicológico” capaz de sustentar sentimentos de superioridade racial, independentemente de vantagens econômicas diretas.

Influenciado inicialmente por Max Weber, Du Bois radicalizou progressivamente seu pensamento, ampliando o conceito de “linha de cor” para uma perspectiva internacionalista vinculada à luta de classes e à emancipação humana (Du Bois, 1998 [1935]). Desiludido com os limites do sufrágio estadunidense para transformar a realidade negra, aderiu ao Partido Comunista após visitar a União Soviética, participou ativamente do movimento Panafricanista e encerrou sua vida em Gana. Ainda que seja anacrônico vinculá-lo diretamente ao conceito de “interseccionalidade”, suas contribuições nesse campo permanecem incontornáveis.

No contexto brasileiro, a elaboração pioneira de W. E. B. Du Bois sobre o “salário público e psicológico” da branquitude foi amplamente incorporada ao debate acadêmico e político, muitas vezes sem o devido reconhecimento autoral, passando a circular sob a expressão “privilégio branco”. A adoção deste termo ao longo da tese responde a uma dupla preocupação: ampliar a comunicabilidade do argumento para leitores não familiarizados com a obra de Du Bois e dialogar com um vocabulário já consolidado no campo crítico. Essa escolha, entretanto, não implica a diluição nem o apagamento da densidade teórica da formulação

original. Cabe ainda destacar que as dimensões do privilégio branco emergem com maior ênfase no último capítulo, tanto em razão do amadurecimento teórico alcançado ao longo da pesquisa quanto das transformações contextuais previamente assinaladas.

Esse "*plus*", segundo Du Bois, operava de forma explícita e legalizada, contribuindo para naturalizar desigualdades e sustentar a hegemonia branca. Depois de exaustivas pesquisas de campo com pessoas negras, indagando "como é a sensação de ser um problema?" (Du Bois, 2021 [1903], p. 21), o autor formulou o conceito de dupla consciência, revelando a cisão entre serem pretensos cidadãos estadunidenses e simultaneamente serem rebaixados pelo olhar dos brancos. Ao concluir que o "problema negro" era uma construção social, deslocou seu foco analítico para o exame crítico da branquitude. Para os propósitos desta pesquisa, compreendo a branquitude como sendo "os traços da identidade racial do branco brasileiro, [que abarca] a dimensão subjetiva das relações raciais, com outras mais concretas e objetivas, uma vez que ambas se reforçam mutuamente" (Aparecida Bento, 2002, p. 25). De seu pensamento derivam duas questões centrais para esta investigação: (a) a indissociabilidade entre estrutura social e subjetividade; (b) a coexistência entre direitos formais universalizados e privilégios racializados. Essa dinâmica aprofunda a coesão entre a racialidade branca e enfraquece alianças políticas antirracistas, anticapitalistas e anticolonialistas.

Em consonância com as análises de Du Bois, postulo que o SUS, ao assumir a universalidade de acesso como princípio basilar e, simultaneamente, manter-se reticente quanto ao princípio da equidade, acaba por espelhar discrepâncias herdadas, mas também engendrando e reproduzindo novas. Esta lógica favorece, em determinadas situações, frações de classe e raça cujo legado histórico inclui "expropriação de trabalho, violência física e psicológica, estupros, invasões, exploração de recursos naturais e tantas outras barbaridades" (Aparecida Bento, 2022, p. 6).

A definição do título da tese passou por um processo de refinamento progressivo, uma vez que a formulação inicial, "A universalidade de acesso ao SUS e o sujeito universal branco", induzia a uma abordagem liberal, sugerindo uma possível restrição da população branca à política sanitária pública, o que resultaria num SUS pobre para os pobres, além da adoção de uma agenda anti-humanitária. Contudo, meu posicionamento teórico e ético-político, alinhado a outro projeto societário, orienta-se na direção diametralmente oposta: a radicalização do acesso efetivamente universal aos bens e serviços socialmente construídos, em que o usufruto seletivo não reproduza mais desigualdades. Assim, optei pelo título "*Dimensões do privilégio branco no SUS: a experiência da classe média*", que condensa minha intenção de investigar as vantagens cumulativas e racialmente mediadas no usufruto do direito sanitário.

A tese adota uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e com múltiplos procedimentos de geração e coleta de dados⁵. Segundo Minayo (1994), a abordagem qualitativa capta significados e valores, tratando o imponderável da vida cotidiana como construção social. A combinação de procedimentos resultou não apenas dos "acidentes de percurso", mas também do desvio dos pacotes teóricos importados da metrópole europeia para as colônias (Connell, 2012).

Nessa perspectiva, **o primeiro capítulo** apresenta uma Revisão de Escopo, cujo objetivo foi mapear, descrever e sintetizar a produção sobre branquitude no campo da saúde coletiva, identificando as principais lacunas. A amostra integra 24 manuscritos com tipologias diversas. Na Região Nordeste, apenas estudos pontuais foram localizados na Bahia, evidenciando um *gap* nacional quanto à abordagem da branquitude entre usuários do SUS. Destaca-se, ainda, que a presença da branquitude como objeto foi tão residual que, em diversos estudos, a população negra precisou ser incorporada como contraste analítico.

O capítulo é seguido pelo posfácio "A maratona do primeiro ano: corpo e tese travados", onde relato as dificuldades enfrentadas no primeiro ano no PPGPSI. Nele, descrevo minhas impressões sobre o engessamento da Revisão de Escopo para o exercício reflexivo de uma proposta doutoral, reduzindo-me a um papel meramente burocrático, além de destacar o abismo teórico e metodológico entre o estágio docente e a direção da linha de pesquisa à qual estava vinculada. Abordo ainda algumas pressões institucionais e pessoais que resultaram em esgotamento físico e mental, culminando na sensação de paralisação tanto do corpo quanto da tese.

Por meio de uma imersão bibliográfica, realizei, no **segundo capítulo**, uma investigação sobre a formação da classe média brasileira⁶, examinando o período compreendido entre a era colonial e a contemporaneidade, focalizando mais especialmente o "milagre econômico" durante a década de 1970. Esse momento foi decisivo para a cristalização desse estrato intermediário, com a proliferação de privilégios patrocinados pela tríplice aliança entre o Estado autoritário – de classe e de raça –, a indústria nacional e o capital internacional (Lélia Gonzalez,

⁵ Em consonância com as boas práticas em pesquisa científica, informo que utilizei a inteligência artificial generativa "Claude", *exclusivamente* como ferramenta de apoio à escrita de alguns parágrafos. O único comando adotado foi: "Execute a correção gramatical e ortográfica, verifique a fluidez, coesão, consistência e coerência. Não utilize memória. Mantenha a narrativa com tom pessoal e não substitua nem acrescente adjetivos. Preserve todas as citações". Mais detalhes sobre o uso ético dessa ferramenta em pesquisas científicas, ver Freitag (2025).

⁶ Em decorrência do cotejamento de microdados censitários relacionados à raça-cor e ao rendimento nominal, utilizo a expressão *classe média "AB"* como referência à estratificação econômica dessa fração de classe social. Contudo, conforme aprofundado em capítulo específico, a concepção de classe social adotada nesta tese não se restringe a explicações que supervalorizam as determinações econômicas, obscurecendo seu fundamento essencial: o de ser uma relação social historicamente determinada entre sujeitos sociais (Quiroga, 1991).

2022). Essa análise permitiu compreender como as estruturas raciais e econômicas se entrelaçaram para sustentar hierarquias sociais que persistem até os dias atuais.

No **terceiro capítulo**, reconstruí, a contrapelo, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) a partir da "História Vista de Baixo" (Thompson, 1997), durante a reabertura democrática. Nesse contexto, o dispositivo de racialidade operou por meio de um vanguardismo sanitarista branco, divorciado dos segmentos populacionais predominantemente negros e periféricos, mas falando por e em direção a estes, conforme análise posterior de Sérgio Arouca⁷, que denominou a situação de "Fantasma da classe [raça] ausente". O silêncio prolongado acerca da construção do SUS pelo alto, em detrimento de uma narrativa que o consagrou como produto da mobilização popular, constitui mais uma das estratégias silenciosas do pacto narcísico da branquitude, responsável por sustentar, durante décadas, uma historiografia seletiva e confortável para manutenção de alguns privilégios sanitários. A sub-representação dos grupos vulnerabilizados nos espaços de poder das entranhas do SUS ainda vige e reflete relações que evocam a colonialidade do poder (Quijano, 2009).

Desenvolvo, em termos gerais, uma análise genealógica dos processos de institucionalização do racismo, tomando como base as relações de trabalho e os conflitos políticos entre os agentes da Reforma Sanitária, lançando luz sobre o “não dito” nos discursos forjados e sistematicamente reproduzidos.

O **quarto capítulo** envolve uma discussão sobre as práticas de coleta dos quesitos raça-cor dos usuários do SUS, destacando a imprecisão desses dados, largamente utilizados em pesquisas com enfoque quantitativo e que, não raro, se declaram "baseadas em evidências". Paralelamente, defendo a pertinência de uma autoetnografia, que passou a ser o eixo central da tese, disposta no capítulo conclusivo.

O segundo bloco é composto pelos **quinto, sexto e sétimo capítulos** e reúne os resultados da pesquisa de campo. Nos quinto e sexto capítulos, foram incorporados os dois manuscritos já publicados, intercalados pelos posfácios, visto que foram elaborados ainda na linha de pesquisa inicial. O sétimo capítulo corresponde à autoetnografia, realizada na linha conclusiva.

No manuscrito intitulado "Novos Cercamentos, Saúde e Lugares Outros", investiguei a coexistência de espaços aparentemente contraditórios em um perímetro urbano de Aracaju, o qual denominei "território de branquitude". Nesse território localiza-se a UBS Dona

⁷ Médico, sanitarista, conferencista da 8ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi “Democracia e Saúde”. Também foi um notável deputado federal pelo Rio de Janeiro, vinculado à vertente eurocomunista do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Sinhazinha, cujo nome e a possível homenagem remetem a relações senhoriais típicas da colônia e do escravismo. Para fundamentar a análise, cotejei microdados censitários e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), integrando-os a registros de diário de campo, observação participante e recursos imagéticos.

No posfácio intitulado "Dados em Xequê: o espanto e a resistência acadêmica", narrei de forma sucinta as tentativas frustradas de validar empiricamente, conforme proposto na linha inicial, a classe média branca como usuária privilegiada do SUS. Além disso, contextualizei a transição para a linha de investigação atual, na qual meu projeto teve mais aderência⁸.

Na sequência, incluí o manuscrito intitulado "Retratos de um SUS colonizado: símbolos e signos da memória ancestral da branquitude", desenvolvido a partir do Estudo Crítico de Discurso (ECD) na interface com os Estudos Críticos da Branquitude. Nesse trabalho, explorei os símbolos e signos presentes na Rede de Atenção à Saúde de Aracaju que refletem e preservam a memória ancestral da branquitude. Para tanto, vali-me de um acervo diversificado, composto por arquivos digitais e documentais, textos disponíveis na internet, fotografias, análise autobiográfica e imagens empregadas pela equipe de saúde como ferramentas pedagógicas.

O posfácio, intitulado "O lixo vai falar numa boa e cada vez mais alto", sintetizou as barreiras enfrentadas para acessar dados institucionais e alguns impasses com a orientação inicial. Paralelamente, o texto reflete minha transição de uma posição de reprodutora de conhecimento para também a de produtora, destacando minha inscrição na circulação do pensamento científico⁹.

Por fim, conforme já antecipado, o sétimo capítulo apresenta uma autoetnografia que condensa vivências e reflexões profissionais acerca do privilégio branco usufruídos pela classe média usuária do SUS. Portela, Moura Júnior e Oliveira Neto (2025, p. 61) sustentam que, nas pesquisas em Psicologia voltadas para a análise das relações raciais, “a autoetnografia pode funcionar como ferramenta de pesquisa em problemas nos quais a branquitude está envolvida [...], explorando os hábitos, os modos de funcionamento e os sentidos de um grupo ou comunidade”. Neste capítulo, o conceito de “experiência”, central para o historiador marxista E. P. Thompson e base da concepção de “história vista de baixo”, assume papel de destaque.

Nessa escrita, me somo ao *slogan* feminista da década de 1970 que “o pessoal é político”, à medida que as notas autoetnografadas desencadearam uma "autoescavação que me

⁸ Os manuscritos não foram dispostos obedecendo a uma ordem cronológica de elaboração e publicação, mas por afinidade com o desenvolvimento geral do capítulo.

⁹ Refiro-me aqui a publicação do primeiro manuscrito sem coautoria.

aproximou de muitos outros corpos que se experimentam em lugares sociais que nunca foram plenamente seus" (Barros, 2023, p. 11). A análise baseia-se em minha atuação profissional em três serviços de saúde: o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e a UBS Dona Sinhazinha. Detalho o percurso metodológico, discuto as implicações éticas e enfatizo que, no caso da UBS, os dados primários foram gerados por meio da observação participante e do registro em diário de campo. Minhas vivências no âmbito hospitalar, embora não recentes, adquiriram novos significados, visto que o distanciamento temporal coincidiu com minha transição de trabalhadora subalternizada para doutoranda/pesquisadora, permitindo "erguer a voz [e a escrita]" (bell hooks, 2019). Essa movência não anulou as marcas estruturais de raça e classe, mas possibilitou uma análise mais densa e situada, pois, como afirma bell hooks (2019, p. 31):

Fazer a transição do silêncio à fala é, para o oprimido, o colonizado, o explorado, e para aqueles que se levantam e lutam lado a lado, um gesto de desafio que cura, que possibilita uma vida nova e um novo crescimento. Esse ato de fala, de "erguer a voz" [e a escrita] não é um mero gesto de palavras vazias, é uma expressão de nossa transição de objeto para sujeito – a voz aberta

Revisitei o passado por meio da memória – entendida por Lélia Gonzalez (1984) como um "não-saber que conhece", ou seja, um espaço dialético onde marcas históricas resistem ao apagamento imposto pelo discurso hegemônico. A utilização da memória como ferramenta para reinterpretar o presente também ressoou nos trabalhos autoetnográficos de Santos (2019), Oliveira e Ricoldi (2021), Brito (2024) e Souza e Nascimento (2023).

Nas **considerações finais**, sintetizo os "achados e perdidos", isto é, exponho os principais resultados e limites, além de indicar lacunas para novas investigações. Do ponto de vista ético, nenhuma das fases investigatórias demandou aprovação do Sistema CEP/CONEP/SECNS/MS, de acordo com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Quem sou eu na fila do SUS?

Em consonância com Donna Haraway (1995), parto de um "saber situado e encarnado", que reconhece todo conhecimento como parcial e condicionado por variáveis como tempo, raça, gênero, algum tipo de deficiência, contexto geopolítico e outros marcadores. Nestes termos, advogo “uma prática da objetividade que privilegie a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver” (Haraway, 1995, 24). Assumindo a localização social e histórica do conhecimento que produz, reconheço que o espelho do outro, com quem interajo, reflete, em alguma medida, o meu próprio mundo (Segato, 2021), evidenciando os limites de neutralidade e a impossibilidade epistemológica nesta investigação. Nesse sentido, evocar aspectos biográficos não visa à promoção de leituras autocentradas, mas a destacar a confluência entre percursos pessoais e condições históricas e sociais mais amplas.

Sou a filha mais velha de um garçom com histórico de dependência etílica e de uma mulher involuntariamente designada para o trabalho reprodutivo não remunerado, com duas irmãs emancipadas. Descendo de uma família inter-racial: a família materna, predominantemente preta e pressionada pela sobrevivência imediata; e a paterna, de tonalidades variadas entre “encardidos e branquíssimos” (Schucman, 2012), situada nos estratos médio e alto, com exceção do meu pai, a “ovelha negra da família”¹⁰.

Sou recifense e graduei em Serviço Social pela UFPE em 1999. Iniciei minha trajetória profissional na área de Recursos Humanos. Trabalhei no Instituto de Medicina Integrada de Pernambuco Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital universitário 100% SUS, sob gestão de uma Organização Social (OS). Em seguida, fui aprovada em concurso para a Prefeitura de Sertânia-PE e lecionei como professora substituta na UFPE, mas rescindi o contrato por desinteresse pela docência. Em 2003, recém-casada, grávida e trabalhando em Sertânia, investi as economias do enxoval do meu filho no concurso da Prefeitura de Aracaju, cujos atrativos despertaram meu interesse. Eu não tinha opção: ou passava ou passava. Fui aprovada em 1º lugar geral dentre os mais de 14 mil candidatos de todas as profissões de saúde (Aracaju, 2004). Em 2008, conquistei a primeira colocação na área de Serviço Social no concurso da Fundação Hospitalar de Sergipe, tendo sido lotada no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE).

¹⁰ Inspirada na música “Ovelha Negra” de Rita Lee, gravada em 1975, no álbum “Fruto Proibido”.

Sou uma mulher cisgênera, atravessando os dilemas hormonais, físicos e psicossociais da perimenopausa, temporariamente sem deficiência e negra não retinta. Nasci no início do grupo geracional chamado de *millennials*, portanto, sou testemunha viva da erosão do Estado de Bem-Estar Social e da ascensão das bolhas digitais. Abandonei a maioria dessas durante um sabático interminável para resguardar minha sanidade mental. Presencio a coexistência de dois mundos: o das utopias coletivas, que ainda apostam no Estado provedor, e o das incertezas tecnológicas, em que tudo se dissolve e se fragmenta. Do ponto de vista do gênero, sou pressionada como um "sanduíche", conceito elaborado pelas assistentes sociais Miller (1981) e Brody (1981) para designar mulheres duplamente responsáveis: pelos seus pais e pelos filhos¹¹.

Com relação à raça, meu "devir negro" foi uma conquista processual. Cresci sendo carinhosamente chamada pela minha mãe de “minha sarará”, talvez como rota de fuga para denegar nosso pertencimento racial (Souza, 2021). Meu sobrenome "Anacleto", peculiar no Nordeste, conferiu-me desde criança um certo ar pomposo, como ouvi algumas vezes. Mas essa é uma herança preta. Buscas infinitas em bancos de dados (gratuitos e pagos) da internet atestavam a origem grega, totalmente incompatível com o relato e o fenótipo dos meus “mais velhos”. Desvendei a incógnita ao descobrir que pessoas escravizadas perdiam suas identidades originárias e eram forçadas a adotar os nomes dos seus algozes. Assim, meu processo de subjetivação foi se constituindo de forma cindida e confusa. Em face disso, também me embriaguei na fonte da democracia racial por longo tempo.

Atualmente, me percebo como uma “trânsfuga de classe” (Louis, 2024) pois a duras penas, evadi de um cenário de privação material para a fração de classe que hoje pesquiso e critico, gerando tensões e ambivalências¹². Esses conflitos, por vezes, interromperam minhas reflexões e escrita, impondo-me pausas prolongadas e noites intranquilas. Carrego uma sensação de descentramento constante; desenraizada das minhas origens e, ao mesmo tempo, estrangeira nos espaços que agora acesso e ocupo.

Esses “múltiplos entre lugares”, isto é, simultaneamente “lá e cá”- entre a Psicologia e o Serviço Social; entre o marxismo e a abertura para um diálogo com pensadores filiados a outras abordagens, entre ser descrita como sarará e agora me reconhecer negra; entre a origem de uma família preta empobrecida, mas com sobrenome pomposo; entre o pertencimento a uma

¹¹ No caso de meus pais, cuja condição de saúde é instável, assumi principalmente a reprodução material, como a aquisição de um imóvel na Grande Recife e ajuda financeira regular há cerca de 15 anos. Em situações agudas, porém, desloco-me até eles, para revezar os cuidados práticos com minhas irmãs.

¹² Não estou com isso negando que pertenço à classe trabalhadora, estou tão somente ressaltando que essa classe não é uniforme.

família branca bem posicionada, mas com um pai garçom/ alcoolista; entre a origem pauperizada e a transição para a classe média; entre Recife e Aracaju; entre a UBS da Terra Dura e a UBS Dona Sinhazinha do território da branquitude; entre a posição de pesquisadora participante e a de trabalhadora da saúde; entre coalizões sindicais de trabalhadores formalizados e a constante preocupação com os informais – produziram uma brecha analítica a partir da qual tangenciarei minhas reflexões. É a partir dessa “dupla consciência” (Du Bois, 2021 [1903], p. 21), forjada em experiências, tensões e deslocamentos, que se estabelece o lugar epistêmico desta escrita.

Porém, na autoetnografia, onde reside o coração desta pesquisa, parto da inseparabilidade entre classe e raça, assumindo a perspectiva dos vencidos (Benjamin, 1996), dos descendentes de escravizados (Sueli Carneiro, 2023) e da vista dos de baixo (Thompson, 1981; Rosely Anacleto, 2025). Como mulher negra que ascendeu solitariamente carregando uma coletividade no lombo, exerço a “tarefa [de] pensar a partir do pauperismo, da dignidade do expulso do sistema” (Bernardino-Costa, 2007, p. 325). Foi com esse olhar que estranhei o “outro”, usuários de classe média (AB), que apenas ocasionalmente recorrem ao sistema público de saúde. Apesar de me considerar ativista do SUS, priorizei meu compromisso com a produção crítica de conhecimento, evitando uma postura propagandística do serviço.

I

I PARTE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. MANUSCRITO 1: BRANQUITUDE E SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO¹³

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 (Researchgate; DOAJ; BDTD; Scielo e BVS), 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 Bahia, mas há um vácuo nas Regiões Norte. Profissionais de saúde, especialmente médicos, foram os únicos respondentes das investigações, enquanto usuários, membros do Controle Social e gestores não foram 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: 1) a existência de um Estado racializado; 2) Enfatizando a relação profissional – usuário no SUS; 3) A partir da atualização da herança eugênica e formulação de um novo pacto narcísico; 4) A partir da invisibilidade da branquitude ou sua manutenção como norma; 5) Através da (re) afirmação da supremacia branca ou do controle dos corpos negros; 6) Relacionada ao simbolismo de poder imposto pela medicina; 7) Como variável epidemiológica.

Palavras-chave: branquitude; saúde; relações raciais; Brasil; revisão de escopo.

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 consists of 24 manuscripts indexed in five different databases (*ResearchGate*; DOAJ; BDTD; SciELO; and BVS), published between 2012 and 2022. The sample includes articles, dissertations, e-books, and editorials. The findings demonstrate that the theme experienced a

¹³ Manuscrito publicado como capítulo do livro "*Saúde Pública e Saúde Coletiva: Abordagens e práticas para o bem-estar social 5*" em julho de 2025. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.7161525180613>. A coautora foi Ria de Cássia de Jesus Oliveira, pesquisadora vinculada à primeira linha de pesquisa. Em relação à versão original, foram incorporados ajustes pontuais conforme recomendações da banca examinadora da defesa de tese.

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. The conception of whiteness has been adopted based on seven thematic axes: 1) the existence of a racialized state; 2) emphasizing the professional-client relationship within SUS; 3) arising from the renewal of eugenic heritage and the formulation of a new narcissistic pact; 4) stemming from the invisibility of whiteness or its maintenance as the norm; 5) through the (re)affirmation of white supremacy or control over Black bodies; 6) related to the symbolism of power imposed by medicine; and 7) as an epidemiological variable.

Keywords: whiteness; health; race relations; Brazil; scoping review.

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 14ª 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).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006 (Brasil, 2017), foi justificada pela urgência em combater as profundas iniquidades em saúde que atingem desproporcionalmente a população negra no Brasil. Essas disparidades são um resultado direto do racismo estrutural e institucional perpetrado pela branquitude, que historicamente marginaliza e discrimina este grupo (Oliveira; Magalhães, 2022). O racismo, reconhecido como um determinante social da saúde, se manifesta na forma de acesso desigual e tratamento discriminatório nos serviços do SUS, impactando negativamente as chances de adoecer, a qualidade do cuidado recebido e os indicadores de mortalidade (Chauen Neto *et al.*, 2014). Portanto, a PNSIPN surgiu como um instrumento de equidade e reparação histórica para mitigar as desigualdades étnico-raciais e combater a discriminação, garantindo a atenção integral à saúde da população negra.

Apesar de seu objetivo reparador, a PNSIPN enfrenta desafios de grande monta, conforme destaca Faustino (2017). Tais obstáculos incluem a denegação do racismo como determinação social de saúde, a persistência do mito da democracia racial, a sub-representação de pessoas negras em espaços de poder e na produção de conhecimento científico, e a resistência institucional decorrente do caráter focalista da política. Desse modo, a PNSIPN exemplifica como a busca pela equidade no SUS exige não apenas o reconhecimento das desigualdades históricas, mas também o enfrentamento contínuo das estruturas sociais que reproduzem a exclusão racial, evidenciando a necessidade de políticas que integrem universalidade, reparação histórica e justiça social.

Procedimentos metodológicos

A Revisão de Escopo é considerada 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 irrisória, diríamos até risível. Fomos compelidas a repensar uma questão que não estava posta: 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" (Aparecida 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 branquitude também foi usada nas mesmas condições acima.

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

Etapas	Descrição	Nº
1	Identificação inicial (<i>Researchgate</i> : 823; <i>DOAJ</i> : 198; <i>BDTD</i> : 11; <i>Scielo</i> : 3; <i>BVS</i> : 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

Fonte: as autoras.

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 distribuíam-se nas seguintes tipologias: 14 artigos (58,5%), seis dissertações (25,5%) e os demais (16%) correspondentes a resenha, e-book, comentário e ensaio. 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.

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

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, Vitailma 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.
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;	Raça e subjetividade: do campo social ao clínico	Abordar formas como raça e racismo penetram no campo

		GONÇALVES, Mônica Mendes		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 historicamente 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, Rosenberg	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	Analisar 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.
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	BAIROS, 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>	Completeness dos prontuários de idosas com câncer de mama: estudo de tendência	Avaliar completeness 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	Analisar a produção de informação sobre raça-cor em necrópsias 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	Analisar como políticas raciais de São Paulo (séc. XX) reatualizam-se em ideias de progresso na metrópole.

Fonte: as autoras.

Tabela 3- Distribuição Geográfica dos Programas de Pós-Graduação

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

Fonte: as autoras.

IES Públicas¹⁴: USP, UNIFESP, UERJ, UFJF, UFMG, UFRRJ, UFRJ, UFBA, UNILAB-Malês, Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), UnB, UFT, UFSC, UFRGS.

IES Privadas: 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.

Tabela 4 - Distribuição dos manuscritos por eixos temáticos

¹⁴ Algumas dessas IES foram mencionadas em mais de um manuscrito.

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

Fonte: as autoras.

Discussão

1 A existência de um Estado racializado

M1 (ebook/ Odontologia) 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/ Saúde Coletiva) conclamam o campo da saúde coletiva a aquiescer 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 apartheids 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/ Saúde Coletiva) 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 reproduzidor 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, conseqüentemente, 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 ininterrupção no lugar de mando e crítica à conotação de neutralidade/igualdade/universalidade defendida por alguns sanitaristas, 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/ Geografia) 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/ Direito), 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, conseqüentemente, 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 "maças podres", além de revigorar o pacto narcísico da branquitude. Essa abordagem retira o fardo do escrutínio e da responsabilização dos indivíduos pelas escolhas que operam, compreendendo-as como ação de pessoa sem agência, sem intenção, e projetando-as para uma entidade que escolhe proteger seu corpo, mas criando um círculo repetido de desvantagens competitivas para outros grupos raciais.

Para M16 (ensaio/Saúde Coletiva), 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.

2 Enfatizando a relação profissional – usuário no SUS

Os contributos de M14 (dissertação/ Medicina), 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 enquadrassem, 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/ Medicina) 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/ Administração), 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/ Psicologia) 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/ Psicologia) 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.

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/ Psicologia), 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/ Enfermagem) 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/ Serviço Social), 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 LGBTQs. 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 reatualiza 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/ Psicologia) 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 eugenia, 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/ Psicologia), ao discorrer sobre raça e subjetividade, salienta que a branquitude tem um significado socio-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 Invisibilidade da branquitude e/ou sua manutenção como norma

M4 (artigo/ Saúde Coletiva) 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/ Psicologia), 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 ela 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/Psicologia) 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.

5 A (re) afirmação da supremacia branca através do controle de corpos negros

M11 (resenha/ Serviço Social) 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/ Medicina) 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 eugênico futuro.

O estudo de M22 (artigo/ Medicina) evidenciou que o processo de identificação da raça-cor no ano de 2007 no IML de Salvador era omissivo, impreciso e distorcia 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 afetados 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 branquitude da pele associada à posição social que essas pessoas ocupam na sociedade, possibilita agregar privilégios, até nos últimos suspiros.

Nessa mesma esteira, M9 (artigo/ Psicologia), ao discorrer sobre raça e subjetividade, salienta que a branquitude tem um significado socio-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 branquitude não interrompe o sistema de benefícios, vantagens, acessos e privilégios sociais que a branquitude lhe confere.

6 Relacionada ao simbolismo de poder e autoridade impostos pela medicina

A experiência de M3 (artigo/ Antropologia), 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.

7 Reduzida a uma variável epidemiológica descontextualizada historicamente

A pesquisa de coorte conduzida por M20 (artigo/ Enfermagem) 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 (Figura 2), 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).

Em segundo plano, há destaque para as palavras "psicologia", "desigualdades" e "raça". A primeira, possivelmente, decorre do acúmulo de conhecimento que essa área de

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 alcançar 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".

Considerações provisórias

No campo da saúde já são fartamente documentados estudos que esquadriharam 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 Moraes 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. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGB5mXkMnHThYkzVPv/>>. Acessado em: 30 de abril de 2023.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias Oliveira; MAGALHÃES, Milena. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 39, 1-13, e0214, 2022.
- 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.
- CHEHUEN NETO, José Antônio; FONSECA, Geovane Mostaro; BRUM, Igor Vilela; SANTOS, João Luís Carvalho Tricote dos; RODRIGUES, Tamara Cristina Gomes Ferraz; PAULINO, Katia Rocha Paulino; FERREIRA, Renato Erothildes. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3845-3856, 2018.
- 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. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43>. Acessado em: abr. 2023.

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. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acessado em: abril de 2023.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjfyCT7p7vppXr6HLwvbgjD/>. Acessado em: abr. 2023.

GOMES, Nilma Lino. O Movimento Negro e a intelectualidade negra descolonizando os currículos. In: BERNARDINO-COSTA, J., MALDONADO-TORRES, N., GROSGOUEL, R. (Orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. 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”. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/156/153>. Acessado em: abr. 2023.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. *Racismo brasileiro: uma história da formação do país*. Todavia, 2022.

POSFÁCIO

A maratona dos primeiros anos: corpo e tese travados

No primeiro ano do doutorado, ainda vinculada à linha de pesquisa inicial, adotei um ritmo de trabalho frenético. A urgência em integralizar os créditos enquanto as aulas ainda eram ministradas no formato virtual tornou-se uma prioridade, especialmente diante dos rumores crescentes sobre o retorno ao ensino presencial. Essa possibilidade me causava apreensão, pois conflitava com meus compromissos profissionais e colocava em risco a continuidade da pesquisa. Assim, cursei todas as disciplinas obrigatórias no primeiro ano, incluindo "Epistemologia e Metodologia da Pesquisa em Psicologia".

Foi nesse componente curricular que conheci a Revisão de Escopo (RE), método que se aproxima do "padrão-ouro" para revisões de literatura, especialmente quando comparado às revisões das ciências naturais e da saúde. Sua utilidade é inegável para mapear lacunas e áreas pouco exploradas, mas seus procedimentos excessivamente rígidos, como a exigência de um segundo pesquisador para garantir imparcialidade, o fiel cumprimento dos 22 itens do *checklist Prisma-SCR*¹⁵ e o registro em plataformas internacionais de monitoramento, revelaram-se mecanicistas. Apesar disso, prossegui: selecionei os 24 trabalhos (incluindo seis dissertações), fiz a leitura integral por várias vezes e depois o redigi.

Antes de tentar submissão em um periódico adequado, tentei registrá-lo no *Open Science Framework*¹⁶ em junho de 2022, mas me deparei com uma resposta inesperada: a plataforma só estava aceitando pesquisas sobre covid-19. Esse obstáculo, somado ao rigor metodológico da própria RE, levou-me a questionar sua aderência ao meu trabalho. A excessiva

¹⁵ O checklist PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) é uma diretriz publicada em 2018 que orienta a elaboração e a transparência de revisões de escopo. Ele contém 20 itens essenciais e 2 opcionais, abarcando aspectos como título, resumo estruturado, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de coleta e síntese dos dados, entre outros. Seu objetivo é garantir que revisões de escopo sejam conduzidas e relatadas de forma clara, rigorosa e replicável.

¹⁶ O *Open Science Framework* (OSF) é uma plataforma digital gratuita e de código aberto desenvolvida pelo Center for Open Science. Seu objetivo é facilitar a gestão, colaboração e disseminação de projetos científicos em todas as etapas do ciclo de pesquisa, permitindo o armazenamento de dados, protocolos, códigos e manuscritos, além de oferecer recursos para controle de versões, registro e publicação de *preprints*. Em tese, a intenção é promover a ciência aberta ao permitir que pesquisadores compartilhem seus trabalhos de forma transparente e acessível.

padronização parecia tolher minha autonomia analítica, reduzindo-me a uma executora de protocolos. Na minha ótica, o método impõe uma "violência contra o movimento infinito e intensivo que é o fluxo da [minha] consciência, [pois] fixa, demarca, regula e constrange o pensamento" (Pereira, 2013, p. 213). A busca exacerbada por imparcialidade tentava me transformar numa espécie de "eunuco epistemológico" (Mendonça; Angela Figueiredo, 2023), eliminando qualquer traço de subjetividade. Esse contexto retoma a crítica de Foucault (1998), segundo a qual a linguagem científica funciona como um dispositivo de controle, ao instituir regimes de verdade que definem os critérios do que pode ser considerado válido e do que deve ser descartado dos domínios do saber.

No ano seguinte, iniciei os estágios de docência I e II, lecionando às terças e sextas-feiras à noite no curso de Serviço Social. Paralelamente, meu afastamento do trabalho hospitalar, obtido em função do exercício do mandato sindical, estava prestes a expirar. Eu teria que reassumir meus plantões, o que adicionava outra camada de tensão cotidiana. A compreensão do orientador e da supervisora docente contribuiu para atenuar minha apreensão, permitindo que o estágio ocorresse dentro da minha área de formação original. Frente à multiplicidade de abordagens psicológicas, manifestei minha insegurança para lecionar uma disciplina que não dialogasse com meu acúmulo teórico, obtendo autorização para fazê-lo na minha área.

No tirocínio, a disciplina ministrada foi “Fundamentos Históricos, Teoria e Método do Serviço Social (FHTM)”, e no acervo bibliográfico constava “Capitalismo Monopolista e Serviço Social” de José Paulo Netto, renomado intelectual marxista brasileiro e um dos principais biógrafos da obra de Karl Marx. Ao revisitar esse clássico, algumas inquietações que já vinham sendo suscitadas se avolumaram. Na obra, Netto examina as diferenças ideológicas, científicas e culturais das influências europeias e norte-americanas sobre o Serviço Social brasileiro no início do século XX. Segundo ele, enquanto a tradição europeia adotava uma perspectiva crítica e macroestrutural, abordando as questões sociais como reflexo de desigualdades sistêmicas, o modelo norte-americano tendia a ser funcionalista e pragmático, centrando-se na adaptação do indivíduo ao sistema vigente e em intervenções tecnicistas.

Nesse último modelo, não há uma valorização da orientação teórica, colocada a “ciência” como elemento próprio da contemporaneidade. O reconhecimento da insuficiência da teoria não passa pelo conduto da suspeição; antes, mostra-se como assunção (“científica”) da natureza relativa de todo conhecimento racional (Netto, 2017, p. 117 – destaques originais).

Sem nenhum demérito às pesquisas em curso naquela linha, o tirocínio escancarou a baixa aderência do meu projeto na linha inicial, diante das divergências sobre a racionalidade científica e o saber instrumental. Carvalho e Schucman (2022, p. 6), ao advogarem pelos estudos críticos da branquitude para superar o que pontuam como os “limites” da Psicologia social herdeira da orientação norte-americana, apontam que ela identificou o “racismo implícito ou viés inconsciente”, mas relegou a segundo plano aspectos macroestruturais, tendo as seguintes características:

[...] 1) o individualismo; 2) o experimentalismo; 3) a microteorização; 4) o etnocentrismo — generalização teórica de experimentos norte-americanos para a aplicação em outras culturas —; 5) o cognitivismo; e 6) o ahistoricismo — devido à busca de formulação teórica de leis generalizáveis para o comportamento do indivíduo em sociedade, em que se essencializa o indivíduo e sua relação com a sociedade retirando seu componente histórico criador (Carvalho; Schucman, 2012, p. 6).

Bicalho *et al.* (2009) sustentam que o especialismo Psi responde a um desejo de "ortopedia social" ao operar em um campo de poder que estabelece modelos dicotômicos de verdade, como bom/mau, normal/anormal e capaz/incapaz. Nessa prática, ele acaba por dissociar o indivíduo da sociedade, interpretando a subjetividade como um processo exclusivamente interno e substancial, desvinculado dos condicionantes políticos e econômicos que a atravessam.

Em suma, o tirocínio, ao invés de promover a articulação entre teoria e prática, amplificou a disjunção. Semanalmente, minha direção epistemológica era revisada e desfeita em cada uma dessas instâncias, nada complementares. Nesse percurso, hierarquias acadêmicas e institucionais — marcadas por raça, gênero e distinções metodológicas — intensificaram minha insegurança, já que eu era uma das poucas pesquisadoras da linha de pesquisa, sem uma escala psicométrica para chamar de sua.

No fim do semestre, a perda súbita da nossa *poodle* durante o feriado de Finados, sem possibilidade de atendimento veterinário, e a convocação para retomar os plantões, com alteração discricionária de horário e lotação, intensificaram meu esgotamento físico e mental. Uma lesão no ombro direito demandou sessões de fisioterapia, e as dores da endometriose, da fascite plantar e do nervo ciático se agravaram. "Todos, sem exceção, diziam que o que eu sentia era fruto do 'estresse' — essa coisa abstrata que parece ser a atualização contemporânea do que foi chamado de histeria em outros tempos" (Gama, 2020, p. 194). Meu corpo travou. E a tese também. Acompanhamento médico e reorganização da agenda contribuíram para a acomodação da situação.

2. CLASSE MÉDIA BRANCA NO BRASIL: DA COLÔNIA À CONTEMPORANEIDADE

Neste capítulo, examino a constituição histórica da classe média branca no Brasil como um estrato social privilegiado, cuja posição foi construída pela confluência entre classe e raça. Ao percorrer o arco que vai do período colonial à contemporaneidade, procuro desvelar os mecanismos que asseguraram os privilégios da branquitude, especialmente nos setores médios urbanos. Um dos momentos mais emblemáticos dessa lógica ocorreu durante o "milagre econômico" da década de 1970, quando o Estado autoritário reforçou sua aliança com essa fração social por meio da oferta seletiva de bens públicos, estabilidade material e distinção simbólica.

A análise dos privilégios históricos apoia-se em Moura (1983; 1990), para quem o conhecimento do escravismo constitui elemento central na formulação de uma *práxis* revolucionária no presente. O autor também denuncia a cumplicidade da historiografia brasileira, que minimizou o papel da escravidão como fundamento do capitalismo nacional, inicialmente orientado para gerar lucros à metrópole portuguesa. Em complemento, Quijano (2009) conceitua a colonialidade do poder como um padrão global de dominação instaurado a partir da conquista da América em 1492, no qual a categoria de raça, articulada ao trabalho, passou a estruturar as relações sociais. Nesse contexto, “as elites político-econômico-intelectuais das nações periféricas [se tornaram] sócias menores das elites das nações centrais” (Bernardino-Costa, 2007, p. 325).

Antes de adentrar na formação social do Brasil, procedo a uma breve discussão conceitual sobre a classe média, reconhecendo a escassez de estudos e a multiplicidade de termos usados para designá-la. Expressões como "aristocracia operária", "pequena burguesia", "colarinho branco" ou "assalariados não manuais" refletem uma zona de imprecisão teórica e política que, como sugere Chauí (2016), só pode ser compreendida como uma *práxis*, um fazer histórico, e não como categoria fixa e universal.

2.1 Aproximações históricas e conceituais sobre a “classe média”

A expressão "*middle class*" foi utilizada pela primeira vez pelo teólogo Thomas Gisborne por volta de 1760, em meio ao seu engajamento na luta pela abolição da escravidão. O termo apareceu no livro *Investigação sobre os Deveres dos Homens na Camada Superior e da Sociedade na Grã-Bretanha*, onde Gisborne a definiu para identificar um grupo social situado entre os proprietários de terra e os trabalhadores agrícolas e urbanos. Com a transição para o capitalismo, esse segmento ampliou-se, incorporando comerciantes, profissionais liberais e trabalhadores administrativos.

No marxismo, o conceito de "aristocracia operária", inicialmente observado por Engels e desenvolvido por Lenin, refere-se a uma fração do operariado que, por gozar de privilégios materiais, se afasta da luta revolucionária. Analisando o capitalismo inglês, o mais avançado da Europa à época, Lenin identificou que trabalhadores mais qualificados e organizados em sindicatos (*trade unions*) obtinham melhores salários e condições de vida, distanciando-se do conjunto da classe. Segundo Hobsbawm (2013, p. 2), esse segmento surge quando o capitalismo permite “concessões significativas ao proletariado, dentro do qual certas camadas conseguem, por meio da sua especial escassez, engenho, posição estratégica, força organizacional, entre outros, estabelecer muito melhores condições para si em detrimento das restantes”.

De acordo com Correia *et al.* (2017), esse fenômeno emergiu durante a fase monopolista do capitalismo, aproximadamente em 1870, e é considerado o embrião do que hoje se conhece como classe média. A concentração de monopólios e os avanços tecnológicos demandaram uma força de trabalho especializada, cujos integrantes, beneficiados por melhores salários e maior estabilidade, acabaram formando alianças com o capital. Esses trabalhadores passaram a influenciar sindicatos e partidos operários, apartando-se do proletariado mais vulnerabilizado e precarizado. Essa diferenciação dentro da classe trabalhadora não apenas reforçou desigualdades materiais, mas também moldou subjetividades e identidades coletivas. Como resultado, surgiu uma camada operária relativamente privilegiada, cuja ascensão

[...] fez surgir uma camada da classe operária que participa do mercado de consumo, que tem suas condições de vida melhoradas com o desenvolvimento do capitalismo monopolista e que adota como sua estratégia lutar para continuar melhorando de vida sob o capitalismo (Lessa; Tonet, 2012, p. 67).

Resultante de uma cisão no proletariado fabril provocada pela aliança com a burguesia, os operários especializados começaram a explorar outros trabalhadores, assumindo um caráter reformista que enfraqueceu a luta revolucionária. Marx e Engels acreditavam que o avanço da burguesia industrial levaria à assimilação ou destruição dessa pequena burguesia,

transformando seus membros em proletários. Nesse sentido, a noção de classe média demonstra ser historicamente instável e sujeita a constantes reconfigurações.

Em *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (1987 [1845]), Engels destacava que a Revolução Industrial havia dado origem a camadas assalariadas que, embora não fossem operários industriais, tampouco possuíam meios de produção próprios. Essa classe intermediária, apesar de desfrutar de certas vantagens materiais, encontrava-se estruturalmente subordinada à lógica do capital. Por essa razão, não conseguia constituir uma força política independente, permanecendo presa às dinâmicas de dominação do sistema capitalista.

No livro *Poder Político e Classes Sociais* (2019 [1968]), Nicos Poulantzas, teórico vinculado ao marxismo, destaca que as relações de produção extrapolam o campo estritamente econômico, questionando as interpretações economicistas predominantes na década de 1970. Até então, muitos marxistas consideravam os assalariados médios como integrantes do proletariado, baseando-se na ideia de bipolarização social¹⁷ apresentada no *Manifesto do Partido Comunista*. Argumentava-se que esses trabalhadores acabariam por engrossar as fileiras do proletariado, mantendo intacta a capacidade hegemônica da classe operária em sua forma latente.

Contrariamente, Poulantzas passou a definir a classe média como a “nova pequena burguesia”, um grupo ideologicamente homogêneo que abrange tanto a burguesia tradicional quanto uma parcela de assalariados. Esse segmento é marcado por valores como individualismo, ascensão social, meritocracia e confiança no Estado protetor (Trópia, 2008). O autor critica a utilização de critérios meramente econômicos, comuns na sociologia empirista, para definir essa fração de classe, argumentando que tal abordagem ignora as complexidades das relações sociais e políticas inerentes à sua constituição. Segundo ele,

É preciso nos determos aqui, pois trata-se de um problema muito importante para a teoria marxista das classes sociais e da luta de classes. O marxismo admite, com efeito, a existência de frações, de camadas, e mesmo de categorias sociais (“burocracia de Estado”, “intelectuais”). Mas não se trata absolutamente aí de conjuntos ao lado, à margem ou acima, em suma, exteriores às classes. As frações são frações de classe: a burguesia industrial é uma fração da burguesia; as camadas são camadas de classe: a aristocracia operária é uma camada da classe operária. As próprias categorias sociais, como acabamos de observar com a burocracia de Estado, tem um pertencimento de classe (Poulantzas, 1975, p. 213).

Décio Saes (1985) aprofundou essa perspectiva ao rejeitar o conceito de “nova pequena burguesia” proposto por Poulantzas, embora tenha preservado a ideia de uma fração de classe,

¹⁷ Proletariado vs. burguesia.

específica para este segmento. Para Saes, a ideologia da meritocracia constitui o elemento central que define essa classe média, levando seus membros a interpretar as desigualdades sociais como resultado de diferenças individuais de capacidade e esforço, em vez de enxergá-las como consequência da exploração inerente ao sistema capitalista.

Mais recentemente, Trópia (2008, p. 3) descreve esse grupo como "assalariados que atuam em contextos de constructos simbólicos, rituais e elementos culturais, distinguindo-se da classe operária", exercendo trabalhos não manuais. Dessa forma, a autora tem evitado caracterizá-los como trabalhadores intelectuais ou não braçais.

De acordo com o *Dicionário Marxista* de Bottomore, a classe média moderna emerge da necessidade do capitalismo de incorporar gestores e técnicos qualificados para assumirem o papel de "homens de negócios", também designados como "colarinhos brancos", responsáveis pela racionalização da produção. No entanto, sua posição na estrutura social é precária. Ao contrário da burguesia, que controla os meios de produção, e do proletariado, que sobrevive exclusivamente da venda de sua força de trabalho, a classe média ocupa um espaço intermediário, tornando-a vulnerável a rebaixamentos sociais e instabilidades econômicas.

Gramsci abordou a classe média sob a ótica do conceito de hegemonia, assinalando que a formação de blocos hegemônicos permite que a burguesia sustente seu domínio não apenas pela coerção, mas também pelo consenso. Essa dinâmica exige a cooptação dos intelectuais orgânicos, muitas vezes recrutados nas fileiras da classe média, que podem atuar tanto na difusão de ideologias conservadoras – contribuindo para a manutenção do sistema – quanto na sua desestabilização.

Para os objetivos desta tese adoto como referência epistemológica a concepção de classe social elaborada por Edward P. Thompson em *A formação da classe operária inglesa* (1987, [1963]). Para o autor, a classe não constitui uma categoria fixa, mas um processo histórico dinâmico, relacional e vivenciado na prática, visto que "classe e consciência de classe são sempre o último e não o primeiro degrau de um processo histórico real" (Thompson, 1987 [1963], p. 274). Sua abordagem enfatiza a construção coletiva da classe social através de experiências concretas, práticas sociais e conflitos cotidianos.

A perspectiva thompsoniana se opõe radicalmente às leituras estruturalistas, como demonstra sua crítica contundente a Louis Althusser em *A miséria da teoria ou um planetário de erros* (1981). Thompson acusa o filósofo francês (e, por extensão, Nicos Poulantzas) de desenvolver uma "teologia idealista do marxismo" que, ao supervalorizar as estruturas, nega a "influência do ser social sobre a consciência" (Thompson, 1981, p. 12). Em sua análise, o althusserianismo representava uma sofisticada forma de determinismo enraizada na "velhíssima

tradição de elitismo burguês, para a qual a teoria althusseriana está talhada sob medida" (Thompson, 1981, p. 11).

A crítica se aprofunda ao caracterizar o estruturalismo como uma teologia a-histórica cuja "importância prática [reside] na desorganização do discurso intelectual construtivo da esquerda e na reprodução continuada da divisão elitista entre teoria e prática" (Thompson, 1981, p. 11). Essa polêmica revela o cerne da proposta thompsoniana: uma compreensão da classe que privilegia a experiência histórica concreta, a agência humana e o processo contínuo de formação da classe social. Como destaca o autor, a classe emerge quando indivíduos com trajetórias herdadas e compartilhadas reconhecem interesses comuns em oposição a outros grupos (Thompson, 1981).

Thompson rejeitava modelos que reificassem a classe como categoria abstrata, insistindo que ela só pode ser compreendida na prática social e no conflito. Essa postura o situa como marxista heterodoxo, crítico tanto do estruturalismo althusseriano quanto do legado stalinista. Contudo, ressalva: "ninguém pode supor [...] que eu corrobore a ideia de a formação da classe ser independente de determinações objetivas" (Thompson, 1987 [1963], p. 277). Essa ressalva o aproxima de Marx, que já alertava contra a naturalização das relações burguesas:

Os economistas têm uma maneira singular de proceder. Para eles, só existem duas espécies de instituições: as da arte e as da natureza. As instituições feudais são artificiais, as da burguesia são naturais. [...]. Dizendo que as relações atuais [...] são naturais, os economistas dão a entender que é nessas relações que se cria a riqueza e se desenvolvem as forças produtivas segundo as leis da natureza. Portanto, essas relações são leis naturais independentes da influência do tempo. São leis eternas que devem sempre reger a sociedade. Assim, houve história, mas não há mais (Marx 2017 [1847], p. 110).

A crítica de Marx à eternização das relações sociais ressoa em Thompson, que se opõe à reificação estrutural e à abstração da subjetividade. Para ele, a subjetividade está imersa nas formas como homens e mulheres vivem e interpretam suas condições: "segundo a experiência de suas situações determinadas [...] e com base no modo pelo qual se valeram dessas experiências em nível cultural" (Thompson, 1987 [1963], p. 277).

Essa formulação é fecunda para a análise das notas autoetnográficas desta tese. No campo da saúde pública, ela permite compreender como os sujeitos observados, usuários brancos de classe média, constroem suas identidades de classe não apenas a partir de posições socioeconômicas, mas sobretudo por meio das experiências vividas no cotidiano do SUS. Tensões, conflitos e negociações revelam processos dinâmicos de formação e reconfiguração

de classe, mediados pelas práticas institucionais e pelas relações raciais no sistema de saúde brasileiro.

Essa concepção dialética dialoga com os fundamentos da Psicologia Social latino-americana desenvolvida por Ignacio Martín-Baró (2009). Ao propor uma Psicologia comprometida com os oprimidos da América Latina, Baró defendia uma compreensão do sujeito enraizado em sua realidade histórico-social. De modo análogo, Silvia Lane, precursora dessa vertente no Brasil, enfatiza que a subjetividade não constitui uma categoria abstrata ou universal, mas um produto das contradições vividas nas relações sociais. Para ela, "a subjetividade se constitui no movimento histórico concreto das relações sociais, no processo real da vida" (Lane; Codo, 1984, p. 40).

Essa abordagem mostra-se particularmente relevante no contexto brasileiro, cuja formação social, atravessada por quase quatro séculos de escravismo, instituiu desigualdades fundantes entre diferentes grupos raciais. A concepção de classe adotada neste trabalho, portanto, não busca essencializar sujeitos ou categorizações, mas analisá-los a partir da materialidade de suas experiências concretas. Em consonância com Marx e Engels, parto da premissa de que "não é a consciência do homem que determina o seu ser, mas, pelo contrário, o seu ser social é que determina a sua consciência (Marx, 2008 [1859], p. 47).

Nesse sentido, ser um "ser social" implica estar inserido em relações concretas de produção e reprodução da vida, relações que não se restringem à esfera econômica, mas englobam a produção de bens imateriais, valores, sentidos, tradições, costumes e subjetividades. A subjetividade é, nesses termos, historicamente produzida, resultante de um tempo e de uma formação social específicos (Chagas, 2013).

Recusar uma concepção a-histórica e essencialista do sujeito significa reconhecer que as classes sociais não apenas distribuem recursos materiais, mas também (re)produzem modos específicos de viver, perceber, sentir e agir no mundo. As frações da classe trabalhadora, dessa forma, não se diferenciam exclusivamente por critérios econômicos, mas por experiências subjetivas que modulam identidades coletivas, trajetórias de vida, formas de habitar os territórios e modalidades de acesso a políticas públicas, como a saúde.

Essas diferenças manifestam-se cotidianamente, impactando as relações sociais, os modos de organização comunitária e o acesso aos bens simbólicos e materiais (Saraiva *et al.*, 2015). No campo da saúde pública, tais distinções tornam-se particularmente visíveis através das práticas institucionais observadas durante meu estudo autoetnográfico, onde pude constatar como as experiências de classe se entrelaçam com marcadores raciais na produção de hierarquias e desigualdades no acesso ao cuidado.

O geógrafo negro Milton Santos (1997), que também trabalhava com o método histórico-dialético, criticava o que denominava “cidadania mutilada”, a qual permitia a este estrato tanto confrontar quanto desafiar o Estado, rejeitando uma cidadania plena e inclusiva capaz de beneficiar a sociedade como um todo. Em vez de defender direitos universais, a classe média priorizava a manutenção de seus privilégios. Nessa mesma perspectiva, Mattos (2022) observa que, na última década, esse contingente também se mobilizou para resistir e desmontar as políticas de inclusão social implementadas pelos governos petistas, alinhando-se às dinâmicas de avanço do capitalismo neoliberal e reforçando sua postura excludente.

Nos Estados Unidos, a classe média consolidou-se no período pós-guerra como um dos pilares do “sonho americano”, sustentado pela cultura do consumo e pela promessa de mobilidade social. Contudo, as crises econômicas iniciadas nos anos 1970 contribuíram para o declínio desse estrato, acarretando crescente concentração de renda e aumento do trabalho precarizado. Na Europa, sobretudo em países como França e Alemanha, o Estado de bem-estar social garantiu maior estabilidade à classe média até o início dos anos 2000. A partir de então, políticas de austeridade passaram a minar esses avanços, exacerbando desigualdades e fragilizando essa camada social.

Fora da tradição marxista, Wright Mills (1979) e David Lockwood (1962) destacaram a relevância da situação de trabalho e do *status* social para compreender a classe média. Mills explorou o papel da busca por prestígio associado a cada ocupação, enquanto Lockwood analisou como as condições de trabalho em ambientes de escritório dificultam a solidariedade entre os funcionários. Essa dinâmica favorece a competitividade e contribui para a formação de uma identidade de classe média distinta, marcada por interesses e valores próprios.

De acordo com Lessa (2014) a formação da aristocracia operária no Brasil relaciona-se sobretudo à instalação do parque industrial, à entrada de multinacionais e à necessidade de disciplinar o trabalho sob a lógica do capital. Em razão do caráter colonial e hipertardio do capitalismo brasileiro, tal configuração só se consolida tardiamente, emergindo de forma análoga à das economias centrais apenas com o declínio do regime empresarial-militar e na transição ao regime “democrático” nos anos 1980.

A industrialização tardia e dependente no Brasil deu origem a uma aristocracia operária com características específicas, moldadas pelo contexto histórico do país. Para este autor, o desenvolvimento das classes sociais no Brasil não seguiu o padrão clássico de formação de uma burguesia e um proletariado como nos países centrais, mas resultou na constituição de uma oligarquia ligada à terra, coexistindo com escravizados, serviçais, trabalhadores rurais e artesãos. A partir dos anos 1970, o crescimento econômico acelerado e a modernização

industrial promoveram a criação de um setor operário relativamente privilegiado, especialmente na região do ABC paulista. Esse grupo, desempenhou papel central nas greves de 1978-1979, marcando um momento de resistência ao regime militar, mas posteriormente capitulando diante da política institucional, como será tematizado na seção relacionada ao Movimento de Reforma Sanitária.

Compreender a classe média requer romper com essencialismos e reconhecer sua natureza historicamente situada e politicamente estratégica. Trata-se de um segmento plural, cujas práticas cotidianas, subjetividades e projetos políticos oscilam entre o desejo de ascensão e o medo do rebaixamento social. No Brasil, essa condição se entrelaça com a racialização da cidadania e com a reprodução de privilégios da branquitude, que se sustenta tanto por meio de políticas públicas quanto por dispositivos simbólicos e afetivos de exclusão.

2.2 Na colônia brasileira a barbárie passeava nua

Em 1878, Marx e Engels destacaram a violência dos colonizadores ingleses na Índia, afirmando que, enquanto na metrópole a barbárie assumia uma aparência respeitável, nas colônias ela passeava nua. Eles usaram essa proposição para ilustrar que "o capital nasceu escorrendo sangue por todos os poros, e lama da cabeça aos pés" (Marx, 2014 [1867], p. 179). O surgimento do capital, desde os seus primórdios, esteve intrinsecamente ligado à violência e à exploração dos povos colonizados.

No Brasil, a situação não foi diferente. Enquanto os britânicos, bastiões do iluminismo, contrabandearam cerca de 3,2 milhões de africanos para as suas múltiplas colônias, portugueses e brasileiros brancos praticamente dobraram esse número, escravizando 5,8 milhões de pessoas (Gomes, 2019). De 1500 até a Independência em 1822, o Brasil foi invadido e dominado por forças militares e religiosas, sendo colonizado por portugueses que expropriaram as riquezas locais.

Gomes (2019) descreve o ritual de marcação dos negros como um processo aterrador. Segundo ele, um carimbo de metal incandescente era aplicado nos cativos, que gritavam de dor e precisavam ser contidos por várias pessoas. A ferida demorava a cicatrizar, mas suas marcas permaneciam, simbolizando a submissão imposta. Além de carimbados a ferro como gados, eram submetidos a exames minuciosos forçados, em praça pública, denotando o caráter objetificante do processo.

Foram em circunstâncias tão macabras quanto essas que se iniciou o processo nacional de "dominação ideológica" (Moura, 1990) da branquitude, racializando "o outro" ao inscrever

marcas literais na pele, enquanto silenciava sobre sua própria identidade racial. Esse silêncio estratégico gerou um posicionamento como norma universal, desvinculado de qualquer classificação racial, assumindo uma pretensa neutralidade que se perpetuou até bem pouco tempo.

De acordo com Barros (2023, p. 13),

Classificar é uma ação de ordenar segundo interesses específicos de quem classifica e de intervir contra o que esse mesmo agente compreende como desordem. A ação de ordenar converte-se em forma de intervenção daqueles que se presumem hipersuficientes para ajudar sobre os presumidos hipossuficientes, que lhes parecem necessitar de ajuda-intervenção.

A primeira leva de africanos escravizados concentrou-se majoritariamente no Nordeste, onde atuaram nas monoculturas de tabaco, algodão, mineração e pecuária. No entanto, foi a produção de açúcar das plantações de cana, especialmente em Pernambuco, que consolidou o que ficou conhecido como "ouro branco". Esse produto era exportado para a Europa, e seu valor excedia o dos metais preciosos extraídos em Minas Gerais (Amaral, 2023). Nesse contexto, Moura (1983) pontua que o sistema escravista não se limitou à exploração econômica da força de trabalho, mas instaurou uma inversão de valores, posto que quem trabalhava era o negro e o branco que foi erigido como ideal de superioridade biológica, psicológica e cultural.

A elite branca que habitava o Brasil colonial impôs estratégias sistemáticas para desarticular a comunicação e a organização coletiva dos africanos, fragmentando seus vínculos culturais e linguísticos. Reduzidos à condição de mercadoria, eram equiparados a "bens semoventes", privados de direitos, inclusive o direito à propriedade privada. A posse de escravizados assegurava força de trabalho disponível e representava um símbolo de prestígio social, pois conferia aos senhores controle absoluto sobre todos os aspectos da vida dos cativos, mesmo os mais triviais (Ynaê Santos, 2022). Esse domínio material e simbólico aponta que a centralidade da propriedade privada na estrutura do capitalismo esteve historicamente concentrada nas mãos da população branca desde seus primórdios.

Em 1808, com a vinda da corte portuguesa, os centros urbanos começaram a se adensar. D. João VI abriu os portos brasileiros, especialmente o Cais do Valongo, onde desembarcaram 839 mil africanos sequestrados. Essa zona portuária ficou conhecida como a pequena África, diante da quantidade de escravizados circulando livremente e trabalhando como "negro de ganho", vendendo artesanatos, se prostituindo e praticando carregamentos nas ruas para sustentar o senhorio branco. As disparidades políticas e econômicas entre as províncias foram se avolumando e culminaram em diversas insurreições. Em 1821, D. João VI retornou a

Portugal, delegando a regência a seu filho, D. Pedro I, que proclamou a Independência formal do Brasil em 1822.

Após a Independência, uma Carta Constitucional foi aprovada, assegurando direitos civis e políticos a todos os cidadãos brasileiros. No entanto, o voto censitário, isto é, condicionado a critérios econômicos e à instrução escolar, abarcou uma parcela negra inexpressiva. De mais a mais, além de uma cidadania regulada, as oligarquias passaram a dispor de um aparato jurídico para legitimar a escravidão de forma velada no texto constitucional, sob o argumento do direito à propriedade privada.

Em 1831, D. Pedro I assinou a Lei Feijó, proibindo o tráfico negreiro, mas a medida teve eficácia limitada, derivando dela o adágio popular "lei para inglês ver". Depois da lei sancionada, 785 mil africanos foram contrabandeados para o Brasil, dos quais mais de 700 mil se fixaram no Sudeste, expandindo o povoamento negro para além do Nordeste. A conivência do Estado se deu operando no silêncio e adulterando informações, eliminando arquivos e destruindo provas. A racialização da população negra era parte constitutiva da gramática do Império no Brasil, presente em documentos oficiais, processos criminais e registros policiais, onde "preto" e "negro" eram sinônimos de escravo (Ynaê Santos, 2022).

No final da década de 1820, foram criadas a Faculdade de Direito de Olinda, atualmente localizada no Recife, e a Academia de Medicina do Rio de Janeiro. A Escola de Medicina da Bahia, fundada em 1808, inicialmente não saiu do papel. Os juristas da Faculdade de Olinda, provenientes de famílias abastadas, desempenharam um papel importante na formação da elite pensante, engajada na independência e modernização do país, formulando leis e defendendo direitos civis. No caso da medicina, as escolas adotavam currículos baseados em modelos europeus, e o perfil dos primeiros médicos era bastante elitista e excludente, pois só os mais favorecidos podiam arcar com os custos educacionais (Campos, 2020).

O desenvolvimento das províncias não era uniforme. Em Sergipe, por exemplo, um decreto de 1838 proibia o acesso às escolas públicas a indivíduos com enfermidades infectocontagiosas e a africanos, livres ou libertos. Moura (2019) argumenta que, ao mencionar africanos, o legislador referia-se aos negros em geral. Esse decreto buscava excluir a população negra do convívio social, sugerindo que sua existência poderia contaminar o "sadio" corpo social branco.

Em 1850, a Lei Eusébio de Queiroz, que proibiu o tráfico transatlântico de escravizados, indicava a possibilidade de uma futura abolição. No mesmo ano, de forma não coincidente, a Lei de Terras consolidou a propriedade privada, favorecendo brancos que ocupavam grandes extensões de terra sem titulação formal, enquanto restringia o acesso de negros à terra,

substituindo o direito de posse pela obrigatoriedade de compra¹⁸. A interrupção do tráfico elevou os preços dos africanos escravizados, devido ao risco de apreensão de navios, e intensificou a transferência de cativos para as plantações de café no Sudeste, em plena expansão econômica. Segundo Moura (1983, p. 27), “não é coincidência que o traficante, com capitais acumulados, se tornasse um segmento poderoso. Quando Mauá fundou o Banco do Brasil, utilizou esses capitais, imobilizados pela Lei Eusébio de Queiroz”.

O Banco do Brasil (BB), inicialmente privado, mas já ligado ao Estado e posteriormente fundido organicamente a este, teve papel central nesse contexto, financiando a escravidão por meio de empréstimos à elite branca, que usava pessoas escravizadas como garantia de dívidas. Parte dos recursos do BB vinha de taxas dessas operações, mostrando que o comércio de escravizados, embora ilegal, era normalizado e apoiado pelo Estado (BBC, 2023, *Online*).

A Lei de Terras, ao manter a estrutura fundiária herdada do período colonial, consolidou definitivamente o despojo da população negra da propriedade da terra. A exigência de compra formal, sem reconhecimento do direito à posse, acentuou as desigualdades e perpetuou a concentração nas mãos do senhorio branco. Essa política erigiu barreiras raciais ao acesso à terra, principal meio de produção da época (Moura, 2019). A burguesia cafeeira contratou o franco-brasileiro Marc Ferrez para produzir imagens idealizadas da cadeia produtiva do café, difundindo internacionalmente a narrativa de progresso e civilização, e legitimando a ideia de que a escravidão teria sido benéfica aos africanos e seus descendentes (Ynaê Santos, 2022; Muaze, 2017).

Ao adotar ângulos panorâmicos e distanciados, com escravizados em grupos, Ferrez projetava uma imagem de civilidade e progresso. Essa estética atendia ao olhar branco colonizador, conciliando a permanência da estrutura escravista com as demandas do capitalismo emergente. Enquanto eternizava um sistema já condenado pela opinião pública internacional e pelos abolicionistas brasileiros, Ferrez também encenava um futuro de continuidade produtiva, silenciando os conflitos sociais subjacentes.

As fotografias seguintes (Figura 3) circularam em eventos agrícolas na Corte e em mostras preparatórias para exposições universais, consolidando a imagem de um Brasil agrícola, exportador e integrado ao mundo moderno pelo café. Contudo, essa representação

¹⁸ Moura (1983) destaca como o latifúndio escravista repercutiu no atraso econômico do Brasil e na capacidade organizativa dos trabalhadores, sinalizando que nesse mesmo período (1848), Marx e Engels já haviam publicado o Manifesto do Partido Comunista conclamando à união dos trabalhadores assalariados. O autor traça ainda outro paralelo histórico: em 1871, enquanto no Brasil era promulgada a Lei do Ventre Livre, na França ocorria a experiência revolucionária da Comuna de Paris.

contrastava com a realidade das lutas abolicionistas e da resistência negra, documentadas em outros registros da época. A artificialidade das cenas, com cativos em trajes arrumados e composições meticulosamente planejadas, revela um esforço deliberado de mascarar as tensões sociais, atenuar a violência da escravidão e contar a narrativa dos “vencedores”.

Figura 3- Pessoas escravizadas na produção cafeeira



Fonte: Instituto Marc Ferrez

No cenário internacional, as fotografias de Ferrez disputavam espaço com

representações estrangeiras do Brasil, muitas delas abertamente críticas ao sistema escravista. Tentando reproduzir a “ideologia do bom senhor” (Moura, 1983), a estratégia visual, centrada na imponentia das fazendas e na aparente harmonia entre natureza e civilização, respondia ao gosto europeu por exotismo e progresso técnico. Contudo, essa construção idealizada colidia com as pressões internacionais pelo fim da escravidão e com a imagem negativa do Brasil como último reduto da servidão nas Américas. Ao produzir uma memória visual alinhada aos interesses escravocratas, Ferrez não apenas documentou a economia cafeeira, mas contribuiu para edulcorar as contradições e violências da escravidão, legitimando a ordem social vigente e protegendo os privilégios de uma elite específica.

Paralelamente, nesse mesmo período, a publicação de *A Origem das Espécies* (1859), por Charles Darwin, foi instrumentalizada por cientistas brancos para sustentar a suposta superioridade cognitiva de seu grupo racial. Negros passaram a ser tratados como objetos de investigação, com seus comportamentos e capacidades intelectuais sistematicamente quantificados, reforçando estereótipos e desconsiderando os determinantes sociais. Embora esses cientistas não adulterassem os dados escolhiam aqueles que confirmavam suas teorias.

Justamente por isso hoje não restam dúvidas de que o racismo científico não era uma vertente da ciência, mas sim um conjunto de crenças amplamente utilizada para manter um grupo específico no poder. [...] Faculdades de medicina e de direito, museus e institutos históricos e geográficos desenvolveram pesquisas sobre território, flora, fauna e população a partir de pressupostos defendidos pelas disciplinas que compactuavam com essa ideologia racista e racialista (Ynaê Santos, 2022, p. 156, 157).

A Lei do Ventre Livre, aprovada em 1871, garantiu liberdade aos filhos de mulheres escravizadas nascidos a partir dessa data, mas não se aplicou retroativamente aos filhos mais velhos e muito menos a elas. Jorge *et al.* (2022) destacam que essa lei estabeleceu barreiras que ainda hoje impedem o pleno exercício da maternidade por mulheres negras, como a separação compulsória de mães e filhos, restrições à amamentação e a criação das “amas de leite” ou “mães pretas” que alimentavam os filhos dos senhores brancos. Essas estratégias biopolíticas de controle sobre a vida aprisionam subjetivações e relações humanas úteis a determinado modo de organizar o mundo, submetendo mulheres vulnerabilizadas a julgamentos baseados em valores capitalistas, coloniais, racistas, misóginos e machistas.

Isso impõe um olhar singular para a maternidade da mulher negra ao longo da história.

Nesse contexto, faz-se necessário um olhar singular para a maternidade da mulher negra ao longo da história. Quantas vezes o exercício do direito à maternidade da mulher negra foi subtraído para servir ao desejo do branco? Ora produzindo leite para o filho da mulher

branca, ora deixando de cuidar dos seus filhos para cuidar dos filhos da mulher branca, ora gerando filhos do seu dono (Jorge *et al.* 2022, p. 519).

A aprovação dessa Lei refletiu tanto a intensificação das pressões do movimento abolicionista quanto o temor das elites brancas de que a Revolução Haitiana – iniciada em 1791 e responsável pela primeira República negra nas Américas – inspirasse levantes similares no Brasil. Em 1881, no Ceará, Francisco José do Nascimento, o “Dragão do Mar”, liderou um levante de jangadeiros, bloqueando o transporte de cativos para o Sudeste e impedindo o desembarque de negros nas bacias hidrográficas locais.

A Lei dos Sexagenários, promulgada em 1884, teve um efeito meramente residual, uma vez que poucos escravizados alcançavam aquela faixa etária e, quando o faziam, eram frequentemente abandonados, o que evidencia o caráter sobretudo simbólico da medida e a manutenção concreta da exclusão racial no acesso a direitos básicos. Nesse mesmo contexto histórico, marcado pela persistência da escravidão e pela negação sistemática de humanidade à população negra, observa-se que determinados sujeitos brancos, ainda que atravessados por hierarquias de gênero, dispunham de possibilidades institucionais radicalmente distintas. Em 1887, na Faculdade de Medicina da Bahia, a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, oriunda de uma família abastada, formou-se com distinção, tendo sua tese intitulada *Paralelo entre os methods preconizados na operação cesariana* aprovada com louvor. Embora a presença feminina em um curso historicamente masculinizado deva ser compreendida à luz das restrições impostas pelo patriarcado, esse episódio evidencia que a racialidade branca operava como um diferencial decisivo de acesso e reconhecimento, assegurando privilégios educacionais que permaneciam estruturalmente interditados à população negra, especialmente às mulheres negras, no mesmo período.

A abolição da escravidão no Brasil em 1888 marcou uma mudança formal no panorama social e econômico, mas manteve estruturas a divisão social e racial do trabalho. Embora apenas 15% da população negra ainda estivesse escravizada, os ex-escravocratas exigiram compensações do Estado, ignorando os danos causados aos libertos. A elite cafeeira enfrentava dificuldades na reposição da força de trabalho, já que imigrantes europeus repudiavam condições semelhantes à escravidão, reservadas, segundo sua visão, a outros corpos.

A insustentabilidade do regime escravista foi intensificada pela resistência dos próprios escravizados, como nas Revoltas dos Malês e dos Escravos da Bahia em 1835. Apesar do discurso iluminista e liberal europeu sobre liberdade e igualdade, esses valores eram restritos a homens brancos de ascendência europeia. Assim, a liberdade concebida no período refletia a

ótica dos senhores, naturalizando a escravidão dentro do projeto moderno. Como resume Ynaê Santos (2022), a universalização desses ideais foi possível à custa da hierarquização da humanidade.

A economia colonial brasileira estruturou-se com base no trabalho escravo, tornando-o universal e limitando o trabalho livre a uma pequena elite. Como destacou Prado Júnior (1968), essa configuração promoveu uma rígida separação entre o trabalho intelectual, símbolo de *status*, e o trabalho manual, estigmatizado e reservado aos não brancos. A ideologia da branquitude influenciava fortemente as escolhas profissionais dos homens brancos livres, que evitavam atividades consideradas degradantes e buscavam manter sua honra social. Essa hierarquia foi reforçada pela dificuldade de acesso às profissões liberais, cujos custos de qualificação as restringiam a poucos.

Assim, o sistema colonial perpetuava os privilégios de classe e raça, alicerçando uma ordem social baseada na exclusão. Em uma perspectiva mais ampla, o capitalismo utilizou-se dessas hierarquias raciais como instrumento central de expansão por mais de quatro séculos, operando por meio da violência, expropriação e genocídio. A subjugação do povo negro foi legitimada legal e simbolicamente por práticas discursivas que naturalizavam sua desumanização, convertendo sua presença em símbolo de anomalia social. A experiência negra no Brasil, profundamente marcada por essas estruturas, não foi compartilhada com os brancos, revelando um percurso histórico singular de violência, captura e silenciamento.

Adicionalmente, a comunidade negra passou a ser incessantemente observada, vigiada, examinada, especulada, descrita, controlada e rotulada com base em padrões corporais estabelecidos pelos brancos, reduzindo-a a meros objetos de estudo. Algumas legislações destroçaram laços sociais e fragmentaram famílias, impondo uma experiência de liberdade radicalmente diversa da vivida pela branquitude. As raras oportunidades em que a cidadania foi proclamada materializaram-se de forma regulada, excludente e pouco efetiva.

É assim que o negro sai da história para entrar nas ciências, a passagem da escravidão para a libertação representou a passagem de objeto de trabalho para objeto de pesquisa. A invisibilidade da presença negra na cena brasileira, que gradualmente vai se processando, contrasta com a vasta produção acadêmica que irá se desenvolvendo em torno dessa nova condição de objeto de estudo (Sueli Carneiro, 2023, p. 19).

A experiência da população branca fundamentou-se em estruturas caracterizadas pela ascensão material, reconhecimento profissional, preservação da sua condição de sujeito e pelo poder de governar os outros. Assim, essa população exerceu um controle sistemático da vida social, reforçando sua posição hegemônica. Ademais, consoante Aparecida Bento (2022, p. 3),

o fim da escravidão gerou um ativo bastante favorável aos brancos, fruto da apropriação indevida do trabalho de quatro séculos de outro grupo racial. Esse ativo se expressa em dimensões materiais e simbólicas que se reforçam mutuamente para funcionar como potencializador da reprodução do racismo. Ignorar esses aspectos permite "não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros: no final das contas, são interesses econômicos em jogo" (Aparecida Bento, 2002, p. 3).

2.3 Na Velha República o racismo também se fez “coisa pública”

Na passagem do Império para a República, em 1889, o Brasil iniciou sua transição para uma economia urbano-industrial, sem, contudo, romper com as hierarquias raciais herdadas do período colonial. O novo regime político preservou a centralidade da branquitude, garantindo sistematicamente sua reprodução material e simbólica em detrimento dos grupos racializados (Mbembe, 2018; Campos, 2020). No início do século XX, São Paulo tornou-se epicentro da monocultura do café, impulsionada por capitais britânicos. Os antigos senhores de escravizados converteram-se em industriais e passaram a explorar a força de trabalho de milhões de imigrantes europeus, sobretudo italianos, agora reconhecidos como assalariados (Ynaê Santos, 2022; Rosely Anacleto, 2022[2017]).

Moura (1983) destaca a inexistência de uma burguesia nacional no período de formação do capitalismo brasileiro, em contraste com o que se verificou nas revoluções burguesas clássicas, como a Revolução Americana e a Revolução Francesa. O autor atribui esse vazio ao predomínio de capitais estrangeiros no fomento das áreas mais dinâmicas da economia, incluindo portos, bancos, ferrovias, empresas de transporte urbano e serviços de iluminação pública. No caso brasileiro, a burguesia, desde sua gênese, consolidou-se como dependente e estruturalmente associada aos interesses do imperialismo, o que em certa medida, condicionou seu papel político e econômico¹⁹.

Nesse contexto, a plebe negra passou a ocupar uma posição sistematicamente marginalizada no processo de acumulação capitalista brasileiro. Conforme interpretação de Tereza Martins (2017), essa parcela constitui uma base ampliada de exploração do capital, submetida à duração máxima da jornada e à remuneração mínima, condição que remete, nos termos de Marx (214 [1867]), à população excedente que serve de fundamento para a

¹⁹ Essa característica é particularmente relevante, pois repercutirá nas orientações estratégicas do Partido Comunista Brasileiro, pejorativamente apelidado de “Partido Sanitário”, questão que será tematizada no capítulo subsequente.

superexploração, dada sua vulnerabilidade estrutural e limitada capacidade de barganha.

Em contraste, os trabalhadores brancos imigrantes e seus descendentes, além da compensação monetária, foram sistematicamente abonados com um “salário público e psicológico” (Du Bois, 2007 [1935]), englobando distintivos racialmente distribuídos. Essa lógica os distanciava subjetivamente dos demais explorados e, em determinadas circunstâncias, os alinhava aos interesses das elites, fraturando alianças classistas. Para Robinson (2023), essa diferenciação racial não é uma distorção fortuita, mas expressão constitutiva do próprio sistema, cuja origem e desenvolvimento, inclusive nas periferias, se dão sob a lógica do capitalismo racial²⁰.

A persistência da concentração fundiária nas regiões mais isoladas do Brasil manteve o poder nas mãos das oligarquias locais nos primeiros anos da República, catalisando movimentos de contestação como a Revolta de Canudos, em 1896. Documentado por Euclides da Cunha em *Os Sertões*, a insurreição sertaneja foi representada com marcados preconceitos raciais e estéticos: “O sertanejo é, antes de tudo, um forte [...] [mas], reflete no aspecto a fealdade típica dos fracos” (Cunha, 1902, p. 66). Essa ambiguidade expressa os limites da racionalidade branca, urbana e ilustrada, influenciada pelas teorias higienistas do século XIX, que idealizavam o corpo branco como emblema de saúde e civilização.

O desenvolvimento urbano no Brasil ocorreu de forma desigual, especialmente no Nordeste, onde a burguesia se formou a partir dos senhores de engenho ligados à produção açucareira, principal *commodities* do período. Para impulsionar essa opulenta fração do mercado, o povoado caiçara de Santo Antônio do Aracaju foi elevado à condição de cidade e, ato contínuo, promovido a capital em 17 de março de 1855. Essa transformação refletiu a importância estratégica do setor açucareiro na dinâmica econômica regional.

A Cidade de Aracaju, [...] nasceu assim: feia, pobre, impaludada, perseguida por muitos, ajudada por alguns. Ao nascer não contemplou outra coisa que não fosse mangues, lagoas, pântanos e alagadiços. Engatinhou sobre um charco imenso, onde, nas noites longas e tristes, a saparia coaxava em um coro potente e numeroso (Cabral, 1955, p. 37).

A localização estratégica próxima ao estuário do Rio Sergipe – ausente na antiga capital São Cristóvão – foi decisiva para a fundação de Aracaju, primeira cidade planejada do Brasil, concebida como porto açucareiro. Restrita inicialmente ao atual Centro, essa cidade deu origem ao que denominei de “território de branquitude”²¹. Ao longo do tempo, a transição de uma

²⁰ O autor destaca que mesmo na Europa, irlandeses, ciganos, judeus, eslavos e outros grupos foram preteridos em relação aos ingleses.

²¹ Voltarei a esse tema adiante.

sociedade oligárquica para uma burguesia urbana e pré-industrial consolidou-se, e em 1920 Aracaju já abrigava 237 estabelecimentos comerciais, incluindo as indústrias têxteis “Sergipe Industrial” e “Confiança”, destacando-se como polo econômico complementar ao açúcar (Cruz, 2015). Inspirado pelos ideais da *Belle Époque*, o projeto de modernização urbana resultou na reconfiguração estética da cidade com praças, jardins e prédios em estilo *art-nouveau*, além da exaltação simbólica de homens brancos locais por meio de monumentos, como o dedicado a Sílvio Romero, expressão do novo *ethos* republicano em oposição à monarquia.

A migração das famílias das elites agrárias para Aracaju se intensificou com a República, impulsionada pela busca por educação e modernidade urbana. Esse movimento gerou novas construções, sobretudo a partir de 1914, marcando uma disputa simbólica entre senhores de engenho e novos ricos (Dantas, 1999). Paralelamente, práticas sanitárias voltadas à medicalização²² e vigilância do operariado buscavam conter doenças associadas à precariedade urbana. Enquanto isso, o “Quadrilátero de Pirro” – zona nobre planejada – assegurava à classe dominante acesso exclusivo a infraestrutura moderna, como bonde elétrico, esgoto e transporte coletivo. Tal configuração urbana, garantiu à branquitude senhorial, livre circulação e prestígio, fortalecendo sua hegemonia espacial e social.

As habitações desse Quadrilátero eram regulamentadas por um rígido Código de Postura²³, elaborado por médicos e engenheiros militares para manter a cidade bela, disciplinada e higiênica para a elite local, que também se ocupou de empurrar não brancos para as franjas da urbe. O adensamento populacional exigiu a adoção de medidas urbanísticas e de saúde pública, transformando a higiene em uma questão socioespacial, para evitar a proliferação de doenças infectocontagiosas que ameaçavam os bairros pomposos.

A partir do higienismo e da biopolítica²⁴, instauraram-se dispositivos disciplinares que

²² Na ótica foucaultiana o conceito de medicalização pode ser entendido como o processo que transforma artificialmente questões não médicas em problemas médicos. Diversos problemas são apresentados como doenças, transtornos e distúrbios psiquiátricos, mascarando questões econômicas, políticas, sociais, culturais e emocionais que afetam a vida das pessoas (Buonocore, 2016).

²³ Conjunto de legislações municipais, herdadas desde o Império e atualizadas sistematicamente. Segundo Santos (2007), nem todos os artigos dessa legislação se efetivaram, mas alguns apontam para as preocupações dos legisladores com o comportamento dos usuários da cidade no espaço público e outros elementos de ordenação do território.

²⁴ O biopoder, conforme delineado por Michel Foucault, refere-se ao poder exercido sobre a vida das populações. É um mecanismo de controle que, a partir do século XVIII, substituiu o poder de soberania (o direito de causar a morte ou de deixar viver) por um poder que busca ordenar, regular e gerir a vida. Este novo tipo de poder se interessa pela administração dos processos biológicos da vida humana, integrando a biologia à política, de modo que a vida e seus mecanismos passam a ser objeto de cálculos explícitos e intervenções sistemáticas. Foucault denomina este fenômeno de “biopolítica”, onde a preocupação central é a regulação dos processos vitais das populações, estabelecendo sobre eles formas de controle e modificação através do poder-saber. Foi nesse contexto que surgiram a medicina social, a demografia, a estatística, e outros campos de saber e prática que integram as Ciências Humanas e Sociais.

moldaram o comportamento urbano por meio da imposição de padrões de normalidade, organizando os corpos no espaço e sustentando práticas de subjugação (Farias Filho; Alvim, 2022). Em Aracaju, tais processos se articularam ao projeto de modernização conservadora, que, embora promovesse embelezamento e ordenamento urbano, manteve intocadas as desigualdades raciais e sociais herdadas do período colonial.

Nesse contexto, a branquitude consolidou seus códigos culturais em espaços privilegiados, como o Iate Clube, o Clube Cotinguiba e a Ponte do Imperador, onde a elite branca afirmava sua distinção por meio do esporte (Figura 4). Tais práticas reforçavam sua centralidade social e simbólica, delimitando territórios de pertencimento e revestindo Aracaju de uma modernidade excludente (Almeida, 2017).

Figura 4- Club Sportivo Feminino no Ground Adolpho Rollemberg, ano de 1920



Fonte: Almeida (2017) via acervo particular da professora Maria Lígia Madureira Pina

Até a década de 1920, o Sanitarismo Campanhista orientava as políticas públicas de saúde no Brasil, marcadas por ações autoritárias como imunizações forçadas e campanhas de erradicação de doenças voltadas à moralização das classes populares, gerando resistências como a Revolta da Vacina. Nesse cenário, surgiram entidades de cunho eugênico, como a Liga Pró-Saneamento e a Liga Brasileira de Higiene Mental que, sob influência do positivismo,

difundiram o racismo científico mascarado de neutralidade, promovendo práticas asilares, criminalização da pobreza negra, esterilizações e perseguição a supostos “degenerados” (Seixas; Mota; Zilbreman, 2009).

Esse ideário foi sustentado por médicos e intelectuais formados sob paradigmas coloniais, como Nina Rodrigues, Sílvio Romero e Euclides da Cunha, que apostaram no embranquecimento da população por meio da imigração europeia e da eliminação simbólica do mestiço. A eugenia pretendia produzir uma “geração pura”, branca, adaptada aos interesses das elites (Serra; Schucman, 2012). Assim, desigualdades sociais foram tratadas como problemas fenotípicos, em flagrante contradição com os ideais iluministas de liberdade, igualdade e fraternidade. No entanto, a hipocrisia do Velho Mundo revelou-se ao trair seus próprios princípios, como denunciou com contundência Aimé Césaire (1978, p. 12, 14, 15) em *Discurso sobre o Colonialismo*:

A civilização dita europeia, a civilização ocidental, tal como a modelaram dois séculos de regime burguês, é incapaz de resolver os dois problemas maiores a que a sua existência deu origem: o problema do proletariado e o problema colonial. [...]. A Europa é indefensável. [...]. Pode-se matar na Indochina, torturar em Madagascar, prender na África Negra, seviciar nas Antilhas. [...]. Seria bom estudar primeiro como a colonização se esmera em descivilizar o colonizador, em embrutecê-lo, em despertá-lo para os instintos ocultos, para o ódio racial, para o relativismo moral. [O nazismo, sim é uma barbárie], mas antes de serem suas vítimas, foram seus cúmplices [...], legitimaram-no porque até aí só se tinha aplicado a povo não europeu.

Aimé Césaire denuncia o paradoxo da modernidade europeia ao expor como seus ideais iluministas de liberdade e justiça se sustentaram na exploração e brutalidade contra povos colonizados. Para ele, a colonização não civilizou, mas produziu barbárie, degradando também os próprios colonizadores. Ao traçar um elo entre colonialismo e nazismo, Césaire revela a seletividade moral das potências europeias: crimes tolerados por séculos em territórios não brancos foram duramente condenados apenas quando atingiram a Europa.

No Brasil, essa lógica racializada persistiu em instituições como o Hospital de Juquery, onde negros foram tratados como objetos de pesquisa sob práticas eugênicas. Um caso emblemático é o de João C., trabalhador negro internado por quase 20 anos sem diagnóstico clínico, evidenciando a negligência e a racialização da institucionalização psiquiátrica (Machin; Mota, 2019). Enquanto isso, imigrantes europeus, embora explorados, lideraram movimentos como a greve geral de 1917 e conquistaram avanços sociais (Rosely Anacleto, 2022[2017]). No entanto, levantes operários protagonizados por negros, como os ganhadores na Bahia (1857), estivadores (1858) e marinheiros da Revolta da Chibata (1910), foram historicamente

silenciados, reafirmando a centralidade do protagonismo branco no imaginário sindical brasileiro (Ynaê Santos, 2022).

A inserção da força de trabalho branca no capitalismo periférico brasileiro ocorreu em meio a adversidades, mas foi marcada por oportunidades seletivas que garantiram reconhecimento, mobilização sindical e avanços salariais. Esse processo acentuou a exclusão dos trabalhadores negros, relegados às posições mais precárias, frequentemente encarcerados ou internados, e sistematicamente dispensados das poucas vagas industriais (Moura, 2019).

A trajetória de Eloy Chaves, empresário e político vinculado à aristocracia cafeeira, ilustra como os interesses oligárquicos moldaram as políticas sociais brasileiras. Seu perfil multifacetado, que reunia a condição de ruralista, industrial e financista, permitiu-lhe ocupar posição estratégica na formulação das primeiras instituições previdenciárias. Em 1923, articulou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que garantiam assistência médica individualizada a categorias estratégicas, como ferroviários, marinheiros e portuários, inaugurando um sistema embrionário de previdência social. Embora representassem um avanço para setores específicos da classe trabalhadora já integrados ao circuito capitalista, as CAPs também expressavam a lógica de reformas parciais, capazes de atender a demandas imediatas sem comprometer os privilégios herdados das elites.

Esse padrão não se restringiu ao início do século XX. Como mostra a Agência Pública (2024, *Online*), quase metade dos governadores brasileiros e um quinto dos senadores descendem diretamente de famílias que possuíram pessoas escravizadas ou participaram da repressão a revoltas negras e populares, revelando a explícita renovação de um pacto também intergeracional e que transfere os custos sociais das desigualdades para as gerações futuras.

Os ares de modernidade que sopravam na Europa continuavam ecoando no Brasil, exemplificados pela *Semana de Arte Moderna* de 1922, que se apresentou como um espaço de expressão política, ruptura com a arte tradicional e evocação de padrões mais libertários na criação artística. No mesmo ano, foi fundado o primeiro partido revolucionário brasileiro, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), formado por dissidentes do movimento anarquista que reconheciam a incompatibilidade entre uma revolução proletária, à semelhança da Revolução Russa de 1917, e a doutrina apartidária e espontaneísta que até então defendiam.

Tarsila do Amaral (1886–1973), frequentemente celebrada como símbolo do modernismo brasileiro, expressa em sua trajetória os traços elitistas e racializados da arte nacional. Nascida em uma família aristocrática ligada à escravidão, cresceu em meio aos lucros do café paulista e teve acesso a uma educação refinada e europeizada, aprendendo francês antes do português e frequentando centros artísticos da Itália, Rússia, Bélgica e, sobretudo, Paris,

onde foi aluna de Fernand Léger. Suas obras capturam um Brasil em transformação, mas o fazem a partir do olhar de uma branquitude ilustrada que absorve influências estrangeiras para construir uma identidade nacional moderna (Figura 5).

Abaixo, estão suas telas *A Negra* e *Autorretrato*, ambas de 1923, e também *Operários*, de 1933. No seu autorretrato, conhecido também como *Le manteau rouge*, Tarsila do Amaral se pintou com um vestido vermelho francês de corte bastante incomum para a época. Sua maquiagem acentuada e os traços faciais definidos apontam para uma estética que pode ser associada ao que cirurgiões plásticos contemporâneos designam de "harmonia facial", definida por uma simetria proeminente. O tom alvo de sua epiderme contrasta com a paleta de cores vibrantes, característica de sua obra. A posição das mãos, embora reproduzida sem requinte algum na obra *A Negra*, evoca uma combinação de sensualidade e leveza, intensificando a expressividade da sua composição corporal.

Figura 5- Telas “Autorretrato”, “A negra” e “Operários” de Tarsila do Amaral



Fonte: Uol

Na minha análise da tela *A Negra*, observa-se a negação da identidade e da subjetividade da figura, reduzida a um coletivo definido apenas pela condição racial. Embora *A Negra* e *Autorretrato* sejam do mesmo ano, Tarsila assume posturas opostas: no *Autorretrato*, afirma-se como sujeito individual e em primeiro plano; em *A Negra*, suprime tais possibilidades.

Outro ponto a ser enfatizado é que o quadro foi exposto em Paris em 1926 e, depois, em Moscou em 1931, países compostos predominantemente por pessoas brancas, antes de ser

finalmente apresentado no Brasil em 1933 e, novamente, em 1950. Atualmente, a obra integra o acervo do Museu de Arte Contemporânea de São Paulo. Conforme Cardoso (2016, p. 94), *A Negra* raramente foi destacada nos comentários sobre o progresso de Tarsila, ao contrário de outras obras [...], tanto na crítica francesa quanto na brasileira".

Há um discurso de orientação primitivista e eurocêntrico que permeia a estética atribuída à mulher negra exotizada nessa tela de Tarsila. Essa representação foi retratada numa figura feminina careca, desnuda e hipersexualizada, com traços geometricamente distorcidos, demonstrando certa apatia, além dos membros inferiores e superiores exageradamente grandes (talvez ressaltando o "lugar" nos trabalhos braçais da casa-grande) e descritos de forma animalésca pela própria autora, no excerto seguinte.

Pinheiro (2022) assinala que os valores, sentimentos, sensações, a arte e as relações interpessoais são construções sociais, não originadas de dons sobrenaturais, capacidades fisiológicas ou circunstâncias aleatórias. Trabalho, linguagem e cultura não derivam de uma potencialidade abstrata dos indivíduos, mas se constelam em contextos históricos e sociais específicos.

A artista não mencionou nem na tela nem em seus relatos a subjugação e as torturas do regime escravocrata da negra, a quem tratou como sua "ama de leite". Pelo contrário, se referiu como uma "[...] figura sentada com dois robustos toros de pernas cruzadas, uma arroba de seio pesando sobre o braço, lábios enormes, pendentes, cabeça proporcionalmente pequena [...]", que, segundo ela, serviu de modelo para a capa dos poemas de *“Le Formose”* (Cardoso, 2016, p. 106). O empresário do ramo da comunicação, Assis Chateaubriand, fundador da TV Tupi, exemplificou seu descontentamento com a obra, adjetivando-a como uma "humanidade raquítica, miserável, roída de vermes, a raça de Jeca Tatu, barriguda, papuda, macilenta, quase cretinizada, porque esmagada de taras irresistíveis" (Cardoso, 2015, p. 96).

O também modernista Mário de Andrade, que era negro e nasceu cinco anos após a promulgação da Lei Áurea, apresentou uma reação diferente em uma correspondência dirigida a Tarsila, na qual ironizou seu deslumbramento com a Europa. Em suas palavras: "Mas é verdade que considero vocês todos uns caipiras em Paris. Vocês se *parisianizaram* na epiderme. Tarsila, Tarsila, volta para dentro de ti mesma" (Meira, 2018, p. 944). Essa crítica parecia convocar a pintora a uma reflexão sobre a subalternidade da arte nacional e a recomendava redirecionar seu olhar para as particularidades do Brasil.

Numa entrevista à revista *Veja*, em 1972, a pintora falou que o quadro evocava uma afetividade com algumas das mulheres escravizadas das suas fazendas:

Um dos meus quadros que fez muito sucesso quando eu o expus lá na Europa se chama A Negra. Porque eu tenho reminiscências de ter conhecido uma daquelas antigas escravas, quando eu era menina de cinco ou seis anos, sabe? Escravas que moravam lá na nossa fazenda, e ela tinha os lábios caídos e os seios enormes, porque, me contaram depois, naquele tempo, as negras amarravam pedras nos seios para ficarem compridos e elas jogarem para trás e amamentarem a criança presa nas costas (Ribeiro, 1972, *Online*).

Concordo com Ferreira (2017) ao afirmar que a "empatia" de Tarsila do Amaral em relação às mães negras de sua infância contém uma camada de ironia. Embora a artista professasse um carinho por essas mulheres, tal sentimento não ocultava o privilégio associado à sua posição social em comparação a elas. Ferreira parafraseia Rafael Cardoso (2015) em sua obra *The Problem of Race in Brazilian Painting (1850-1920)*, ressaltando que, como aristocrata branca, a reivindicação de Tarsila ao patrimônio afro-brasileiro é, na melhor das hipóteses, limitada. Na pior das hipóteses, pode ser interpretada como uma nostalgia preocupante de um passado não tão distante, que aprofundou as disparidades sociais.

Historicamente, embora a figura da "mãe preta" tenha sido frequentemente representada de maneira positiva, sua posição social foi marcada por profundas contradições. Ela compartilhava com a mãe branca a autoridade para governar a casa-grande, mas, ao mesmo tempo, continuava escravizada, impedida de exercer o direito de criar seu próprio filho e vulnerável ao castigo físico. Essa mesma dinâmica permeava a relação da mãe preta com seu filho branco; as barreiras sociais e hierárquicas persistiam independentemente dos laços afetivos, e ela não estava isenta do sadismo de seus senhores (Ferreira, 2017).

A obra *Operários*, de Tarsila do Amaral, encerra uma etapa crítica da produção modernista ao retratar um Brasil em transformação urbana, com a verticalização das moradias, a industrialização e o surgimento de uma nova composição demográfica. Contudo, a escassa presença de tons de pele mais escuros na tela indica, de forma sutil, na minha particular interpretação, a interposição de barreiras para admissão formal no mundo fabril. Nesse contexto de capitalismo periférico, onde “alguns iguais são mais iguais que outros”, a exclusão racial seguia legitimada pela lógica da universalidade branca, enquanto os rostos exaustos expressam o que Marini (2000) denominou de “superexploração do trabalho”.

Simultaneamente, no plano político-intelectual, o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia (1929) explicitava os contornos do projeto de branqueamento da nação, com figuras como Azevedo Amaral e Oliveira Vianna defendendo a seleção racial via imigração e a exclusão de negros e mestiços com o objetivo de preservar a segurança nacional e proteger "nossa raça" (Amaral, 2024 [1929], p. 340). Como aponta Aparecida Bento (2022), essa elite branca construiu um imaginário hegemônico no qual sua imagem se tornou sinônimo de

humanidade e progresso, ao passo que os negros foram estigmatizados, responsabilizados por sua exclusão e submetidos a mecanismos simbólicos de desqualificação.

Esse processo foi sustentado por um dispositivo de racialidade (Sueli Carneiro, 2023) que articulava saberes científicos, discursos religiosos, teorias filosóficas e normas institucionais, elementos que, como descreve Costa (1979), moldaram o poder normativo da branquitude. As práticas discursivas e os instrumentos de controle físico, moral e espacial tornaram-se operadores centrais da dominação racial. Assim, ao fim da década de 1920, o racismo científico assumia formas mais sutis e naturalizadas, mantendo-se como engrenagem oculta de um Estado moldado por e para a branquitude.

2.4 O “milagre econômico” e a massificação de privilégios

Com o fortalecimento da economia urbano-industrial, a formação de uma identidade nacional tornou-se uma prioridade estatal até o final dos anos 1930, dada a diversidade populacional. Durante esse período, o dispositivo de racialidade permaneceu orientado pelo ideal de branqueamento, mas, a partir de então, foi gradualmente substituído por duas narrativas interligadas que predominaram até o início dos anos 1990: o mito da democracia racial e a falácia da meritocracia.

O mito da democracia racial, fortemente inspirado pelo culturalismo promovido pela Semana de Arte Moderna, celebrava a ideia de uma convivência harmoniosa entre as raças no Brasil, apagando as desigualdades estruturais. Essa narrativa mascarava a exclusão racial ao romantizar a mestiçagem e transformar a diversidade em um símbolo de identidade nacional, sem abordar os impactos concretos do racismo nas condições de vida da população negra.

Paralelamente, a falácia da meritocracia ganhou força, defendendo que o esforço individual numa economia liberal seria suficiente para superar barreiras sociais e raciais. Essa ideologia, adaptada a um contexto de capitalismo hipertardio, também ignorava o fosso historicamente estruturado para limitar o acesso de muitos, enquanto sutilmente removia barreiras para a manutenção do privilégio de poucos.

De acordo com Nascimento e Messias (2024), o mérito, como dispositivo disciplinar, consolida-se como um pretense exercício de justiça social e um símbolo da virtude na civilização ocidental moderna, funcionando como um elemento organizador das hierarquias institucionais. No caso das pessoas brancas, esse dispositivo reforça o pacto narcísico da branquitude, enquanto os demais indivíduos são compelidos a se ajustarem aos critérios

previamente estabelecidos pelas instituições comandadas por esse mesmo grupamento. Isso propicia vantagens, com ou sem a condescendência desses sujeitos.

A partir de então, a abordagem biologicista da temática racial deu lugar à valorização da miscigenação e da convivência harmoniosa entre as raças. Essa transição foi especialmente influenciada pela publicação de *Casa-Grande e Senzala*, de Gilberto Freyre, em 1933. Freyre exaltava a miscigenação como um elemento integrador e distintivo da cultura brasileira, contrapondo-se ao racismo científico. No entanto, sua visão idílica ignorava as desigualdades estruturais e introduzia uma perspectiva benevolente do passado escravista, perpetuando a hierarquia racial sob o disfarce da mestiçagem. O Brasil passou a reconhecer "a expressiva presença do grupo identificado como mulato, sua relativa mobilidade na sociedade da época e sua possibilidade de continuar em uma trajetória em direção ao ideal branco" (Jaccoud, 2008, p. 49).

Segundo Bastos (1993), Freyre não escapou à caracterização de traços psicológicos inerentes à raça, nem à afirmação de superioridade dos negros que chegaram ao Brasil devido à sua mistura anterior com a raça branca, especialmente com o sangue árabe. A ideia de branqueamento implícita nas formulações freyrianas também se manifestou em sua hipótese de que, no paraíso racial brasileiro, a ascensão social rápida e sem precedentes era possível através da integração cultural.

Com isto, a parcela de trabalhadores excedentes saíria de seus mucambos para habitar sobrados, e os designados morenos e caboclos (e tantas outras derivações que mais tarde surgiram) tendiam a se embranquecer, distanciando-se de sua descendência originária. Travestidos de máscaras brancas para camuflar as peles negras, a quimera da harmonia racial matizou a realidade, sugerindo a reversão das desigualdades estruturais, não mais pelas mutações genéticas, mas mediante a valorização das diferenças (Jaccoud, 2008).

Moura (1983) também criticou a teoria freyriana, argumentando que esta transfere ao próprio segmento negro, historicamente explorado e discriminado, a responsabilidade por sua posição no sistema de estratificação social e na hierarquia de classes. Nesse enquadramento, parte-se do pressuposto de que, sendo as oportunidades iguais para todos, a ausência do negro no topo da pirâmide social decorreria de sua suposta escolha por desperdiçar tempo em atividades como o samba, o consumo de maconha e a ingestão de álcool.

Paralelamente, uma nova geração de intelectuais, incluindo Fernando Henrique Cardoso, Otávio Ianni e Florestan Fernandes²⁵, este último inicialmente influenciado pela

²⁵A trajetória intelectual de Florestan Fernandes, nessa fase, foi marcada por uma heterogeneidade teórica e metodológica. Sua obra *A Integração do Negro na Sociedade de Classes* recebeu muitas críticas de setores do

corrente estrutural-funcionalista de Max Weber, concebia que o preconceito de classe se sobrepunha ao racial, atribuindo as disparidades sociais à chamada "condição inicial", ou seja, ao legado da colonização e da escravidão. Esses pensadores, em alguma medida, compartilhavam da perspectiva de que o preconceito racial seria um fenômeno anacrônico e incompatível com a competitividade inerente ao circuito capitalista, movido pelo acúmulo do lucro. Acreditavam que o mercado tenderia a operar sem clivagens raciais.

Contudo, a "mão invisível do mercado" provou ser hábil na "distribuição desigual da mais-valia" (Domingues, 2025, *Online*), visto que, desde o ponto de partida, os brancos já estavam quatrocentos anos à frente da desigual competição. Além disso, o panorama relativamente otimista desses intelectuais também exaltava a miscigenação e a "morenidade" como elementos constitutivos da identidade nacional (Osório, 2008).

No entanto, a realidade demonstrava que os imigrantes retro mencionados alcançavam mobilidade e ascensão social de forma mais frequente e acelerada do que qualquer outro grupo. Apesar de apresentarem, em muitos casos, atributos intelectuais inferiores²⁶, eles e seus afluentes eram sistematicamente favorecidos, evidenciando que a cor da pele branca desempenhava um papel decisivo no recrutamento e na valorização dessa força de trabalho (Theodoro, 2008; Osório, 2008). O trabalhador branco era idealizado como o modelo de excelência profissional, frequentemente descrito como "disciplinado, responsável, enérgico, inteligente, enfim, racional (AZEVEDO, 1987, p. 154)" (Theodoro, 2008, p. 37).

Ianni (2004) destacou que esses imigrantes fundaram empresas fabris utilizando suas economias e outras rendas familiares, acumuladas por meio de salários agrícolas, especialmente do cultivo do café, além de pequenos comércios de bens de consumo. Além disso, práticas como casamentos dentro do mesmo grupo e espaços de sociabilidade privativos, como clubes, negócios e outras instituições, exemplificavam o pacto narcísico da branquitude.

No entanto, Aparecida Bento (2022) critica as reflexões tanto de Ianni quanto de Fernandes, que, apesar de se contraporem à teoria freyriana, contribuíram para perpetuar no campo progressista uma ideia universal de humanidade inerente à figura do homem branco, despertando inveja nos negros e simbolizando o caminho para a ascensão social.

movimento negro. Já seu clássico "A Revolução Burguesa no Brasil", em meados da década de 1970, marcou seu enraizamento definitivo na tradição marxiana. Nesse mesmo período, ele prefaciou o também clássico *Genocídio do Negro Brasileiro*, escrito por Abdias do Nascimento (Farias, 2018).

²⁶ De acordo com Osório (2008, p.75) "uma parte não desprezível dos negros e mulatos se dedicava a artes e ofícios que exigiam habilidades e experiência, enquanto a massa dos italianos era composta de camponeses".

Consequentemente, a agência dos negros foi retirada, sua subalternidade reforçada e o grupo sociorracial ao qual pertenciam não foi tematizado.

De toda sorte, a mentalidade capitalista foi associada a um conservadorismo político, voltado para assegurar a continuidade da acumulação da riqueza e a preservação dos privilégios concedidos aos aliados. Essa estrutura social foi se cristalizando como permeável para os brancos e praticamente intransponível para os demais grupos. De acordo com Figueiredo (2012, p. 23), até os anos 1930, todas as pesquisas eram uniformes em concluir que "para ascender socialmente, os negros deveriam ser apadrinhados pelos brancos, casar-se com um branco ou se comportar como um branco na forma de se vestir e falar".

Durante a vigência do golpe de Estado instituído por Vargas (1937-1945), o impulso na modernização industrial tornou-se imperativo, com o fortalecimento do setor primário-exportador e a criação de órgãos como o Departamento Nacional do Café e o Instituto Nacional do Açúcar e do Alcool. Até a primeira metade do século XX, alguns intelectuais eram pródigos em esforços analíticos para criar "um tipo ideal de trabalhador" de modo a sustentar a primazia da força de trabalho branca na sociedade disciplinar dos espaços fabris. Vale a esse respeito a citação de Celso Furtado, na sua tese de doutoramento defendida na Sorbonne em 1948 e publicada no livro *Formação Econômica do Brasil* em 1959, no Brasil.

O homem [negro] formado dentro desse sistema social está totalmente desaparelhado para responder aos estímulos econômicos. Quase não possuindo hábitos de vida familiar, a ideia de acumulação de riqueza é praticamente estranha. As vantagens que apresentava o trabalhador europeu com respeito ao ex-escravo são demasiadas óbvias para insistir sobre elas.[...] cabe tão somente lembrar que o reduzido desenvolvimento mental da população submetida à escravidão provocará a segregação parcial desta após a abolição, retardando sua assimilação e entorpecendo o desenvolvimento econômico do país (Furtado, 2007, p. 203-204).

Ao esboçar um panorama sobre a economia brasileira da colônia à industrialização, o autor se pautou em ilações permeadas por símbolos, mitos, valores e crenças dissociadas das condições objetivas macroestruturantes (Santos *et al.*, 2020), fertilizando "um vasto e complicado processo sociocultural, psicossocial e ideológico destinado a conferir dignidade ao trabalho e ao trabalhador" (Ianni, 2004, p. 183). Além disso, munido pela "ciência econômica", ajudou a pavimentar caminhos para justificar, simultaneamente, o preterimento negro e ainda culpabilizá-lo.

Desse modo, as primeiras políticas públicas surgidas no período Vargas foram embasadas pelo dispositivo de racialidade manifesto no caráter corporativo e num "tipo ideal de trabalhador": branco e urbanizado. Com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em

1943, foi instituída a carteira de trabalho, garantindo por meio dela um conjunto de direitos: Salário Mínimo, férias, salário-maternidade, ampliação da cobertura de seguros contra acidentes de trabalho, entre outros.

Em 1931, a Frente Negra Brasileira (FNB) foi criada com milhares de membros e, em 1936, tornou-se um partido político para angariar votos da "população de cor". Com influências nazifascistas, adotou um programa autoritário e ultranacionalista, sendo "Deus, Pátria, Raça e Família" o subtítulo de seu jornal *A Voz da Raça*. Elogiando Mussolini e Hitler, a FNB possuía uma milícia nos moldes dos membros das "camisas pardas" do fascismo italiano e foi extinta durante o Estado Novo. Na redemocratização, novas entidades negras, como a União dos Homens de Cor e o Teatro Experimental do Negro, surgiram com enfoques ideológicos e programáticos distintos da anterior (Domingues, 2007).

Voltando às intervenções varguistas, a saúde pública também foi instrumentalizada para prevenir doenças entre trabalhadores urbanos, enquanto políticas alimentares, como refeitórios em empresas e vendas de alimentos a preços reduzidos, reforçaram a ênfase no trabalhador formalizado. O Ministério da Saúde, criado em 1953, se restringia a ações preventivas por meio das campanhas sanitárias, assumindo, na área de assistência médica, apenas as funções de criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (Giovanella; Fleury, 1996). Disso resultou uma cidadania regulada (Santos, 1979), que se aproxima de um sistema de castas, refletindo o que Mendonça e Gonçalves (2020) destacam: qualquer direito que não seja plenamente universal transforma-se, em última instância, em privilégio.

Com efeito, a lógica racial que fundamentou a formação do Estado Republicano no Brasil estabeleceu princípios que guiaram as políticas públicas, normas de comportamento religioso, familiar, de trabalho e educação. As instituições republicanas, como o judiciário, o sistema educacional, as leis e as políticas públicas, foram construídas com base em teorias racialistas. A política de "embranquecimento" era parte dessa estrutura, permeando a história brasileira de maneira sutil e micropolítica (Maia; Zamora, 2018).

A industrialização de base, amalgamando capital público e privado, se fortaleceu com a democracia populista e o nacional-desenvolvimentismo pós-Vargas. Nesta fase, houve um alargamento do mercado de trabalho formal e o dispositivo de racialidade seguiu seu curso como um fator organizador de relações sociais e oportunidades econômicas. Enquanto a branquitude se refestelava no progresso industrial, a população negra permanecia confinada em ocupações precarizadas e mal remuneradas.

A ausência de políticas públicas eficazes de redistribuição de renda e o eloquente silêncio sobre a persistência do racismo agravaram a exclusão social. De acordo com Fleury

(2009a), a expansão do sistema de seguro social beneficiou de forma desigual os trabalhadores com maior poder de barganha, massificando privilégios. Assim, consolidou-se a fração da classe trabalhadora média e branca, que, parafraseando Elio Petri, em dadas condições, literalmente "vai ao paraíso"²⁷.

No modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelecia uma relação de direito contratual, na qual os benefícios estavam condicionados a contribuições prévias. Dentro desse padrão, a obtenção de direitos sociais dependia da categoria profissional, subordinando a cidadania ao valor que cada profissão tinha no mercado. A avaliação dessa relevância e a consequente regulamentação das profissões foram realizadas pelo Estado por meio de leis trabalhistas, sindicais e previdenciárias. Dessa forma, estabeleceram-se direitos sociais hierarquizados, e a carteira de trabalho passou a ser o documento legal de comprovação da cidadania.

Foi neste contexto que o sociólogo baiano Alberto Guerreiro Ramos publicou o primeiro artigo sobre a branquitude no Brasil, intitulado *Patologia social do branco* (1957), reeditado em 1995. Para Ramos, essa patologia correspondia à negação dos brasileiros de qualquer traço que remetesse à ancestralidade ou herança cultural negra. Essa negação era sustentada pelo passado aristocrático e intelectualmente privilegiado da identidade branca, resultando num fetiche pelo embranquecimento e empardecimento da população. Esse processo reclassificava pardos como brancos e pretos como pardos, diminuindo a identificação da população como preta e reforçando a hierarquia racial (Cardoso, 2010). O sociólogo denunciou ainda os ecos já evidentes de que a ciência tratava o negro como um problema a ser solucionado, dissociando-o das dinâmicas que geram essa realidade social. Essa crítica recaía nas pesquisas que insistiam apenas no "negro-tema".

Nos anos 1960, as reformas de base propostas por João Goulart visavam reduzir desigualdades por meio da redistribuição de terras, da democratização do ensino e da ampliação dos direitos trabalhistas. Santos (2025) pontua que a riqueza nacional provinha do hoje chamado agronegócio, assentado no monopólio da terra e em relações de trabalho predatórias, cujas bases remontam à Lei de Terras de 1850, que bloqueou o acesso fundiário aos negros recém-libertos, transformando-os numa massa de excedentes no "Brasil profundo" (Batalla, 2019). O golpe militar de 1964 interrompeu essas reformas, instaurando uma ditadura de 21 anos. O Decreto-

²⁷ Inspirado no título do filme *A classe operária vai ao paraíso*, de 1971, dirigido por Elio Petri.

lei nº 314/1967, de Segurança Nacional, criminalizava atos que pudessem incitar "animosidades de classe" ou "discriminação racial", além de proibir greves.

Concomitantemente, nos grandes centros urbanos, a industrialização pesada avançava, sobretudo durante os governos dos generais Costa e Silva e Garrastazu Médici, quando o chamado “milagre econômico” impulsionou setores como o automobilístico, químico e farmacêutico, beneficiando principalmente indústrias estrangeiras (Paulino, 2020). Contudo, parte dos assalariados vivia com menos de um Salário Mínimo, enfrentando jornadas de trabalho semanais que escalaram de 65 horas em 1959, para 147 horas em 1973 (Alves, 2005).

O "milagre" baseou-se na aliança entre Estado militar, multinacionais e empresariado nacional, promovendo uma desnacionalização industrial que recaiu sobre o trabalhador negro. Marginalizado, ele foi empurrado para a construção civil e o setor de serviços, sendo também recusado no polo industrial do ABC paulista devido à imposição de "um tipo de especialização que o trabalhador negro não possuía. [...] Em suma, o trabalhador negro desconheceu os benefícios do milagre" (Lélia Gonzalez, 2022, p. 20-21).

Discriminação racial? Era proibido falar dessas coisas naqueles anos de ‘milagre’, uma vez que estaria ferindo a Lei de Segurança Nacional por crime de subversão [...] *os novos setores da classe média funcionavam como suporte ideológico do “milagre”*. Era grande a euforia do “Ninguém segura esse país”: eletrodomésticos, carro do ano, tv em cores, Copa de 70, Irmãos Coragem, compra de apartamento, de casa na praia, na montanha, disso, daquilo e muito mais. E a turma “tava que tava”, muito orgulhosa de si e do país. Portanto, nada mais natural do que a gente ver “Brasil: Ame-o ou deixe-o”. Propaganda e publicidade firmes em cima, fazendo a cabeça: muito riso, muito brilho, muita assepsia, muito perfume. Muita festa, grandes carnavais... (Lélia Gonzalez, 2022, p. 24 – grifos meus).

De acordo com Pochmann (2014), a conformação da classe média brasileira remonta ao Plano de Metas do governo Juscelino Kubitschek, mas foi durante o "milagre econômico" da ditadura militar que essa fração de classe se expandiu, impulsionada por políticas de moradia, crédito e consumo. Contudo, essa ascensão ocorreu simultaneamente à intensificação das desigualdades sociais, resultando na precarização dos trabalhadores, que passaram a compor um vasto contingente de serviçais para atender às demandas dessa nova classe média.

Ainda nesses tempos áspers, expressos pelo arrocho salarial, truculência e terror, a Psicologia teve sua fase mais concreta de institucionalização. Sob a hegemonia da clínica de viés liberal, a profissão se notabilizou junto às classes dominantes por não representar ameaça à ordem, sendo inclusive validada pelo Estado ao priorizar a esfera íntima e privada, camuflando conflitos políticos, econômicos e sociais (Oliveira; Costa; Yamamoto, 2022).

A partir de 1973, com o fim do "milagre econômico", a ditadura começou a mostrar sinais de esgotamento, apesar do crescimento de até 14% ao ano. Politicamente, esse

esgarçamento se tornou evidente após as mortes do jornalista Vladimir Herzog e do operário João Manuel Filho em 1975, ambos brancos. A crise na acumulação de capital impactou a Psicologia, tanto pela retração da demanda entre seu público de classe média quanto pela queda nos rendimentos dos profissionais. A saturação do mercado liberal, agravada pela expansão dos cursos de Psicologia promovida pela reforma universitária, levou ao aumento do desemprego e do subemprego, aproximando os profissionais dos setores pauperizados e do pensamento marxista (Yamamoto, 1987).

A urbanização, a industrialização e a democratização do ensino público trouxeram algumas mudanças na sociedade brasileira. Contudo, tais transformações não foram suficientes para igualar as vantagens competitivas entre brancos e negros, inclusive no serviço público, em que a admissão se dava mediante a política de apadrinhamento, alterada apenas com a Constituição de 1988. A esse respeito, aduz Angela Figueiredo (2012, p. 25): "Pertencer ao setor público era indicativo das boas relações que pretos e pardos mantinham com os brancos, revelando o clientelismo existente na contratação e nas relações de trabalho".

O argentino Carlos Hasenbalg, que morou no Brasil por 40 anos, também fugindo da ditadura sangrenta do seu país, realizou um estudo estatístico em 1979, inovador à época, a partir do apartheid estadunidense, escancarando a inseparabilidade entre classe e raça no Brasil, ao examinar minuciosamente os microdados do mercado de trabalho durante o alardeado "milagre econômico". Suas conclusões são de que a desvantagem negra não era mais um vestígio do passado escravagista, mas o resultado de uma realidade que se perpetuava e se renovava cotidianamente. Como adverte Moura (1983), essas estruturas reproduziam, em etapas, a hierarquia compulsória da era colonial, operando de forma velada por meio de normas e critérios implícitos nos processos de recrutamento, seleção e gestão da força de trabalho em momentos hipoteticamente competitivos.

Nessa dinâmica de discriminação racial – que não pode ser reduzida ao preconceito como um fenômeno interno, transitório e situado na superestrutura capitalista –, havia uma desqualificação contínua dos não brancos quando almejavam posições de maior prestígio. Assim, permaneciam estagnados em ocupações de baixo *status* e autoridade, com pouca remuneração e nenhuma visibilidade. Numa linguagem coloquial: não saíam da cozinha, tinham que se contentar com os bastidores ou, no máximo, papéis coadjuvantes. Os protagonistas já estavam previamente escalados e a sala de estar com os assentos reservados.

Neste tocante, o pesquisador fez a seguinte ponderação sobre a almejada união na luta de classes: "Não é sem bons motivos que militantes negros afirmam a inexistência de bases históricas para a constante promessa de que os trabalhadores brancos irão se juntar ao negro

numa frente comum contra o inimigo capitalista" (Hasenbalg, 2022, p. 79). Nesta mesma angulação, Sueli Carneiro salienta que a interpretação do materialismo histórico-dialético no Brasil, ao adotar a primazia do conceito de classe social, negligenciou a raça como elemento estruturante e indissociável do capitalismo, reduzindo-a a uma variável passível de manipulação em pesquisas científicas. Diz ela:

É meu pressuposto que raça é um dos elementos estruturais de sociedades multirraciais de origem colonial. A noção de *apartheid social* e a supremacia do conceito de classe social defendidos pelos pensadores de esquerda, herdeiros do materialismo histórico-dialético, não alcançam – ao contrário, invisibilizam ou mascaram – a contradição racial presente nas sociedades multirraciais, visto que nelas raça/cor/etnia (em especial no Brasil) são variáveis que impactam a própria estrutura de classes (Sueli Carneiro, 2023, p. 20).

Do que foi sumariamente exposto, o dispositivo de racialidade em uma sociedade de classes e multirracializada não operava exclusivamente em benefício dos exploradores. Ele também incidia sobre uma parcela dos próprios explorados, que também se apropriava do produto material e imaterial gerado pelo racismo, por eles mesmos engendrado e difundido. A falácia da harmonia racial, combinada ao discurso meritocrático, funcionava como uma cortina de fumaça, ofuscando um legado histórico que jamais se restringiu ao passado. Pelo contrário, essa ressonância se reeditava a cada novo ciclo econômico, assegurando aos brancos uma posição melhorada quando se tratava do trabalho fabril e da participação nas agremiações sindicais, e privilegiada em outras dimensões não exploradas aqui em razão do objetivo perseguido.

2.5 Classe média branca: notas contemporâneas

A chamada classe média, especialmente em sua feição branca, ocupa posição estratégica na reprodução das desigualdades no Brasil, pois se constitui como um estrato que media tensões entre elites e setores periféricos ao mesmo tempo em que assegura seu naco distintivo. Apesar da centralidade desse grupo na conformação da vida pública, ainda são incipientes os estudos interessados na racialização desse segmento, como o fizeram Figueiredo (2012), Maia (2019) e Mattos (2022).

Em *O mito da grande classe média*, Marcio Pochmann (2014) analisa a construção ideológica do conceito de classe média no contexto do capitalismo neoliberal. Ele questiona a noção de uma "nova classe média" no Brasil, argumentando que essa simplificação conceitual reduz o trabalhador a um consumidor, enfraquecendo críticas ao capitalismo. Além disso, a

substituição de "classe trabalhadora" por "classe média" reforça a ideia de que a identidade dos trabalhadores se baseia no consumo e na renda, e não no trabalho. Isso contribui para o esvaziamento da solidariedade de classe e enfraquece a capacidade de mobilização coletiva, ao ocultar a alienação da força de trabalho pelo capital.

No campo sindical, Boito Júnior (2025) argumenta que o sindicalismo de classe média é mais prevalente no setor público, estruturado em sindicatos segmentados por profissões. Esse modelo prioriza demandas corporativistas e a preservação do *status* profissional, em detrimento da solidariedade com o sindicalismo que representa os trabalhadores mais precarizados. O recurso a métodos mais moderados e a evitação de práticas combativas refletem a hesitação da classe média em alinhar-se às lutas operárias. O foco no salário relacional, isto é, a busca por preservar o *status* relativo das profissões, aprofunda as divisões entre classe média e proletariado, dificultando a unificação dos trabalhadores.

Em 5 de janeiro de 2025, o semanário *O Globo* noticiou que, após quase uma década, o Brasil voltou a ser classificado como um "país de classe média", com 50,1% das famílias possuindo renda superior a R\$ 3,4 mil. No entanto, essa categorização é enganosa, pois uma renda individual de R\$ 850,00 em uma família de quatro pessoas já a enquadraria na chamada classe média, no estrato "C". Conforme Medeiros (2025), pertencer à classe média no capitalismo periférico implica também a adoção de valores, comportamentos, padrões de consumo, códigos e preconceitos inacessíveis às outras camadas sociais.

Medeiros cita o ensino superior público como exemplo: embora as políticas de ação afirmativa tenham ampliado o acesso às universidades, jovens negros da chamada "nova classe média" ainda enfrentam barreiras que a classe média tradicional branca não vivencia. Enquanto esta última cresce em ambientes bem estruturados, com suporte familiar e experiências que facilitam sua trajetória acadêmica, os recém-chegados a esse espaço lidam com desafios adicionais. Ao exaltar a ascensão do Brasil à condição de "país de classe média", governos de esquerda podem, inadvertidamente, reforçar valores neoliberais que contrastam com a própria agenda progressista, pautada na solidariedade de classe.

Os estudos de Salata e Scalón (2015) e Scalón e Salata (2012) examinaram as classes médias no Brasil, explorando diferenças estruturais e de autopercepção entre o que denominam "nova classe média", ou classe "C", e a classe média tradicional "AB". Para eles, a classe "C" é formada majoritariamente por trabalhadores formais e informais em ocupações de menor prestígio, com escolaridade de nível médio e composta, em sua maioria, por pessoas negras. Embora presente, em determinados contextos, aumentos no consumo e alguma mobilidade

social, essa classe enfrenta condições de trabalho e de vida marcadas por instabilidade e precariedade.

Por outro lado, a classe média tradicional, ou classe "AB", ocupa uma posição privilegiada em termos de renda, escolaridade, acesso a bens e serviços e prestígio ocupacional. Composta majoritariamente por indivíduos brancos, destaca-se pelo enclausuramento racial e pelos altos níveis de escolaridade, geralmente com formação superior completa. Inclui profissionais liberais, administradores, trabalhadores não manuais de rotina e pequenos proprietários, geralmente em posições de trabalho estáveis e com acesso a benefícios adicionais, como planos de saúde.

Essa fração de classe está no topo da hierarquia social brasileira e demonstra identificação clara e direta com seu *status*, sem hesitar quando questionada sobre em qual classe se insere. Essa autopercepção está atrelada não apenas à segurança econômica, mas também a um forte senso de pertencimento coletivo. Esse pertencimento abrange valores culturais e morais, como a valorização da educação, o consumo de bens culturais (cinema, teatro, esportes, lazer, viagens) e a prática de um consumo responsável.

Ainda na mesma linha, Alcoforado (2024, *Online*) acrescenta que a classe AB tende a acreditar que acumulou seu patrimônio não graças ao Brasil, mas apesar do Brasil. Assim, não se considera devedora ao país que possibilitou sua ascensão, sustentando a ideia de que seu sucesso foi alcançado exclusivamente por mérito próprio, independentemente da intervenção do Estado que atuou em seu favor em múltiplas frentes, com regime tributário regressivo, políticas públicas ditas universalizantes e, paralelamente, manutenção das desigualdades sociais que garantem sua distinção.

No livro *Crianza de impérios* (2023), a economista e antropóloga Ana Ramos-Zayas, docente da Universidade de Yale (EUA), apresenta uma etnografia comparativa baseada em pesquisas de campo com famílias porto-riquenhas e cariocas, com especial atenção ao bairro de Ipanema, no Rio de Janeiro. Do ponto de vista teórico, a autora apoia-se nas contribuições do marxista Henri Lefebvre e de Pierre Bourdieu para compreender as dinâmicas de espacialização do poder, *habitus* e distinção social.

A obra revela como determinadas elites, ancoradas em uma moralidade neoliberal e segregacionista, constroem e reproduzem espaços de privilégio racial e de classe, articulando modos de subjetivação que consolidam a branquitude como posição de vantagem social. O cotidiano observado por Ramos-Zayas, sobretudo nos espaços públicos de lazer e socialização da elite, escancara a naturalização das hierarquias raciais e de classe que regulam o pertencimento e o acesso ao espaço urbano, bem como os limites simbólicos e materiais

impostos à mobilidade de mulheres negras, confinadas à função de cuidadoras e excluídas do usufruto pleno da cidade.

Ramos-Zayas detectou que seus informantes cariocas procuravam espaços ao ar livre, limpos e seguros para as práticas desportivas, mas também ideais para o cuidado do corpo e do espírito dos filhos. Nesses lugares, as crianças compareciam acompanhadas de babás negras, e o acesso dessas mulheres se dava apenas nessas circunstâncias, pois representavam um público considerado inclinado à imoralidade e ao perigo. Os participantes também investiam em yogas e terapias psicológicas de autoconhecimento para uma "evolução" interna, em função da consciência de sua riqueza e privilégios. Buscavam, assim, viver de forma ética e moral, capazes de sanar as desigualdades sociais e raciais dentro de si. Wendling, (2024) teceu o seguinte comentário ao resenhar o livro da autora:

Essas famílias se aproximavam de terapias orientais (como yoga) para ressaltar sua evolução espiritual; os pais assumiam uma posição de masculinidade sensível como uma evolução e demonstração de equidade de gênero; além da busca pela internacionalização por meio de viagens familiares, relações de amizade como forma de conhecer novas realidades do mundo [...]. Essas famílias, por meio da Psicologia e das práticas de interioridade, buscavam, no caso de Ipanema, uma afinidade de relações entre as classes sociais e as raças que pais, mães, filhos e filhas tinham com os que ocupavam a praia de Ipanema (Wendling, 2024, p. 275).

Esse segmento atribui seus privilégios a uma suposta "evolução" ética e espiritual, ignorando que é sua posição de classe e raça que possibilita o acesso a práticas de autoconhecimento, redes sociais exclusivas e educação diferenciada. Como aponta Ramos-Zayas (2023), há um deslocamento das desigualdades estruturais para a tecnologia do "cuidado de si", onde apenas os "evoluídos" seriam considerados aptos a prosperar. Essa lógica sustenta uma moral meritocrática intergeracional: se antes predominava o consumo ostensivo, agora valores como introspecção e ética são buscados, mas seguem funcionando como marcadores de distinção social e racial.

A feminista revolucionária e esposa de Lênin, Nadejda Krupskaya, ao refletir sobre o projeto pedagógico burguês, fez uma exposição, que, resguardadas as especificidades temporais e geopolíticas, dialoga com algumas considerações de Ramos-Zayas. Diz ela:

A burguesia britânica pensa assim: o objetivo do ensino médio é formar um quadro de criados inteligentes para o Estado burguês. A classe operária, como tal, composta de operários braçais, não pode educar em massa as suas crianças em escolas que as desacostumem ao trabalho físico; *apenas alguns escolhidos podem ingressar na escola média, assim, eles saem de sua classe e entram numa classe privilegiada de funcionários do Estado*. Se os mais talentosos, mais dotados deixam o meio operário, isso é mais

vantajoso para a burguesia; a classe operária está perdendo seus líderes, fica enfraquecida, despersonalizada, e o quadro de servidores do Estado fica reforçado. Assim, soluciona-se a questão do acesso à escola média. (Krupskaya, 2017, p. 69 – grifos meus).

A autora expõe, assim, o funcionamento de um sistema educacional movido pela seletividade e captura dos talentos populares, formados para reforçar as engrenagens do Estado burguês, ao mesmo tempo em que desarticula os potenciais organizativos da classe trabalhadora. Separadas por um século, a análise de Ramos-Zayas, aponta para a reconfiguração dessa mesma lógica, agora saturada pela racionalidade neoliberal. Nesse arranjo, um grupo restrito de “escolhidos” passa a frequentar espaços de formação reservados às crianças do império, internalizando discursos de auto competência e ocultando as condições materiais que proporcionaram essa escalada social.

Ramos-Zayas identifica um deslocamento discursivo que tensiona a fragilidade dos compromissos igualitários entre determinados setores das classes médias e altas brancas, cuja adesão a valores progressistas revela-se superficial e contingente. Diante da crise institucional e da polarização política que culminaram no golpe da presidenta Dilma Rousseff, esses sujeitos passaram a expressar alinhamentos conservadores e moralizantes, justificados em narrativas de meritocracia, criminalização da pobreza e responsabilização individual. Tal virada ideológica não apenas reforçou a lógica neoliberal como também reposicionou a branquitude como guardião de uma ordem social presumidamente ameaçada.

Esse discurso instaura uma forma de subjetivação na qual o acesso a caminhos para a “cura interior” produz sujeitos capazes de reconfigurar seus vínculos sociais e alcançar realizações pessoais, que passam a ser interpretadas como “milagres”, conforme constatação de Ramos-Zayas (2023). Tal deslocamento integra um processo mais amplo de psicologização da vida social, em que experiências privadas e relações interpessoais tornam-se espaços de reprodução ideológica da ordem vigente. A psicologização, nesse contexto, torna-se um componente da racionalidade do capitalismo contemporâneo, operada tanto por profissionais da psicologia quanto por discursos cotidianos das classes médias e altas, reforçando desigualdades sob a aparência de responsabilidade subjetiva.

Nesse cenário, a retórica que associa consciência emocional à superioridade moral permite que sujeitos desses estratos urbanos se apresentem como “psicologicamente conscientes” e emocionalmente letrados. Simultaneamente, projetam sobre os grupos subalternizados uma “outra psicologia”, marcada por impulsividade, ignorância e instabilidade emocional. Essa duplicidade sustenta distinções morais e legítima violências simbólicas e materiais. Nesse diapasão, Parker (2022) adverte que ataques racistas ou xenofóbicos são

muitas vezes acompanhados por discursos politicamente racionalizados que reafirmam o Estado como agente de defesa da "nação" contra supostos "intrusos", ocultando, sob uma aparência de racionalidade emocional, a manutenção da ordem excludente.

Matos, Tavares e Couto (2024, p. 2) investigaram o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou de "hesitação vacinal" (não vacinação de crianças contra covid-19), também com esse mesmo segmento social, em famílias de Florianópolis (SC) e São Luís (MA). Os autores entendem que, "no caso do Brasil, sua história específica de escravidão, colonialismo e ditadura moldou padrões distintos de relações interseccionais de poder quanto à raça, gênero e sexualidade".

Os achados indicam que essas famílias consideravam o acesso à informação e a fluência em outros idiomas um diferencial para obter dados de fontes internacionais, sobretudo de países europeus e dos Estados Unidos, que julgavam mais credíveis em seus estudos sobre a covid-19. Além disso, destacaram que, ao contrário das escolas públicas, as instituições privadas não condicionavam a matrícula ao esquema vacinal. Para reforçar suas convicções, buscavam intencionalmente atendimento com profissionais de saúde particulares que compartilhassem de suas ideologias, conferindo-lhes um verniz de cientificidade.

Primavam ainda pela individualidade, autonomia e liberdade. O corpo infantil "puro" requeria proteção contra os agentes biológicos. Dessa forma, os autores concluíram que "os responsáveis hesitantes pertencentes às classes médias e altas, em diferentes países, são os que se sentem autorizados a questionar as políticas de Estado e arcar com as possíveis consequências da não vacinação" (Matos; Tavares; Couto, 2024, p. 17).

Cardoso (2020) problematiza o uso generalizado do termo "privilegio" para descrever a branquitude, apontando um certo anacronismo, uma vez que, juridicamente, todos são considerados iguais. Ele argumenta que necessidades básicas não configuram privilégios, mas, no Brasil, o acesso ao fundamental tende a ser direcionado preferencialmente, ou exclusivamente, aos brancos, refletindo o racismo estrutural. Além disso, Cardoso destaca que as classes média e alta mantêm mentalidades incompatíveis com os ideais de modernidade, reivindicando tratamentos diferenciados com base em sua origem de classe e raça. Em vez de se engajarem na luta pela universalização de direitos, optam pelo isolamento para garantir vantagens exclusivas, reproduzindo uma mentalidade fidalga travestida de burguesia.

A fina ironia, no entanto, é patente: as mesmas classes média e alta brancas que exigem tratamento diferenciado, acima dos demais, são aquelas que bradam por igualdade de tratamento sempre que grupos historicamente marginalizados reivindicam políticas públicas específicas. Essas elites defendem a aplicação de políticas universalistas, mesmo diante de

evidências científicas que demonstram que tais medidas não atendem de maneira eficaz às demandas sociais particulares (Cardoso, 2022). Em linha análoga, Aparecida Bento, (2022) sustenta que essa classe faz uso estratégico do discurso de "igualdade de direitos para todos" apenas quando isso favorece a manutenção de sua vantagem racial, utilizando a retórica da universalidade para camuflar e preservar seus privilégios.

Mendonça e Gonçalves (2020) apontam que o progressismo de classe, formado majoritariamente por brancos de classe média, tem perdido apoio popular, sobretudo em pautas como as reformas trabalhista e previdenciária. Esse enfraquecimento decorre, em parte, do afastamento em relação às camadas negras e pobres, cuja longa inserção em ocupações informais reduz o interesse por essas agendas políticas, esvaziando seu sentido e fragilizando a unificação da classe trabalhadora em torno de interesses comuns.

Souza (2018) se refere à classe média como um segmento social multifacetado e essencial na dinâmica social e política brasileira. A formação e o comportamento da classe média são influenciados por uma combinação de valores, privilégios culturais e econômicos e uma moralidade particular que reforça sua posição no sistema de classes. Caracteriza-se pela busca de autonomia individual e sustenta a ilusão de mérito e liberdade para justificar desigualdades históricas. Sua identidade é construída ao combinar capital cultural, socialização familiar e acesso a recursos educacionais, fatores que perpetuam privilégios de geração em geração.

Segundo esse autor, a classe média é fundamental para compreender as alianças e disputas entre as classes sociais no Brasil. Ela atua como um fiel da balança nas relações entre a elite econômica e as classes populares, influenciando decisões políticas e sociais. O estudo dessa classe revela não apenas suas contradições internas, mas também sua relação com a formação histórica do capitalismo brasileiro, as tensões entre modernidade e tradição, e a perpetuação de desigualdades estruturais.

Há uma hierarquia dentro da classe média: a alta ocupa posições de comando e se vê como elite, enquanto a intermediária é mais diversa e busca ascensão social, como ocorreu com a “classe C”. Segundo Souza, essa camada é idealizada como pilar moral e político da sociedade, embora essa imagem se baseie em mitos de individualismo e meritocracia, ignorando as raízes históricas da desigualdade.

No livro *Direita volver!* (2015), Sávio Cavalcante destaca o fortalecimento do conservadorismo da classe média alta, durante os governos petistas de Lula e Dilma. Segundo o autor, essa fração de classe mesmo tendo um compósito heterogêneo, em linhas gerais, possui três dimensões aproximativas:

A primeira aproximação é aquela que diz respeito estritamente ao âmbito da renda e teria como referência as famílias com rendimento superior a 10 Salários Mínimos e não pertencente ao 1% mais rico da sociedade brasileira. A segunda aproximação é determinada pelas relações de trabalho e faz referência a profissionais autônomos, como médicos e advogados, ou assalariados com graus mais elevados de autonomia, como professores universitários, e aqueles assalariados diplomados mais diretamente vinculados às funções de gestão e controle técnico-administrativo nas burocracias privadas ou estatais, como economistas e engenheiros. A terceira aproximação procura dar conta do âmbito social mais geral e se refere àqueles que monopolizam o acesso ao capital cultural e que transformam a pertença a esse espaço social em um atributo do talento e méritos individuais [...] A contradição entre capital e trabalho é *parcialmente apagada e substituída* por um sentimento de superioridade do trabalho não manual conquistado por mérito individual, especialmente nas funções técnico-científicas. No Brasil, essa ideologia é potencializada pela herança escravocrata e é reproduzida por meio de uma complexa imbricação entre valores meritocráticos e privilégios de classe “naturalizados” (Cavalcante, 2015, p. 179-180 – grifos originais).

O autor enfatiza a aversão da alta classe média a programas sociais que prescindem de critérios meritocráticos, como o Programa Bolsa Família e as políticas de cotas sociais e étnico-raciais para ingresso no ensino superior público. Essa resistência incita uma revolta generalizada, uma vez que tais medidas são percebidas como ameaças à histórica preferência que esse segmento sempre desfrutou nas relações com o Estado brasileiro. Nesse mesmo período, o filósofo liberal-conservador Luís Felipe Pondé, fez o seguinte comentário no semanário Folha de São Paulo (2010):

Estou a 25 mil pés de altitude, voando num desses turboélices. Adoro o som da hélice. Lá embaixo, paisagens distantes. Gosto de voar. Comecei a voar com um ano de idade, quando meu pai, então um jovem capitão médico da Aeronáutica, me levava para voar em aviões da FAB. Entretanto, detesto aeroportos e classes sociais recém-chegadas a aeroportos, com sua alegria de praças de alimentação. Viajar, hoje em dia, é quase sempre como ser obrigado a frequentar um churrasco na laje.

A crítica ao "consumismo" das classes populares, que passaram a viajar de avião naquela oportunidade, assumiu um tom moralizante e elitista. Essa postura foi manifesta por alguém que, incomodado com a democratização de espaços antes restritos, não hesitou em ostentar uma suposta superioridade baseada justamente no consumo exclusivo desses mesmos serviços desde a infância. Essa reação revela o abalo em um imaginário de distinção social que se sente ameaçado pela inclusão de novos grupos.

3 A HISTÓRIA VISTA DE BAIXO SOBRE A ORIGEM DO SUS COMO UM PACTO CONSTRUÍDO PELO ALTO²⁸

Neste capítulo analiso criticamente a formação do SUS, escovando a contrapelo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) sob a ótica dos “de baixo” (Thompson, 1998), isto é, dos sujeitos coletivos marginalizados na narrativa hegemônica da redemocratização. O argumento central é que o SUS resultou de um pacto elitista, mediado por técnicos-intelectuais da pequena burguesia, com limitada participação popular. Apesar dos inegáveis avanços obtidos com a conquista da universalidade de acesso e da institucionalização da participação social, a política sanitária foi moldada por uma elite branca e vanguardista, que declarava representar a classe trabalhadora, mas controlava sua inserção política, sobretudo nas instâncias decisórias.

O silêncio prolongado acerca dessa construção pelo alto, em contraste com a consagração de uma historiografia que apresenta o SUS como fruto exclusivo da mobilização popular, constitui uma das estratégias silenciosas do pacto narcísico da branquitude, responsável por sustentar, durante décadas, uma narrativa parcial e politicamente interessada. Essa exclusão reflete a instrumentalização do dispositivo de racialidade (Sueli Carneiro, 2023) e a persistência da colonialidade do poder (Quijano, 2009) como um passado que se reedita, mesmo sob a égide republicana e num sistema propalado como universal.

Em linhas gerais, desenvolvo uma genealogia da institucionalização do racismo a partir das relações de trabalho e das disputas políticas entre os agentes da Reforma Sanitária, atentando para o “não dito” no que tem sido reiteradamente dito.

3.1 Ecos coloniais da política sanitária antes do SUS

Segundo Moura (1992), uma das consequências da diáspora africana foi a dispersão e interiorização dos descendentes de escravizados, repercutindo inclusive na sua capacidade de mobilização organizativa. Na segunda metade dos anos 1970, no bojo da ditadura empresarial-civil-militar, muitos desses trabalhadores migraram para periferias urbanas, cujos centros estavam em franca expansão industrial. Sader (1988), inspirado em Thompson e em Gramsci,

²⁸Parte do conteúdo de capítulo foi originalmente publicado em: ANACLETO, Rosely. A história vista de baixo: o vanguardismo branco nas origens do SUS. *Temporalis*, [S. l.], v. 25, n. 49, p. 188–206, 2025. DOI: 10.22422/temporalis.2025v25n49p188-206.

cunhou o conceito de "sujeitos coletivos" para descrever a experiência de migrantes nordestinos em São Paulo – entre eles os boias frias (Lélia Gonzalez, 2022) – que reivindicavam direitos básicos ao Estado (alimentação, habitação, transporte, saúde, energia elétrica), mas rejeitavam mediações institucionais como partidos políticos, sindicatos e igrejas.

Até então, a política sanitária era segmentada e fragmentada em duas grandes frentes para atender a dois públicos distintos. O Ministério da Saúde, reduzido a promoções de ações coletivas, realização de campanhas imunológicas e controle de endemias. E a assistência ambulatorial, hospitalar e individualizada a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), destinada a trabalhadores formais urbanos, quase todos brancos (Rosely Anacleto, 2025; Josiane Santos, 2025; Godoi; Alves, 2023).

O vínculo formal de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) era percebido como um emblema de dignidade e inclusão social, diferentemente dos "memes" atuais que o associam a fracasso e humilhação. Em interações com a polícia, sobretudo para homens, a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) servia como um mecanismo de proteção, ao afirmar a identidade de "trabalhador" e "pai de família", numa tentativa de se resguardar contra a violência policial. Além disso, o registro na CTPS também assegurava o direito à saúde curativa, operando sob uma lógica securitária baseada na capacidade contributiva do segurado, expressão do que Santos (1979) conceituou como cidadania regulada.

Neste padrão os direitos sociais foram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquire no mercado. A ponderação dessa importância e a consequente regulamentação da profissão correspondente foram efetuadas pelo Estado, através da legislação trabalhista, sindical e previdenciária. Desse modo, *constituíram-se direitos sociais estratificados e a carteira de trabalho tornou-se o certificado legal da cidadania* (Giovanella; Fleury, 1996, p. 77 – grifos meus).

Os previdenciários e seus dependentes usufruíam de um certo exclusivismo no acesso à assistência individualizada à saúde, cuja cobertura havia gradualmente se expandido e incluído trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, desde que contribuintes. Os informais permaneciam assistidos por instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia e hospitais beneficentes, dentro de uma lógica caritativa e não de direito.

Nesse contexto, uma epidemia de meningite eclodiu em São Paulo e ameaçou se alastrar para outros estados, porém a ditadura militar censurou a divulgação dos dados epidemiológicos, inviabilizando o avanço das pesquisas e a adoção de medidas preventivas. Conforme Schneider (2020, *Online*), o objetivo da ocultação foi “não causar alarme à população e, principalmente,

não ferir a imagem do governo em plena época do ‘milagre econômico’”. Com isso, a doença se espalhou, sobretudo nos bairros periféricos, resultando em inúmeras mortes sem diagnóstico ou tratamento. A gravidade do surto só ganhou visibilidade quando a infecção começou a atingir moradores das áreas nobres da capital (Fidélis, 2022, *Online*).

No Cemitério Dom Bosco, também em São Paulo, 1.049 corpos de opositores políticos ao regime militar e pessoas indocumentadas foram enterrados clandestinamente na chamada “Vala de Perus” (CNN Brasil, 2025). Ao mesmo tempo, a fome se intensificou nos rincões do país, escancarando o abismo social entre territórios e grupos raciais historicamente distintos.

Em busca de legitimidade, os militares optaram por fortalecer a saúde curativa por meio da contratualização de serviços privados via INAMPS, sem investir em uma rede própria. Entre 1964 e 1974, o número de hospitais particulares conveniados saltou de 944 para 2.121 (Barrucho, 2024), consolidando um modelo estatal privatista que beneficiou empresas médicas, a indústria farmacêutica e o setor de equipamentos hospitalares. Incentivos fiscais também foram oferecidos às empresas para financiar planos de saúde privados ou cooperativas médicas por meio de convênios (Paiva; Teixeira, 2014, p. 21).

Enquanto a medicina previdenciária se alargava mediante convênios, o Ministério da Saúde que já funcionava de forma acanhada, teve sua capacidade totalmente minada com a retração de investimentos, drenados para a rede privada. A população negra, ocupando posições instáveis, inseguras e intermitentes no mercado de trabalho, além de politicamente desarticulada (Tereza Martins, 2017; Lélia Gonzalez, 2022; Theodoro, 2008), sequer conseguiu pautar suas reivindicações trabalhistas e sanitárias. Contrariando a realidade fática, a imagem do Brasil era projetada no exterior como uma verdadeira “democracia racial” (Nascimento, 1978).

A partir de 1978, com o processo de abertura política, o Movimento Negro, até então reprimido pela ditadura militar, se rearticulou, culminando na criação do Movimento Negro Unificado (MNU). Este se constituiu como uma aliança estratégica entre pretos e pardos, embasada na proximidade histórica e material expressa nos indicadores sociais que revelavam a vivência comum do racismo estrutural (Sueli Carneiro, 2023). Contudo, a questão racial subsumiu nos debates mais gerais sobre justiça social que predominaram à época (Jaccoud, 2008).

As crises do petróleo de 1973 e 1979 agravaram a dívida externa brasileira e precipitaram ajustes fiscais com forte arrocho salarial. Embora tenham afetado o conjunto da classe trabalhadora, esses impactos foram particularmente sentidos no setor formal, comprometendo o financiamento da previdência e acelerando a precarização dos serviços públicos de saúde. Como evocam Kopenawa e Bruce (2019), a “queda do céu” se concretizou:

longas filas, infraestrutura deteriorada e corrupção endêmica com a cobrança por procedimentos não realizados, passaram a compor o cotidiano do sistema.

Diante dessa situação, cresceu a busca por mudanças estruturais no sistema de saúde e emergiram novas concepções sobre a relação entre saúde e suas determinações sociais. Valores meritocráticos e individualistas, enraizados na colonização, reforçados por Vargas e amplificados pelos militares, foram temporariamente suspensos – como se viu recentemente, durante a pandemia de covid-19, com a proliferação de mensagens como *#EstamosTodosNoMesmoBarco*, *#SomosTodosSUS* e *#NinguémSoltaAMãoDeNinguém* – permitindo a vocalização de narrativas que defendiam a solidariedade classista e uma política de saúde universalista.

Nesses interstícios, em algumas universidades do Sudeste, surgiu o campo da Saúde Coletiva, configurando-se como um espaço teórico e prático que articulava ciências da saúde e ciências sociais. Esse movimento foi impulsionado pelas críticas ao paradigma biomédico e pela necessidade de compreender a relação entre saúde e estrutura social, focalizando a geopolítica da América Latina. A partir de então, passou-se a questionar a duplicidade do modelo vigente, propondo sua reformulação com vistas a enfrentar as desigualdades de tratamento ao longo dos ciclos vitais, marcadas pelas clivagens de classe e suas frações internas.

Assim, delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva, em que se tomava por objeto não mais o indivíduo ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social – classes e frações de classes – e a distribuição da saúde e da doença. Transformou-se a maneira de selecionar os objetos de estudo, não mais as possibilidades de modelos teóricos, mas sim as próprias contradições do sistema de saúde. Postulou-se uma nova concepção da ciência: não mais a ciência neutra; uma teoria que sustentasse, dentro do setor [saúde], uma luta política em que a realidade sanitária fosse objeto de estudo e intervenção política (Escorel, 1999, p. 29).

Para enfrentar esse cenário, constituiu-se uma ampla "frente de pessoas e entidades" (Escorel, 1999, p. 13), composta majoritariamente por "técnicos, professores e pesquisadores, isto é, [o] setor intelectualizado da pequena burguesia assalariada vinculada ao setor público" (Stotz, 2019, p. 52), nomeada de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Esse Movimento foi tributário da confluência entre a atuação de novos atores políticos com propostas inovadoras e a crescente insatisfação da sociedade com o modelo de assistência médica privada (Menicucci, 2003).

Essa coalizão buscou sustentar um projeto pautado em princípios como a universalização do acesso à saúde e a integração entre ações preventivas e curativas, inspirando-se em experiências internacionais de medicina comunitária como o projeto "Médicos Pés

Descalços" da China (Escorel, 1999). Assim, a saúde passou a ser reivindicada não mais como um benefício restrito a um grupo específico, mas como um direito de cidadania a ser provido pelo Estado.

Desde então, a criação do SUS passou a ser celebrada como um marco civilizatório e de inclusão para os brasileiros. Embora essa visão não seja inverídica, a narrativa dominante sobre suas origens, forjada e difundida pelos "autores-atores" (Carnut; Mendes; Marques, 2020), ou seja, por acadêmicos do MRSB que formaram gerações de sanitaristas, incluindo eu mesma, apresenta-o como um patrimônio "construído pela base" (Bahia; Scheffer, 2018). Nesta seção, submeto tal narrativa à crítica, mobilizando o conceito de "o perigo da história única" (Chimamanda Adichie, 2019). Falo a partir da encruzilhada entre raça e classe, trazendo comigo uma coletividade negra em diáspora que, desde as margens e entranhas do SUS, vivencia continuamente "o enigma de uma chegada sempre adiada" (Hall, 2003, p. 415).

Para tanto, essa abordagem se centra na análise do dispositivo de racialidade durante o MRSB, embrião do SUS. Examino de forma mais criteriosa a intersecção entre raça e classe das entidades a ele nucleadas, a matriz ideológica dos principais expoentes e alguns interesses raramente admitidos. Essas dinâmicas conectam saberes e poderes, moldando as diretrizes e limitações da Reforma Sanitária com desdobramentos que se atualizam no presente, vivenciados por quem depende exclusivamente do SUS, ou seja, os "*SUS dependentes*". Situação diversa vivencia o grupo populacional objeto dessa discussão.

3.2 O perfil de raça e classe das entidades constitutivas do Movimento de Reforma Sanitária [MRSB]

Antes de examinar o perfil das entidades constitutivas do MRSB, convém elucidar que, na década de 1970, a ideologia da democracia racial e a meritocracia classista ainda eram fortemente alicerçadas no Brasil. O enquadramento da discriminação racial como crime pela Lei de Segurança Nacional impôs um verdadeiro "*cale-se!*" sobre o tema. Além disso, repita-se que a diáspora africana foi um óbice à organização política do contingente negro comparado ao senhorio branco.

A médica e ativista do feminismo negra Jurema Werneck (2016) menciona que o Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras "chegaram" a participar dos processos que culminaram na Reforma Sanitária e na criação do SUS. O uso cauteloso do verbo "chegar" por Jurema me fez questionar se se tratava de um efeito retórico ou se tinha a intenção de

sinalizar que a participação se deu de forma residual. Em suma, nesta seção questiono o nível de participação popular no MRSB, investigando se foi efetiva ou instrumental.

As informações abaixo tematizadas foram extraídas dos clássicos *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário* de Sarah Escorel (1999)²⁹; *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira* de Silvia Gerschman (2004) e do livro *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* de Vicente de Paula Faleiros *et al.* (2006).

É importante ressaltar que a catalogação das entidades abrange o período até 1986, ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A classificação das 22 entidades identificadas não seguiu a ordem de fundação nem o grau de engajamento, mas sim afinidades de interesses, agrupando-as em categorias como acadêmicas, médicas, sindicais, partidárias, federadas, “guarda-chuvas”³⁰ e movimentos populares, dada a diversidade temática e a sobreposição de atuações.

Tabela 5 – Classificação das entidades do MRSB

Entidades Acadêmicas	
O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)	Criado em 1976, consolidou-se como o principal pilar do MRSB. Tornou-se um espaço estratégico de articulação entre o campo acadêmico e o político, reunindo profissionais e intelectuais ligados à saúde coletiva. Através da revista <i>Saúde em Debate</i> , ainda publicada em formato digital, difundiu análises críticas e propostas voltadas à transformação do sistema de saúde. Seu lema inicial vinculava-se contra o regime militar e a reforma sanitária. Com a redemocratização, esse foco se deslocou parcialmente, sendo retomado em 2006. Participou do chamado “ <i>Projeto Andrômeda</i> ”, voltado para a articulação “de altos escalões intelectuais” de elevado destaque no MRSB, com vistas à ocupação de postos estratégicos nos aparelhos de Estado.
A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	Criada em 1979, a ABRASCO surgiu com o objetivo de abrigar profissionais dissidentes do extinto Programa de Apoio às Residências Médicas, encerrado em virtude de conflitos ideológicos com o regime militar. A entidade consolidou-se como espaço estratégico para o fortalecimento da formação crítica de quadros técnicos e intelectuais. Ao longo do tempo, tornou-se referência na produção de conhecimento e na defesa de propostas inovadoras voltadas à transformação do sistema de saúde no Brasil.
Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs)	A partir da década de 1950, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) foram implantados em universidades públicas, sobretudo da região Sudeste, com apoio de organismos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Esses departamentos inovaram ao incorporar as ciências sociais à formação médica, rompendo com a tradição biomédica centrada no hospital e no setor privado. Propuseram uma abordagem preventiva e social da

²⁹ Médica, sanitarista, docente, pesquisadora e orientanda de Sérgio Arouca (um dos principais expoentes do MRSB) em sua dissertação. Posteriormente, casou-se com ele, tornando-se sua segunda esposa entre as três que ele teve. Juntos tiveram três filhas.

³⁰ Entidades “guarda-chuva” referem-se a organizações de caráter representativo que abrigavam, sob uma mesma estrutura institucional, diferentes segmentos, movimentos e categorias profissionais, atuando como mediadoras entre a base social e o Estado.

	medicina, posicionando-se como críticos do modelo assistencialista vigente e contribuindo para o desenvolvimento de uma visão ampliada da saúde.
Corporações Médicas	
Movimento dos Médicos Residentes (MMR)	Fundado em 1967, inicialmente focava na regulamentação da residência médica. Durante a década de 1970, no contexto do novo sindicalismo, o movimento passou a lutar pelo reconhecimento dos residentes como trabalhadores assalariados, reivindicando direitos trabalhistas e sindicais. Greves foram realizadas para pressionar o governo por melhores condições de trabalho e ensino. Apesar de conquistas previdenciárias, a residência permaneceu uma atividade educacional sem vínculo empregatício. O movimento rapidamente angariou apoio entre os pares.
Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR)	Criada em 1967 no Rio de Janeiro e São Paulo, tendo como objetivo inicial a regulamentação da residência médica. Desde 1975, a ANMR redirecionou seu foco do interesse pedagógico para a defesa dos direitos trabalhistas dos residentes, destacando a precarização dessa força de trabalho.
Movimento de Renovação Médica (REME)	Fundado em 1968, recrutou e articulou médicos já experientes e atuantes no sistema de saúde, especialmente em sindicatos e conselhos regionais de medicina. Rompeu com a hegemonia conservadora das lideranças das entidades médicas, que representavam interesses do setor privado e uma visão liberal da profissão. Participou da campanha pela anistia ampla, geral e irrestrita em 1978 e defendeu a nacionalização da indústria farmacêutica.
Federação Nacional dos Médicos (FNM) ³¹	Surgiu em 1973, também defendendo interesses estritamente corporativos.
Entidades Sindicais	
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)	Fundada em 1963, defendeu os interesses dos trabalhadores rurais, denunciando a falta de assistência nas zonas rurais.
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Criada em 1983, foi uma força motriz do novo sindicalismo, mobilizando a classe trabalhadora e promovendo o projeto de saúde através do PT, em contraste com o projeto defendido pelo PCB.
Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT)	Criada em 1986, foi uma central sindical representando o sindicalismo da era Vargas, associada ao PCB. Arregimentou os trabalhadores em torno da agenda sanitária, porém com práticas moderadas e consideradas retrógradas.
Partidos Políticos	
Partido Comunista Brasileiro (PCB)	Organizado desde 1922, reuniu os principais intelectuais marxistas da época, sendo chamado de “Partido Sanitário” e acusado de instrumentalizar a saúde para fins partidários. Sua legitimidade foi abalada pelo baixo enraizamento junto aos trabalhadores mais pauperizados. Contribuiu de maneira decisiva para o modelo de saúde atual.
Partido dos Trabalhadores (PT)	Fundado em 1980, opôs-se veementemente ao projeto de saúde defendido pelo PCB.
Partido Socialista Brasileiro (PSB)	Fundado em 1947, defendeu a descentralização da gestão da saúde e a participação popular nas políticas públicas, princípios que foram adotados pelo SUS.

³¹ Embora essa entidade possua também uma representação de caráter federativo, optou-se por agrupá-la nesta categoria, a fim de explicitar de modo mais preciso o grau de organização e a convergência de interesses de uma mesma corporação profissional.

Partido Comunista do Brasil (PCdoB)	Integrou, junto aos demais partidos, a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, defendendo um modelo de saúde pública universal inspirado em experiências socialistas.
Representações Federadas	
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)	Foi estabelecido de maneira extraoficial na 8ª Conferência Nacional de Saúde, visando a integração dos conselheiros municipais de saúde.
Conselho Nacional de Secretários Estadual de Saúde (CONASS)	Fundado em 1982, reuniu os secretários estaduais de saúde, defendendo aporte orçamentário para a política de saúde.
Entidades “Guarda-Chuvas”	
Fórum da Reforma Sanitária Brasileira	Esteve ativo entre 1985 e 1986, agregou intelectuais, profissionais de saúde, acadêmicos, sindicalistas, gestores e representantes de movimentos sociais. Seu principal objetivo foi coordenar esforços para influenciar as políticas de saúde no Brasil.
Plenária Nacional de Entidades de Saúde	Constituída após a 8ª CNS, representou uma coalizão de cerca de 270 entidades diferentes, sendo mencionadas a Associação Nacional de Docentes em Ensino Superior (ANDES), a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), movimentos de mulheres e entidades corporativas de profissionais de saúde, com ênfase em medicina, enfermagem e farmácia. Além disso, registrou-se a presença do sindicato das indústrias e comércios. O principal mérito dessa coalizão foi a convergência de diversas vozes após a 8ª Conferência Nacional de Saúde.
Comissão Nacional da Reforma Sanitária	Iniciada por volta de 1986, com a intenção de estabelecer uma composição paritária entre entidades do governo e da sociedade civil. No entanto, a distribuição efetiva não refletiu o verdadeiro peso das associações da sociedade civil, que ficaram em minoria em comparação aos organismos estatais e privados do setor saúde.
Representações Populares	
Igreja Católica	Participou indiretamente na Reforma Sanitária, posicionando-se contra a ditadura militar e denunciando as violações perpetradas pelo Estado. Existem referências esparsas às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), influenciadas pela Teologia da Libertação e às Pastorais da Saúde nas periferias de São Paulo.
Movimentos Populares em Saúde (MPOS)	Surgiu em 1981 durante o Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (Enemec), por iniciativa do Padre José Augusti, ex-presos político. Agregava lideranças populares, vinculadas a associações de moradores como raizeiras, parteiras, curandeiras que defendiam o conhecimento não científico com interface no binômio saúde-doença.
Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam)	A Conam foi fundada em 1982, associando a luta pela saúde a melhores condições de vida. Enfrentou desafios internos, como divisões ideológicas e disputas políticas entre diferentes grupos que compunham o movimento. Algumas facções eram mais críticas ao Estado e defendiam uma postura autônoma, enquanto outras buscavam negociar e influenciar as políticas públicas por dentro do sistema.

Fonte: a autora

Os dados coligidos das entidades consteladas ao MRSB revelam que a confluência de raça e classe desafia a construção do SUS como um movimento plural, amplamente difundida pelos "autores-atores", mas sugere a existência de um vanguardismo liderado majoritariamente

por médicos e sanitaristas brancos, com alternância de protagonismo entre figuras acadêmicas e agentes atuantes no Estado (Mendonça; Gonçalves, 2020).

Iniciativas como o *Projeto Andrômedas*, ao adotar critérios de seleção altamente elitizados (altos escalões intelectuais), reforçaram uma lógica excludente, mesmo dentro de círculos progressistas. Esses ambientes admitiam predominantemente pessoas social e racialmente homogêneas, funcionando como reservatórios de poder e saber. Além de reestruturar o sistema de saúde, o objetivo incluía também a ocupação e o controle estratégico dos espaços institucionais, com esses quadros intelectuais assumindo a responsabilidade pelo desenho da política de saúde e pela definição das normas e procedimentos a ela subjacentes.

No tocante às corporações médicas, a hierarquização racial e social é igualmente inequívoca. Embora as quatro corporações possam ser associadas ao conceito contemporâneo de "branquitude crítica" (Cardoso, 2010) e sua contribuição para a agenda sanitária seja indiscutível, é fundamental reconhecer que, nesse processo, elas mantiveram compromissos estritamente corporativos, apartados do proletariado. O assalariamento dos médicos no setor público e nas empresas de medicina de grupo transformou a identidade profissional deles, levando-os a se perceberem como trabalhadores sem os instrumentos para uma prática liberal. Segundo Campos (2007), essas entidades, sob influência do PCB, adotaram uma "política liberal-privatista", conciliando contratos privados com a expansão estatal e promovendo um modelo híbrido entre liberalismo clássico e socialismo, no qual o Estado fomentava, financiava e regulava o nascente mercado médico-hospitalar.

As entidades sindicais, organizadas em duas centrais (CUT e CGT) e uma Confederação (CONTAG), apresentavam posturas divergentes em relação ao MRSB. A CUT, vinculada ao "novo sindicalismo" encampado pelo PT, e a CGT, ligada ao PCB, tinham visões antagônicas, detalhadas adiante. Representando majoritariamente trabalhadores formais, urbanos e brancos, essas entidades inviabilizaram a proposta de um sistema de saúde unitário, que colidia com uma sociedade historicamente cindida e com esses setores já cobertos por planos de saúde próprios (Menicucci, 2003).

Acresce-se a isso o fato de alguns atores, apesar de garantirem o apoio formal à reforma sanitária, não se constituírem de fato seus apoiadores efetivos, mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos. Entre esses, destacou-se o movimento sindical mais combativo, cujas categorias, em grande parte, cobertas por planos privados de saúde, no âmbito das empresas e instituições públicas como efeito das políticas anteriores, não eram diretamente beneficiadas com a implantação do SUS e, nessa medida, não tinham incentivos concretos para apoiar de forma mais efetiva o sistema público (Menicucci, 2003, p. 76).

O “novo sindicalismo” impulsionou greves como as dos metalúrgicos do ABC paulista, referência nacional que estimulou a mobilização de outros setores, como os servidores públicos, que passaram a se reconhecer como trabalhadores assalariados. No entanto, a presença negra era ínfima tanto nas fábricas quanto no funcionalismo. Entre 1978 e 1987, 30% das 4.655 greves urbanas foram lideradas por trabalhadores da classe média, sobretudo no setor público (Boito Júnior, 1991). No caso da indústria, as exigências técnicas, especialmente no setor automobilístico, eram incompatíveis com o nível de instrução da população negra; no funcionalismo, a hegemonia branca se sustentava na falta de exigência de concursos públicos, só regulamentada com a Constituição de 1988.

Segundo Costa (1995), os assalariados urbanos de classe média vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e representados pelo “novo sindicalismo”, vetaram implicitamente a aprovação do SUS, ao transferirem o financiamento dos convênios patrocinados pelo Estado para as negociações trabalhistas mediante acordos coletivos, perpetuando a segmentação preexistente e a cultura de distinção que também os constitui. Ao se afastarem da luta solidária e optarem pela manutenção privilegiada, corroboraram a tese de Sueli Carneiro (2023, p. 12) de que a supremacia do “Eu” hegemônico branco se consagra em oposição ao “Outro” negro.

Se, por um lado, o discurso classista possibilitou o ingresso dessa fração da classe trabalhadora na arena política, por outro, a adesão seletiva à Reforma Sanitária revelou que a luta pela saúde permaneceu atravessada por clivagens raciais. Bahia e Scheffer (2018) argumentam que a superação do modelo privatista exigia o engajamento dos trabalhadores já vinculados à assistência privada a um fundo comum, pauta não consensual. Desse modo, o boicote a um sistema verdadeiramente universal não partiu apenas das elites econômicas interessadas na mercantilização da saúde, mas também dos setores privilegiados, já bem acomodados à lógica do capital.

Já o “velho sindicalismo” da CGT, ligado ao PCB, era herdeiro do varguismo e atuava para desmobilizar greves. O PCB, embora tivesse origens no anarcossindicalismo trazido por imigrantes italianos, tornou-se um partido de quadros intelectuais, desconectados das massas trabalhadoras (Rosely Anacleto, 2022 [2017]; Reis, 2021; Stotz, 2019), e segundo Lélia Gonzalez, (2022), onde lê-se “massa trabalhadora”, na prática, fala-se do contingente de trabalhadores negros.

Em face do exposto, Stotz (2019, p. 55) conclui que,

O Movimento da Reforma Sanitária, [...] desenvolveu-se à margem do movimento operário, tendo inclusive estado de costas para iniciativas como a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), fundado em agosto de 1980 (LACAZ, 2011).

Embora o MRSB vocalizasse um discurso de democratização, sua interlocução com os movimentos populares careceu da mediação das instituições como a ala progressista da Igreja Católica, apesar de muitos se mostrarem refratários à institucionalização, como observado por Sader (1998). A inserção de trabalhadores rurais, por exemplo, deu-se principalmente via CONTAG, alinhada à Teologia da Libertação e às Pastorais da Saúde. Essa participação não emergiu de forma plenamente autônoma, sendo filtrada por representações legitimadas, que reinterpretavam as demandas e devolviam uma agência parcial aos "rostos de areia" (Foucault [1966] 1990) das classes subalternas. Assim, a inclusão popular no MRSB expressou mais uma representação simbólica do que uma ruptura com as hierarquias institucionais vigentes.

Faleiros, colaboradores e também Gerschman mencionam, nos seus respectivos estudos, pontualmente, associações de bairro, como as da Cidade de Deus (RJ), Nova Iguaçu e Jardim Nordeste (SP), que se articularam na CONAN, mobilizando trabalhadores precarizados e periféricos. Contudo, mesmo nos encontro com os comunitários, as hierarquias de classe e raça se mantinham, limitando a autonomia das bases. Realizados em espaços médicos, os encontros tendiam a restringir a autonomia das bases, como expõe Gerschman (2004, p. 92): "incentivavam a participação da população, mas, quando esta ocorria, não chegava a superar o nível instrumental". Embora a coordenação dessas instâncias fosse heterogênea, incluindo lideranças populares, profissionais de classe média e religiosos, não houve uma alteração significativa nas relações de poder previamente estabelecidas (Gerschman, 2004).

A formulação foucaultiana de poder pastoral (2008 [1977]) descreve a coexistência de uma relação assimétrica entre pastor e rebanho, na qual o pastor assume a responsabilidade pelo cuidado, orientação e salvação (material e espiritual) dos indivíduos e do coletivo. Esse cuidado, no entanto, não é neutro: ele produz subjetividades sujeitadas, pois, ao mesmo tempo em que provê proteção e direção, também normaliza condutas, instaura dependência e limita a autonomia³². No contexto do MRSB, os sanitaristas, ao se colocarem como portadores de um saber técnico-científico e de um projeto político emancipatório, reproduziram, em certa medida,

³² Ruiz (2022) adverte que o poder pastoral envolve o cuidado com o outro, muitas vezes necessário devido à sua dependência, mas encontra um limite na autonomia (*autarkhía*) do indivíduo, que pode ser prejudicada quando o cuidado impede o desenvolvimento da autogestão. Essa contradição se intensifica quando o cuidado é usado estrategicamente para controlar, transformando-se em uma forma de governar a conduta do outro, característica paradoxal desse tipo de poder.

essa lógica pastoral. Eles não apenas ofereciam um diagnóstico e um caminho para a saúde pública, mas também moldavam a forma como a população deveria entender suas próprias necessidades, mobilizar-se e participar do processo.

Essa dinâmica adquire maior complexidade quando analisada sob uma perspectiva anticolonialista. A relação entre intelectuais, predominantemente brancos, urbanos e de classe média, e as bases populares, majoritariamente negras, periféricas e rurais, reproduz estruturas senhoriais de poder, nas quais o saber é monopolizado por um grupo autoidentificado como legítimo para falar e agir em nome do outro. Mesmo na existência de espaços de participação, como associações de bairro ou instâncias como a CONAN, a mediação das demandas era filtrada por representações que reinterpretavam essas reivindicações à luz de um projeto político-intelectual pré-estabelecido, instrumentalizando a “voz” popular mais como confirmação de um discurso já formulado do que como expressão autônoma.

O exercício do poder pastoral pelos sanitaristas concretizou-se na condução de condutas que, mesmo sob a justificativa da emancipação, reproduziram relações de dependência e hierarquia. A ausência de mediações verdadeiramente horizontais — como aquelas potencializadas por movimentos operários autônomos ou organizações populares independentes — promoveu uma participação instrumental, incapaz de romper as barreiras de classe, raça e saber que segregavam os intelectuais das populações marginalizadas, em consonância com as observações de Gerschman.

O estranhamento entre mundos materiais tão díspares ficou patente no relato do nefrologista Roberto Chabo, liderança do MRSB, ao admitir que tardou em reconhecer a associação entre transporte e saúde, insistentemente apontada por um popular (Faleiros *et al.*, 2006). Esse episódio exemplifica a difícil tarefa de se fazer entender através da língua do outro racializado e subalternizado, além da clivagem entre suas necessidades imediatas e o repertório teórico dos sanitaristas, transplantado da Europa sem as devidas mediações. Essa dissociação entre vivências, movências e referências constitui o que chamo de fenda colonial, premissa da minha elaboração.

Embora o MRSB tenha se estruturado por meio de articulações entre universidades, sindicatos e movimentos populares, organizados sob entidades “guarda-chuva”, as hierarquias raciais novamente permaneceram verticalizadas, reproduzindo padrões de exclusão que atravessam historicamente as instituições brasileiras. Com predominância de médicos, sanitaristas e intelectuais brancos, esses espaços reproduziam a hegemonia de um projeto progressista sem lugar para o diferente e circunscrito a um círculo restrito de poder e saber. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária

ampliaram a participação institucional, mas mantiveram-se distantes de reconhecer o racismo como eixo central das iniquidades em saúde, perpetuando a invisibilização de pautas antirracistas.

A análise das entidades federadas revela a reprodução do mesmo padrão de exclusão racial presente em outros domínios sociais. Diante do bloqueio ao acesso de pessoas negras às universidades, especialmente aos cursos de medicina, e de sua presença residual no proletariado formalizado, torna-se evidente que sua inserção em cargos estratégicos de gestão em saúde pública era, à época, praticamente inconcebível.

Em síntese, o exame do MRSB permite inferir a existência de tensões entre a retórica da pluralidade e as práticas excludentes que marcaram sua composição e atuação. A interseção de raça e classe possibilita compreender as dinâmicas de poder que estruturaram o MRSB, questionando o alcance de seu caráter verdadeiramente popular e inclusivo.

3.3 A matriz eurocomunista do MRSB e a ocupação dos espaços institucionais

Em consonância com a mesma linha argumentativa que estou adotando, Cohn (2018) também indica que o MRSB emergiu inicialmente em círculos acadêmicos, entre trabalhadores da saúde, especialmente médicos, e setores econômicos de ponta. Nesse contexto, a agenda central, segundo Fleury (2009b), era a garantia da universalidade do acesso à saúde, intrinsecamente vinculada à luta pela redemocratização do país. A saúde coletiva, enquanto campo inovador de saber e prática, ancorou-se em aportes teóricos da tradição crítica, influenciada por pensadores nascidos no Norte Global como Karl Marx, Michel Foucault, Ivan Illich, Georges Canguilhem, Louis Althusser, Nicos Poulantzas, Antonio Gramsci, Franco Basaglia e Giovanni Berlinguer (Faleiros *et al.*, 2006; Escorel, 1999).

A matriz eurocomunista influenciou sobremaneira a estratégia política do MRSB, particularmente por meio de sua articulação com o PCB. Surgido em resposta à crise do modelo soviético, após a denúncia dos crimes de Stalin, o eurocomunismo propunha uma transição socialista que combinava transformação social com democracia representativa, valorizando direitos civis e liberdades públicas, como defendido pelos Partidos Comunistas da Itália, França e Espanha (Dantas, 2014).

No Brasil, Carlos Nelson Coutinho, principal expoente do eurocomunismo, sistematizou essa abordagem no PCB, inspirado pela tradição gramsciana e pela crítica à centralização soviética. A estratégia eurocomunista do PCB representava uma oportunidade de renovação, conciliando reformas institucionais com a defesa da democracia como valor universal – tema

de uma das principais obras de Coutinho (1980), apreciada por Enrico Berlinguer, líder eurocomunista italiano (Rosário, 2020; Dantas, 2014).

Inspirado na concepção gramsciana de "revolução passiva", o eurocomunismo defendia uma transição gradual ao socialismo, sem rupturas institucionais bruscas, mediante o reequilíbrio das forças na luta de classes. Se, na tradição marxista, a democracia política era vista como dependente da democracia social e econômica e destituída de valor autônomo, esse entendimento foi profundamente alterado com a difusão das teses de Coutinho em meio ao contexto golpista. De acordo com Toledo (1990), Coutinho afirmava ser possível romper o domínio burguês no Estado e, assim, viabilizar o pleno desenvolvimento das instituições democráticas, concebendo o Estado ampliado como arena privilegiada da luta de classes³³. Para Toledo, contudo, tal formulação implicava a negação do caráter de classe [e de raça] dos aparelhos repressivos e ideológicos, ao mesmo tempo em que elevava o Estado à condição de instância máxima de congregação dos interesses coletivos, em contraste com a perspectiva revolucionária clássica.

De acordo com Silva (2018, p. 83):

O eurocomunismo, conforme definição sintética de Carlos Nelson Coutinho, é uma tentativa de renovar o marxismo e a teoria política do movimento comunista por meio da incorporação da crítica democrática, da pluralidade de formas de transição ao socialismo e da valorização da cultura política ocidental liberal-democrática.

Essa concepção teórica guiou a construção de um sistema de saúde universal, cuja realização dependia de participação cidadã e garantia de direitos, como sintetizado no lema da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986): *Democracia é saúde*. Figuras centrais do MRSB, como Antônio Sérgio Arouca e Maria Cecília Ferro Donnangelo, ambos filiados ao PCB, foram essenciais nesse processo.

Arouca, médico comunista, deputado federal pelo PCB (e posteriormente PPS) no Rio de Janeiro, presidente da Fiocruz, docente e sanitarista renomado, destacou-se como eloquente conferencista na 8ª Conferência. Donnangelo, descendente de italianos, graduada em pedagogia, livre-docente da USP, foi decisiva para triangular as áreas de educação, sociologia

³³ Toledo (1990), assim como eu, não desconsidera as conquistas concretas alcançadas pela classe trabalhadora. Contudo, problematiza os limites da democracia nos marcos do capitalismo, entendendo-a como necessariamente classista e funcional à reprodução da ordem desigual. Seus efeitos ideológicos, ao naturalizar a forma estatal existente, têm contribuído para restringir a capacidade da classe trabalhadora de imaginar e projetar alternativas de Estado e de sociedade. Ademais, a crença na possibilidade de uma democracia popular no interior do capitalismo, supõe uma certa ingenuidade ao admitir que a classe dominante consentiria com reformas profundas sem recorrer ao aparato repressivo do Estado.

e medicina no campo da saúde coletiva. Atribui-se a ela a tentativa de introdução pioneira do conceito de "determinação social da saúde" na Lei 8.080/1990, que regulamenta o SUS, visando a uma *práxis* transformadora.

A partir dos anos 1990, contudo, a infiltração de preceitos neoliberais no campo da saúde coletiva comprometeu o significado original do conceito de "determinação social". Esse termo foi substituído por "determinantes e condicionantes sociais", enraizados no positivismo, o que fragmentou a compreensão das relações sociais. A realidade passou a ser recortada em fatores isolados, como alimentação, lazer, moradia, trabalho, renda, transporte, saneamento básico, meio ambiente, entre outros (Brasil, 1990). Nesse modelo, o "ser social" foi esquartejado em partes tridimensionais, denominadas "bio-psico-social", com foco em intervenções pontuais centradas no indivíduo, sem contextualização histórica. Essa abordagem obscureceu as relações de poder e as dinâmicas estruturais subjacentes às desigualdades em saúde (Campos, 2020).

A epidemiologia social, considerada o "núcleo duro" da saúde coletiva, foi revitalizada com um enfoque estatístico, linear e pretensamente neutro, privilegiando escolhas pessoais, hereditariedade e estilos de vida. Nesse processo, categorias como gênero foram reduzidas a sexo, a raça foi encoberta, e a nomeação explícita de classes sociais deu lugar a expressões genéricas, como "condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais" e "redes sociais e comunitárias" (Borghi; Oliveira; Sevalho, 2018, p. 885).

Cohn (2018, p. 227) também assinala que "à época estavam presentes, compondo uma unidade tensa, duas correntes de pensamento do Movimento (Teixeira, 1989, p.108): a que poderia ser batizada de social-democrata e a outra de socialista, essa identificada com o então recém-criado Partido dos Trabalhadores". Para contextualizar essa conjuntura, recupero aspectos que conectam esse cenário à organização sindical da classe trabalhadora, disputada pelo PT e pelo PCB, agremiações políticas relevantes neste contexto.

Conforme já discutido, o PCB surgiu sob influência do anarcossindicalismo trazido por imigrantes italianos, consolidando-se como um partido composto por pequenos burgueses e intelectuais. Apesar de sua atuação, nunca conseguiu se enraizar nas massas, limitando-se a vínculos com o "velho sindicalismo" que operava para conter greves e desmobilizar os espoliados (Rosely Anacleto, 2022 [2017]; Reis, 2021). Adotando a teoria das etapas, o partido defendia a realização de uma revolução democrático-burguesa como fase preliminar, com o objetivo de promover o desenvolvimento interno do capitalismo, superar a dependência de forças externas e criar as condições para uma futura transição ao socialismo, inspirada nas revoluções burguesas clássicas, como as da França e dos Estados Unidos. Para tanto, propunha

uma aliança estratégica com a burguesia nacional, vista como agente viável para impulsionar essa transformação.

Contudo, conforme argumenta Moura (1983), essa estratégia baseava-se em uma leitura equivocada da formação social brasileira. Diferentemente das experiências europeias e norte-americanas, o Brasil não desenvolveu uma burguesia nacional com caráter progressista ou revolucionário. Pelo contrário, a burguesia brasileira consolidou-se como uma classe estruturalmente dependente do capital internacional, vinculada à manutenção do escravismo e, posteriormente, às relações de subordinação racial e de classe que asseguravam sua hegemonia. Assim, a expectativa de uma aliança com esse setor para promover transformações estruturais revelava-se ilusória, uma vez que sua natureza historicamente conservadora a tornava avessa a mudanças sociais profundas.

Ademais, essa estratégia negligenciava as contradições de classe e debilitava a *práxis* revolucionária do proletariado, legitimando pactos com elites refratárias à mudança. Recusando o enfrentamento direto ao golpe militar de 1964, o PCB acabou se consolidando como um partido social-democrata de tática sindical acanhada, apoiado em leituras heterodoxas do conceito de "Estado ampliado" de Gramsci. Nessa perspectiva, o Estado seria um espaço ético e civilizatório para canalizar e converter demandas populares (Fleury, 2009a), justificando a aposta em reformas institucionais e na ocupação dos seus aparelhos sem rupturas estruturais.

A partir de 1983, o MRSB passou a ocupar as instituições de saúde como *locus* da construção da contra-hegemonia, distanciando-se ainda mais do movimento popular, sem aprofundar a aliança com as classes populares e trabalhadoras às quais o projeto se dirigia (Escorel, 1999, p. 195). Disso resultou uma perda de substância social do MRSB, que passou a valer "mais por seus nomes, trajetórias e vínculos com o poder executivo federal do que pelas bases sociais e pelo poder de pressão que estas poderiam exercer" (Stotz, 2019, p. 57).

Resumindo: ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o "partido sanitário" encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas (Campos, 1988, p. 3).

Por sua vez, o PT destacava-se por sua capilaridade e organicidade, características que o vinculavam de forma mais enraizada à classe trabalhadora, especialmente por ter emergido do "chão das fábricas". Naquele contexto, o partido assumia uma postura combativa e socialista, orientada por um projeto de transformação radical da sociedade (Rosely Anacleto, 2022 [2017]; Abaide, 1990; Cohn, 1989). Coerente com essa perspectiva, o PT defendeu a unificação do

sistema de saúde "pela base", buscando ampliar a participação popular, culminando com a fundação da CUT em 1983, iniciativa contestada justamente pelo PCB (Dantas, 2018; Stotz, 2019). No entanto, sua força política concentrava-se no ABC paulista, sob a liderança de operários como Lula da Silva. Paradoxalmente, como apontou Lélia Gonzalez (2022), mesmo nesse espaço de vanguarda, o metalúrgico negro era preterido pelas exigências tecnológicas das quais não dispunha.

A formulação do psicólogo social Márcio Farias (2018), de orientação marxiana, contribui para iluminar esse cenário. Segundo ele, os descendentes de imigrantes europeus, já assimilados às camadas médias e burguesas, assumiram o papel de "intelectuais orgânicos" e incorporaram vertentes do marxismo de forma mecânica e economicista, sem adequar suas análises ao contexto brasileiro. Com isso, negligenciaram as determinações psicossociais e subjetivas da principal contradição do capitalismo brasileiro: o racismo.

Esses intelectuais tomaram como referência o trabalhador e o intelectual europeus, que ainda não haviam vivido as tensões de raça e classe que só eclodiriam mais tarde com a chegada de africanos e árabes à Europa. Assim, os marxistas brasileiros reproduziram, no plano teórico, a miséria estrutural do país, sem superar a modernização conservadora que julgavam combater. Desse modo, passaram a professar categorias genéricas e universalizantes, insuficientes para apreender as particularidades do capitalismo brasileiro. Os estudos contemporâneos sobre branquitude, segundo Farias, têm oferecido ferramentas sólidas para compreender a limitada percepção dessas vertentes teóricas.

A crítica de João de Moraes (2001) à "canonização" da democracia como valor universal contribui para tensionar ainda mais o debate aqui desenvolvido. Se, por um lado, Carlos Nelson Coutinho se esforçou em sistematizar o eurocomunismo como via de renovação do marxismo, valorizando a democracia liberal como horizonte estratégico, por outro, Moraes alerta para os riscos de absolutizar a forma democrática desvinculada das contradições de classe e da historicidade do Estado burguês.

No caso brasileiro, essa tensão assume contornos ainda mais agudos, pois a aposta na via democrática, ao ser transplantada da experiência europeia, ignorou tanto a natureza estruturalmente dependente da burguesia nacional quanto a centralidade do racismo como organizador da ordem social. Assim, ao mesmo tempo em que é necessário reconhecer que o marxismo não exclui, em princípio, a possibilidade de transição democrática, torna-se imprescindível lembrar que, no Brasil, essa via sempre foi recusada pelas elites, apoiadas em golpes de Estado e em dispositivos de racialização da cidadania, elementos que marcam de modo singular a trajetória do MRSB e a institucionalização do SUS.

3.4 O fantasma da classe [raça] ausente

Campos (1988, p. 4 – grifos meus) observa que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou "*uma das raras ocasiões* em que [os técnicos] buscaram apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil potencialmente interessados na transformação do *status quo* na área da saúde". Sarah Escorel (1999) também destacou que um dos pontos de tensão da constituição do MRSB foi o que o próprio Sérgio Arouca posteriormente classificou como o *fantasma da classe ausente*:

O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial [setor da área da saúde]. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário eram feitos para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela) (Escorel, 1999, p. 188).

Embora o MRSB se orientasse por um discurso emancipatório no campo da saúde coletiva, sua *práxis* permaneceu circunscrita a uma fração racial e economicamente privilegiada, o que explica, em parte, a sensação de isolamento político vivenciada por seus protagonistas.

Contrariando a leitura formulada por Arouca, exatamente neste período, a classe operária brasileira emergiu com maior densidade política. Esta constatação refuta a ideia de ausência ou passividade: a classe não estava oculta, invisível ou inerte, mas apesar de politicamente ativa, foi silenciada pelas estruturas racializadas de poder. Trata-se de um processo em que o centro branco se arroga o direito de nomear e representar a universalidade de interesses, enquanto as margens permanecem objetificadas e destituídas da condição de sujeitos (Grada Kilomba, 2021).

Segundo Paim (2008, p. 312), o fantasma da classe ausente "representava uma base política estreita e um alcance limitado na mobilização sociocomunitária" do MRSB. É consenso entre os militantes da época que essa alegoria (fantasma) se referia à ausência de um sujeito político popular que liderasse a construção da agenda do MRSB, em contraste com o "outono quente" de 1969, marco da Reforma Sanitária italiana, que serviu de inspiração para o MRSB (Cohn, 1989; Dantas, 2018; Carvalho; Emerick; Batista, 2023). Na Itália, diferentemente do Brasil, o proletariado emergiu como uma força política vital, não sendo silenciado nem permanecendo no escanteio (Stotz, 2019).

O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito “o fantasma da classe ‘ausente’ como elemento de controle do movimento” (Escorel, 1999, p. 188).

Dantas (2018) destaca que Giovanni Berlinguer, médico e docente de medicina social de origem burguesa e membro do Partido Comunista Italiano (PCI), tornou-se uma figura emblemática na reforma sanitária italiana. Reconhecido como importante interlocutor do MRSB (Fleury, 2009a, 2009b; Medeiros, 2020), Berlinguer apontou que tanto na Itália quanto na Rússia pós-Revolução de 1917 – esta última rejeitada por ele diante dos desdobramentos violentos – houve um massivo engajamento popular que não encontrou paralelo no Brasil.

Para Reis (2021), “o fantasma da classe [raça] ausente” e a fraca adesão dos trabalhadores ao MRSB estão ligados àquilo que ele define como uma cultura de distinção das camadas médias. Esses segmentos já usufruíam de assistência médico-hospitalar privada, conquistada por meio de negociações sindicais, um privilégio herdado do varguismo e amplificado durante a ditadura militar. A recorrente menção à vacância deixada por esse coletivo inespecífico (classe ausente) me remete imediatamente ao adágio popular segundo o qual “toda ausência é atrevida”, pois passou-se a cobrar “do fantasma o que o fantasma não pode dar. Tais constatações, embora corretas, ignoram e desconhecem a própria base que acusam de ausente” (Dantas, 2018, p. 151).

Essa ambiguidade gerou uma representação tensionada, colocando em xeque a pretensão do MRSB de se constituir como intelectual coletivo orgânico. Ao retomar Arouca, Escorel fez a seguinte explanação:

[Arouca] chama de ‘fantasma’ porque ‘assusta, mas não existe’, ou seja, o Movimento Sanitário questiona periodicamente sua própria legitimidade enquanto intelectual coletivamente orgânico por não contemplar em suas discussões e decisões ‘cotidianas’ organismos formalmente representativos das classes trabalhadoras como os sindicatos operários, as centrais sindicais e até mesmo os partidos progressistas. No entanto, a classe operária não está ausente, no sentido de que seus valores e necessidades direcionam a luta pela Reforma Sanitária (Escorel, 2006, p. 186 – destaques originais).

O suposto vazio deixado pelos setores vulnerabilizados foi de tal monta que provocou uma crise de legitimidade na vanguarda sanitária, que se viu obrigada a admitir que sua trajetória se distinguia radicalmente daqueles em nome de quem discursava. Esta cisão expôs a fragilidade do MRSB em se constituir e se manter como intelectual orgânico no sentido gramsciano. Em Gramsci (2001), o intelectual orgânico emerge de forma enraizada a partir de sua classe, como expressão e elaboração das contradições vividas por ela, e não como um mediador institucional que opera à distância da experiência concreta da base.

Moura (1983, p. 29), mesmo não discutindo diretamente esse assunto, assinala que “o negro ex-escravo é acionado em movimento de mudança social e política, participa desses movimentos, mas é preterido, alijado pelas suas lideranças após a vitória dos mesmos”. O autor salienta ainda que a revolta negra, a *práxis* revolucionária, convenientemente apagada da historiografia oficial e dos marxistas de cátedra interessados em confirmar seus pressupostos analíticos, foi o elemento que verdadeiramente reumanizou esse público. Em face disso, o negro somente “se reidentifica em movimentos de protesto nos quais reencontra o seu passado étnico e cultural e se situa novamente como Ser” (Moura, 1983, p. 30). Tal constatação, quando transposta ao campo sanitário, evidencia como processos históricos de exclusão e invisibilização racial se atualizam nas lógicas de representação e condução política.

Essa tensão se intensifica à luz da advertência de Foucault (1979) sobre a “indignidade em falar pelo outro”, sobretudo quando tal enunciação parte de posições de poder que apagam e invisibilizam “a vida dos homens infames”, isto é, aqueles sem fama e sem lugar na história oficial (Foucault, 1979). Nesse cenário, a provocação de Spivak (2014) – *Pode o subalterno falar?* – adquire relevo ao expor a insuficiência de uma representação opaca, construída por autodelegação ou apropriação e destituída de escuta real para a construção conjunta de uma agenda. Sob esse prisma, o MRSB se aproximava mais da figura do “intelectual universal” (Foucault, 1979), cuja autoridade se sustentava em credenciais institucionais e numa suposta “consciência esclarecida”, estabelecendo critérios de verdade e legitimidade baseados em seus próprios referenciais.

Rafia Zakaria (2021), ao discorrer sobre artigos de britânicas que se referiam ao Oriente, afirma que estas, ao mobilizarem o complexo “da branca salvadora”, assumiam a tarefa de “falar por” “outras” mulheres estupradas e brutalizadas, posicionando-se como o canal de emancipação. Além de se colocarem como parâmetro para julgamento do Ocidente, era “notável que nomear ou apagar as identidades de mulheres de cor está inteiramente no capricho da mulher branca que conta a história” (Rafia Zakaria, 2021, p. 33). Esse exemplo contemporâneo reforça a complexidade do ato de “representar” como sinônimo de “substituir”.

Escorel sinaliza o esforço de aproximação simbólica com os subalternizados, mesmo quando a presença física desses sujeitos era mínima. De acordo com Dantas (2018, p. 147), essa representação sustentava uma “democracia supostamente universal”, fundada na aliança entre classes e frações de classe estruturalmente díspares. No entanto, a crítica se intensifica quando Escorel, em diálogo com Faleiros (2006, p. 64), aponta: “o que eu chamo de ‘fantasma da classe ausente’ é que o movimento sanitário sempre falou pelas classes populares, e elas não estavam presentes.”

Na visão de Stotz (2019), a metáfora "fantasma" se transformou em um assombro que aterrorizou a "*intelligentsia* reformista" (Cohn, 1989), que permanecia às voltas buscando esse sujeito social que daria organicidade ao SUS, quando perceberam que haviam atuado como "elementos de controle do movimento". Essa busca desesperada é evidente no depoimento de Arouca, registrado por Escorel:

Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletiva e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde (Escorel, 1999, p. 188).

Escorel (2006) associa a ausência das classes populares no MRSB à repressão militar, mas essa leitura é questionável, já que o movimento sanitário se fortaleceu no processo de redemocratização. Em contraponto, Stotz (2019) e Dantas (2018) indicam que a fórmula teria sido um bordão de Arouca, vinculado à vertente eurocomunista do PCB, que, nos anos 1970, priorizava a incorporação da classe média como base eleitoral para viabilizar amplas alianças políticas (Bottomore, 1988).

3.5 A renovação do pacto sanitário construído pelo alto

De acordo com Falletti e Angeluci (2010), o MRSB tinha como metas centrais a formulação e difusão de propostas progressistas para o setor saúde, a ocupação de espaços estratégicos de poder e a incidência direta sobre o Congresso Nacional. Pela sua atuação incisiva e pela relativa coesão de seus integrantes, o Movimento chegou a ser apelidado, não sem ironia, de "Partido Sanitário" (Mendonça; Gonçalves, 2020; Stotz, 2019; Escorel, 1999; Campos, 1998; Faleiros *et al.*, 2006).

De fato, o MRSB desempenhou papel de destaque na transição do regime autoritário para a democracia liberal na Nova República, expressa pela conciliação entre militares e civis. Representados por figuras emblemáticas como Tancredo Neves e José Sarney, porta-vozes respectivamente do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) na oposição, e da Aliança Renovadora Nacional (Arena) na situação, comparecem juntos e misturados na chamada Aliança Democrática para conduzir o processo de redemocratização.

Por este ângulo, o SUS emergiu como subproduto de um arranjo político focado na restauração da democracia representativa. Esse pacto incorporou demandas populares ao discurso institucional dos militares, buscando consenso e legitimidade para uma transição conciliatória. Segundo Abaide (1990), essa estratégia criou a ilusão de uma democracia

conquistada coletivamente, como se originada na sociedade civil, mas foi conduzida sob os interesses da hegemonia burguesa, questão sistematicamente evitada pelos "autores-atores" envolvidos no processo. Esse contexto elucidado por que a hegemonia burguesa permaneceu intocada, permitindo à classe dominante superar a crise da ditadura com estabilidade, cooptando setores da oposição sem ameaças significativas à sua supremacia.

Stotz (2019, p. 55) corrobora essa análise ao afirmar que "o PCB, ao consagrar o Colégio Eleitoral que formalizou o fim da ditadura militar, manteve-se nos estreitos limites da democracia burguesa renascente", resultado "da importante adesão das classes médias" (Stotz, 2019, p. 56). O MRSB, comandado pelo estrato intermediário e entusiasmado com os benefícios proporcionados pelo Plano Cruzado em 1986, apoiou a eleição de José Sarney, "tendo inclusive Arouca utilizado a linguagem governamental para defender um choque heterodoxo na saúde" (Stotz, 2019, p. 57).

Campos (1988), uma voz dissonante dos sanitaristas que participaram do MRSB, confronta a "Teoria oficial da Reforma Sanitária", chancelada por alguns dos integrantes que "circunstancialmente, estavam secretários de Saúde, assessores de várias autoridades do poder executivo, superintendentes ou presidentes de órgãos públicos" (p. 3) e afirma que a construção "por cima" foi uma opção para forjar a aparência de afastamento e independência das classes dominantes. Mas para ele, esses ideólogos foram os grandes responsáveis pela racionalização das políticas de saúde, condensando perspectivas diversas, de modo que o modelo adotado servisse perfeitamente a interesses de blocos sociais distintos e pudesse ser apropriado por forças políticas variadas, dependendo das afinidades.

Isso ajuda a explicar por que o impulso reformista não partiu do legislativo, mas do próprio poder executivo, então ocupado por "setores progressistas da burocracia governamental" (Campos, 1988, p. 4). Em consequência, o MRSB acabou expressando mais elementos de continuidade do que de ruptura com a ordem anterior, ao defender o reordenamento do modelo de produção dos serviços de saúde com base na suposição de um Estado neutro, acima dos interesses de classe. Ao fazer isso, seus principais expoentes preferiram silenciar sobre a limitada disposição do executivo e da assembleia constituinte em promover reformas que de fato confrontassem os interesses políticos e econômicos das elites (Campos, 1988).

Essa transição, que segundo Bahia e Scheffer (2018), foi interpretada por setores mais críticos como "conchavo", se assentou na produção de consenso, e não no confronto direto. O consenso, como principal mecanismo de governabilidade, foi a resposta possível de "um 'Estado' e sociedade estruturalmente hostis às políticas públicas universais" (p. 159), mantendo-

se a segmentação e estratificação assistencial e perpetuando desse modo as estruturas herdadas do regime autoritário. Tal pacto reconfigurou e neutralizou as propostas mais radicais do MRSB, contribuindo, como aponta Gerschman (2004), para o progressivo afastamento e descrédito da população em relação ao MRSB.

Para Almeida (2019), o consenso é precisamente o mecanismo por meio do qual o grupo racial dominante consolida sua hegemonia. Ao controlar as instituições e oferecer concessões seletivas e temporárias aos setores subalternizados, esse grupo assegura que os elementos centrais do poder, como o comando da economia, a direção do Estado e as decisões estruturais, continuem submetidos aos interesses das elites hegemônicas.

O PCB, à semelhança do MRSB, adotou um projeto de país que, apesar da retórica progressista, preservava os pilares do *status quo* (Stotz, 2019; Dantas, 2018). Essa escolha política permitiu a convivência ambígua entre um sistema supostamente único e a presença crescente do setor privado, que não casualmente passou a integrar o SUS em caráter complementar, conforme disposto no Art. 4º e § 2º da Lei 8.080/1990.

O entusiasmo com a ocupação institucional do Estado, mediado pela retomada de uma democracia essencialmente representativa, implicou o abandono de pautas emancipatórias mais profundas³⁴. A aposta na institucionalidade e na tecnificação das decisões sanitárias acabou por despolitizar o debate sobre as desigualdades estruturais e disseminou uma concepção elitista de democracia no seio do campo da saúde coletiva (Mendonça; Gonçalves, 2019).

Assim, o objetivo do PCB passou a ser o de mudanças institucionais, combinando a ocupação do que chamavam de aparelhos ideológicos estatais com uma aposta democrática. Isso se deu renovando o pacto conservador pelo alto, com a "tomada do poder", leia-se, com a chegada ao poder sem nenhuma sublevação popular. A compreensão dos sanitaristas brasileiros sobre o papel do Estado era a mesma formulada pelos eurocomunistas, isto é, "um Estado puro, [...] sem fortes marcas de classes, mas que, ao mesmo tempo, fosse parte da trajetória que desembocaria no socialismo" (Dantas, 2014, p. 78).

Nessa acepção, o Estado ampliado, sob o controle de partidos aburguesados, não previa a participação direta da sociedade civil em sua condução. Em vez de acirrar o debate para radicalizar a correlação de forças por meio de lutas sociais, visando isolar e enfraquecer a iniciativa privada na assistência médico-hospitalar, os representantes do "Partido Sanitário da

³⁴A esquerda liberal baniu totalmente o tema da ruptura revolucionária do seu projeto inicial e restringiu-se a canonizar a democracia capitalista, ignorando que as classes dominantes recorrem sistematicamente à violência para conter insurreições populares e compactuando com a ilusão de uma transição pacífica ao socialismo (Toledo, 1990).

Ordem" (Campos, 1988, p. 4) escolheram o caminho oposto. Adotaram um "discurso empolado para justificar a continuidade da prestação privada de serviços, teorizando-se [...] um sistema onde houvesse uma compatibilidade entre o funcionamento regulado de 'leis de mercado' e o bem-estar comum" (Campos, 1988, p. 6). Essa racionalização carrega um "sentido psicanalítico – como idealização construída para justificar a impotência frente à realidade, o interdito estabelecido à verdadeira Reforma Sanitária pelas forças dominantes" (Campos, 1988, p. 9).

O texto de Bahia e Scheffer (2018) recupera as divergências entre PT e PCB sobre a "estatização" e a ruptura com o capitalismo. O PCB enfatizava a conscientização das determinações sociais do processo saúde-doença, visando transformar consciência e práticas sociais. Já o PT via a reforma sem ruptura estrutural como insuficiente, considerando a posição periférica do Brasil no capitalismo global, marcado pela agroexportação e precarização do trabalho, desde a colonização. A via congressual, liderada pelo PCB, prevaleceu, com a Assembleia Nacional Constituinte sendo uma alternativa "por cima", primando por um enfoque reformista.

Com isso, não surpreende que no memorável discurso de Arouca, inclinado a uma linha nacional desenvolvimentista, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, lamentou a retirada espontânea dos empresários da saúde suplementar da conferência, deixando para eles a seguinte mensagem: "Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido" (Arouca, 1986, *Online*).

O contorcionismo teórico que busca encobrir a autossuficiência, o elitismo e o distanciamento das massas populares do PCB torna-se evidente na análise de Teixeira e Mendonça (2006, p. 88), quando afirmam:

Essa linha de entrar no aparelho de Estado se revelou a mais correta, porque a briga foi travada por dentro, e muitas coisas que depois foram feitas, que conseguiram ser viabilizadas, foram porque pessoas ligadas a esse movimento eram contratadas como técnicas, pelo seu currículo, sua capacidade técnica, mas conseguiam dentro dessas instituições às vezes promover pequenas mudanças (...) de rumo da política.

Essa narrativa revela uma valorização da inserção institucional como estratégia privilegiada de transformação, ainda que baseada em atuações pontuais e tecnocráticas, desvinculadas de um processo mais amplo de mobilização popular. Todavia, Campos (1988) rebate a opção institucionalista, e informa que seus pares estavam escudados na dialética do possível e que em nada dialoga com a mudança. Pelo contrário, projetaram uma "neutralidade e um grau tal de racionalidade, que qualquer governo poderia, em tese, adotá-los [...]"

[excluindo] a possibilidade de construção de uma nova correlação de forças capaz de estender os limites do possível para além daqueles convenientes às forças dominantes" (p. 8).

Quando isso ocorre, obviamente estamos diante de intelectuais da ordem e não de intelectuais ligados à construção de um projeto de democracia socialista. [...] esses projetos eram tecnocráticos, não por seu conteúdo reformista, *e sim por sua origem, pela maneira concebida para viabilizá-los: nasceram em gabinetes* e, exatamente como os contemporâneos, imaginou-se implantá-los mediante o peso dos ministérios, das secretarias de Saúde e de outras autoridades governamentais - *isto é, de cima para baixo. Como uma reedição do despotismo ilustrado do século XVIII* (Campos, 1988, p. 9 – grifos meus).

Aparecida Bento (2018) chama a atenção para o fato de que a homogeneidade nos cargos de comando das instituições, marcadamente ocupados por homens brancos, não constitui um sinal de avanço democrático, mas sim a expressão de interesses particularistas. A repetição do mesmo perfil nos espaços de poder revela mais do que a permanência histórica do racismo: explicita um "pacto narcísico" que regula o acesso a esses lugares, sustentando uma visão de mundo, um *ethos* e uma racionalidade política própria da branquitude. A entrada de sujeitos oriundos de outros grupos sociais é, nesse contexto, percebida como ameaça, despertando reações defensivas por parte das lideranças que monopolizam as decisões, os saberes técnicos e a definição das políticas públicas.

Diante da crise de legitimidade e representatividade que marcou o período pós-Constituição de 1988, resultou a promulgação da Lei nº 8.142/1992, que estabeleceu a participação popular nas instâncias deliberativas do SUS, consolidando o que passou a ser conhecido como "controle social". Essa Lei assegura a participação popular, com poder deliberativo, através da constituição e funcionamento de conselhos e conferências de saúde "baseados nas experiências dos *soviets* e, posteriormente, dos Conselhos de Defesa da Revolução Cubana" (Escorel, 2013, p. 1939), como condição *sine qua non* para transferência de recursos do governo federal para as esferas estaduais e municipais.

Segundo a autora, esses mecanismos de participação tentavam atribuir um caráter simultaneamente revolucionário e institucionalizado ao processo democrático. Tratava-se de uma resposta à desconexão alarmante dos movimentos sociais com o Estado (Radis, 2008), movimento esse que o próprio Giovanni Berlinguer buscou reverter ao sugerir essa institucionalização, como forma de preservar o potencial transformador do MRSB diante da nova ordem democrática (Escorel, 2013).

Não obstante, Carvalho, Emerick e Batista (2023, p. 79) destacam que "Berlinguer enfatizava a importância da equidade na saúde frente às limitações da universalidade,

considerando os aspectos subjetivos presentes e a importância de construir estratégias de superação dos obstáculos apresentados no cotidiano". Vinculada a essa perspectiva, e como derradeiro esforço para exorcizar a já referida "fantasmagoria", Escorel (2013, p. 1940), ao refletir sobre as manifestações que eclodiram nas chamadas "jornadas de junho" de 2013 – nas quais "saúde" e "participação popular" reapareceram como pautas centrais – interrogou-se se os manifestantes estariam alheios ou teriam deliberadamente se afastado dos canais formais de controle social por se sentirem historicamente silenciados.

Posicionando-se com aguda criticidade diante do transformismo operado no desenho original dessas instâncias democráticas, Escorel (2013, p. 1938) assim se pronunciou: "[...] ali se desenvolve um jogo de cartas marcadas, tão burocratizado quanto o dos partidos políticos, inócuo na diminuição das desigualdades sociais e na efetivação dos direitos". A pensadora defendeu ainda a necessidade de articulação entre universalização e focalização no SUS, advogando pela destinação de recursos específicos a segmentos historicamente vulnerabilizados, dentre os quais, a população negra.

Tal posicionamento, que merece ser reconhecido por sua coragem política, não encontra unanimidade entre seus pares, alguns ainda presos ao que Farias (2018) denominou de "uma esquerda marxista fora do lugar e com pensamento adstringido". Nesse sentido, é particularmente louvável a disposição de Escorel em reconhecer que "a experiência cotidiana dos pobres está constituída por um sem fim de barreiras para conseguir (sobre)viver com dignidade" (Escorel, 2013, p. 1940).

Os "autores-atores" têm assinalado mais recentemente que não identificaram, oportunamente, a financeirização da saúde, subestimando o poder acumulado do capital, sobretudo na passagem do século XX para o XXI. Com isto, pavimentaram a criação de um mercado vertiginoso na prestação de serviços ultraespecializados com preços suportáveis apenas às classes médias e simultaneamente contribuíram, mesmo não intencionalmente, com a manutenção das iniquidades no acesso e na qualidade do cuidado, desfavorecendo grupos vulnerabilizados (Souza, *et al.* 2019).

O abandono da tese socialista em favor de uma ideologia social-democrata, focada na ocupação institucional pelo MRSB ignora que as questões sociais subvencionadas pelo Estado tendem a favorecer principalmente aqueles que detêm o controle da maquinaria governamental. Isso ocorre porque a função primordial do Estado é sustentar o modo de produção capitalista por meio de suas estruturas jurídicas.

Os intelectuais do MRSB buscaram transformações estruturais tendo como referencial teórico a interpretação da teoria marxista de Antonio Gramsci. A estratégia central adotada foi

a ocupação institucional do Estado, orientada pela concepção gramsciana de "guerra de posição"³⁵, como meio para efetivar a universalidade do acesso à saúde no país. Embora sejam incontestáveis os avanços obtidos³⁶, tornou-se igualmente evidente que a adoção de referenciais teóricos elaborados a partir dos centros de poder, sem estabelecer diálogo com as margens sociais, acabou favorecendo, ainda que de modo não premeditado, a expansão da lógica neoliberal. Esse processo se intensificou particularmente com a ascensão das políticas de austeridade que marcaram o cenário político brasileiro nas últimas décadas.

O grande dilema enfrentado pelo MRSB manifestou-se na tensão entre a ocupação institucional do Estado e o risco inerente de acomodação política. Essa estratégia terminou por tornar o SUS refém das estruturas do Estado capitalista, deixando-o vulnerável aos ataques sistemáticos e aos ciclos de desfinanciamento que caracterizam as políticas neoliberais. A disputa teórica e prática entre a "guerra de posição" e a "guerra de movimento" reflete, assim, a tensão clássica dos movimentos sociais progressistas: até que ponto é possível transformar efetivamente as estruturas do Estado sem ser cooptado e neutralizado por elas?

Apesar de se basear em referenciais marxistas, o MRSB não promoveu uma descentralização efetiva do poder na gestão da saúde, reforçando, paradoxalmente, a centralização estatal, como evidenciam a municipalização e a operacionalização do "controle social". Essas estratégias reproduziram limites institucionais, restringindo a autonomia dos sujeitos e burocratizando a participação popular, em vez de democratizar o sistema de saúde brasileiro. Essas são algumas das contradições desse país "ornitorrinco" (Oliveira, 2003), isto é, um animal híbrido (mamífero com bico de ave, que bota ovos e vive em ambiente aquático), síntese de formas díspares que espelham a formação nacional marcada pela coexistência do arcaico (herança escravocrata e colonialista) com o moderno (industrialização capitalista), onde a conciliação de elites suplanta as rupturas. Essa modernização conservadora amortece as lutas

³⁵ Antonio Gramsci, militante comunista e deputado italiano encarcerado pelo regime fascista de Mussolini, elaborou uma distinção entre duas estratégias fundamentais de luta política: a *guerra de movimento* e a *guerra de posição*. A primeira refere-se a ofensivas revolucionárias rápidas, diretas e insurrecionais, voltadas à conquista imediata do poder estatal, viáveis sobretudo em contextos de fragilidade institucional, como no caso da Revolução Russa de 1917. Já a guerra de posição é característica de países com uma sociedade civil densa e estruturada, especialmente nas formações capitalistas avançadas (hoje chamadas de Norte Global). Nessas condições, a transformação social demanda uma disputa prolongada e complexa nos âmbitos da cultura, da ideologia e da organização política. O confronto desloca-se do campo militar para a arena da hegemonia, sendo travado nos aparelhos privados de hegemonia, como a escola, a igreja e os meios de comunicação (Gramsci, 2000).

³⁶ De acordo com Bahia e Scheffer (2018), entre 2003 e 2013, o SUS promoveu ampla expansão do acesso à Atenção Primária, com aumento expressivo na cobertura de equipes de saúde da família (de 4.114 em 1999 para 54.205 em 2017), redução na mortalidade infantil, maior disponibilidade de medicamentos essenciais para hipertensos, diabéticos e portadores de doenças crônicas e a realização de procedimentos complexos como transplantes e tratamento de HIV/AIDS, consolidando-se como sistema de saúde universal, integral e participativo.

populares, invisibiliza sujeitos marginalizados e naturaliza opressões, em nome de um suposto avanço da democracia.

3.6 O argumento da “autoexclusão” contraposto à “dupla inclusão” do estrato intermediário branco no SUS

Passadas mais de quatro décadas desde os primórdios do movimento sanitário, tanto os sanitaristas quanto o próprio Movimento Sanitário se transformaram significativamente, enquanto os movimentos sociais adquiriram contornos mais ecléticos e diversificados. Com o colapso do bloco socialista em 1989 e diante das contradições teóricas e práticas que se tornaram evidentes, a relação dialética entre raça e classe deixou de ser tratada como um simples apêndice analítico, passando a exigir abordagens que enfrentem diretamente a radicalidade dessas assimetrias estruturais.

O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu formalmente a saúde como um direito universal de todos os cidadãos e dever inalienável do Estado, assegurando acesso universal – compreendido como igualitário (Bahia; Scheffer, 2018) – e gratuito a todos os brasileiros. Não raramente, contudo, é deliberadamente ignorado o trecho constitucional que condiciona essa garantia fundamental à implementação efetiva de políticas sociais e econômicas, evidenciando claramente que a saúde ultrapassa os limites estreitos do campo da assistência médica, articulando-se diretamente às determinações sociais mais amplas da vida humana.

A partir desse marco legal, entretanto, Fleury (2009b) pontuou que, embora o direito à saúde tenha sido formalmente incorporado ao campo dos Direitos Humanos, seu acesso efetivo permaneceu vinculado aos direitos sociais, podendo ser fornecido tanto pelo Estado quanto pela iniciativa privada. Essa formulação jurídica ambígua abriu margem para múltiplas formas de provisão de serviços de saúde, criando simultaneamente um flanco estratégico para a progressiva mercantilização da saúde no país.

Essa formulação jurídica híbrida impulsionou decisivamente as parcerias público-privadas, estratégia que contou com o apoio de expoentes eurocomunistas influentes, como a própria Sônia Fleury. Durante a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, ela defendeu explicitamente a saúde como um bem público essencial, mas argumentou simultaneamente que isso não exigia necessariamente a estatização total dos serviços de saúde. Em contrapartida, propôs que o Estado implementasse "mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados" (Fleury, 1987, p. 110), legitimando assim uma via híbrida de organização

do sistema. Nesse sentido, Bahia e Scheffer (2018, p. 3) observam lucidamente que "o projeto de SUS efetivamente universal nunca foi e não é consensual, inclusive no segmento que declara o apoiar".

Considerando que a formalização constitucional do acesso universal à saúde não foi acompanhada de recursos orçamentários proporcionais nem de melhorias estruturais substantivas no sistema público – processo influenciado, em parte, por setores eurocomunistas que advogavam pela coexistência público-privada –, a classe média brasileira, historicamente consciente de sua capacidade de pressionar e confrontar o Estado quando necessário, rapidamente acionou estratégias sofisticadas de autoproteção. Esse movimento ocorreu mesmo quando esse estrato social discursivamente apoiava o SUS e seus princípios universalistas.

Sob a justificativa amplamente difundida de baixa qualidade dos serviços, filas intermináveis, desabastecimento crônico e obsolescência tecnológica dos serviços públicos de saúde, esse estrato intermediário bateu em revoada para o setor privado de saúde, buscando um padrão de atendimento mais ágil, tecnicamente qualificado e condizente com suas expectativas de consumo e sua capacidade efetiva de pagamento.

Ocké-Reis e Carvalho (2009) apontam que, devido à escassez estrutural de recursos públicos destinados ao sistema, o SUS não conseguiu atrair nem reter a classe média e o setor mais qualificado da força de trabalho brasileira, ambos os segmentos compostos majoritariamente por indivíduos brancos. Nesse contexto específico, ex-segurados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), também predominantemente brancos, somaram-se aos trabalhadores que já contavam com planos privados de saúde oferecidos por seus empregadores, consolidando assim uma privatização do seguro social brasileiro que comprometeu estruturalmente o projeto universalista do SUS e os objetivos estratégicos originais do MRSB, reproduzindo e aprofundando desigualdades históricas profundamente marcadas pelas intersecções entre raça e classe social.

Apesar de a Constituição estipular que a assistência a saúde é um direito social básico e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade e não pela capacidade de pagamento, as pessoas que tem poder aquisitivo podem ser cobertas pelo mercado e utilizar simultaneamente os serviços públicos do SUS, *permitindo uma dupla cobertura para os trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos [...]*. As centrais sindicais, os trabalhadores organizados, que poderiam contrapor o mercado no Congresso Nacional, por diversas razões, são cobertos pelos planos coletivos de saúde, fragilizando a luta por mais recursos em defesa do SUS e tornando-o, portanto, menos influente na arena política (Ocké-Reis; Carvalho, 2009, p. 75 – grifos meus).

Essa dinâmica se intensificou com a crise econômica da década de 1980, que aprofundou a lógica privatista, resultando em cortes de gastos públicos e na deterioração progressiva da rede pública de saúde. A esse processo, sanitaristas como Lígia Giovanella e Sônia Fleury (1996), apoiadas em formulações anteriores, denominaram "autoexclusão do estrato intermediário", referindo-se à migração voluntária da classe média para a saúde supletiva, orientada pela lógica mercantil.

A pressão da demanda decorrente da universalização – não acompanhada da incorporação de novos recursos – e a desagregação dos aparatos de prestação de serviços pela crise do Estado levaram a uma queda da qualidade dos serviços do subsistema público, expulsando segmentos sociais de maior nível de renda (Giovanella; Fleury; 1996, p. 185).

De forma bastante perspicaz, as autoras que tematizavam o acesso como uma categoria analítica, aprofundaram uma leitura ampliada que não se limita à presença física dos serviços, mas considera também as barreiras simbólicas, organizacionais, geográficas e financeiras. Com base na concepção de Frenk (1985), o acesso foi trabalhado como o grau de ajustamento entre os recursos disponíveis e as características dos usuários, o que inclui aspectos como a localização, a capacidade de pagamento, a funcionalidade do sistema e a aceitabilidade cultural. Também são discutidas formas de apropriação simbólica dos serviços públicos e os critérios sociais que afetam a percepção da qualidade e da legitimidade dos serviços.

Todavia, o conceito de acesso universal que embasa o texto das expoentes, careceu de articulação com o princípio da equidade, inseparáveis na visão de Paim (2008). Isso implica em atualizar reflexões sobre quem acessa, como acessa, e em que condições esse acesso se dá. Assim, a ideia de "autoexclusão" da classe média, pode ensejar uma carga ideológica eivada de tensões ao comportar diferentes segmentos sociais que disputavam espaço e prioridade dentro de um Sistema hipoteticamente único. Pressupõe ainda, uma escolha ativa de distanciamento do SUS ensaiada exclusivamente por quem reúne os condicionantes materiais necessários para dele se afastar, situação não disponível à população negra e periférica. Por fim, pode traduzir uma linguagem cifrada para aludir à aversão à igualdade social.

Essa condição privilegiada encontra eco na ideia de "salário público e psicológico" (Du Bois, 2021 [1903]), convertido no desejo de distinções simbólicas e em dispositivos institucionais que restringem o compartilhamento integral de espaços e serviços com os "SUS-dependentes", geralmente periféricos e racializados. Essa situação indica que, em vez de recusar o SUS, esse estrato tem requerido uma prestação seletiva, mais eficiente, discreta e menos

misturada. A meu juízo, o que fica implícito, é que a recusa real é à igualdade de acesso e não exatamente à assistência pública em si.

Infere-se também que, ao reivindicar prioridade, distinção, direito de escolha e prerrogativas específicas, a classe média branca revela não apenas estratégias de diferenciação, mas também indícios de repulsa ao convívio com o "outro", que passa a ser o indesejável. Essa conduta pode expressar não apenas a rejeição de uma condição de igualdade, mas o receio de erosão simbólica do prestígio herdado, garantindo o exclusivismo de determinados serviços. Assim, o que é frequentemente interpretado como uma escolha voluntária de afastamento do SUS pode, na realidade, traduzir uma tática de reafirmação de *status*, em que a permanência no Sistema público é regida por critérios seletivos e marcada por uma lógica de "dupla utilização". Nesse arranjo, a inclusão ocorre pela via do direito constitucional, enquanto a exclusão se produz pela recusa em se reconhecer como parte indistinta do conjunto dos usuários.

Ainda de acordo com Giovanella e Fleury (1996, p. 185)

[...] a universalização promovida tem sido caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social à saúde, segundo Faveret (1990), por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população.

Como fica patente, a "expulsão" da racialidade branca do SUS, teria sido provocada pela inclusão do povo, que ousou reivindicar o "direito a ter direitos" à saúde. A "autoexclusão" estaria, neste caso, relacionada à insatisfação com a qualidade dos serviços e o setor supletivo, funcionaria como válvula de escape, principalmente em tempos de crise econômica e racionamento de recursos.

Na minha avaliação, essa migração foi, no limite, pendular, uma vez que não houve qualquer tipo de bloqueio ao acesso. Pelo contrário: o que se observou foi a consolidação de uma "dupla inclusão". De um lado, o acesso ao SUS em condições bastante vantajosas³⁷; de outro, a adesão a planos privados de saúde, incentivada por mecanismos como descontos sindicais e deduções no Imposto de Renda, o que, inclusive, representa um subsídio estatal à expansão da atenção privada e dinamização da saúde como mercadoria.

³⁷ Algumas dessas vantagens são analisadas no subcapítulo 5.1, intitulado *Novos Cercamentos, Saúde e Lugares Outros*, e também na autoetnografia.

Sob esse prisma, a ideia do banimento voluntário colide frontalmente com a ampliação seletiva e diferenciada das formas de acesso. Ademais, o SUS, em sua materialidade, nunca operou uma expulsão ativa de nenhuma classe ou fração de classe. O sistema ainda permanece como suporte fundamental para uma gama de procedimentos que serão expostos nos capítulos sobre os achados empíricos. Enquanto o SUS socializa riscos, absorvendo as demandas mais custosas e complexas, o setor privado garante o conforto e o *status* aos que podem pagar.

Superar essa lógica, portanto, implica reconhecer que o paralelismo entre os sistemas público e privado não constitui um efeito colateral indesejado, mas um arranjo estrutural que organiza hierarquicamente o acesso, naturaliza privilégios e reitera desigualdades racializadas e de classe. Ao permitir que determinados grupos usufruam simultaneamente do direito universal e das garantias seletivas do mercado, o Estado contribui para a corrosão da base política do SUS, esvaziando sua legitimidade enquanto projeto de igualdade substantiva. Nesse cenário, a chamada “impotência da equidade” não decorre de uma insuficiência conceitual do princípio, mas de sua sistemática neutralização por dispositivos institucionais que operam a favor da mercantilização e da distinção social.

Recolocar a equidade no centro da Reforma Sanitária exige, assim, não apenas maior financiamento ou eficiência administrativa, mas uma inflexão político-estrutural capaz de enfrentar os subsídios regressivos, a captura do fundo público e as formas racializadas de apropriação diferenciada do sistema. Sem essa ruptura, o SUS tende a permanecer tensionado entre sua vocação universalista e a reprodução de um modelo que, ao tolerar a dupla inclusão dos estratos médios brancos, consolida um universalismo formal que convive com a desigualdade material, limitando radicalmente seu potencial emancipatório (Ocké-Reis; Carvalho, 2009).

4 A PRODUÇÃO SOCIAL DA NEGLIGÊNCIA NOS DADOS RACIAIS NO SUS E A PERTINÊNCIA DE UMA AUTOETNOGRAFIA

Neste capítulo, me ocupo da influência do dispositivo de racialidade nas práticas de coleta dos quesitos raça-cor no SUS, pressupondo que a persistente negligência não é uma falha institucional isolada, mas parte de uma engenharia social maior. Essa negligência afeta a precisão de pesquisas quantitativas que utilizam a variável raça-cor³⁸ e que, geralmente, subsidiam a elaboração de políticas públicas.

Além disso, discuto as lacunas e omissões na geração, coleta, análise e divulgação de dados raciais no SUS, ressaltando que isso resulta de uma complexa rede de relações de poder e interesses difusos. Gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e o próprio controle social, deliberadamente ou não, contribuem para a perpetuação dessa realidade. O descompromisso com a educação permanente de trabalhadores de saúde, a falta de protocolos adequados e a desvalorização da dimensão racial nas instâncias do SUS são alguns dos mecanismos que perpetuam o descaso relatado e justificam a relevância de uma autoetnografia. Este último aspecto será tratado mais adiante.

4.1 A imprecisão sobre a coleta do quesito raça-cor no SUS e os limites de pesquisas estatísticas

No tocante à coleta do quesito raça-cor nas instâncias do SUS, vale dizer que as primeiras iniciativas datam dos anos 1990, quando feministas negras, no peito e na raça, denunciaram a esterilização cirúrgica em massa praticada de forma sistêmica, independentemente do consentimento prévio das mulheres. Essas laqueaduras feitas pós-parto e à revelia das mulheres, sob a insígnia de "controle de natalidade", eram um reflexo da medicina eugênica do começo do século XX, posteriormente reformulada com bases críticas e reconceituada como "planejamento familiar", abarcando os direitos sexuais e reprodutivos em 1996, e, mais recentemente, tematizada também como "justiça reprodutiva".

³⁸ A expressão “variável” é mantida aqui por fidelidade à terminologia adotada em pesquisas de enfoque quantitativo. No entanto, a partir de uma perspectiva histórico-crítica, entende-se que raça, classe e gênero são categorias estruturantes do capitalismo e não podem ser tratadas como dimensões isoláveis ou manipuláveis em esquemas estatísticos. Nesse sentido, são “variáveis que não variam”, pois operam como fundamentos constitutivos e indissociáveis das relações sociais.

Entre o início das políticas eugênicas no Brasil, por volta de 1920, e as primeiras iniciativas de coleta de dados raciais no SUS, na segunda metade dos anos 1990, o Estado brasileiro manteve um eloquente silêncio por quase oito décadas sobre o impacto do racismo na saúde, conforme discutido no segundo capítulo. Contudo, a ausência de dados raciais não constrangeu nem interditou a ocorrência de práticas racistas no setor; pelo contrário, as legitimou. A omissão estatal, nesse período, revela que o Estado falou de raça o tempo todo, sem mencionar uma só palavra sobre o assunto.

Partem, pois, das feministas negras "esfarrapadas da terra" (Mendonça, Gonçalves, 2020) as primeiras iniciativas para pautar abertamente o debate racial junto ao Estado brasileiro sobre a importância do quesito raça-cor no âmbito do SUS. Contudo, foi apenas bem recentemente, durante o governo ilegítimo de Michel Temer, que o então ministro da Saúde, Ricardo Barros, através da Portaria 344/2017, tornou obrigatória a autodeclaração racial em todas as instâncias do Sistema e determinou a padronização de todos os formulários dos Sistemas de Informação em Saúde³⁹, em conformidade com a classificação adotada pelo IBGE: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.

Antes, muitos desses formulários, orientados pelo fetiche da democracia racial, não contemplavam variáveis raciais ou adotavam gradientes de cores imprecisos e diversificados, ultrapassando 300 termos distintos (Angela Figueiredo, 2015), prejudicando pesquisas acadêmicas e o planejamento de políticas públicas equânimes. Além disso, não havia consenso sobre auto ou heteroidentificação, tornando o tema bastante "gelatinoso".

No entanto, essa conquista histórica ainda encontra entraves para sua plena materialização. De acordo com Coelho *et al.* (2023, p. 9), "a legislação ainda não foi efetivada. Apesar da obrigatoriedade, ainda consta nos formulários de coleta o campo sem informação [leia-se 'ignorado'], o que dá margem para uma grande quantidade de dados não completos". Essa situação pode ser verificada no "box 15" (Figura 6), do formulário do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN).

³⁹ O SUS possui 54 Sistemas de Informação em Saúde (SIS), acoplados aos núcleos de Tecnologia da Informação (TI). O surgimento dos SIS remonta à introdução de uma lógica gerencialista, racional, contábil, fragmentada e de monitoramento da saúde. Dentre os 54 SIS, destacam-se "estruturantes", tais como Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema do Programa Bolsa Família na Saúde, Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), entre outros.

Figura 6- Comparativo entre as variáveis raça-cor do formulário oficial do SINAN e da interface do aplicativo "Meu SUS Digital". Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2023); Aplicativo "Meu SUS Digital" (Gov.br, 2024)

The image shows two side-by-side forms. On the left is the official SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) form, titled 'FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL'. It contains various fields for reporting health events, including a section for 'Raça/Cor' (Race/Skin Color) with options: 1-Branca, 2-Parda, 3-Amarela, 4-Preta, 5-Indígena, 6-Ignorado. On the right is the 'Meu SUS Digital' app interface, showing 'Informações auto-declaradas' (Self-declared information). It includes fields for 'Nome social', 'Raça/cor', and 'Endereço'. The 'Raça/cor' field is set to 'PARDA' and has a dropdown arrow. Below it, the 'Dados Gov.' section shows 'Nome civil' as 'ROSELY ANACLETO DE JESUS MORAIS DE ALMEIDA' and 'CPF' as '123.456.789-00'. The 'Data de Nascimento' field is also visible.

Fonte: Ministério da Saúde

O formulário do SINAN é preenchido obrigatoriamente por profissionais de saúde (geralmente com formação universitária) em casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades e no caso de violência extrafamiliar/comunitária, quando se tratar de crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Além da subsistência do domínio "99"⁴⁰, há que se observar que apenas esse formulário, entre tantos outros que poderia exemplificar, concentrou um número elevado de violências que podem suscitar desconforto e muito sofrimento psíquico tanto na vítima quanto no profissional, levando a dar pouca ou nenhuma importância à variável racial, sobretudo no contexto neoliberal

⁴⁰ Domínio 99 é a descrição que a base central de dados do SUS (DataSUS) adota para "informações sem informações".

em que os profissionais, assoberbados de atribuições, tendem a aligeirar os atendimentos pelo número cada vez mais reduzido de força de trabalho, inversamente proporcional à demanda.

Antes de ter o letramento racial que gradualmente acumulei, muitas vezes me deparei com contextos tão penosos trazidos pelos usuários e familiares que, durante o preenchimento deste impresso (hoje também em formato digital), cheguei a considerar a questão racial absolutamente descabida e não sabia sequer como abordá-la naquelas circunstâncias, por nunca ter sido institucionalmente preparada para tal. Neste caso, o box "ignorado" se afigurava como uma porta de emergência pela qual eu (e possivelmente outros profissionais) era sistematicamente convidada a evadir, de mãos dadas com a leniência da gestão.

Além disso, em casos relacionados às múltiplas formas de violência, o profissional precisa realizar uma escuta qualificada e dispor de tempo suficiente para essa tarefa – algo nem sempre possível, considerando que o tempo de atendimento é previamente padronizado e delimitado pela "mão invisível do sistema". Particularmente em Aracaju, é necessário, ainda, que o profissional registre a ocorrência no prontuário eletrônico, seguindo meticulosamente todas as abas para que as informações sejam corretamente gravadas, articule e agilize as orientações e encaminhamentos necessários e, por fim, preencha a notificação do agravo, que é bastante extensa. Pressionados pelo tempo e diante de tantas demandas em um único atendimento, a possibilidade de considerar o quesito racial irrelevante é bastante significativa.

Uma solução promissora, mas ainda de impacto limitado e pouco efeito prático, foi adotada pelo Ministério da Saúde com o aplicativo "Meu SUS Digital" (Figura 6), com a interface acima disposta. Esta é uma versão aprimorada do "Conecte SUS", lançado em 2021, durante a pandemia de covid-19. Inicialmente criado para acompanhar o esquema vacinal da população, o aplicativo permite editar os dados pessoais e a autodescrição racial do cartão nacional de saúde. Esse cartão gera um número, uma espécie de "identidade de saúde", que é exigido para todos os brasileiros, inclusive pelos convênios privados, com a expectativa de armazenamento futuro da condição de saúde de cada indivíduo.

O aplicativo "Meu SUS Digital", embora tenha avançado ao considerar apenas as classificações raciais do IBGE e eliminar o campo "99", ainda apresenta limitações. Sua divulgação é acanhada e a edição de dados pessoais é parcial, ficando restrita a algumas informações do cartão nacional de saúde. A geração desse cartão, por sua vez, continua sendo um processo presencial, normalmente realizado por recepcionistas, agentes comunitários de saúde e auxiliares administrativos. Aqui, há três problemas que precisam ser mencionados e mostram como a rotina do serviço de saúde vai minando as possibilidades de tratar a questão racial com a urgência que ela requer: a alta rotatividade dos trabalhadores terceirizados, o baixo

letramento racial de muitos desses e a facultatividade do preenchimento do quesito raça-cor para criação do documento (Flávia Feitosa; Rosely Anacleto, 2022 [2017]).

A tendência atual é que muitos cartões, essenciais para o planejamento de uma política de saúde equânime e realmente universal, sejam gerados com o dado racial como "ignorado". Caso o usuário queira mudar essa situação, ele precisa ser informado da existência do aplicativo "Meu SUS Digital", mas essa divulgação é escassa. Até mesmo eu, que trabalho no SUS há mais de duas décadas e pesquiso o tema há algum tempo, acompanhando os desdobramentos no serviço de saúde, tomei conhecimento do aplicativo apenas por acaso. Assim, a falta de informação sobre o aplicativo impede que usuários, especialmente os menos familiarizados com tecnologia, consigam completar ou corrigir a informação racial.

Quando o usuário possui letramento digital e acesso à internet, ele pode, enfim, retirar o *status* de "ignorado" de seu dado racial, que então é registrado na base de dados central do SUS (DataSUS). Além disso, há ainda a resistência dos próprios profissionais de saúde na coleta de atributos raciais. Em um estudo sobre a Atenção Primária⁴¹ no Rio de Janeiro, Milanezi (2020) observou que essa resistência se manifesta de diferentes formas, como a heteroclassificação, a recusa em preencher o campo, a negociação da identidade racial com o usuário e, em alguns casos excepcionais, a autodeclaração. A prática mais comum é a heteroclassificação, com muitos profissionais se recusando a coletar o dado racial ou preenchendo-o de maneira arbitrária, o que reforça as lacunas e inconsistências na coleta desse tipo de informação.

A recusa em registrar o quesito raça-cor nos sistemas de informação em saúde frequentemente se manifestava de forma explícita: consistia em deixar o campo em branco nos formulários em que o preenchimento era facultativo. Muitos profissionais faziam questão de ignorar deliberadamente o dado, nem perguntavam, nem preenchiam, tampouco utilizavam a informação, quando o sistema permitia essa omissão. Outros relatavam sentir desconforto ao ter que perguntar a uma pessoa se ela "era preta", sem expressar o mesmo incômodo diante de usuários brancos. Situação semelhante foi constatada por Silveira *et al.* (2021), revelando que esse desconforto é seletivo e racialmente marcado.

Paralelamente à recusa ou ao silêncio, havia orientações implícitas para que se classificasse como pardo qualquer pessoa indistintamente, reduzindo a autodeclaração a uma prática meramente protocolar, desvinculada de seu sentido político e histórico. Outra estratégia observada era a negociação direta com o usuário no momento do preenchimento, processo no

⁴¹ Atenção Primária ou Atenção Básica são termos equivalentes e corresponde ao que popularmente é conhecido como "posto/ postinho de saúde".

qual o desconforto dos profissionais recaía sobre a discordância com a autodefinição da pessoa cadastrada, especialmente quando esta se autodeclarava preta. Mais uma vez, esse tipo de impugnação não era relatado quando se tratava de pessoas brancas.

O estudo de Conceição e Magalhães (2023) em Camaçari (BA), com 634 questionários aplicados a profissionais de saúde de unidades públicas e privadas, indica que, segundo esses profissionais, a maioria dos formulários de saúde não inclui o quesito raça-cor, sobretudo em serviços de emergência (87,4%) e especializados (79,3%). Quando presente, os profissionais evitam usá-los, devido a expectativas negativas sobre as respostas dos pacientes.

A pesquisa de Lopes, Reis e Bortoloto (2024), corrobora esse cenário ao constatar que a coleta do quesito raça-cor na Atenção Primária de Cascavel (PR) é problemática: 90% dos entrevistados relataram que a informação não era preenchida durante as consultas, e 40% afirmaram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não solicitavam a autodeclaração no momento do cadastro familiar. Segundo os autores, essa ausência sistemática de registro reflete um padrão institucional de normalização do racismo, que compromete a efetividade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A omissão do quesito compromete a implementação de políticas sanitárias equitativas, evidencia a urgência de educação continuada dos profissionais e a revisão crítica dos sistemas de informação.

As constatações descritas coincidem com minha experiência profissional. Em Aracaju, observo um padrão semelhante: os profissionais, mesmo após anos de trabalho, não demonstram familiaridade com as desigualdades raciais presentes em suas próprias áreas de atuação. Como expõe Milanezi (2020, *Online*),

[...] os profissionais não possu[em] conhecimento sobre desigualdades raciais entre seus cadastrados, a partir dos dados que eles mesmos inser[em] nos sistemas. Em seus computadores, as desigualdades [são] invisíveis. As diversas estatísticas que eles alimenta[m] segue[m] para os gabinetes da Prefeitura e não retorna[m] para eles em forma de boletins, cursos ou relatórios. Além de sistemas desarticulados, [são] os gabinetes do Estado que possu[em] o monopólio da informação.

Particularmente, considero o indeferimento da minha pesquisa por parte da SMS⁴² uma estratégia, intencional ou não, de negligenciar o dado racial. Essa interdição, que demorou cerca de um semestre para se consolidar, se contrapôs à ideia da pesquisa como um recurso social voltado para o interesse coletivo. A pós-graduação, em especial, deveria "estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais [...]"

⁴² Detalhado no Posfácio "O lixo vai falar numa boa, e cada vez mais alto!".

(Brasil, 1996), e esse bloqueio, em vez de contribuir para esse objetivo, limitou a produção de conhecimento.

Além disso, a mobilização do aparato jurídico nesse contexto, algo incomum em outros projetos, criou um verdadeiro *bunker*, isolando os dados de um grupo racial sobre o qual pouco ou nada se sabe. Dessa forma, impede-se que o dado racial seja tratado com a devida importância e visibilidade na produção acadêmica, tornando-o um tema secundário e reforçando, com ou sem propósito, a ficção da cordialidade racial.

Em uma perspectiva marxiana, Teixeira (2015) argumenta que o fenômeno dos cercamentos originários⁴³, historicamente relacionado à apropriação de bens materiais, hoje se expande para outras esferas da vida humana, incluindo a produção de conhecimento, bem por essência fundado no comum. Ao encapsular dados raciais, limita-se o alcance desse conhecimento, reforçando a exclusão de grupos raciais do debate acadêmico e, consequentemente, das políticas públicas de saúde.

Os resultados da minha investigação não precisavam de pronto serem aceitos e chancelados. Poderiam ser confrontados, debatidos, reexaminados, reproduzidos, tensionados e inclusive levados a outras instâncias, mas o silenciamento soou mais conveniente. Deste modo, "não se pode perder de vista que a ocultação dos dados raciais nas instituições também é um dado, ou seja, nesse momento a ausência é compreendida enquanto um dado. Essa é a pedagogia das ausências, a pedagogia branca" (Nascimento, 2022, p. 6). Foram nessas ausências repletas de presenças, nessas onipresenças não nomeadas, que a Política de Saúde foi construída e se mantém, como enfatizado no capítulo anterior.

Araújo, Moreira e Aguiar (2013) discutem os bancos de dados de saúde como dispositivos de informação e comunicação que muitas vezes são negligenciados. Eles ressaltam que esses bancos de dados incluem várias condições que moldam a produção e circulação das informações, como fatores históricos, teórico-epistemológicos, metodológicos, institucionais, materiais, simbólicos, intertextuais e situacionais.

Esses fatores, segundo os autores, não apenas influenciam quem produz e como produz, mas também determinam quem e como se apropria da informação e para quais públicos ela será visível ou esquecida. Dessa forma, a visibilidade de certos indivíduos só ocorre quando há produção e circulação de informações a eles pertinentes. Em outras palavras, a visibilidade social de um grupo depende de sua presença nos dados e da publicização dessas informações,

⁴³ Tematizado no subcapítulo 5.1.

respeitando-se os limites éticos. Indivíduos ou grupos sociais só passam a ser reconhecidos quando as informações a seu respeito são geradas e circuladas.

Os autores sustentam a hipótese de que a comunicação negligenciada nos bancos de dados de saúde é intencional e faz parte de uma agenda política. Em uma sociedade autoritária e marcada por abismos raciais, essa negligência serve para manter certos grupos invisíveis, intensificando as disparidades de saúde ao mesmo tempo em que se celebra a universalidade.

Quando o acesso ao conhecimento é negado, inviabiliza-se a circulação de debates sobre ausências, como as que se referem à branquitude. Com isso, práticas já cristalizadas permanecem intocadas e sequer são questionadas. Naturaliza-se o inadmissível e a comunicação oficial segue concentrada nas mãos de agentes institucionais, restringindo o direito de fala, de pesquisa e de escrita. Esse controle reduz a participação popular e a liberdade de expressão, princípios fundamentais para o SUS, conforme dispõe o inciso VII do Art. 7º da Lei nº 8.080/1990 e sua regulamentação pela Lei nº 8.142 no mesmo ano.

Como destacam Araújo, Moreira e Aguiar (2013), essa comunicação negligenciada nega princípios do sistema de saúde brasileiro. A comunicação configurada dessa forma não contempla as necessidades diversas de forma equitativa, violando os princípios de universalidade e equidade que deveriam orientar o sistema de saúde.

Ademais, a longa permanência do domínio "99" nos Sistemas de Informação em Saúde, anterior e posterior à Portaria Ministerial, somada às alegações listadas, infringindo abertamente uma lei, tem muito a dizer. Ao meu sentir, escancara que a negligência não é uma inação, mas uma ação. Não é um desserviço, é um serviço, é a forma como o Estado racializado gere, planeja e executa a política de saúde difundida como universal. Trata-se de uma produção da negligência, que tem servido de álibi para que eventuais privilégios permaneçam encobertos, suprimindo de largada as chances de conhecê-los e questioná-los.

De acordo com Mendonça, Gonçalves (2020, p. 219),

[...] enquanto não forem verdadeiramente universalizados, 'direitos' não passam, ao fim e ao cabo, de privilégios. Desde, pelo menos, 'Retrato do colonizado precedido do retrato do colonizador', de Albert Memmi, não dá mais para deixar de identificar na categoria de 'privilégio' sua conotação de comparação; sendo assim, de fato, grande parte da esquerda tradicional que lutou e luta contra desigualdades e por justiça social, quando pensada relativamente às classes desfavorecidas justamente em nome das quais age, frequentemente ocupa posições vantajosas em função do gênero (homens), da cor/raça (brancos) e mesmo da classe social (no mínimo, média) das quais é oriunda.

No campo da Saúde, a produção da negligência está diretamente associada à baixa prioridade atribuída a certos problemas e ao desinteresse político. Essa negligência em saúde,

embora tenha causas estruturais, não é um fenômeno isolado. Ela é produzida por diversos fatores, entre eles invisibilidade, apatia, inação e incompetência. Existe, assim, um processo contínuo de produção de negligência que envolve dimensões estruturais e o papel da agência, onde a omissão se configura como uma ação social e o não reconhecimento de certas questões torna-se uma forma de projeto político (Mota *et al.*, 2024).

Durante a gestão de Jair Bolsonaro, essa negligência foi aprofundada a ponto de o quesito raça-cor ser eliminado das fichas de notificação da covid-19 nas primeiras semanas da pandemia. Essa decisão foi amplamente divulgada pelo consórcio de veículos de imprensa (G1, O Globo, Extra, Estadão, Folha e UOL) em 2020, quando o Brasil já havia alcançado a marca de um milhão de infectados (Jornal Nacional, 2020). Tal ação representa um exemplo contundente da produção da negligência no campo da saúde pública.

É relevante observar que os níveis de completude da variável raça-cor nos sistemas de saúde, mesmo após a Portaria Ministerial, não são homogêneos. Esses níveis variam conforme a região, o estado, o município, os estabelecimentos de saúde e o grau de complexidade da atenção à saúde (Carvalho *et al.*, 2022; Braz *et al.*, 2013; Mendes, 2020). Entre os sistemas melhor avaliados estão aqueles voltados para os extremos da vida, como o nascimento e a morte.

Em casos de nascimento e morte, a coleta do quesito raça-cor ocorre principalmente por meio de heteroidentificação, realizada por parentes ou, na ausência destes, pelos profissionais de saúde. Sistemas como o Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) utilizam esses métodos para coletar dados raciais, mas a ausência da autodeclaração compromete a qualidade da informação.

Uma das consequências dessa problemática é que pesquisas com recorte racial que se apresentam como "baseadas em evidências", formuladas a partir dos dados dos sistemas de saúde do SUS, são suscetíveis de questionamentos, devido à complexidade das práticas de geração, coleta e divulgação desses dados, tanto em sua forma quanto em seu conteúdo. Para ilustrar o descaso dos gestores e a desmobilização do Controle Social, a investigação de Batista (2017) revelou que, dos 5.561 municípios brasileiros, apenas 32 relataram ter implementado, em diferentes estágios, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Essa política, que adota a raça-cor como eixo central para equilibrar as desigualdades raciais nos serviços de saúde, é pautada por diretrizes como: educação permanente para trabalhadores da saúde; incentivo à produção científica e tecnológica voltada à saúde da população negra; monitoramento e avaliação de ações voltadas ao enfrentamento do racismo e

à redução das desigualdades étnico-raciais; além do desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação (Brasil, 2009). "Segundo os respondentes, a eficácia da PNSIPN depende do compromisso de gestores e técnicos, da existência de uma coordenação efetiva do programa e do apoio do movimento social à gestão" (Batista, 2017, p. 2).

Em razão desse quadro, defendi desde o meu ingresso no PPGPSI a etnografia, mais tarde transformada em autoetnografia, como método de pesquisa propício à minha investigação. Parti da compreensão de que um "olhar de perto e de dentro" (Magnani, 2002) do serviço de saúde, aliado ao conhecimento teórico acumulado, poderia revelar nuances que os métodos tradicionais dificilmente captariam. A busca por uma suposta "pureza dos dados", moldada por pressupostos cartesianos, parecia insuficiente para dar conta da complexidade e das contradições que envolvem os temas de raça e saúde.

Embora ainda subutilizada no campo da saúde coletiva (Raimondi, 2019; Raimondi *et al.* 2020), a autoetnografia foi se revelando metodologicamente exequível, permitindo que meu próprio corpo, minhas experiências e, sobretudo, minha vulnerabilidade, simultaneamente como profissional e pesquisadora, também compusessem o corpus do texto, rompendo silêncios – tanto individuais quanto coletivos – e desnudando as dinâmicas de poder que permeiam a produção de conhecimento dominante. Afinal, como já advertiam Engels e Marx (2007 [1948]) na "Ideologia Alemã", as ideias dominantes de uma época são sempre as ideias da classe dominante.

4.2 Autoetnografia como expressão de uma literatura menor

Antes de defender a autoetnografia como uma "literatura menor", inspirada na interpretação de Deleuze e Guattari sobre Kafka, gostaria de registrar que fui a responsável pela implementação dos Cuidados Paliativos (CP) na Atenção Primária em Aracaju e essa iniciativa me proporcionou uma conexão profunda com o escritor tcheco. A leitura de *A Metamorfose* com familiares e cuidadores enfrentando a finitude de um ente querido, entre outras atividades relacionadas aos CP, nos ajudou a compreender as transformações humanas em contextos dramaticamente complexos. Com isso, quero reforçar que meu afeto por Kafka não é casual.

A obra de Franz Kafka, judeu-tcheco que escrevia em alemão sob a dominação do Império Austro-Húngaro⁴⁴, é reinterpretada por Deleuze e Guattari (2003 [1977]) em *Kafka*:

⁴⁴ Franz Kafka, nascido em Praga, vivenciou uma complexa dualidade linguística durante a ocupação do império Austro-húngaro, reverberando na sua vida e obra. Filho de uma família judaica de classe média que falava alemão,

Por uma Literatura Menor como expressão de uma “literatura menor” – produzida por uma minoria que, ao escrever na língua majoritária, subverte suas normas. Esse processo de deslocamento e resistência, central à estética kafkiana, é conceituado pelos autores como “desterritorialização”.

No ensaio *Falando em Línguas*, Glória Anzaldúa expõe o silenciamento das vozes marginalizadas, com destaque para as experiências de mulheres latino-americanas e negras. Ela as incita a “pôr as vísceras no papel” (Glória Anzaldúa, 2000, p. 231), isto é, a expressarem suas vivências genuínas, frequentemente confrontadas e apagadas pelo saber hegemônico. Apesar de seu impacto intelectual e crítico, Glória Anzaldúa só recebeu o título de “doutora” postumamente, já que sua escrita não convencional gerava resistência no meio acadêmico. Seu aporte analítico, de natureza distinta, era voltado para “registrar o que os outros apaga[va]m quando falo, para reescrever as histórias mal escritas sobre mim” (Glória Anzaldúa, 2000, p. 232).

Nesse sentido, a “literatura menor” representa uma forma de análise e escrita que confronta a “língua mãe”, ou seja, o conhecimento dominante que se autodescreve como imparcial, impessoal, universal e reproduzível. A autoetnografia constitui uma abordagem metodológica e analítica em que o pesquisador, sendo um “nativo” ou *insider*, investiga a partir de uma perspectiva interna ao grupo ou contexto no qual está inserido. Diferentemente da autobiografia, a autoetnografia produz um híbrido único que articula ao relato pessoal, teoria e análise crítica. Portanto, não dispensa o exercício do juízo e da argumentação e nem converte a pesquisa num confessionalismo ou palco narcísico, como às vezes se pensa.

Para Raimondi (2019), a autoetnografia se afirma como uma prática que explicita e enfrenta estruturas coloniais e imperialistas ainda operantes na produção do conhecimento. Almeida (2018) destaca que essa abordagem contribui para desestabilizar a falsa ideia de neutralidade científica, ao tornar visíveis os posicionamentos do sujeito pesquisador. Gama (2020), por sua vez, define a autoetnografia como uma prática de produção de conhecimento subjetiva e experimental, que recusa separações rígidas entre racionalidade e emoção, Eu e Outro, bem como entre questões individuais e estruturais, aprofundando movimentos críticos já presentes em tradições etnográficas que deslocaram o foco do “outro distante” para contextos sociais próximos e complexos. Essa abordagem metodológica se apoia em um contato direto,

cresceu em um ambiente polarizado entre as identidades tcheca e alemã que dividia a comunidade judaica. Embora fluente em ambas as línguas, o alemão, sua língua materna, predominou em sua educação e escrita.

prolongado e interativo entre pesquisador e campo, caracterizando-se pela observação participante, diálogo contínuo e análise de documentos (André, 1995).

Brilhante e Moreira (2016) defendem uma concepção de autoetnografia que “escorrega” e evita definições simplistas, propondo uma abordagem na qual o corpo do pesquisador ocupa a linha de frente do processo de criação. Nessa formulação, tal postura, ao mesmo tempo em que favorece a expressão de vivências encarnadas, expõe o pesquisador a vulnerabilidades e fragilidades, produzindo um espaço de tensão que articula encorajamento e exposição. Ainda segundo esses autores, essa forma de produção de conhecimento pode mobilizar processos de identificação e empatia por parte de quem lê.

A autoetnografia se propõe a explicitar o não dito e advogar contra silenciamentos, priorizando a narrativa pessoal como eixo central nas ciências humanas e sociais (Grant, 2014). Gama (2020) observa que essa prática valoriza a construção do conhecimento através da escrita, rabiscos, rasuras, num processo que envolve revisões contínuas, uso de metáforas, temporalidades não lineares, mas circulares, e formas experimentais. Bochner e Ellis (2000) ressaltam que os relatos autoetnográficos podem assumir múltiplas formas, como diários, ensaios fotográficos, poesias, ficções ou narrativas fragmentadas, destacando a diversidade que a proposta comporta.

Apesar de seu potencial inovador, a autoetnografia enfrenta desafios e críticas, inclusive entre etnógrafos. Sua definição permanece um ponto de disputa, sendo tratada como método criativo e gênero literário (Gama, 2020), gênero da etnografia (Santos, 2019), abordagem de pesquisa (Rocha; Araújo; Bossle, 2018), alternativa teórico-metodológica (Basoni; Merlo, 2022), prática contra-hegemônica (Miranda, 2022), método e narrativa (Brum, 2024), um método em que a escrita de si emerge pela confecção narrativa, tendo a subjetividade e as experiências como matéria-prima do processo de produção do conhecimento (Souza; Nascimento, 2023), processo e produto de investigação (Oliveira; Ricoldi, 2021) ou ainda um conceito em construção (Versiani, 2005).

Em continuidade a essa problematização, Brilhante e Moreira (2016, p. 1100) formulam a autoetnografia como uma prática que não se reduz a técnica, nem se orienta por uma cartilha prescritiva, recusando sequências fixas, receitas ou formas previamente estabelecidas. Lima (2024, p. 4), nessa mesma chave, compreende a pesquisa autoetnográfica como corporificada, experienciada e construída ao longo da trajetória do pesquisador, razão pela qual não pode ser inteiramente concebida a priori, emergindo da necessidade de narrar acontecimentos vividos. Ao mesmo tempo, Atkinson (2016) adverte que a centralidade conferida à experiência pessoal não deve eclipsar os nexos sociais mais amplos, enquanto Coffey (1999) ressalta que os

processos etnográficos, de modo geral, comportam dimensões autoetnográficas, na medida em que o pesquisador interage com o campo e é por ele afetado, evitando, assim, a construção de fronteiras rígidas entre essas modalidades de produção de conhecimento.

Embora multifacetada, a autoetnografia tem se consolidado como uma ferramenta em pesquisas qualitativas contemporâneas, especialmente em estudos de gênero, raça, sexualidade, deficiência física e intelectual, estudos geracionais e outras diferenças que se convertem em desigualdades, não suficientemente apreendidas por variáveis manipuladas nem por outras modalidades de pesquisas qualitativas. Não se trata de invalidar as formas convencionais de produzir conhecimento, mas de sustentar uma alternativa.

Inserida na tradição interacionista da Escola de Chicago, suas origens remontam às práticas etnográficas dos anos 1970, mas sua aplicação expandiu-se por campos diversos, como saúde coletiva, educação, antropologia, serviço social e psicologia (Brito, 2024; Santos, 2019; Raimondi, 2019).

No entanto, no Brasil, a autoetnografia ainda é incipiente e com pouca abertura no mercado editorial. Pareceristas de revistas qualitativas frequentemente demonstram desconhecimento da proposta, criticam o que chamam de "baixo rigor científico", questionam a ausência de evidências, apontam excesso de subjetividade e exigem que o pesquisador continue como um corpo sem rosto (Paiva, 2019; Damásio, 2022).

Damásio (2022, p. 6, 9 – grifos meus) assevera que:

A ciência é feita com inúmeros marcadores sociais das diferenças, assim como nossos textos, escolhas teóricas e metodológicas. A ciência tem classe, endereço, gênero, raça e sexualidade. [...] O que esses mesmos pareceristas parecem esquecer, é que *os dados* [auto]etnográficos não existem ou estão dados na realidade, eles ocorrem na-com a relação entre pesquisador e aquilo que pretende conhecer (pesquisado).

A autoetnografia amplia o alcance epistemológico, explorando caminhos menos "seguros" que o paradigma cartesiano (Gama, 2020), permitindo que, por exemplo, "como mulher negra, eu possa falar de acontecimentos a partir do meu ponto de vista, sem precisar os narrar a outra pessoa" (Brito, 2024, p. 115). Na Psicologia, é um instrumento subversor e reparador, valorizando a tradição oral de povos subalternizados e reposicionando pessoas negras como sujeitos produtores de saber e não apenas como "objetos" de pesquisa (Portela, Moura Júnior e Oliveira Neto, 2025).

II PARTE: RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

5 MANUSCRITO 2: NOVOS CERCAMENTOS, SAÚDE E “LUGARES OUTROS”⁴⁵

Resumo: Reflito neste artigo a justaposição de lugares aparentemente incompatíveis que constituem o território vinculado a uma Unidade Básica de Saúde em Aracaju, onde minha pesquisa se desenvolve. Nomeio este adensamento geográfico de “território de branquitude” dada a interseção privilegiada de raça e classe, constante em dados censitários. Em parte do território, proliferam “novos cercamentos” com fortificações modernas, segregadas, vigiadas e de alto padrão comercial, habitados por corpos padrão. Nos arrabaldes coexistem “lugares estranhos”, *heterotopias* onde são alojados corpos e moradias desviantes que subvertem a passagem do tempo, proclamam o direito à diferença e desafiam o capital especulativo. Através deles, a despeito das inúmeras exigências para acessá-los e permanecer, os corpos desviantes asseguram suas existências e vislumbram um devir. São essas contradições urbanas que pretendo explorar. A pesquisa combina dados de fontes secundárias, observação participante, diário de campo, recursos imagéticos e literatura especializada.

Palavras-chaves: novos cercamentos; território de branquitude; saúde coletiva; lugares outros; heterotopias.

Abstract: In this article, I reflect on the juxtaposition of apparently incompatible places that constitute the territory associated with a Basic Health Unit in Aracaju, where my research is conducted. I name this geographic density “territory of whiteness,” given the privileged intersection of race and class, constant in census data. In part of the territory, “new enclosures” proliferate with modern, segregated, guarded, high-standard commercial fortifications, inhabited by standard bodies. In the outskirts, “strange places” coexist, heterotopias where bodies and deviant dwellings are housed, subverting the passage of time, proclaiming the right to difference, and challenging speculative capital. Through them, despite the countless demands to access and remain in them, deviant bodies ensure their existence and envision a future. It is these urban contractions that I intend to explore. The research combines data from secondary sources, participant observation, field diary, imagery resources, and specialized literature.

Keywords: new enclosures; territory of whiteness; public health; other places; heterotopias.

⁴⁵ Manuscrito originalmente publicado em 28/06/2024. ANACLETO, Rosely. Novos cercamentos, saúde e “lugares outros”. *ILUMINURAS*, Porto Alegre, v. 25, n. 67, 2024. DOI: 10.22456/1984-1191.139984. Em relação à versão original, foram incorporados ajustes pontuais conforme recomendações da banca examinadora da qualificação.

Introdução

Este estudo responde parcialmente a uma investigação em curso, em nível de doutoramento, da Linha de Investigação Processo de Subjetivação e Política vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). A centralidade do trabalho recai sobre o privilégio “branco” da classe média ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Branco não é uma cor. Branco é uma definição política que representa históricos privilégios sociais e políticos de certo grupo que tem acessos às estruturas dominantes e instituições da sociedade. Branquitude representa a realidade e história de certo grupo. Quando nós falamos sobre o que significa ser branco, então falamos sobre políticas e absolutamente não sobre biologia (Quiangala *et al.*, 2015, *Online*).

O SUS é o maior sistema público do mundo, data de 1990 e é considerado a política pública mais inclusiva. Em que pesem seus incontestes avanços, não são poucas as contradições que o Sistema enfrenta. Em 2011, uma pesquisa do IPEA sobre o perfil dos transplantados e das desigualdades no acesso aos transplantes de órgãos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do SUS constatou que, embora a maioria da população brasileira seja feminina e negra, os maiores beneficiados com transplantes eram exatamente o oposto: homens e brancos.

A desagregação dos dados por gênero nem sempre apresentou disparidades, mas por raça revelou discrepâncias perturbadoras em favor de receptores brancos, conforme o órgão transplantado: 56% do coração, 69% de rim, 77% de pulmão, 81% do fígado, 85% de pâncreas e rim simultaneamente, e 93% de pâncreas. Os pesquisadores concluíram que o SUS é "simultaneamente, causa e efeito de nossas desigualdades socioeconômicas e sanitárias" (Marinho; Cardoso; Almeida, 2011).

A investigação ocorre em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Aracaju, onde atuo como assistente social. De acordo com o Ministério da Saúde, a territorialização e a adstrição da população residente orientam “o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um *território específico*” (Brasil, 2017, *Online* - grifos meus). O conhecimento profundo do território, portanto, é condição para a qualificação do cuidado.

À luz da concepção foucaultiana (2000), o dispositivo inclui organizações arquitetônicas e instituições que conformam e denunciam relações de poder, instaurando “uma noção relacional [através da qual] ser branco e ser negro são consideradas polaridades que encerram, respectivamente, valores culturais, privilégios e prejuízos decorrentes do pertencimento a cada um dos polos” (Sueli Carneiro, 2023, p. 22). Nesse sentido, meu objetivo é refletir sobre a

sobreposição de lugares aparentemente incompatíveis no que nomeio “território de branquitude”.

O trabalho contém a seguinte estrutura: apresentação dos procedimentos metodológicos e discussão sobre "a época do espaço" (Foucault, 2013a, p. 113), contemplando no primeiro momento a proliferação dos "novos cercamentos" expressos em *condohotéis*⁴⁶ onde a branquitude bem aquinhoadada reside, e na sequência as heterotopias⁴⁷ habitadas por corpos desviantes da média padrão, no interior do mesmo perímetro urbano.

A expressão "novos cercamentos" remonta aos cercamentos originários descritos por Karl Marx na transição do feudalismo para o capitalismo. Relata o autor que as terras comunais dos camponeses ingleses foram seguidamente usurpadas, cercadas, privadamente apropriadas e transformadas em pasto para as ovelhas que iriam abastecer as indústrias tecelãs. Despojados dos meios de produção, expulsos das terras originárias e impedidos de proverem sua subsistência, foram compelidos a vender sua força de trabalho (tornada "livre") nas fábricas. Leis sanguinárias surgiram para defender a propriedade privada da burguesia nascente e coibir sublevações (Marx, [1885]2014).

Procedimentos metodológicos

Inicialmente, cotejei os dados disponíveis no Sistema de Recuperação Automática (SIDRA) do IBGE e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Paralelamente, realizei observação participante no território, especialmente nos atendimentos domiciliares aos usuários acamados ou com mobilidade reduzida (residentes nos *condohotéis* ou nos contraespaços) e fiz também registros em diário de campo, acrescidos de recursos imagéticos e pesquisa bibliográfica.

No SIDRA, realizei um levantamento dos microdados de raça e classe de todos os bairros de Aracaju constantes no censo 2010⁴⁸. Na sequência, construí um mapa representando a distribuição socioespacial da branquitude, adotando o seguinte critério: bairros com prevalência superior a 50% de pessoas brancas foram pintados com a cor branca; bairros com

⁴⁶ Amálgama de condomínio e hotéis.

⁴⁷ O conceito de heterotopia será melhor destrinchado adiante, mas também utilizarei vocábulos sinônimos, empregados pelo próprio Foucault: “lugares outros”, “lugares estranhos”, “contraespaços”, contra-alocações etc.

⁴⁸ Importa salientar que esse censo ainda não abarcou a denominada Zona de Expansão de Aracaju, cuja instituição ocorreu somente em 2000, por meio da Lei Complementar nº 42. Sem dúvida, essa área constitui atualmente um importante reduto de concentração da classe média branca de Aracaju, consolidada em condomínios horizontais de elevado valor comercial, o que reflete processos de urbanização e segregação socioespacial na cidade.

concentração entre 50% e 35% foram pintados de marrom e correspondem a uma tendência de "pardização" (miscigenação); e bairros com percentual abaixo de 35% destaquei com um tom de café, simbolizando as regiões mais enegrecidas e, não surpreendentemente, mais periféricas.

A plataforma SIDRA distribui os rendimentos individuais declarados pelos moradores em doze estratos diferentes, mas, dada a baixa representatividade de estratos econômicos inferiores no território de branquitude, foram consideradas apenas as três últimas faixas de rendimentos cuja renda individual superava 15 Salários Mínimos. Na sequência, foram agrupados por raça-cor.

No CNES, realizei um levantamento sobre a geolocalização dos estabelecimentos de saúde, independentemente de serem públicos ou privados. A pesquisa não requer a anuência do Sistema CEP/CONEP/SECNS/MS, conforme Lei nº 12.527, de 18/11/2011.

“Novos cercamentos”: as fortificações contemporâneas

"O sistema colonial fez amadurecer [...] o comércio e a navegação. [...]. O tesouro apossado fora da Europa diretamente por pilhagem, escravização e assassinato refluía à metrópole e transformava-se em capital" (Marx, 2014 [1885], p. 372). Esse empreendimento capitalista e colonial teve seu marco na invasão bárbara da América em 1492. Enquanto o trabalho coercivo e barato era executado nas periferias, o "trabalho assalariado livre" acontecia no centro, através de relações raciais hierárquicas entre europeus e não europeus (Grosfoguel, 2012).

Segundo Cardoso (2014, p. 25), a brancura da epiderme do português, ainda que contestada na Europa, contrastou com ameríndios e africanos, permitindo-lhe colonizá-los e escravizá-los por quase quatro séculos. A branquitude, portanto, abarcou uma herança imaterial (os traços fenotípicos hipoteticamente ligados a alguma ascendência europeia) e material (resultante da acumulação de capital que foi se perpetuando e circulando em brancas mãos), constituindo-se no que Marx designou como classe dominante.

Na transição do sistema escravista para a expansão do sistema capitalista brasileiro, foi adotada uma política de branqueamento como solução para o "atraso negro", isto é, a presença incômoda do contingente populacional que, em tese, não reunia os requisitos necessários que justificassem seu assalariamento. Automaticamente, o negro passou da condição de "bom escravo a mau cidadão" (Moura, 2019). Essa força de trabalho, "ao passar da servidão ao assalariamento, vai ao 'inferno colorido' (Marx, 2013)" (Veliq; Magalhães, 2022, p. 111).

As vagas formais desse mercado de trabalho embrionário foram reservadas para ocupação dos imigrantes, notadamente italianos e alemães. Em que pesem as condições de trabalho degradantes, esses foram, a bem da verdade, os primeiros cotistas brasileiros:

Nos ambientes sociais, invariavelmente, escuto descendentes de imigrantes condenarem a política de cotas. São ignorantes ou hipócritas. A parte rica do Rio Grande do Sul e outras regiões do Brasil é o presente de cotistas do passado. As políticas de colonização do país foram as aplicações concretas de políticas de cotas. Aos servos, camponeses, mercenários, bandidos, ladrões, prostitutas da Europa foi acenado com a utopia cotista. Ofereceram-lhes em primeiro lugar um lugar para ser seu, um espaço para produzir, representado pelo lote de terra; uma colônia para que pudesse semear o seu sonho. E lhes alcançaram juntas de bois, arados, implementos agrícolas, sementes, e o direito de usar a natureza – a floresta, os rios e minerais – para se capitalizarem. No processo, milhares não conseguiram pagar a dívida colonial e foram anistiados. E quando ressarciram foi em condições módicas. Sendo cotistas do Brasil puderam superar a maldição de miseráveis, pobres, servos, e de execrados socialmente. [...] (Golin, 2014, *Online*).

Assim, em linhas bastante gerais, foi se forjando no Brasil uma elite e, não raro, um estrato intermediário urbano (a opaca classe média), com cor bastante definida: a cor branca. No entanto, essa realidade não foi uniforme entre as regiões do país. No Nordeste, por exemplo, surgiram classes sociais *sui generis*, em razão da industrialização tardia, lenta e de baixa densidade. Os latifúndios e engenhos foram se modernizando e mantendo um legado cultural senhorial-escravista e patrimonialista (Josiane Santos, *et al.*, 2012), que aprofundou ainda mais o fosso racial. Assim, a herança da branquitude foi circulando privadamente entre seus iguais, transformando o racismo num mecanismo de sustentação de privilégios de berço transfigurados em mérito ou conquistas individuais.

Em 2010, a densidade demográfica de Aracaju era de 571.149 habitantes, dos quais apenas 22% se autodescreviam brancos. A distribuição espacial da população aracajuana, conforme critério racial informado nos procedimentos metodológicos, permitiu construir um mapa (Figura 7) e identificar onde a branquitude efetivamente se concentra, confirmando minha hipótese inicial de que estava nos bairros vinculados à UBS.

O que denominei de território de branquitude é composto basicamente por quatro bairros, onde a presença maciça de brancos contrasta com os demais bairros: Jardins (61%), Treze de Julho (60%), São José (58%) e Grageru (50,5%). Destes, o São José fica na área de fronteira e não pertence à UBS. Por outro lado, o bairro Salgado Filho (47,5%), que é discretamente o menos embranquecido (destacado com contorno verde), totaliza junto aos outros três a área de abrangência da UBS Dona Sinhazinha, cujo nome no mínimo curioso

também deita raízes senhoriais típicas do colonialismo/escravismo (Rosely Anacleto, 2022 [2017]).

Figura 7- Mapa de Aracaju com % de pessoas brancas por bairros com base no Sidra-IBGE/ censo 2010



Fonte: a autora

Fundada em 1855, às vésperas da abolição, apenas escravocratas brancos podiam habitar a primeira capital projetada do Brasil, desenhada em linhas quadráticas e simétricas como um tabuleiro de xadrez, conhecida como "o quadrado de Pirro" (destacada com contorno amarelo no mapa acima), em alusão ao engenheiro português responsável pela obra.

Atualmente essa área corresponde ao centro da cidade, pois a branquitude, não mais podendo manter a exclusividade de antanho, foi se expandindo em círculos concêntricos, espalhando-se nos bairros adjacentes, sem, contudo, perder uma característica que lhe é bastante peculiar: o enodamento, o vínculo entre os iguais, a não mistura. Em uma palavra: segregação. Os herdeiros coloniais permanecem situados até hoje bem ao lado de onde nasceram, e essa expansão lembra uma massa tumoral densa que evoluiu, sem se alastrar para outros órgãos, como uma metástase.

Figura 8- Mercado Central de Aracaju no Centro da cidade



Fonte: F5 News (fotógrafo Sérgio Andrade, 2006)

Essa foto ilustra uma minúscula parte do Centro de Aracaju, onde desde 1926 funcionam três mercados públicos (Figura 8), com uma torre no centro de nítida inspiração fálica e um relógio no cume, ainda em pleno funcionamento. É impossível não aludir ao panoptismo descrito por Foucault (2000), ao se constatar que à época a burguesia branca (proprietária dos boxes dispostos no térreo e no primeiro pavimento) e frequentadora praticamente exclusiva do "mercado sangue suga", dados os elevados preços praticados (Filgueiras, 2019), maximizava seu poder, regulando o acesso e evitando a incômoda presença do diferente.

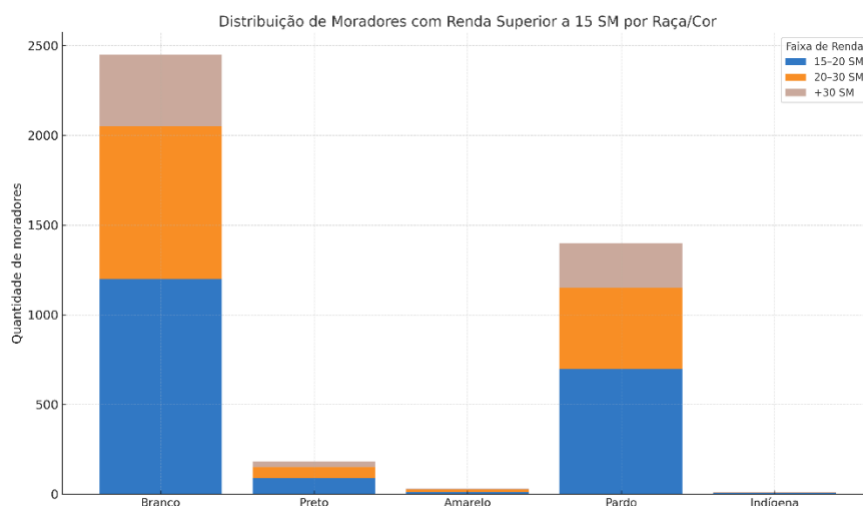
Volto ao mapa. Ele evidencia que ex-cativos palmilharam sua existência fixando-se às margens da cidade, bem distante da branquitude, já que seu acesso ao "quadrado de Pirro" estava travado. Na faixa interior observa-se uma clivagem com prevalência de pardos, cujos bairros correspondem às camadas assalariadas intermediárias.

Na paisagem urbana, o coágulo branco destaca-se em meio a uma capital visivelmente negra, mantendo-se contíguo ao Centro e ao litoral de onde historicamente emergiu, ao mesmo

tempo em que se projeta para novas frentes de expansão. Esse movimento recente se expressa tanto no deslocamento em direção ao município vizinho, Barra dos Coqueiros, quanto na chamada Zona de Expansão, impulsionado pela implantação de empreendimentos como o complexo Alphaville e outros assemelhados. Trata-se de um deslocamento orientado pela busca de maior exclusivismo, separação e ostentação, bem como pela apropriação simbólica e cultural de um suposto “paraíso natural”, frequentemente mobilizada por narrativas publicitárias que prometem o ideal de amanhecer com os “pés na areia” e que são majoritariamente protagonizadas por pessoas brancas.

O estrato econômico individual superior a 15 Salários Mínimos agrupados por raça-cor, gerou o seguinte gráfico:

Figura 9- Gráfico de Renda percepta mensal dos usuários vinculados à UBS Dona Sinhazinha, Aracaju



Fonte: SIDRA/IBGE/Censo 2010. Salário Mínimo vigente de R\$ 510,00.

Nas três faixas de rendimentos, o grupo de pessoas brancas se destaca, perfazendo 61,5% (2.496) do universo, contra 38,5% (1.560) da soma dos demais grupos. O Censo de 2010 detectou que uma das maiores discrepâncias da capital era a profunda desigualdade de renda, haja vista que 35,8% da população sobrevivia com $\frac{1}{2}$ SM, habitando a zona extraordinariamente infértil e árida do "Não ser" (Fanon, 2008, p. 26), para onde se refugiaram os ex-escravizados, como demonstrado acima.

Situação bastante diversa viviam os privilegiados do topo da pirâmide, que embolsavam mais de 60 vezes o valor informado pelos que foram distribuídos na base, ratificando a imbricação medular entre raça e classe e reafirmando a atualização da lei geral de acumulação

capitalista. Com isto, uma "ínfima parte da sociedade ostenta riqueza e propriedades, [e] a maioria mal sobrevive em desumanas circunstâncias, isto é, sem acesso à terra, trabalho, moradia adequada, saneamento básico etc., principalmente a população preta e indígena que vive na cidade [...]" (Josiane Santos; Silva; Silva; 2022, p. 162).

Confluindo raça e classe, o bairro Jardins desponta isoladamente quando comparado aos demais. Consoante Machado (2010), o Jardins data de 1998, foi planejado por grupos de especulação imobiliária visando à diferenciação dos bairros adjacentes, consolidando-se numa ilha nababesca, com um dos metros quadrados mais caros da capital (Figura 9). Abriga no seu interior três microbairros destinados a estratos econômicos ainda mais privilegiados: Tramandaí, Garcia e o Jardim Europa, este último com imóveis inspirados nas arquiteturas francesa e inglesa.

Figura 10- Centro Médico Jardim Europa, Parque da Sementeira e bairro Treze de Julho



Fonte: Cohab Prêmio e Instagram

A cobiça pelo "figurino europeu" é um sintoma do racismo no Brasil para a psicanalista e historiadora Lélia Gonzalez (1984). Ancorada no pensamento de Frantz Fanon, Lélia adverte que esse é um sintoma da neurose cultural brasileira e se materializa na tentativa ensandecida do dominado em se identificar com seu dominador, num jogo que oculta, mas revela. No bairro, além do shopping de nome homônimo, existe um extenso parque ecológico, com recursos

paisagísticos modernos, iluminação privilegiada sobretudo durante os festejos juninos e natalinos, e áreas de lazer e esportes diversificadas. Conta ainda com esgoto coletado e tratado, e serviços de caráter diversos, todos muito elitizados. Escolas privadas com mensalidades onerosas se qualificam ao publicizar seu desempenho nos cursos mais disputados no Enem, com ênfase para a medicina.

O cotejamento dos estabelecimentos públicos e privados da saúde, cadastrados no CNES, apontou um total de 2.811 estabelecimentos, contemplando consultórios particulares das variadas profissões da saúde, clínicas especializadas, hospitais, policlínicas, apoio diagnóstico e terapêutico, *home care*, farmácias, drogarias, laboratórios e centros de abastecimentos. Desse total, apenas 5,7% (166) são conveniados e/ou pertencem ao SUS, dos quais 20 estão situados no território de branquitude e 146 espalhados nos bairros marginais e enegrecidos.

No tocante à geolocalização, os 2.811 estão assim distribuídos: os quatro bairros vinculados à UBS reúnem 804 estabelecimentos de saúde, equivalendo a 28,5%; o bairro São José, isoladamente, concentra 1.141 estabelecimentos, correspondendo a 40,5%. Já nos bairros pouco atrativos ao capital e de vidas desimportantes, existem 866 serviços, representando 31%. Somando-se o território de branquitude com o bairro Salgado Filho (o de menor discrepância racial, porém vinculado à UBS), verifica-se a concentração de 69% dos estabelecimentos de saúde, revelando literalmente que "*#vidasbrancasimportam!*", e muito.

Outras reflexões são possíveis, intersectando classe, raça, território e saúde: a comodidade e pouco dispêndio financeiro para acesso direto aos serviços de saúde localizados praticamente dentro dos condomínios-clubes ou nos quintais das mansões, dada a exígua dimensão da cidade; a economia de tempo nesses deslocamentos que podem ser decisiva na qualidade da assistência à saúde, sobretudo em circunstâncias emergenciais; a existência de um tempo sobrando (que em geral falta à classe que foi condenada inicialmente ao trabalho forçado e depois ao trabalho precarizado), e que pode ser revertido na contemplação de bens culturais (que tradicionalmente cultivam o direito à memória de pessoas brancas); acesso a lazer ou práticas de esporte no Parque da Sementeira ou ainda no conforto das luxuosas academias, onde corpos brancos ostentam saúde e boa forma física, com os condicionantes sociais do binômio saúde-doença já previamente garantidos.

Tudo isso sem falar no intercâmbio direto entre médicos (e outras profissões de saúde), gerando agilidade em diagnósticos, exames, tratamentos, medicamentos, insumos, atestados, além da perpetuação do exercício da própria medicina por gerações a fio, pelas mesmas famílias.

O enobrecimento urbano também pode ser verificado no bairro Treze de Julho, o segundo, proporcionalmente, com maior contraste racial. Originalmente decorrente de um processo de gentrificação iniciado em 1950, quando a aristocracia rural e a classe média identificaram sinais de "popularização" no Centro da cidade, seu antigo *habitat*. Segundo Rabelo (2009), esse bairro foi fruto da "revitalização" de uma antiga praia (Praia Formosa), transformada com o passar do tempo em praticamente um esgoto a céu aberto, onde pescadores e marisqueiras garantiam sua sobrevivência. Estratégias pesadas de marketing foram mobilizadas enfocando a nostalgia dos aracajuanos, possibilitando a consequente substituição dos trabalhadores que poluíam visualmente a paisagem por "uma elite sem receios de deslumbre, pelo excesso de demarcação simbólica de poder" (Rabelo, 2009, p. 12). A pesquisadora assinala ainda que,

As torres altas transmitem poder e distanciamento da rua...os cafés, as galerias, clínicas, etc., dão o toque de refinação do espaço urbano adjacente, o qual é comparado por jornais locais como o exemplar Bairro representativo do luxo: “Em Nova Iorque, o Soho; em São Paulo; o Jardins, no Rio; Ipanema, e, em Aracaju, a Treze (Rabelo, 2009, p. 21).

Semelhantemente ao Jardins, uma parcela aracajuana fragmentou-se, encastelou-se e passou a habitar fortificações modernas em espigões palacianos cercados, que coexistem com casarões mais antigos, igualmente valorizados. Um extenso calçadão margeia as mansões e é palco da "*instagramatização da vida*", com várias práticas desportivas sendo exercidas pelos moradores das cercanias que sutilmente demarcam as fronteiras entre os corpos desejáveis e os incômodos, ou ainda os condenados da terra (Fanon, 1968).

Circulam aí pessoas com *pets* de raças incomuns, idosos livres de barreiras arquitetônicas e, acima de tudo, grupos de todas as idades que esbanjam vitalidade, exibindo suas formas físicas, assenhorados de si e demonstrando apreço incondicional à saúde, performatizados a cada fim de tarde e início de manhã. O desejo de visibilidade é acionado incessantemente pela branquitude protegida nos “novos cercamentos”, definidos pelas construtoras e imobiliárias a partir de um design de alto padrão.

De acordo com Maia (2019), nesses enclaves geográficos são adotados comportamentos que demarcam diferenças, que extrapolam a identidade e se atrelam às estruturas econômicas de classe e consequentemente à segregação racial dos espaços. Seus moradores apresentam

[...] uma estética, uma etiqueta, uma forma de se comportar e de ser no mundo. E incorporam uma qualidade que está inscrita no espaço através de uma disciplina corporal [...]. Em tais espaços de branquitude e classe, apenas aqueles considerados como *iguais ou*

semelhantes a partir desses “marcadores de distinção” é que são “merecedores” de pertencimento ao grupo. [...]. As demarcações das fronteiras materiais e simbólicas desses espaços *socialmente homogêneos* e segregados têm, portanto, consequências fundamentais na reprodução da desigualdade social, na medida em que posicionam, de forma diferenciada, indivíduos e grupos numa estrutura social extremamente hierárquica (Maia, 2019, p. 256, 268, 269 – grifos meus).

O urbano, o cotidiano e o espaço emergiram na obra de Lefebvre (1967), na segunda metade do século XX, quando o padrão de acumulação capitalista industrial se exauriu e a produção de mercadorias clássicas deu lugar à mercantilização do espaço. O lugar do sujeito revolucionário foi reconfigurado, deixando de se restringir às fábricas para também contemplar os espaços urbanos. Com base nesta formulação, o direito à cidade foi reivindicado no ascenso das manifestações contraculturais que eclodiram no maio de 1968, na França, contestando o conservadorismo dos poderes instituídos, expressos em práticas de dominação, exploração e assujeitamento comportamental. No mesmo ano, nos EUA, o movimento negro marchava rumo à conquista dos direitos civis e contra o *apartheid*.

No Brasil, esse momento coincidiu com o recrudescimento da ditadura empresarial-civil-militar instaurada desde 1964 e o cumprimento da promessa do "milagre econômico", que se materializou exclusivamente para a população branca, já previamente inserida nos postos formais de trabalho e, portanto, mais qualificada para as exigências do parque industrial ligado ao capital estrangeiro (Lélia Gonzalez, 2022), em fase de expansão no Brasil. Como legado dos anos de chumbo, diferentes tipos de policiamento surgiram e coexistem ainda hoje: para os brancos, proteção; para os negros, repressão, prisão e hospícios. Segundo Lélia Gonzalez (2022, p. 21-22),

O lugar natural do grupo branco dominante são moradias amplas, espaçosas, situados nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes tipos de policiamento: desde os antigos feitores, capitães do mato, capangas etc., até a polícia formalmente constituída. Desde a casa-grande e do sobrado, até os belos edifícios e residências atuais o critério tem sido sempre o mesmo.

Bento (2018) cunha o conceito de necrobiopolítica, através da qual o Estado gere ativamente políticas de cuidado e preservação da vida para grupos cujo referencial de humanidade é inviolável (Figura 10) e promoção da morte para outras alteridades.

A presença da Guarda Municipal da Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA) consta da matéria publicada em 2018, de onde as imagens acima foram extraídas. O conteúdo converge com as conclusões de Lélia Gonzalez e de Aparecida Bento, onde o quesito *segurança* ganhou especial atenção da PMA em dois dos pontos turísticos mais visitados da capital: o calçadão da Trzeze de Julho e a Praia Formosa. Para esses trechos, foram deslocadas equipes de

ciclopatrulhamento, rondas motorizadas, policiamento preventivo, além de serem criados dois canais de denúncias, através do telefone 153 (ligação gratuita) e do aplicativo *WhatsApp*. Essas práticas foram justificadas por serem logradouros que recebem diariamente centenas de pessoas que se dedicam à prática da atividade física e passeios. Nesses territórios, a cultura da intolerância consolidou-se

[...] por uma certa elite que nunca quis se curvar a essa *universalidade* [de direitos] e que até hoje gosta de dizer ‘sabe com quem está falando?’ em diversas situações para manter *suas diferenciações não universalistas*, suas diferenciações de classes sociais e raciais para assegurar seus privilégios (Andrés, 2021, *Online* – grifos meus).

Figura 11- Ciclopatrulhadores da Guarda Municipal de Aracaju



Fonte: Prefeitura de Aracaju

As recorrentes moradias fechadas, aclimatadas para a segurança, conforto e bem-estar, simbolizam os novos cercamentos de proteção e apartação da branquitude, com um componente psicológico subjacente, capitalizado pelo mercado imobiliário: o medo das chamadas “classes perigosas” (Netto, 2012), o “medo branco da onda negra” (Azevedo, 1987), ou ainda “o fantasma da Nação” (Miskolci, 2012).

Heterotopia: um conceito interrompido

Antes de abordar o que entendo como heterotopias aracajuanas, é fundamental destacar que as heterotopias são espaços reais e concretamente localizáveis, que, nas mais diversas sociedades, desempenham funções variadas: em certos momentos, funcionam como refúgios e consolo diante de crises; em outros, operam como contraespaços que acolhem desvios e singularidades (Foucault, 2013). É preciso, ainda, distinguir utopias de heterotopias, conceitos irmanados, porém não idênticos. Enquanto as utopias projetam mundos ideais e irreais, oferecendo consolo simbólico, as heterotopias, por seu turno, inquietam, deslocam e tensionam a ordem social estabelecida. Por fim, como observam Pires e Meireles (2024, p. 28), “a proposta conceitual de heterotopias parece interrompida, pois Foucault não desenvolve completamente esse conceito em suas obras posteriores”.

Assim, devido ao caráter inacabado do conceito, verificam-se oscilações “em domínios diferentes” e certa dificuldade em tomá-lo como conceito-chave de leitura da obra, em virtude da escassez de análises em textos do filósofo posteriores” (p. 28). Krüger Junior (2016) propõe a heterotopia como uma ferramenta analítica para compreender o espaço social contemporâneo, destacando sua capacidade de justapor dimensões normativas e desviantes. Achilles e Bernardo (2018) e Moura (2014) ampliam essa perspectiva ao campo da biblioteconomia, considerando que diante do avanço tecnológico, as bibliotecas públicas se convertem em heterotopias do tempo e da memória, pois são espaços que acumulam, contestam e acolhem simultaneamente. Para Corrêa (2018, p. 105) “as heterotopias são lugares absolutamente outros, reservados em muitos casos aos infames, daí o nascimento das clínicas para segregar os doentes, dos hospícios para os loucos, das prisões para os criminosos”.

Essas interpretações sublinham a ambivalência das heterotopias, nas quais coexistem práticas de exclusão e invenção, controle e abrigo, disciplinamento e resistência. Com base nessas leituras contemporâneas, e não nas interpretações iniciais dos anos 1960, quando o conceito foi primeiramente abordado, pretendo ancorar minha análise.

Heterotopias aracajuanas: “lugares estranhos” dentro do território de branquitude

Não vivemos em um espaço neutro e branco
(Foucault, 2013b:19).

Os bairros Grageru e Salgado Filho, mesmo inseridos no território de branquitude, apontam para espaços híbridos, caminhos de fronteiras, "entre lugares" na concepção vocalizada por Gloria Anzaldúa, no romance trilingue *Borderlands*, por ela escrito. Glória Anzaldúa foi uma chicana que morou na periferia do Texas, na fronteira com o México,

recebendo as influências culturais e psicológicas dos indígenas, dos mexicanos e estadunidenses, e sendo acusada de traidora por ambos. Contudo, não renunciava a nenhum desses espectros por considerar que isso a diminuiria enquanto sujeita, tendo que abdicar de uma porção que lhe era constituinte. Passou a adotar uma "Nova Consciência Mestiça" que funcionava como um antídoto à colonialidade do poder hegemônico (Rodrigues; Barzotto, 2022).

Especificamente nesses dois bairros, as clivagens de classe e, mais especialmente, a de raça entre brancos e pardos são sutilmente borradas e possibilitaram o surgimento, no meu entender, de heterotopias, isto é

espécies de contra-alocações, espécies de utopias efetivamente realizadas, nas quais as alocações reais, todas as outras alocações reais que podem ser encontradas no interior da cultura, são simultaneamente representadas, contestadas e invertidas; espécies de lugares que estão fora de todos os lugares, embora sejam efetivamente localizáveis (Foucault, 2013a: 116-grifos meus).

Tanto no Grageru quanto no Salgado Filho observam-se arranjos urbanos relativamente desordenados, desconcertantes e sem fixidez geométrica, cujos moradores também são assistidos pela UBS. Nessas utopias localizadas, são precisamente “as palavras e as coisas” que me inquietam, e não que me confortam, como ocorre em outras utopias (Foucault, 2013b). Tornaram-se difíceis de nominar porque assumem formas extraordinariamente variadas (Foucault, 2013a): são dois Institutos de Longa Permanência privados (Figura 11) para pessoas idosas (antigos asilos), uma Casa Lar destinada a crianças e adolescentes com vínculos familiares rompidos (Figura 12), o Projeto Acolher (Figura 13), voltado para pessoas em trajetória de rua (inclusive pessoas trans e migrantes que vivenciam deslocamentos forçados), e mais recentemente uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), de caráter residencial transitório voltada aos usuários maiores de 18 anos, que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. São moradias, casas, residências, planos de escape dos espaços hegemônicos que, consoante Castro (2015, p. 12), trazem “*implícitos os sentidos de heterogeneidade e diferença*, sugerindo um estado de anomalia que é ao mesmo tempo espacial e morfológico (SOHN, 2008 – grifos meus)”.

De acordo com Krüger Junior (2016), na heterotopia de desvio, Foucault analisa os indivíduos que se afastam da norma social estabelecida ou que subvertem o *status quo*, ocupando espaços como hospitais psiquiátricos, prisões e casas de repouso. Tais lugares abrigam sujeitos que, de alguma forma, incorporam as “impropriedades” consideradas responsáveis por causar instabilidade social. Nesse contexto, um dos critérios apontados pelo

autor é que “ao mesmo tempo que se exclui um indivíduo considerado socialmente desviante, mantém-se o mesmo nas extremidades da sociedade” (p. 28); além disso, “exclui-se determinado sujeito, entretanto, mantém-se o mesmo por perto, vigiado e dominado” (p. 28).

Figura 12- Lugares heterotópicos



Fonte: site do Asilo Rio Branco

Algumas heterotopias, a exemplo das que estou expondo, reeditam as crises típicas do medievo e são representadas por instituições com normas e regras rígidas, que alojam os indivíduos com comportamento desviante, expressando de algum modo traços de continuidade e ruptura temporal. Por remeterem a certo enclausuramento dos “diferentes”, percebo uma relação com o conceito de heterocronia, diante da suspensão do próprio tempo e da tendência de normatização/normalização dos corpos.

Esses arranjos urbanos impõem relações de vizinhança que dissolvem “a sacralização do território de branquitude”, abrindo fendas permeáveis e que configuram espaços de simultaneidade e justaposição, do próximo e do distante, do lado a lado, mas também do disperso (Foucault, 2013a).

Figura 13- Lugares heterotópicos

Fonte: site F5 News (Casa Lar/ Foto Fernanda Araújo, 2018) Prefeitura de Aracaju (Foto Danilo França, 2018)

Casa Lar é um ambiente que se assemelha a uma residência particular e funciona na estrutura de uma família usual: a cuidadora é a mãe e os acolhidos se relacionam como irmãos. Com regras preestabelecidas como horário de acordar e dormir, cooperação nos afazeres domésticos, disciplina escolar e atividades de lazer, o espaço é, realmente, um local de referência para as crianças e adolescentes que tiveram o seu vínculo familiar interrompido por conta de situações de vulnerabilidade social. [...]. Os abrigos recebem as crianças e adolescentes por meio do Conselho Tutelar, já as Casas Lares após decisões judiciais. No caso das Casas Lares o tempo de estadia das crianças é muito maior, elas ficam na casa até serem adotadas ou completarem maioridade. [...] O acesso de pessoas de fora também é bastante restrito, justamente para não quebrar a visão de um ambiente residencial e privado (Prefeitura de Aracaju, 2018).

A Casa Lar enfeixa o quinto princípio das heterotopias, pois possui um sistema de abertura e de fechamento, isola, mas não é completamente impenetrável. Nesse contraespaço, a permanência é condicionada a uma autorização prévia (determinação judicial) e há um regramento bastante rígido a ser cumprido (imposição de horários, rendimentos escolares, tarefas domésticas etc.).

Em alguma medida, nos outros bairros, também é possível encontrar feixes de relações de paradas transitórias e semiabertas (como pontos de ônibus, parques públicos gratuitos, cafeterias, cinema etc.). No entanto, não estou segura de que a presença do corpo negado e transfigurado, do corpo incompreensível, do corpo absolutamente visível, corpo fantasma,

corpo inferno, corpo sofrimento, corpo disperso (Foucault, 2013b: 8, 10, 11, 13, 15) seria tolerada de forma desinterditada e sem a vigília do olho branco colonizador. Quem reside nesses "lugares outros" não pode transgredir o *script* previamente desenhado, mas pode promover fissuras nos poderes instituídos, suspendendo ou subvertendo o que lhes é designado, refletido ou reflexionado (Foucault, 2013b).

São espaços que, a duras penas, resistem à lógica verticalizada e apartada do morar, amar e morrer, arejando os territórios enobrecidos e enrijecidos da urbe. Nesses conglomerados embranquecidos, viventes se aglutinam em grutas de resistência ou, numa linguagem mais atual, se aquilombam, contrapondo-se à massa tumoral que fermentou, mas não os asfixiou. Nas heterotopias aracajuanas emergem sujeitos que subvertem uma dada homogeneidade e também se apropriaram deste espaço urbano (Neto, 2004).

Figura 14- Lugares heterotópicos



Fonte: Prefeitura Municipal de Aracaju (Foto Pedro Leite, 2010)

Uma dessas heterotopias de desvio é voltado para pessoas em trajetória de rua ou que enfrentam fluxos migratórios forçados, em geral advindos de outros estados/ Regiões. Ao deslocamento para as ruas, incide uma prática discursiva que tenta “convencer adultos, idosos e crianças que vivem nessa situação a sair das ruas e retornar a seus lares, além de encaminhá-los aos programas sociais da Prefeitura de Aracaju” (Prefeitura de Aracaju, 2010, *Online*).

Para garantir conforto, a PMA [Prefeitura Municipal de Aracaju] disponibiliza uma estrutura que *lembra* aos moradores como *é estar num lar de verdade*. A Central de Acolhimento tem capacidade para abrigar temporariamente até 20 pessoas, que dividem tarefas básicas, como arrumação dos quartos e cuidados com as plantas. Fazem parte da equipe quatro educadores sociais, assistentes sociais e psicólogos, que estão 24 horas à disposição da sociedade (Prefeitura de Aracaju, 2010, *Online*- grifos meus).

Nessas experiências heterotópicas, enxergo correlação com o princípio de "ilusão e compensação" (Foucault, 2013a), não é por acaso que o propósito é "lembrar aos moradores como é estar num lar de verdade", mas para isso tem que haver uma compensação que consiste em acatar as normas institucionais, como o compartilhamento de tarefas cotidianas. Essas estratégias geopolíticas desvelam a estreita conexão entre a distribuição geográfica espacial dos corpos e as relações de poder delas derivadas.

As Unidades de Acolhimento Adultos (UAA) são o último *habitat* inusual presente no território adstrito à UBS. De acordo com Almeida e Cunha (2021, p. 7 – grifos meus), essas residências datam de 2012, mas são pouco conhecidas.

A UAA, enquanto um serviço *residencial transitório*, configura uma modalidade de cuidado que se contrapõe à lógica de confinamento e proibicionismo das CTs [Comunidade Terapêuticas] que vem avançando amplamente. A UAA, tendo em vista sua particularidade, *garante direitos de moradia, convivência familiar e social*. Assegura, ainda, o cuidado singularizado e em *liberdade*, incorporando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em Aracaju, essa residência transitória chegou em 2016, mas foi apenas no início deste ano que foi transferida para o nosso território. Em março, em uma reunião com parte da equipe dos dois serviços, registrei no meu bloco de notas que foram mencionadas regras invioláveis, sob pena de desligamento compulsório do serviço para quem as transgredisse. As normas versavam sobre proibição de uso de qualquer substância psicoativa dentro da residência e também proibição de atividade sexual, mesmo com parceiro fixo. Semelhantemente aos demais espaços-tempo que estou tematizando, não observei discriminação de sexo/gênero dissidentes, inclusive já atendi parte da própria comunidade LGBTQ+, oriunda de algum desses serviços, na UBS.

Com efeito, "a heterotopia tem o poder de justapor em um único lugar real vários espaços, várias alocações que são em si mesmas incompatíveis [...], lugares que são estranhos uns aos outros [...], alocações contraditórias" (Foucault, 2013a: 116). Nos exemplos ilustrados, há uma relativa permeabilidade, se avistar concessões e "contestações míticas e reais do espaço vivido" (Foucault, 2013b), *pero no mucho*. Em todos os casos, as normas, os regramentos, o

controle, o disciplinamento, a liberdade vigiada e os riscos avaliados eram tão presentes quanto os próprios contraespaços. Ainda assim, particularmente considero que sem essas linhas móveis, essas vidas "desimportantes" para o capital poderiam ser sumariamente "arquivadas".

Considerações provisórias

O estudo evidenciou uma inscrição geográfica em Aracaju atravessada por marcadores de classe e raça que perpassa o empreendimento colonial-capitalista e se reatualiza com "novos cercamentos", com uma agenda que combina a garantia da segurança física e patrimonial da branquitude à mercantilização do território e da saúde. A experiência do morar retrata, ao seu tempo, o modelo da casa-grande, típica do Brasil Colônia, descrita por Freyre no início do século XX. Não surpreende que no território de branquitude o nome da Unidade Básica de Saúde seja "Dona Sinhazinha".

Mas também foram detectados deslocamentos dessa ambiência dominante, onde o suposto vazio para o capital tem sido habitado por experiências de moradias assentadas em diferenças arquitetônicas e nos corpos de quem as habita, culminando em heterotopias. Desse modo, no território de branquitude afloraram *lugares outros* que contrastam e subvertem as perfeições prometidas e aspiradas por um grupo seletivo. São contra-espacos entrecortados, porosos e, ao mesmo tempo, fluidos nas suas dinâmicas internas e nas relações de vizinhança. Através deles, a despeito das inúmeras exigências para acessá-los e permanecer, os corpos desviantes asseguram sua existência e podem vislumbrar um devir.

Referências

ACHILLES, Daniele; BERNARDO, Hugo da Costa. A biblioteca pública entre a heterotopia e a utopia. *Bibliotecas Universitárias: pesquisas, experiências e perspectivas*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 151–169, jul./dez. 2020.

ALMEIDA, Amanda Lima Macedo de; CUNHA, Marize Bastos da. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 105-117, 2021.

ANACLETO, Rosely. Retratos de um sus colonizado: signos e símbolos da memória ancestral da branquitude em Aracaju. *Iluminuras*, Porto Alegre, v. 24, n. 65, p. 246–268, 2023. DOI: 10.22456/1984-1191.133304.

ANDRÉS, Roberto. O apartheid social da lógica do condomínio põe em risco a República. 05 mar 2021. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2021/03/05/o-apartheid-social-da->

logica-do-condominio-poe-em-risco-a-republica-entrevista-especial-com-roberto-andres/. Acesso em: mar. 2024.

AZEVEDO, Celia Maria Marinho de. *Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites-século XIX*. Annablume, 1987.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, p.e185305, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2017.

CASTRO, Luiz Guilherme Rivera de. *Outros espaços e tempos, heterotopias*. 2015.

CARDOSO, Lourenço. *O branco ante a rebeldia do desejo: um estudo sobre a branquitude no Brasil*. 2014.

CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023, 432p.

FANON, Frantz. *Peles negras, máscaras brancas*. Salvador: Editora Edufba, 2008.

FANON, Frantz. *Os Condenados da Terra*. Rio de Janeiro: Editora Civilização. Brasileira, 1968.

FILGUEIRAS, Andrea Rocha Santos *O Mercado Municipal de Aracaju e seus tempos: princípio, perda e reinvenção (1926-2000)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2019.

FOUCAULT, Michel. De espaços outros. *Estudos avançados*, v. 27, p. 113-122, 2013a.

FOUCAULT, Michel. O corpo utópico; as heterotopias. Tradução Salma Tannus Muchail. São Paulo: n-1 Edições, 2013b.

FOUCAULT, Michel. Sobre a História da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 243 – 267, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANÇA, Sarah Lúcia Alves; ALMEIDA, Viviane Luise de Jesus; CRUZ, Catharina Nunes. *Produção da moradia pelo capital e reestruturação espacial da Região Metropolitana de Aracaju*. In: Aracaju [recurso eletrônico] / França, Sarah Lúcia (Org.). – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.

GOLIN, Tau. *Os cotistas desagradecidos*. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/os-cotistas-desagradecidos/>. Acesso em: mar. 2024.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. *Lugar de negro*. Editora – 1ª ed.- Rio de Janeiro: Zahar; 2022.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista ciências sociais hoje*, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984.

GROSFOGUEL, Ramón. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *Periferia*, [S. l.], v. 1, n. 2, 2012. DOI: 10.12957/periferia.2009.3428. 024.

KRÜGER JUNIOR, Dirceu Arno. Foucault: a heterotopia como alternativa para pensar o espaço social. *Enciclopédia*, Pelotas, v. 5, p. 22–37, inverno 2016.

LEFEBVRE, Henri. O direito à cidade. *L'Homme et la société*, v. 6, n. 1, p. 29-35, 1967.

MACHADO, Anselmo Belém. O bairro jardins: processo de crescimento urbano, consolidação de estratos socioeconômicos e “ilhas” de segregação social. *Revista GeoNordeste*, n. 1, 2010.

MAIA, Suzana Moura. Espaços de branquitude: segregação racial entre as classes médias em Salvador, Bahia. *Século XXI*, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 253-282, 2019.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; DE ALMEIDA, Vivian Vicente. *Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor*. Texto para Discussão, 2011.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I, volume II. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MISKOLCI, Richard. *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX*. São Paulo, Annablume Editora, 2012.

MOURA, Clóvis. *Sociologia do negro brasileiro*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

MOURA, Maria Aparecida. Heterotopias, mundo comum e as bibliotecas públicas. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, número especial, p. 64–78, 2014.

NETO, João Leite Ferreira. Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. *Ver. Dep. Psicol.*, UFF, v. 16, n. 1, p. 111-120, 2004.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. *Serviço Social & Sociedade*, p. 413-429, 2012.

PREFEITURA DE ARACAJU. 2018. Disponível em: Casas Lares: mais que um refúgio, uma nova oportunidade de vida – Prefeitura de Aracaju. Acesso em 01 de mai de 2024.

PREFEITURA DE ARACAJU. 2010. Disponível em: Projeto Acolher é importante instrumento de ressocialização – Prefeitura de Aracaju. Acesso em: mai de 2024.

PIRES, Felipe Cardoso Vale; MEIRELES, Ildenilson. A(s) heterotopia(s) de Foucault: análise de um conceito interrompido. *Revista de Filosofia Poiésis*, p. 1-197, 2024.

QUIANGALA, Anne Caroline; RAZIA, Daniela; COSTA, Alessandra; FERREIRA, Denise. *Branco não é uma cor (entrevista com Grada Kilomba)*. Distrito Federal: Preta, Nerd & Burning Hell, 2015.

RABELO, Josevânia Nunes. *Sociabilidade e enobrecimento: o bairro Treze de Julho em Aracaju*. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2010.

RODRIGUES, Marcos Vinicius; BARZOTTO, Leoné Astride. Uma nova consciência mestiça a partir da literatura de Glória Anzaldúa. *Rascunhos Culturais*, v. 13, n. 26, p. 104-126, 2022.

SANTOS, Josiane Soares; SILVA, Everton Melo da; SILVA, Mylena da; Racismo ambiental e desigualdades estruturais no contexto da crise do capital. *Temporalis*, v. 22, n. 43, p. 158-173, 2022. DOI: 2022v22n43p158-173.

SANTOS, Josiane Soares *et al.* “Questão Social” no Brasil: O Nordeste e a atualidade da questão regional. *Temporalis*, v. 12, n. 24, p. 239-261, 2012.

VELIQ, Fabiano; MAGALHÃES, Paula. A colonização é aqui e agora: elementos de presentificação do racismo. *Trans/Form/Ação*, v. 45, p. 111-128, 2022.

POSFÁCIO

Dados em xeque: o espanto e a resistência acadêmica

Este manuscrito foi publicado na quinzena posterior à qualificação, mas sua elaboração remonta a uma sucessão de fatos ocorridos na linha inicial, os quais serão muito brevemente relatados, pois é desconfortável rememorar-los.

Nesta fase da pesquisa, eu estava desesperada atrás de dados objetivos para subsidiar minha tese. Diferentemente dos outros membros do grupo de pesquisa, eu não ia a campo. Eu trabalhava no campo há mais de 20 anos e nele permaneceria quando a investigação terminasse. Isso borrava minha fronteira de pretensa neutralidade sobre qualquer aspecto. Por outro lado, a possibilidade privilegiada de acessar espaços institucionais, sem comprometer preceitos éticos, não era necessariamente encarada como um fator relevante e oportuno.

Certa feita, durante minha exposição no Seminário de Pesquisa, apresentei a ficha cadastral do SUS de um dos membros do meu grupo de pesquisa, autodeclarado branco, mas que, para seu espanto e de toda equipe, estava registrado como pardo (negro) no banco de dados oficial. A minha intenção foi mostrar como o quesito raça-cor tem sido sistematicamente coletado e também problematizar, de forma introdutória, as limitações de pesquisas autodeclaradas "baseadas em evidências", que se utilizam de critérios ditos imparciais. Consoante Kaptchuk (1998), o que chamamos de ciência resulta de uma disputa entre múltiplas forças sociais que concorrem pela definição da verdade. Ao fim, essa disputa não se limita ao campo técnico, mas envolve uma luta por autoridade moral, retórica persuasiva e poder simbólico que a legitimidade confere.

Percebi que, além do espanto, o desenrolar da discussão não ressoou. Ciente de que o DataSUS não atendia aos meus propósitos, descobri e aprendi a manejar a plataforma SIDRA/IBGE que reúne microdados censitários por unidades territoriais, inclusive bairros. Desagreguei os indicadores censitários de 2010, mapeei a distribuição racial e socioeconômica de Aracaju e me organizei para a próxima exposição no Seminário de Pesquisa. Expliquei que os indicadores do censo de 2022 ainda não estavam disponíveis. Apresentei os gráficos e mapas contidos no manuscrito, mas a recepção foi marcada por relativo ceticismo: questionaram o tratamento dos dados, a confiabilidade da fonte e até se não havia confundido Aracaju com Recife.

Os indicadores, embora surpreendentes para alguns, refletiam uma realidade que eu conhecia bem de perto, através de atendimentos domiciliares a usuários acamados. Novamente,

sem violar meus limites éticos, frequentemente eu mencionava que, em moradias de alto padrão nas cercanias da UBS, não era incomum encontrar pacientes brancos assistidos por quatro ou mais cuidadoras, todas negras, algumas das quais sem sequer serem vacinadas, diferentemente dos patrões. Ainda assim, a desconfiança persistiu.

Os semblantes de desconfiança diante dos dados apresentados eram evidentes. Ao final do Seminário, tive crises de choro e diarreia. Sem agência sobre meu testemunho e com os dados obtidos em fontes secundárias, sobre os quais não tinha qualquer interferência, contestados, afastei-me por um longo período. Quando decidi retornar, permaneci o semestre inteiro silente, como os "vencidos sem voz" descritos por Walter Benjamin. Perdi o brilho, o interesse pela pesquisa e cogitei abandonar o Programa, mas fui dissuadida pelo secretário do PPGPSI. Meu único conceito "B" veio desse período, resultado do meu embotamento.

A academia não é entendida como um lugar em que os oprimidos se unem para falar sobre a saída da servidão, e o esforço coletivo de transformação. Ao contrário, a norma é baseada na construção de saberes em que se aprende a viver a língua, os conhecimentos e a cultura do opressor, tornando o oprimido um espelho (Monte, 2024, p. 14).

Em resposta a essa experiência, iniciei uma investigação sobre a formação histórica dos bairros que compõem a área de abrangência da UBS. A proposta era ampliar minha base empírica e buscar fontes que pudessem conferir mais "legitimidade" às análises. Além disso, como não sou natural de Aracaju, o estudo ofereceria elementos contextuais que eu desconhecia. O levantamento reforçou a solidez dos achados anteriores e coincidiu com a consolidação da nova linha de pesquisa. Com o aval do novo orientador, submeti o manuscrito no dossiê temático *Etnografias del habitar contemporáneo: prácticas de creación de mundos* da Revista *Iluminuras* (UFRGS).

O dossiê privilegiava horizontes epistemológicos alinhados ao que os organizadores chamavam de "nuevo giro materialista", buscando superar dicotomias como objeto-sujeito, coisa-ideia, matéria-forma e natureza-cultura. Entre os autores sugeridos estavam Gilberto Freyre (*Casa-Grande & Senzala* e *Sobrados e Mocambos*), Deleuze e Guattari (*Mil Platôs*), Foucault (*Heterotopias*) e David Harvey (*Cidades Rebeldes*). Dado que minha pesquisa abordava o tema da saúde, incorporei à discussão territorial questões relativas à geolocalização dos estabelecimentos de saúde, utilizando o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Na qualificação, recomendou-se a atualização com dados do Censo 2022. Buscando atender à sugestão, compareci pessoalmente à sede do órgão em Aracaju (Figura 14), onde,

apesar da mobilização dos trabalhadores e do indicativo de greve, fui recebida. O analista responsável informou que não havia previsão para a migração dos microdados — como bairro, raça-cor e rendimento nominal — para a plataforma SIDRA. Esse contexto, marcado por tensões internas, foi objeto de reportagens jornalísticas (Bomfim, 2025). Até julho de 2025, os dados desagregados permaneciam indisponíveis (Alves, 2025).

Figura 15- Fachada da sede do IBGE em Aracaju (jul./2024)



Fonte: a autora

Assim, reconheço que parte do estudo permanece parcialmente desatualizada, mas creio não comprometer as conclusões, pois a "mochila de privilégios" que acompanha a branquitude, para usar a expressão consagrada por Peggy McIntosh (1998), tende a se deslocar geograficamente, mas não se dissolve. Mesmo com rearranjos fundiários e transformações urbanas, bairros como Jardins e Treze de Julho permanecem redutos das elites brancas de classe média alta. Toda pesquisa tem limitações, inclusive o próprio censo de 2022 foi extemporâneo, e a lacuna presente neste estudo pode servir de inspiração para novas investigações.

6 MANUSCRITO 3: RETRATOS DE UM SUS COLONIZADO: SIGNOS E SÍMBOLOS DA MEMÓRIA ANCESTRAL DA BRANQUITUDE EM ARACAJU⁴⁹

Resumo: Este manuscrito explora alguns símbolos e signos da Rede de Atenção à Saúde de Aracaju que evocam a memória ancestral da branquitude no âmbito do SUS. Desnaturaliza discursos que legitimam relações de poder assimétricas em desfavor de grupos racializados. A *corpora* analítica corresponde a arquivos digitais e históricos contemplando textos de circulação na internet, fotografias, autobiografia e cartazes com imagens usadas pela equipe de saúde como recursos pedagógicos. A análise ancora-se nos Estudos Críticos da branquitude em diálogo com os Estudos Críticos do Discurso. O acervo examinado comprova a recorrente ativação de elementos que evocam o direito à memória de pessoas brancas de forma quase compulsiva, enquanto o grupo racial que depende exclusivamente do SUS para prover seus cuidados em saúde, permanece em condição subalterna, desprovidos de agência, identificação e representação social.

Palavras-chaves: branquitude; saúde coletiva; memória ancestral; Aracaju; estudos críticos do discurso.

Abstract: This text examines certain symbols and signs of the Aracaju Health Care Network that evoke ancestral memories of whiteness within the context of the SUS. It denaturalizes discourses that legitimize asymmetrical power relations to the detriment of racialized groups. The analytical corporation corresponds to digital and historical files, including texts circulating on the internet, photographs, autobiographies, and posters with images used by the health team as pedagogical resources. The analysis is anchored in Critical Whiteness Studies in dialogue with Critical Discourse Studies. The examined collection demonstrates the recurrent activation of elements that evoke the right to memory for white people in an almost compulsive manner. At the same time, the racial group that depends exclusively on the SUS to provide its health care remains in a subordinate condition, devoid of agency, identification, and social representation.

Keywords: whiteness; collective health; ancestral memory; Aracaju; Critical discourse studies.

⁴⁹ Manuscrito originalmente publicado em 07/10/2023. ANACLETO, Rosely. Retratos de um sus colonizado: signos e símbolos da memória ancestral da branquitude em Aracaju. *ILUMINURAS*, Porto Alegre, v. 24, n. 65, p. 246–268, 2023. DOI: 10.22456/1984-1191.133304.

Introdução

O objetivo deste artigo é explorar alguns símbolos e signos da Rede de Atenção à Saúde de Aracaju (RAS) que evocam a memória ancestral da branquitude. Consiste numa análise embasada nos Estudos Críticos da Branquitude em diálogo com os Estudos Críticos do Discurso (ECD).

De acordo com Marcinik, Mattos (2021, p. 2 – grifos meus), os estudos críticos da branquitude

[...] problematizam as formas de (re)produção e potencialização do racismo, em que a *peessoa branca* ocupa um *lugar simbólico* que não é estabelecido por questões genéticas, *mas por posições e lugares sociais que são construídos para que determinadas lógicas de privilégios, vantagens e direitos sejam mantidas em função dos fenótipos raciais*.

Em perspectiva análoga, os ECD focam-se em problemas sociais, em especial no papel do discurso na produção e reprodução do abuso do poder ou da dominação (van Dijk, Medeiros e Andrade, 2013, p. 353). De orientação multidisciplinar, compreendem que as relações entre discurso e sociedade são cognitivamente mediadas (van Dijk, 2016). Em sentido *lato*, o discurso, nessa abordagem, contempla forma escrita ou oral de interação verbal, mas também a dimensão semiótica, com atos e expressões não verbais, imagens, esculturas, construções, vídeos etc. (Pereira, Teixeira e Pereira, 2020).

A pesquisa baseada nos ECD "combina a 'solidariedade com os oprimidos' [...] com uma atitude de oposição e dissenso contra aqueles que, por meio do texto e da conversação, buscam estabelecer, confirmar ou legitimar o seu abuso de poder" (van Dijk, Medeiros e Andrade, 2013, p. 353).

Diante da escassez (ou talvez inexistência) de investigações sobre a conformação da branquitude de Aracaju, sumariei inicialmente algumas pistas documentais sobre a colonização/escravidão nas *plantations* locais. Sequencialmente, abordei aspectos simbólicos da branquitude na interface com o SUS, política pública de caráter universal, onde exerço meu labor há duas décadas como assistente social. Em seguida, apresentei os rastros da preservação de uma memória branca, onde um centro hipoteticamente incolor contrasta com as margens ocupadas por pessoas racializadas, através de imagens que, na verdade, são recursos pedagógicos usados por profissionais de saúde em atividades de educação em saúde com usuários predominantemente negros. Por fim, tematizo o revigoramento da herança simbólica com parâmetro branco, correlacionando textos da página oficial da Prefeitura de Aracaju a

acontecimentos históricos, ratificando que lembrar e esquecer não são fruto do acaso, mas, antes, produções sociais.

Procedimentos metodológicos

O presente trabalho discorre sobre os resultados parciais de uma investigação em curso, em nível de doutoramento do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O *locus* de investigação é a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Sinhazinha, Aracaju. O *corpus* analítico é composto por textos verbais, imagens e recursos multimodais, alguns de livre circulação na internet, dispensando a anuência do Sistema CEP/CONEP/SECNS/MS, conforme Lei nº 12.527, de 18/11/2011. A análise empreendida entrelaça os estudos críticos da branquitude com os ECD.

A face desconhecida da branquitude aracajuana

A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo
(Conceição Evaristo).

O conceito de branquitude refere-se essencialmente a um "lugar de privilégios ocupado por pessoas brancas" (Frankenberg, 2004; Cardoso, 2011; Schucman, 2012; Aparecida Bento, 2020; Theodoro, 2022). Esse "privilégio" pode corresponder a uma dimensão simbólica ou material, e não raro as duas coexistem e se retroalimentam. Isso significa considerar que o "lugar" não é uma abstração desencorpada, desencarnada, pois foi socialmente construído e ocupado por um conjunto de pessoas com fenótipo assemelhado, de tal sorte que, mesmo em situações extremamente adversas, pessoas brancas são comumente beneficiadas, como na Guerra da Ucrânia, em que pessoas negras denunciaram a existência de barreiras exclusivamente para elas quando tentaram escapar dos conflitos (G1 BBC, 2022, *Online*). O "mendigo gato" de Curitiba também confirma esse entendimento de privilégio, mesmo em circunstâncias vulnerabilizadas. À época, vivendo em situação de rua, seus estonteantes olhos azuis, como descrito na matéria, conquistaram mentes e corações, geraram comoção, fama e tratamento em clínica privada para dependência química (G1 PR, 2023, *Online*), numa nítida indignação narcísica (Aparecida Bento, 2020b), ao condicionar a compaixão e solidariedade exclusivamente a uma pessoa cujo fenótipo gera laços de pertença a um grupo racial específico: branco.

Nas pesquisas científicas, a branquitude aracajuana tem literalmente passado em branco; por isso, início essa discussão situando algumas pistas documentais sobre a colonização/escravidão em Aracaju e a constituição processual desse *locus* privilegiado, tentando recompor as peças de um quebra-cabeça ainda disforme.

Segundo Souza Neto (2017), nas *plantations* aracajuanas, até a formalização do ato abolicionista em 1888, existiam 183 escravizados, visto que a maioria absoluta já havia conquistado a liberdade durante o escravismo tardio (Moura, 2019)⁵⁰, no último país ocidental a proibir o trabalho forçado. De fato, o censo de 1872 confirma que a Lei Áurea só beneficiou cerca de 15% de cativos. Sobre a população branca, meu real interesse, as fontes documentais são imprecisas. Essa lacuna reforça a tese da invisibilidade da branquitude, desde a colonização aos espaços acadêmicos contemporâneos, apesar de sua paradoxal onipresença.

Rodeghero (2023, p. 52) afirma que "no ensino de História brasileiro, a origem do racismo é historicamente afastada do indivíduo branco e que o racismo é considerado um problema apenas para aqueles que sofrem com ele, e não para aqueles que se beneficiam". Frankenberg (2004) salienta que a branquitude não seria invisível, mas tão somente não nomeada, sugerindo que ela esteja escamoteada em qualificações genéricas a exemplo de conceitos como classe social dominante, Humanidade, Homem, pessoa, colonizadores, europeus, americanos, imigrantes⁵¹ etc.

Cardoso (2022) sinaliza que a racialização do branco e a necessidade de perscrutá-lo partiram inicialmente dos cientistas negros, para suprir o vácuo que haviam produzido sobre sua intrigante ausência em diversas áreas de conhecimento.

Aspectos simbólicos da branquitude na interface com o SUS em Aracaju

O bairro Grageru, no qual a UBS *locus* da pesquisa está situada, consta, conforme as fontes bibliográficas consultadas, como uma das propriedades arroladas no inventário de Maria Custódia dos Anjos, personagem afortunada e partícipe da aristocracia aracajuana (Santos, 2018a). Junto aos lotes de terras herdados por esta senhora, constava também uma mulher

⁵⁰ O escravismo tardio para Clóvis Moura compreende o período de 1850 até 1888. Se caracteriza pela proibição formal do tráfico de pessoas negras escravizadas e a desestabilização da base escravista via importação de imigrantes brancos para ocupar os postos assalariados no capitalismo nascente.

⁵¹ Importante frisar que na mídia tradicional e até em algumas pesquisas científicas, imigrantes são associados a grupos étnico-raciais brancos, notadamente europeus, como no caso dos italianos, alemães e espanhóis. Já a designação "refugiados", ainda que não tenha exatamente a mesma conotação, em geral é mais empregada a grupos étnico-raciais infra humanizados, como haitianos, venezuelanos, colombianos, congoleses, cubanos etc.

escravizada por nome Luzia, "coincidentemente" o mesmo nome do bairro fronteiro ao Grageru e cuja população também é parcialmente assistida pela UBS.

Dentre as 8 Regiões de Saúde que conformam a Rede Administrativa de Atenção à Saúde de Aracaju, a UBS Dona Sinhazinha (Figura 15) pertence à 3ª Região e, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde,

Apesar de ser uma área de bairros *povoados pela classe média*, também convive com áreas de desigualdades socioeconômicas. Abrange Grageru, Luzia, Jardim Esperança, Conjunto Médici e Coroa do Meio. Essa “*centralidade*” faz com que os equipamentos desta região sejam demandados por população de outras áreas, que se deslocam em busca de acesso. Um exemplo do que foi citado é a *UBS Dona Sinhazinha, uma das mais antigas da cidade e que é procurada por moradores de todas as classes e bairros por estar no imaginário da população como uma Unidade a ser acessada para suas necessidades, independentemente de territorialização* (Aracaju, 2021, Online - grifos meus).

De acordo com os ECD, a prática discursiva "pode ser utilizada para (re)produzir representações na cognição social, com o intuito de fortalecer interesses de uma elite" (Pereira, Teixeira e Pereira, 2020, p. 35). Essa assertiva fica comprovada em recortes do texto acima, pois classe média pode ser um termo genericamente empregado para invisibilizar a branquitude. Na obra *A sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil*, o economista Mário Theodoro (2022) aponta, através de dados empíricos, que condições históricas forjaram uma classe média branca com laços atávicos à elite branca.

No outro trecho em destaque, a Secretaria de Saúde reconhece que o imaginário popular é povoado pelo interesse em compor o seletivo grupo de usuários vinculados à UBS "procurada por moradores de todas as classes e bairros [...], independentemente de territorialização". Convém elucidar que a vinculação da comunidade adscrita é, de fato, uma tecnologia relacional e comprovadamente exitosa na otimização do cuidado em saúde, conforme Declaração Internacional de Alma-Ata (URSS/1978), da qual o Brasil é signatário. No entanto, a questão que me parece relevante aqui não é retroceder em experiências benéficas no campo da saúde coletiva, sobretudo depois do desfecho traumático de uma pandemia mal gerida. Meu interesse é rastrear as pistas que, operadas por recursos linguísticos, ocultam ou revelam a branquitude, conforme o jogo de interesses em disputa. Nesse diapasão, o texto referido pode, no fundo, "produzir e sustentar significados raciais, performando uma pedagogia pública sobre quem pertence a cada espaço e por que esses ambientes se tornam cobiçados" (Lipsitz, 2011 – tradução livre).

Figura 16- Fachada externa da UBS Dona Sinhazinha



Fonte: Prefeitura de Aracaju

Arelada a essa discussão está a análise da imagem acima, pois elementos conjugados são rapidamente processados em nossas mentes: o poder aquisitivo dos moradores, sua localização numa das maiores avenidas da capital, rota de circulação obrigatória na intersecção entre vários pontos estratégicos, polo comercial intenso, tráfego de modais viários diversificados ampliando a visibilidade não só da própria UBS, mas, sobretudo, de quem está autorizado a frequentá-la.

Para Maia (2019), a classe média é pouco estudada no Brasil e os trabalhos mais recentes não conferiram suficiente atenção à sua constituição racial. Nesse estrato, habita um tipo peculiar de pessoas autodefinidas como "classe média", segundo a autora. Costumam se aliar às classes altas para se protegerem "em espaços exclusivos, que, na confluência entre raça e classe, são também espaços de branquitude" (p. 266). Adotam marcadores de fronteira simbólica e material, constituindo uma branquitude definida pelo *habitus*, "ou seja, disposições, valores, visões de mundo, estilos de vida, moralidade, formas de lazer, assim como formas de habitar a cidade" (Maia, 2019, p. 268; Bourdieu, 2008).

O batismo da UBS de *Dona Sinhazinha* também é uma incógnita ainda não elucidada. Analisando a história a contrapelo, como ensina Walter Benjamin (1996), observamos que alguns trabalhos acadêmicos sobre o pós-abolição em Sergipe aludem com recorrência a uma fonte histórica chamada de *Memórias de Dona Sinhá* (Souza Neto, 2018; Albuquerque, 2015; Santos, 2014b), pertencente a Aurélia Dias Rollemberg. Branca, ligada ao "baronato" local e ao Partido Liberal, viúva do médico e senador Gonçalo de Faro Rollemberg, compondo a "fina-

flor" sergipana, Dona Sinhá foi educada por preceptoras alemãs (as "vovós alemãs"), diretamente no domicílio, conforme a tradição classista, racial e patriarcal da época. A "fidalga", designação exclusiva de quem era "filha de alguém", foi bastante conhecida entre seus coetâneos e viveu até 1952.

Embora não seja possível concluir que o nome da UBS corresponda à Dona Sinhá, as evidências historiográficas apontam fortemente nessa direção, pois as interligações dos troncos parentais e patrimoniais se desdobraram em sobrenomes conhecidos nas famílias sergipanas, retratados em muitos equipamentos públicos, monumentos, avenidas e outras três UBS: Casa Maternal Amélia Leite, Augusto César Leite e Osvaldo Leite.

Fato curioso, mas em certa medida nada surpreendente, é que, no dia em que a Lei Áurea foi assinada, a senhora de engenho fez o seguinte registro em seu diário:

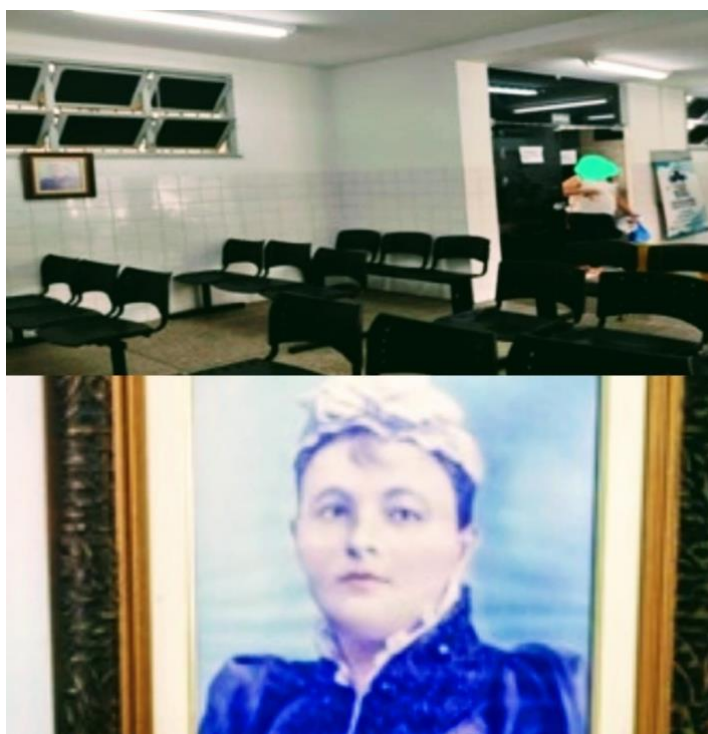
Foi um alvoroço grande, minha sogra chamou os escravos e comunicou a eles, foi uma revolução, todos ficaram fora de si, davam vivas, cantavam, dançavam e não atendiam mais a pessoa nenhuma. Felizmente minhas amas ficaram sossegadas. Houve missa cantada; bailes e grande alvoroço; muitos falam em se mudar; outros ficaram. O mês todo não se teve sossego. Minha sogra não tendo mais escravos e receando eles não obedecerem, resolveu mudar se (sic) [...]. Eu fiquei triste e só, pois a casa que tanto desejei foi outra. Fiquei com duas amas e comecei a lutar com cozinheira (sic), mas a minha já não queria se empregar (Souza Neto, 2017, p. 69).

As reminiscências da memória da ancestral branca também podem ser traduzidas sob a perspectiva de grupos raciais com conformação sócio-histórica antagônica. No relato, se verifica: a tristeza de quem nunca teve o corpo aprisionado *vs.* a efusividade de quem estava começando a experimentar a liberdade; o direito a uma convivência matrimonial *vs.* o celibato compulsório a que eram relegadas as mulheres negras; o mandonismo institucionalizado *vs.* o florescer da insubmissão; o espaço domiciliar privado *vs.* fissuras de acesso ao espaço público, agora também extensivo a mulheres negras; mãos brancas nunca calejadas se havendo na cozinha *vs.* a possibilidade de assalariamento das cativas negras. Portanto, num pequeno recorte textual, observam-se elementos do endogrupo branco, do qual Dona Sinhá era parte e expressão, *vs.* o exogrupo negro, com o qual mantinha uma relação de domínio, transitando para novas configurações.

Santos (2014b, p. 153), que também tomou o diário de Dona Sinhá como objeto de pesquisa, afirma que "Aurélia Dias Rollemberg transcreve suas memórias numa linguagem distante em terceira pessoa". Ao se comportar assim, a escravocrata se excluía da cena, se transformava em mera espectadora dos acontecimentos e se reduzia ao que Freud ([1919]1976) sentenciou como uma "estranha familiar".

No entanto, algumas perguntas atemporais insistem em não calar: quem, nesse Brasil tão racialmente diverso, tem direito à memória? A quem é concedido o lugar de inscrição e testemunho do tempo? Quem decide quem será lembrado e quem desaparecerá do mapa? Quem pôde (e pode) ultrapassar a linha do tempo e confirmar sua existência com autobiografias, num país onde ainda existem 11,3 milhões de pessoas analfabetas com 15 anos ou mais (IBGE, 2019)? A validação do que se escreve é simétrica para todos os públicos ou o subalterno segue sem agência quando fala/escreve, como provoca Spivak (2014)? Quem é pomposamente homenageado em vias e prédios públicos, diários, livros e registros fotográficos?

Figura 17- Recepção da UBS Dona Sinhazinha e foto dela



Fonte: a autora

A etimologia do verbete "sinhá", de acordo com o Dicionário Online de Português, corresponde à forma feminina de sinhô (senhor) e pertence à classe gramatical do substantivo feminino, designando o tratamento dos escravizados para com sua senhora, sua patroa, sua proprietária, evocando um símbolo de poder, uma relação senhorial típica do escravismo/colonialismo. Assim, é irrefutável a produção social de sentido que a palavra/imagem sugere, pois "as representações do passado determinam a forma como cada grupo se posiciona no presente e as suas estratégias para o futuro" (Cabecinhas, Lima e Chaves, 2006, p. 1). Fanon (2020) ressalta que a principal arma dos colonizadores era a imposição de

sua autoimagem sobre o povo subjugado. Desse modo, olhando-se de forma bastante precisa para a foto da Dona Sinhazinha (Figura 16), fica visível que ela, inequivocamente branca, também era, naquele momento, em certa medida, uma vítima da colonização. Isso pode ser identificado pela opressão patriarcal sobre o gênero feminino, mas também porque, do ponto de vista pragmático, o traje tão fechado seria incompatível com o clima árido nordestino.

Todavia, uma análise dialética da mesma situação conduz a outras interpretações, considerando que ela veste roupa fechada, fabricada com tecido nobre e colorido, com bordados à vista, o que confirma uma condição imperial, um marcador de distinção se comparado às roupas que as escravizadas vestiam, notadamente confeccionadas com tecidos de algodão, cortes simples e em tons crus. Ademais, nessa quadra histórica, García *et al.* (2023) identificaram que a concepção de branquitude, diferentemente do caráter que assumiu pós-falácia freyriana da mestiçagem, ainda não vociferava o "aqui ninguém é branco!". Pelo contrário, no Rio de Janeiro, Minas Gerais e no Nordeste, a pele clara já era um símbolo de civilização e poder.

O fato de ser igualmente colonizada em um país com disparidades raciais e classistas como o Brasil não elimina o quinhão de privilégios materiais e simbólicos herdados por pessoas como Dona Sinhazinha. Albert Memmi (2021), judeu branco que presenciou, documentou e analisou a colonização da Tunísia, de maioria muçulmana, seu país de origem no Norte da África, pelos franceses, comentou que o racismo unia colonialistas e colonizados, que passavam a adotar um

Conjunto de comportamentos, de reflexos aprendidos, exercidos desde a mais tenra infância, fixado, valorizado pela educação, o racismo colonial é tão espantosamente incorporado aos gestos, às palavras, mesmo às mais banais que parecem constituir uma das mais sólidas da personalidade colonialista (Memmi, 2021, p. 107).

Para van Dijk (2016), embora a cognição pessoal explique a forma individual como o discurso é produzido e compreendido, é por meio da interação social que essas representações são adquiridas, modificadas e reproduzidas. Dessa forma, a disposição da foto exatamente na recepção, rota de passagem obrigatória de todos os usuários, próxima às cadeiras onde os mesmos, atentos ou não, aguardam seus respectivos atendimentos, afixada numa altura ao alcance da visão, é no mínimo curiosa, embora não seja possível afirmar que foi uma atitude premeditada.

Outro aspecto importante ainda sobre a disposição da foto da Dona Sinhazinha como cartão postal na recepção da UBS corresponde à sua identidade de gênero. Isoladamente, esse dado não agregaria muita reflexão; no entanto, mantendo a coerência "texto-contexto" (van

Dijk, Medeiros e Andrade, 2013), convém frisar que, historicamente, as mulheres internalizaram a lógica da gestão do cuidado familiar como sendo uma das suas obrigações, o que poderia, a princípio, ajudar a compreender a conexão entre a foto e a UBS. Renk, Buziquia e Bordini (2022) afirmam que, a cada cinco mulheres, quatro são responsáveis pela provisão dos cuidados familiares em dimensões e ciclos vitais diversos.

No entanto, essa seria uma visão essencialista da divisão social e sexual do trabalho, firmemente rechaçada por Dell'Aglio e Machado (2020), que postulam que a universalização do cuidado a partir desse critério sustenta uma ótica branca ao desconsiderar os marcadores de classe e raça.

Conforme Almeida (2008, p. 9), as imagens são dotadas de significado potencial e não constituem veículos neutros, estando sempre imbricadas em contextos sociais, políticos e culturais. Nesse sentido, a disposição da imagem e a simbologia que a atravessa comunicam hierarquias e normas socialmente compartilhadas relativas a gênero, sexo, raça e classe, operando como dispositivos de naturalização de posições sociais no cotidiano da UBS, tanto para usuários quanto para trabalhadores e gestores. A análise sistemática do alcance cognitivo e dos efeitos dessas mensagens, contudo, extrapola os objetivos desta exposição.

Rastros da preservação da memória ancestral da branquitude no SUS em Aracaju

Atitudes são, por essência, sociais e elas ficam, segundo van Dijk (2016) armazenadas na memória social através de crenças genéricas que são compartilhadas por membros de grupos com perfis afins. Memória é uma produção social, mas isso não implica que haja uma homogeneização nas recordações individuais, pois

Vários fatores contribuem para o carácter social da memória: o processo de recordar é social, visto que é necessário que haja dicas de contexto que evoquem as recordações; os pontos de referência que cada indivíduo utiliza para codificar, armazenar e recuperar informação são definidos socialmente; e a memória individual não poderia funcionar sem conceitos, ideias, imagens e representações que são socialmente construídos e partilhados (Cabecinhas, Lima, Chaves, 2006, p. 4).

Ao compartilhar suas respectivas atitudes, o grupo representado influencia as estruturas sociais de dominação, seja mantendo o *status quo*, seja subvertendo a ordem através de uma guinada contra hegemônica. Nessa direção, "o poder do grupo branco não é reproduzido por pessoas individualmente intolerantes, mas pela cooperação diária conjunta" (van Dijk, 2016, p. 16 – grifos meus). Um exemplo explícito da cooperação do endogrupo corresponde aos

encontros periódicos de profissionais de formação universitária da UBS, majoritariamente brancas, performando glamour e postando fotos nas suas respectivas redes sociais, acompanhadas da legenda "*#As sinhazetes*". Desse modo, corporificam um ativo simbólico comum e naturalizam um discurso colonialista, comprovando como a estrutura lexical é produtora de sentidos, pois o substantivo *sinhazinha* passou a ter uma derivação nova sem trincar sua matriz semântica.

Dentre as atribuições dos profissionais de saúde consta "realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público" (Política Nacional de Atenção Básica, 2017). A educação em saúde "requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social" (Falkenberg *et al.*, 2014, p. 848).

Na pedagogia do oprimido, Paulo Freire (1987) costumava projetar imagens em *slides* relacionadas às vivências contextuais dos educandos nas experiências embrionárias em Angicos-RN, reconhecendo seu potencial pedagógico para emancipação humana, desde que vinculado à concretude de sua sociabilidade. Tomando-se como referência o fato de que mais de 70% dos aracajuanos se autodescrevem não brancos (IBGE, 2021), compreendo que as atividades de educação em saúde deveriam priorizar um repertório imagético compatível com o fenótipo desses, criando sentimentos subjetivos de aproximação, familiaridade e intimidade. Todavia, essa não é a realidade (Figura 18), conforme demonstrado a seguir.

A primeira imagem consiste em uma prótese peniana acompanhada de preservativos ao fundo. Em geral, é utilizada em atividades sobre educação sexual e reprodutiva. A segunda é uma "mamamiga", usada em demonstrações do autotoque para prevenção de câncer de mama⁵². A última corresponde a uma prótese odontológica usada para ensinar a adequada profilaxia dos dentes. Em comum, as imagens possuem duas características: servem de subsídio às atividades pedagógicas e representam partes de corpo humano de pessoas exclusivamente brancas.

⁵² A mamamiga não é mais recomendada porque transferia para as mulheres a possibilidade de detectar sinais de câncer de mama, assumindo a condição de um pré-diagnóstico. O material está engavetado apenas por esse motivo.

Figura 18- Recursos pedagógicos de educação em saúde da Secretaria de Saúde de Aracaju



Fonte: a autora

A raça-cor dos usuários que vivem à margem do poder monopolizado pelas elites contrasta com um centro que se proclama incolor, mas, em verdade, é um centro branco, e sua normatividade é manejável para conteúdos aparentemente desracializados. Segundo Grada Kilomba (2021), a branquitude "se coloca no centro de tudo, mas tal centralidade não é reconhecida como relevante, porque é apresentada como sinônimo de humano [...]. E acreditem em mim, não existe uma posição mais privilegiada do que ser apenas a norma e a normalidade" (p. 17).

Samain (2012, p. 158) insinua que "sem chegar a ser um sujeito, a imagem é muito mais que um objeto: ela é o lugar de um processo vivo, ela participa de um sistema de pensamento. A imagem é pensante". São experiências comunicativas que podem funcionar como vetores de reconhecimento, modalidades de percepção e de enunciação, regulando as relações entre o visível e o dizível (Meirinho; Gonçalves, 2021). Neste tocante, a tese de Muniz (2021, p. 333) no campo da Biomedicina em Porto Alegre constatou que a interdição discursiva sobre raça no paradigma biomédico, em função da repercussão do racismo científico, não significou sua supressão, apenas provocou um constrangimento de pautá-la, visto que

[...] a ideia de raça branca se constitui como neutra, e não é significada como raça, tudo o que se produz no campo biomédico, de modo aparentemente desracializado, na verdade é racializado, na medida em que se direciona para a população branca, tomada como universal – ou “população em geral”, conforme é mais recorrentemente referida na área da saúde.

Em Aracaju, a equipe multiprofissional padrão (de formação universitária) que labora em todas as UBS é composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais e odontólogos. As duas primeiras categorias são majoritariamente brancas, com 57,9% (Machado, 2017) e 77,2% (Scheffer *et al.*, 2018), respectivamente. No caso do Serviço Social, apenas recentemente a proporção de negras superou a de brancas, com 50,34% e 46,98% (Cfess, 2022). A Odontologia sequer dispõe de censo. Portanto, em face do exposto, a interpretação possível é que os recursos pedagógicos não foram pensados a partir das margens, a partir da identificação com os usuários, mas sim a partir do centro, do referencial de humanidade, da norma dominante presente nos profissionais (e possivelmente gestores) brancos, cuja trajetória grupal é radicalmente diversa daquela dos usuários.

A macrorrepresentação do "nós", ou seja, da dominância branca no âmbito da Secretaria de Saúde, porta significados implícitos, o que não quer dizer que sejam intencionais e premeditados. Esses significados se relacionam "às crenças fundamentais; entretanto, não são claros, diretos, completos ou precisamente declarados por várias razões contextuais" (van Dijk, 2016, p. 362). No caso do Brasil, essa razão contextual, sem dúvida, é a marca denegatória do racismo e as consequências da "hipnose" coletiva sobre a cordialidade racial, ambas desmentidas em todas as estatísticas.

Bezerra, Cavalcanti e Moura (2023, p. 2) assinalam que a colonialidade, no campo da saúde, "sustenta relações assimétricas e afeta as vidas das pessoas, uma vez que este poder 'invisível' continua a existir nas mentes, vidas, línguas, sonhos, imaginações e epistemologias de sujeitos modernos em todo o sul global". A UBS Dona Sinhazinha expressa algumas dessas assimetrias.

O revigoramento da herança simbólica da branquitude em Aracaju

Visitando a página oficial da Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA), o leitor/internauta se depara com uma narrativa idílica sobre o processo histórico que culminou com a fundação da primeira capital projetada do Brasil. Embora não ostente mais o título de "capital da qualidade de vida" conquistado em 2008, ainda paira um ar nostálgico na aura dos aracajuanos sobre esse momento, verificável na conjugação do verbo "ser" no modo indicativo

do tempo presente e na saliência das iniciais em caixa alta do texto em destaque, extraído da *homepage* da PMA: "Uma cidade mágica, cheia de encantos. De tirar o fôlego de quem a vê pela primeira vez e um orgulho para seus moradores. Assim é Aracaju, a pequena notável, a Capital da Qualidade de Vida!" (Aracaju, 2023, s/p).

A data de aniversário da cidade, 17 de março, costumeiramente é festejada invocando a memória de três homens brancos, dois dos quais constam na *homepage*. Personagens importantes na emancipação política da cidade, Inácio Barbosa, Barão de Maruim e Sebastião Pirro⁵³, integravam a "nova elite" das famílias aracajuanas oitocentistas na transição do Império para a República (Santos, 2018).

No primeiro parágrafo do texto em comento, encontra-se a seguinte citação: "*Seu nome é de origem tupi: ará (arara ou papagaio) + acayú (caju), significando Cajueiro dos Papagaios.*" No caso aludido, há uma correlação de forças desigual em desfavor dos indígenas, cuja presença é integralmente obliterada e substituída apenas por uma esparsa lembrança que remonta à origem do batismo da capital. A mesma situação não ocorre com os dois homens brancos acima referidos, que são pomposamente lembrados, acompanhados inclusive de suas respectivas profissões, ressaltando um lugar social privilegiado desfrutado por ambos, legitimando sua importância:

Foi alçada à sede administrativa de Sergipe pelo *presidente da Província, Inácio Joaquim Barbosa*, e foi uma das primeiras cidades planejadas do Brasil, com traçado de quarteirões quadráticos e simétricos lembrando um tabuleiro de xadrez, o conhecido quadrado de Pirro, em alusão ao *engenheiro* que projetou a cidade, *Sebastião José Basílio Pirro* (Aracaju, 2023, *Online* – grifos meus).

Com efeito, estudos empíricos no campo da Psicologia Social realizados no Brasil e em Portugal já tinham evidenciado que homens, brancos e cristãos, oriundos de países ocidentais (América do Norte e Europa), eram comumente mais evocados como personalidades memoráveis (Cabecinhas; Lima; Chaves, 2006) que outras pertenças.

Assim, no discurso engendrado pela PMA, a linguagem que é "parte constitutiva e inseparável do social" (Vieira, 2020, p. 14) promove a qualificação favorável de um grupo específico (o endogrupo, neste caso, composto por homens brancos) contra o apagamento do outro grupo (o exogrupo, composto por pessoas racializadas). Desse modo, prevalece o que Oliveira (2022) chamou de discurso branco, entendido como "o discurso da branquitude, que

⁵³ Os dois primeiros foram os responsáveis pela elevação do povoado Santo Antônio do Aracaju à categoria de cidade e ato contínuo, à capital. O último foi o engenheiro que esboçou o desenho da primeira capital projetada do Brasil, com traçados em linhas simétricas, hoje circunscrito ao centro da cidade.

reverbera ideologias características desse grupo social, cujo interesse primordial é a manutenção de seus privilégios" (p. 59).

O território municipal foi a residência oficial do cacique Serigy, abatido junto com seus irmãos Siriri em 1590 por Cristóvão de Barros, representante da coroa portuguesa e responsável pela fundação da primeira capital sergipana, denominada São Cristóvão de Sergipe d'El Rey. Tombada pela Unesco como Patrimônio Mundial, São Cristóvão, "a cidade mãe de Sergipe", como é carinhosamente conhecida, sedia o maior *campus* da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Todavia, como advertiu Walter Benjamin, "não há nenhum documento de cultura que não seja, ao mesmo tempo, um documento de barbárie" (Benjamin, 1996, p. 225), de modo que, por trás dessas relações simbióticas e maternas, se esconde o que chamo de um estupro colonial, em face do aniquilamento da memória dos povos originários.

A transferência da capital para Aracaju em 1855, sob a alegação de modernização embalada pelos ares abolicionistas, resultou na preservação de uma herança senhorial acompanhada da invisibilização dos indígenas e dos egressos dos cativeiros. Esses últimos, por sinal, os verdadeiros responsáveis pela expansão da então exígua cidade, pois passaram a habitar suas margens, ultrapassando o desenho inicial do tabuleiro de xadrez, reservado à elite branca bem-nascida (Souza Neto, 2018).

Nas palavras de Segato (2021), a raça tomada como ideia-eixo para se pensar a modernidade/colonialidade é importante porque destrava a amnésia compulsiva que tingiu com sangue o solo que pisamos, evitando o equívoco de falsas equivalências entre grupos e povos de raças diferentes durante as navegações ultramarinas. A partir daí, "conquistadores e conquistados foram colocados em seus 'lugares'. Os nativos da terra e os africanos escravizados em uma condição 'natural' de inferioridade em relação aos europeus" (Silva, 2022, p. 177).

Marx ([1867] 2014) afirmou que a riqueza ostentada pelas nações ricas, atualmente localizadas no Norte global, procedeu de episódios sistemáticos de violência nas colônias através da pilhagem de metais preciosos, do extermínio de populações indígenas e da transformação da África num vasto campo de caçada lucrativa. Iluminado por esse referencial, Galeano (2000, p. 5) asseverou que "há dois lados na divisão internacional do trabalho: um em que alguns países se especializam em ganhar, e outro em que se especializaram em perder".

Na visão de Quijano (2009), a raça é o conceito fundante dessa sucessão de acontecimentos, pois, quando ocorreram essas invasões bárbaras, não existiam europeus, americanos, ocidente, oriente, negros, indígenas etc.; existiam tão somente brancos que, diante do "novo mundo", usaram as diferenças fenotípicas e culturais para hierarquizá-las, alocando-se no topo desde sempre.

Considerações provisórias

Neste artigo foram problematizadas algumas estruturas coloniais opressoras, legitimadas em discursos agenciados por uma fração da branquitude aracajuana que orbita em torno do SUS. Tematizei a onipresença da ancestralidade branca em textos verbais, visuais e multimodais em gêneros diversos. Identifiquei que no interior de relações aparentemente anacrônicas se escondem desigualdades raciais condensadas na linguagem que, por uma via, universaliza o direito à saúde e, por outra, exalta o ideal da brancura (Fanon, 2020).

Constatei que o SUS é um território fecundo para análises com arcabouço teórico-metodológico politicamente implicado, tendo a interpretação de textos verbais e visuais como objeto de investigação. Evidenciei que, na Rede de Atenção à Saúde de Aracaju, pistas coloniais catalisam injustiças presentes numa espécie de passado que não passa, convergindo com o pensamento de Resende (2023), para quem esse tipo de situação é provocador do nosso pretérito, do nosso presente e do nosso futuro.

Através de arquivos históricos e digitais, comprovei a recorrente ativação de elementos que evocam o direito à memória de pessoas brancas de forma quase compulsiva, enquanto o grupo racial que depende exclusivamente do SUS para prover seus cuidados em saúde permanece em condição subalterna, desprovido de agência, identificação e representação social.

O significado dos elementos simbólicos decodificados não está dado *a priori*, mas as conexões textuais e contextuais sinalizam que recordar e esquecer não são obra do acaso. Na realidade, são produções sociais comprometidas com a manutenção de hierarquias raciais onde o privilégio branco é sacramentado, salvaguardado e sistematicamente reproduzido.

Referências

ALBUQUERQUE, Samuel Barros de Medeiros. *Entre cartas e memórias: preceptoras europeias no Brasil do século XIX*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ALMEIDA, Danielle Barbosa Lins. Apresentando o tema: sobre a gramática do design visual. In: ALMEIDA, Danielle Barbosa Lins (Org. *Perspectivas em análise visual – da fotojornalismo ao blog*. João Pessoa: editora da UFPB, 2008.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ARACAJU. *Plano municipal de saúde 2018-2021*. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/saude/protocolos/>. Acesso em: maio 2023.

ARACAJU. *Aracaju*, 2023. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/aracaju/>. Acesso em: maio 2023.

BENJAMIN, Walter. *Magia e Técnica, Arte e Política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: CARONE, Iracy; BENTO, Maria Aparecida Silva. *Psicologia Social do Racismo*. Petrópolis: Vozes. P. 25-57, 2020^a.

BENTO, Maria Aparecida Silva. O lado oculto do discurso sobre o negro. In: CARONE, Iracy; BENTO, Maria Aparecida Silva. *Psicologia Social do Racismo*. Petrópolis: Vozes, p. 147-162, 2020b.

BEZERRA, Patrícia Araújo, CAVALCANTI Pauline; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, 2023.

BOURDIEU, Pierre. *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp, 2008.

CABECINHAS, Rosa, LIMA, Marcus e CHAVES, Antônio M. Identidades nacionais e memória social: hegemonia e polêmica nas representações sociais da história. In: Miranda, J. e João, M. I. *Identidades Nacionais em Debate*, Oeiras: Celta, p. 67-92, 2006.

CARDOSO, Lourenço. Branquitude acrítica e crítica: A supremacia racial e o branco anti-racista. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 8, n. 1, p. 607-630, 2010.

CARDOSO, Lourenço. *A branquitude acadêmica, a invisibilização da produção científica negra, a autoproteção branca, o pesquisador branco e o objetivo-fim*. Educação, p. e72/1-24, 2022.

CFESS. *Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, condições de trabalho e exercício profissional*. Brasília: CFESS, 2022c. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1922>. Acesso em: 23 de abr. 2023.

COHN, Amélia. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados*, São Paulo, Brasil, v. 32, n. 93, p. 225–241, 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180040.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova: revista de cultura e política*, p. 123-140, 1989.

DELL’AGLIO, Daniela Dalbosco e MACHADO, Paula Sandrine. Cuidado, branquitude e interdependência: responsabilidades em tempos de isolamento social. *Revista Inter-Legere*, Natal, v. 3, n. 28, p. 20892-20892, 2020.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, v. 19, p. 847-852. 2014.

FANON, Frantz. *Peles Negras, Máscaras Brancas* (1952). São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FRANKENBERG, Ruth. A miragem de uma branquidade não-marcada. *Branquidade: identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 307-338, 2004.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987.

FREUD, Sigmund. *O estranho*. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, p.275-314, 1976.

KILOMBA, Grada. *Descolonizando o Conhecimento: uma palestra-performance de Grada Kilomba*. Revista Igarapé, Porto Velho (RO), v.14, n. 3, p. 62-74, 2021.

GARCÍA, Fernando *et al.* A formação das nações mestiças. In: FIGUEROA, Mónica G. Moreno, WADE, Peter. *Contra o racismo: mobilização para a mudança social na América Latina 2023*. Disponível em: Latin America Research Commons (larcommons.net). Acesso em: mai 2023.

G1 BBC (Mundo). *União Africana condena tratamento ‘racista’ dado a africanos impedidos de deixar a Ucrânia*. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/ucrania-russia/noticia/2022/02/28/uniao-africana-condena-tratamento-racista-dado-a-africanos-impedidos-de-deixar-a-ucrania.ghtml>. Acesso em: jun. 2023

G1 PR (Paraná). *Qual é a história do ‘mendigato’, ex-modelo que ficou famoso em Curitiba e estava desaparecido no Rio de Janeiro*. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2012/10/jornal-britanico-repercute-caso-do-mendigato-de-curitiba.html>. Acesso em: jun. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD Contínua)*. Aracaju, 2021. Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/prefeitura/wp-content/uploads/periodicos/Periodico_PNAD_Continua_Aju_2021_3.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

LIPSITZ, George. *How racism takes place*. Florida: Temple University Press, 2011.
MACHADO, Maria Helena. *Perfil da enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: COFEn, Fiocruz, 2017.

MAIA, Suzana Moura. Espaços de branquitude: segregação racial entre as classes médias em Salvador, Bahia. *Século XXI*, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 253-282, 2019.

MARCINIK, Geórgia Grube e MATTOS, Amana Rocha. ‘Mais branca que eu?’: uma análise interseccional da branquitude nos feminismos. *Revista Estudos Feministas*, v. 29, 2021.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Livro I, volume II. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MOURA, Clóvis. *Sociologia do negro brasileiro*. 2ª ed., São Paulo: Perspectiva, 2019.

MEIRINHO, Daniel e GONÇALVES, Fernando. Atravessamentos decoloniais da fotografia contemporânea negra sul-africana. *Galáxia. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica*, n. 46, 2021.

MUNIZ, Tatiane Pereira. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: ROHDEN, Fabíola, PUSSETTI, Chiara, ROCA, Alejandra (orgs.). *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades*. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. Disponível em: <http://portal.abant.org.br/aba/files/CAP-163482366.pdf>. Acesso em: maio 2023.

OLIVEIRA, Daniele de. Branquitude e discurso racista em comentários ao webjornal Folha de São Paulo. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 53-70, 2022.

PEREIRA, Alexssandro da Silva, TEIXEIRA, Lucas Matheus Silva e PEREIRA, Rebeca Sales. Discurso. In: Machado, Lucineudo Irineu (orgs.). *Análise de Discurso Crítica: conceitos-chave*. 1. Ed.– Campinas, SP: Pontes Editores, p. 25-44, 2020.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder e classificação social. SANTOS, Boaventura de Souza, MENESES, Maria Paula (Orgs.). In: *Epistemologia do Sul*. Coimbra, Edições Almedina, p. 73-118, 2009.

IBGE. *Analfabetismo resiste no século 21*. Disponível em: Analfabetismo resiste no Brasil e no mundo do século 21 | Agência Brasil (ebc.com.br). Acesso em: maio 2023.

RENK, Valquíria Elita; BUZQUIA, Sabrina Pontes; BORDINI, Ana Silvia Juliatto. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. *Cadernos M*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 416-423, 2022.

RESENDE, Viviane. Estudos críticos do discurso, decolonialidade e outras histórias. Posfácio. Machado, Lucineudo Irineu. (org.) In: *Análise de Discurso Crítica: conceitos-chave*. 1. Ed.– Campinas, SP: Pontes Editores, p. 13-16, 2020.

RODEGHERO, Regina. A Branquitude e o Ensino de História: Onde o branco se esconde nas pesquisas sobre as relações étnico-raciais? *Revista Eletrônica História em Reflexão*, v. 17, n. 33, p. 52-79, 2023.

SAMAIN, Etienne. As peles da fotografia: fenômeno, memória-arquivo, desejo. *Revista Visualidades* (UFG), v. 10, n. 1, p. 151-164, 2012.

SANTOS, Bruna Morrana dos S. *Riqueza e sociedade na comarca de Aracaju: um estudo sobre a dinâmica familiar da primeira elite de Aracaju (1855-1889)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018a.

SANTOS, Rosana Menezes *et al.* Cartas entre elas o universo feminino retratado nas correspondências de mulheres do oitocentos. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE*, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2014b.

SANTOS, Boaventura de. Souza e MENESES, Maria. Paula. (Orgs.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2011.

SEGATO, Rita. *Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda*. Bazar do Tempo, 2021.

SILVA, Ana Paula Procópio da. Antirracismo no debate da formação social brasileira e classes sociais: desafio ao serviço social contemporâneo. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 25, p. 177-178, 2022.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode o subalterno falar?* Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2014.

SCHEFFER, Mário. *Demografia médica no Brasil 2020*. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/estudo_demografia_junho.pdf. Acesso em: maio 2023.

SCHUCMAN, Lia Vainer. *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*. Tese (Instituto de Psicologia), USP, 2012.

SOUZA NETO, Edvaldo Alves de. *Saindo das senzalas, mas não da história: libertos em Seara no pós-abolição (1888-1900)*. São Cristóvão: Editora UFS, 2017.

THEODORO, Mário. *Sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

VAN DIJK, Teun A. Discurso-cognição-sociedade: estado atual e perspectivas da abordagem sociocognitiva do discurso. Tradução de Pedro Theobald. *Letrônica*, Porto Alegre, v. 9, s8-s29, 2016.

VAN DIJK, Teun, MEDEIROS, B. W. L e ANDRADE, M. L. C. V. O. Análise crítica do discurso multidisciplinar: um apelo em favor da diversidade. *Linha D'Água*, v. 26, n. 2, p. 351-381, 2013.

VIEIRA, Viviane. A crítica como arte de fazer-se crítica. Machado, Lucineudo Irineu. (org.) *In: Análise de Discurso Crítica: conceitos-chave*. 1. Ed.– Campinas, SP: Pontes Editores, p. 13-16, 2020.

POSFÁCIO

O lixo vai falar numa boa e cada vez mais alto!

Esse foi o primeiro manuscrito que escrevi, submeti e publiquei sem coautoria. Ele data de junho de 2023. Se esta tese não fosse assistemática, como informado na introdução, ele certamente a inauguraria. Sua inserção aqui decorre da pertinência temática com o capítulo.

Inicialmente, minha proposta de pesquisa previa a análise de prontuários de usuários autodeclarados brancos no SUS, atendidos por mim, também mencionada na introdução. No entanto, o uso desses documentos para fins de pesquisa exige a autorização do Centro de Educação Permanente da SMS, mediante submissão de um conjunto de documentos pelo aplicativo "Aracaju Inteligente". Em 04/04/2023, encaminhei o projeto de pesquisa que estava em absoluta consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, garantindo anonimização e apresentação agregada dos dados. Esses documentos estavam assinados simultaneamente por mim, pelo orientador e pela coordenação do PPGPSI.

Após aguardar ansiosamente mais de um semestre, a Diretoria Jurídica da SMS indeferiu o pedido com o seguinte despacho:

Os autos administrativos foram direcionados à Coordenadoria do Núcleo Administrativo da Diretoria Jurídica desta SMS, no intuito de obter análise jurídica e orientação sob o prisma estritamente técnico, sem adentrar nos aspectos de conveniência do ato pretendido pela requerente. Via de regra, não há impedimento para realização de estudo/pesquisa de natureza acadêmica, desde que cumpridas as ressalvas previstas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e respeitados os limites próprios da atividade com o escopo do estudo, ou seja, que a utilização cumpra a finalidade, a boa-fé e o interesse público que justificaram a sua disponibilização, entretanto não é obrigação da Administração compartilhar os referidos dados, cuja concessão é discricionária, inclusive o estudo somente pode ser realizado sem comprometimento das atividades públicas. Deste modo, por se tratar de prontuários (...) de usuários e que somente estão disponíveis no serviço, de modo que não há viabilidade de acesso fora do horário de expediente, esta Diretoria Jurídica entende pela IMPOSSIBILIDADE da concessão do pedido.

Ficou evidente que o cerne da negativa não se restringia à proteção dos dados em si, cuja manipulação se encontrava devidamente prevista na proposta, mas à suposição de um conflito entre o exercício da assistência ao público e a atividade investigativa. Tal argumento, além de frágil, revela certo desprezo pelo trabalho intelectual, especialmente no campo das Humanidades, já que declararam não haver impedimento para estudos acadêmicos. Penso que, mais do que uma questão técnico-administrativa, o indeferimento retratou um cerceamento

simbólico para proteção da racialidade branca, frequentemente blindada por mecanismos diversos.

No tocante à gestão do meu tempo, trata-se de uma situação facilmente ajustada, pois existe, desde a implantação dos prontuários eletrônicos em 2017, um sistema no qual a produtividade dos profissionais é monitorada e mensurada, permitindo controle e vigilância em tempo real.

A morosidade da resposta institucional e o posterior indeferimento criaram um impasse metodológico em meu grupo de pesquisa, cuja tradição era mais afeita a abordagens atuariais. Diante dessa conjuntura, busquei alternativas e me aproximei dos Estudos do Discurso Crítico (EDC), especialmente a partir da obra do linguista marxista Teun van Dijk, por recomendação do orientador. Essa inflexão foi, sem dúvida, um dos saldos positivos da experiência inicial.

Diante da impossibilidade de utilizar os prontuários, considerei a aplicação de questionários ou a realização de entrevistas com os possíveis interlocutores da pesquisa. No entanto, essa alternativa demandaria novas aprovações da SMS e dos sistemas CEP/Conep, além de se distanciar do enfoque analítico do meu grupo de pesquisa, mais inclinado a dados dessubjetivados, despersonalizados e desistoricizados (Pereira, 2013). Minha experiência concreta no campo de prática e pesquisa tornava inviável a imparcialidade desejável, e eu mesma declinei, temendo a possibilidade de transferência discricionária e até processos judiciais movidos pelos usuários, dada a posição de privilégio social e político que eles ostentam.

Naquele momento, o regimento do PPGPSI exigia que doutorandos publicassem um manuscrito em coautoria com seus orientadores em periódicos *Qualis* A1 ou A2. Encaminhei uma versão preliminar do manuscrito ao orientador; contudo, percebi, por meio da caixa de diálogo no próprio arquivo, que a leitura fora interrompida logo após o resumo. Recebi elogios relacionados à minha capacidade analítica, mas também a solicitação de remoção da coautoria, sob o argumento de que nossos percursos haviam se bifurcado, embora isso, segundo ele, não implicasse o encerramento da orientação.

A justificativa também incluía preocupações quanto ao rigor científico, ou melhor, à sua suposta ausência. Apelei por nova leitura, dessa vez completa. Ele acatou. Parte das suas sugestões foi incorporada. Submeti o manuscrito como única autora, mesmo com insegurança jorrando pelos meus poros. Felizmente, o manuscrito foi aprovado sem exigências adicionais.

Esse episódio me deixou reticente quanto à inclusão do texto na tese, então planejada no formato *multipaper*. Também me trouxe dúvidas sobre futuras publicações e sobre como alcançaria as normas regimentais diante dos nossos pressupostos epistemológicos. Essas

interdições produziram um bloqueio psicológico, visto que concordo com Fávero (2020, p. 3518) que "não há inocência em uma pesquisa", pois "quem pesquisa, tem uma história. Tem um objetivo. Aparece entre os parágrafos, pois não é possível sair ileso em um texto".

Além disso, depois desse episódio, como diz Grada Kilomba (2019, p. 57), "lembro de ter parado de escrever por mais de um mês. Eu me tornei temporariamente sem voz". bell hooks (2019) teoriza sobre a escrita subalternizada, aludindo que essas evocam dor, decepção e raiva ao representar lugares que acabamos de chegar, mas nos quais não somos convidadas a permanecer.

Michel Foucault (1996) [...] chama a atenção para o fato de que não é qualquer pessoa, em qualquer lugar, que pode falar qualquer coisa. Esses mecanismos de interdição acentuam a anulação da voz feminina, do sujeito mulher que ousa escrever. Assim, se a mulher for negra, pobre, de um local fora do considerado centro, o sistema de exclusão/subalternização, por exemplo, é reforçado (Moreira, 2015, p. 78).

O impacto desse episódio foi ampliado pela dinâmica do grupo de pesquisa. Antes da submissão ao periódico e apresentação no Seminário de Pesquisa, orientandos precisavam compartilhar seus textos no grupo de *WhatsApp*. Eu já havia compartilhado a versão com a coautoria e depois da recusa, compartilhei outra, sem. No dia da apresentação, bastante envergonhada, inventei uma desculpa para justificar a exclusão do nome do orientador, pois era essencial deixar registrado que, naquela literatura menor, de baixa erudição, apenas minhas digitais cabiam.

Esse fato selou a passagem do meu lugar social de reprodutora – função historicamente imposta às mulheres na estrutura patriarcal e capitalista – para o de produtora de conhecimento, chancelado pelos pares. Numa perspectiva marxiana, qualquer mercadoria só adquire valor quando entra em circulação. Neste caso, a circulação do meu manuscrito significou que

[...] eu posso e que eu escreverei, sem me importar com as advertências contrárias. Escreverei sobre o não dito, sem me importar com o suspiro de ultraje do censor e da audiência. Finalmente, escrevo porque tenho medo de escrever, mas tenho um medo maior de não escrever (Glória Anzaldúa, 2000, p. 232).

Lélia Gonzalez (1984, p. 225), possivelmente foi uma das primeiras intelectuais negras a enfrentar as interdições veladas nas esferas de produção, circulação e reprodução do conhecimento brasileiro. Em sua reflexão, afirma com contundência:

O risco que assumimos aqui é o ato de falar com todas as implicações. Exatamente porque temos sido falados, infantilizados (*infans*, é aquele que não tem fala própria, é a criança que se fala na terceira pessoa, porque falada pelos adultos), que nesse trabalho assumimos nossa própria fala. Ou seja, o lixo vai falar e numa boa, cada vez mais alto!

7 AUTOETNOGRAFIA SOBRE AS DIMENSÕES DO PRIVILÉGIO BRANCO DA CLASSE MÉDIA BRANCA NO SUS

De inspiração autoetnográfica, este estudo investiga como o privilégio branco se manifesta nas experiências herdadas e compartilhadas por usuários da classe média (AB) no SUS. Aceitei o convite de Gloria Anzaldúa (2000) para pôr minhas tripas no papel, incorporando observações e intervenções profissionais, potencialmente catalisadoras desse fenômeno.

Em consonância com Lima (2024, p. 4), “a pesquisa autoetnográfica é corporificada, experienciada e construída na trajetória do pesquisador. Portanto, não pode ser uma pesquisa previamente pensada”. Nessa mesma linha, Gama (2020) argumenta que a experiência do pesquisador constitui o próprio dado de pesquisa. Thompson (1981) acrescenta que a experiência compreende respostas mentais e emocionais a eventos interligados, não se limitando a reações passivas, mas impulsionando processos de reflexão crítica sobre o contexto social em que tais situações emergem. Essas notas autoetnográficas partem do pressuposto de que as subjetividades dos interlocutores da pesquisa se constituem no campo da saúde pública, em articulação com as determinações históricas e estruturais que moldam as relações raciais no país.

Como já abordado, a construção do Estado brasileiro racializado ocorreu no contexto do colonialismo e da escravidão, consolidando-se por meio dos mitos da democracia racial, da meritocracia e da pretensa universalidade da modernidade ocidental (Rosely Anacleto, 2025; Aparecida Bento, 2002; Souza, Medeiros, Mendonça, 2020; Mendonça, Gonçalves, 20120; Medeiros, 2020). Essa formação está profundamente ligada à lógica da colonialidade do poder, na qual “raça e divisão do trabalho estiveram estruturalmente associadas e se reforçam mutuamente” (Quijano, 2009, p. 118), mesmo após o fim do colonialismo formal. Tais processos históricos continuam atuando de maneira difusa nas instituições sociais, como o SUS, onde marcadores sociorraciais perpetuam desigualdades materiais e simbólicas.

A essas determinações estruturais somam-se experiências que, com base em minhas reflexões profissionais, indicam uma customização dos serviços do SUS voltada para a classe média branca dos estratos socioeconômicos “AB”, revelando as dimensões de um privilégio branco enraizado em mais de quatro séculos de história.

7.1 Sobre as implicações éticas

A trajetória não linear desta pesquisa, em decorrência das interdições superpostas, me levou a um deslocamento metodológico de uma abordagem imparcial para uma autoetnografia encorpada. Ao assumir o papel de uma “*outsiders within*” (forasteira de dentro), proposto por Patricia Hill Collins (1986), obtive uma visão privilegiada das dinâmicas institucionais vivenciadas, todavia a matização dos papéis de profissional, pesquisadora e observadora participante gerou dilemas éticos sobre o que narrar, como narrar, o que silenciar e por quê.

Para garantir a privacidade dos usuários, respeitando o sigilo previsto no Código de Ética dos Assistentes Sociais e os princípios da pesquisa científica, bem como para resguardar minha própria segurança frente a possíveis retaliações oriundas da academia e da investigação de um grupo socialmente poderoso, estabeleci procedimentos rigorosos de anonimato.

Isto foi feito através do embaralhamento de gêneros, datas e demandas, sem prejuízo para a análise dos dados. Os usuários brancos foram codificados como “Eu hegemônico” (Sueli Carneiro, 2023) e os usuários negros como “Não ser” (Fanon, 2008). Os trechos selecionados para a análise foram escolhidos estritamente pela relevância temática, e não por detalhes biográficos específicos dos participantes.

7.2 Sobre os serviços de saúde autoetnografados

O “campo-tema” desta pesquisa transcende uma delimitação geográfica específica (Spink, 2003) e ocorreu de forma multisituada: a UBS Dona Sinhazinha e o Pronto Socorro do HUSE, em Aracaju, e o IMIP, em Recife. As experiências hospitalares não foram recentes. Esse distanciamento temporal, casualmente, também incidiu numa transformação social do meu próprio estatuto, passando da condição de trabalhadora subalternizada para a de doutoranda/pesquisadora, com a possibilidade de “erguer a voz [e a escrita]” (bell hooks, 2019) e aprofundar a análise das situações experienciadas. Essa transição, não anulou a produção de um conhecimento situado a partir das margens, representou tão somente uma movência dentro dessas mesmas estruturas, complexificando a problematização do meu objeto.

Revisitei meu passado sob um novo prisma analítico, mobilizando a memória na perspectiva adotada por Lélia Gonzalez (1984), como um “não-saber que conhece”: um espaço dialético onde marcas históricas que resistem ao apagamento e ao encobrimento impostos pelo discurso colonial. Recolhi, algumas “memórias da plantação” (Grada Kilomba, 2019) que atravessaram minha prática profissional. Outros estudos autoetnográficos também utilizaram a

memória para reexaminar fatos passados à luz de novas epistemes, como o de Santos (2017), Oliveira e Ricoldi (2022), Brito (2024) e Souza e Nascimento (2023).

No caso da UBS, os dados são mais recentes, provenientes de observação participante e registros em diário de campo iniciados em 2023, durante o retorno gradual à "normalidade" pós-pandemia. Naquele período, embora vinculada a outra linha de pesquisa, eu já anotava situações cotidianas para reflexões pessoais e profissionais. Com a mudança de enfoque, parte desses registros foi integrada à pesquisa atual, sendo o último excerto adicionado em meados de 2024.

Dirigi minha observação ao movimento interno e externo do “Eu hegemônico” em diversos espaços da UBS, como estacionamento, recepção, imediações dos consultórios, salas de vacina, gerência e almoxarifado. Priorizei os atendimentos que realizei, tanto na UBS quanto em visitas domiciliares; estas últimas ocorrem em dois casos: usuários acamados ou com mobilidade reduzida, e para elaboração de relatórios solicitados pelo Ministério Público, Tribunal de Justiça, Conselho Tutelar, Defensoria Pública e Delegacia de Grupos Vulneráveis. Incorporei também fragmentos de diálogos com outros profissionais da equipe. Os apontamentos foram registrados logo após os eventos, geralmente quando eu estava sozinha. Dez excertos compõem essa autoetnografia, complementada por legislações e literatura especializada.

7.3 Sobre meu escopo de prática

Meu escopo de prática é amplo e embasado na determinação social do processo saúde-doença. No atendimento direto aos usuários, realizo ações socioassistenciais, articulação interdisciplinar e práticas socioeducativas (Cfess, 2010), incluindo consultas sociais, atendimentos domiciliares, visitas institucionais, orientações, encaminhamentos e elaboração de documentos técnicos privativos do assistente social, como estudos, laudos, pareceres, perícias e relatórios sociais. Além disso, viabilizo o acesso a direitos e benefícios sociais, alinhando-me aos princípios de intersetorialidade e integralidade na assistência à saúde.

Em Aracaju, os assistentes sociais integram a Estratégia de Saúde da Família desde 1997, com a lotação de um profissional por UBS. A equipe de Saúde da Família é composta por agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, enfermeiros, médicos e odontólogos. Algumas UBSs, como a que trabalho, são referência em Saúde da

Criança e Saúde Mental, contando com pediatra e psicólogo⁵⁴. Os serviços de apoio (recepção, limpeza e apoio administrativo) são terceirizados. A gerência é um cargo de livre nomeação pela gestão municipal. A UBS dispõe de uma recepção espaçosa, sala de reunião, sala de vacina, farmácia, almoxarifado e nove consultórios interprofissionais, todos climatizados e equipados com computadores com acesso à internet. Desde 2017 trabalhamos com prontuários eletrônicos.

7.4 Sobre o perfil dos usuários

Os sujeitos da pesquisa são usuários brancos e de classe média (estratos “AB”), que recorrem ao SUS esporadicamente. Embora usuários negros apareçam nas cenas, não são os interlocutores centrais do estudo e a participação decorre de o tema ser naturalmente relacional. Os usuários analisados possuem ocupações de elevado prestígio socioeconômico, com destaque para os servidores públicos das três esferas de governo, atuantes nos poderes executivo, legislativo e judiciário. Profissionais liberais, em bem menor proporção, também comparecem.

7.5 As cenas autoetnografadas: dimensões do privilégio branco

Escrevo o que vejo
Escrevo o que vivo
(Carolina Maria de Jesus)

Retomo aqui a afirmação inicial de que esta pesquisa se inscreve em um diálogo de fronteira entre o marxismo, algumas formulações foucaultianas e os estudos críticos da branquitude, sustentado por uma concepção de ciência comprometida com a transformação social e orientada por princípios anticapitalistas, anticolonialistas e antirracistas. A perspectiva marxiana que adoto está ancorada em Edward Palmer Thompson, embora reconheça que sua produção teórica se concentrou na formação da classe operária britânica, inclusive em contextos pré-capitalistas.

⁵⁴ Dentre as 45 UBS do município, 13 são designadas como “Referência em Saúde Mental”, contando atualmente com psicólogo e psiquiatra. No entanto, o psiquiatra vinculado à UBS aposentou-se recentemente e não há previsão de reposição. Nesses serviços, o atendimento ocorre mediante encaminhamento, ao passo que, nas equipes da Estratégia Saúde da Família, não há essa imposição. Além disso, enquanto os serviços de referência abrangem usuários de diferentes bairros, os da Estratégia Saúde da Família restringem-se, em regra, aos moradores e trabalhadores domiciliados na área de abrangência da UBS.

Para evitar transposições mecânicas entre formações sociais historicamente distintas, especialmente considerando o legado colonial e escravista que conforma o Brasil, recorro à sua obra como ferramenta heurística, atualizando suas categorias à luz da realidade brasileira. Essa opção epistemológica valoriza criticamente os aportes produzidos no Norte global, mas reivindica centralidade para os saberes forjados no Sul (Bernardino-Costa, 2007). Reafirmo, por fim, nesta pesquisa, meu compromisso ético-político prioritário com as margens, razão pela qual adotei uma abordagem interseccional a partir de Patricia Hill Collins e Bilge (2021), que não se resume a descrever a unidade "exploração-opressão" (Pinheiro, 2022), mas tem por horizonte a denúncia e a superação.

7.5.1 *Vá você mesma buscar o prontuário. A médica da sala sou eu!*

Aracaju, 2017, UBS Dona Sinhazinha. Até esse incidente, eu não me sabia negra. No primeiro semestre trabalhando nesta UBS, atendi a uma médica (na condição de usuária, não como colega de trabalho) que se recusou a cumprir as normas institucionais: dirigir-se à recepção, pedir para abrirem seu prontuário (à época ainda físico, e não eletrônico, como agora), informar de qual profissional desejava atendimento e aguardar sua vez. Tal como o senhorio branco, que circulava livremente, isento de interdições durante a colonização (Ynaê Santos, 2022), ela invadiu a sala antes mesmo da conclusão do atendimento em curso, exigiu celeridade e disse que eu mesma fosse buscar o prontuário: "A médica da sala sou eu", vociferou. Salto alto, roupa formal e acessórios revestiam aquele corpo branco, esguio, com unhas feitas e cabelos castanhos muito lisos, ultrapassando os ombros.

Apesar da voz altiva e da ameaça de fazer ouvidoria ou ligar diretamente para o prefeito, eu não a obedeci. Narciso realmente acha feio o que não é espelho⁵⁵. Afirmo calmamente que, se ela não acolhesse o fluxo, o atendimento sequer começaria. Inconformada em ser confrontada, ela se dirigiu ao gerente, também branco. Atônito, ele se apressou em abrir o prontuário e rapidamente a recolocou na minha sala, passando-a na frente dos demais, que não protestaram. Intimidaram-se com o poder que ela performava.

Parafraseando Thompson em *Costumes em Comum* (1998), a cena descortina a experiência histórica herdada pelo segmento em análise ao negociar regras conforme seus próprios interesses, reivindicando privilégios com base na sua formação profissional e agindo a partir de uma experiência de classe que naturaliza a excepcionalidade como um suposto

⁵⁵Inspirada na música "Sampa" de Caetano Veloso, gravada em 1978, no álbum "Muito -dentro da estrela azulada".

direito. Neste mesmo livro, o pensador marxiano mostra como grupos privilegiados desenvolvem táticas de apropriação simbólica de espaços públicos (como terras comunais), tratando-os com novos cercamentos, marginalizando os demais usuários, e convertendo o atendimento numa espécie de feudo particular. Minha resistência, porém, tornou-se um “momento thompsoniano” de ruptura: ao confrontar suas expectativas, expondo a contradição entre a regra formal (SUS universal) e a prática de classe (SUS como extensão do lar burguês). Consoante Thompson, “a classe é uma relação, não uma coisa”, e ali, por alguns minutos, essa relação foi desnudada.

O “poder da caneta” que eu detinha para prosseguir com seu atendimento representava momentaneamente uma inversão atípica das hierarquias sociais e relacionais presentes na sociedade brasileira. Acostumada a ocupar posições de comando, confrontou-se com uma assistente social negra que não cedeu às suas ordens e rapidamente reagiu. O gerente, num nítido exemplo de subscrição do pacto narcísico da branquitude (Aparecida Bento, 2022), habilmente restabeleceu a hierarquia racial tradicional. Tentando evitar conflitos, inclusive pela vulnerabilidade do seu cargo, adotou uma decisão que não foi neutra.

Thompson (1987 [1963]) argumenta que os sujeitos “descobrem a si mesmos como uma classe através das lutas cotidianas”. Neste episódio, médica e gerente reforçaram a solidariedade mútua da fração de classe pesquisada e da raça branca, mesmo ocupando posições distintas no serviço de saúde. Na perspectiva de Sovik (2002, p. 6), “branquitude implica desempenhar um papel com certa autoridade, facilitando trânsito e derrubando barreiras”, em contrapartida, eu vivi o momento em que “o sentido já estava lá, preexistente, esperando-me” (Fanon, 2008, p. 104). Ao obter deferências do sistema público, ela explicitou o privilégio branco, enquanto os demais usuários, intimidados, aceitaram a subversão da ordem de atendimento, revelando como hierarquias sociais e raciais se naturalizam no cotidiano institucional.

Estando eu em ascensão social, senti na pele o que Neusa Sousa (2021) sintetiza em “tornar-se negra”, particularmente nessa situação, em que contornos coloniais foram recompostos, vinculando-me a uma subalternidade presumida, da qual venho tentando escapar⁵⁶.

7.5.2 *Por que vou informar minha renda se o SUS é universal?*

⁵⁶ Aqui, retomo a experiência de Frantz Fanon, que só reconheceu sua negritude ao deixar a Martinica, onde havia paridade racial, e ser interpelado na França por uma criança: “*Olha, mamãe, um negro!*”. Sua negritude, até então não percebida, foi imposta como marca social pelo olho branco colonizador.

Recife, 2002. O Instituto IMIP estava em transição para se tornar o que hoje é: um hospital universitário de reconhecimento internacional. Éramos apenas cinco assistentes sociais, com uma recém-promovida a *ombudsman* (uma espécie de ouvidora-mor). O hospital já era muito grande e Recife já havia se consolidado como o segundo maior polo médico-hospitalar do Brasil, atrás apenas de São Paulo. Eu trabalhava no turno matutino, com uma escala multifacetada: no ambulatório geral, no planejamento familiar, com as famílias assistidas pelo Método Canguru da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁵⁷ e também no internamento. Atendia famílias de todo o Brasil e até de países vizinhos, arranhando um portunhol, pois o hospital era referência em saúde materno-infantil e na assistência à saúde integral de mulheres e crianças com doenças raras. Lembro-me de noites insones após ver recém-nascidos que ficavam confinados "para estudo".

Antes de discutir o que pretendo abordar, problematizarei uma descoberta que emergiu apenas durante esta etapa da pesquisa: ao acessar o aplicativo "carteira de trabalho digital", que recupera informações contidas na carteira de trabalho física, deparei-me com uma imagem (Figura 18) que comprova a assertividade do conceito de colonialidade nas práticas sociais contemporâneas. Consoante Veyne (1998, p. 243), "é preciso desviar os olhos dos objetos naturais para perceber uma certa prática [...] Que os objetivou sob um aspecto datado".

Figura 19- cópia das carteiras de trabalho digital e física do ministério do trabalho e emprego (MTE)

INSTITUTO DE MEDICINA
PROFESSOR FERNANDO
IMIP
 CNPJ: 10.988.301/0001-29

DETALHES **ANOTAÇÕES** **G**

4 REGISTROS

- Rescisão contratual em 01 ABR 2002
- CBO Cargo exercido 9999-99 de 01 MAR 2002 a 01 ABR 2002
- CBO Cargo exercido 2516-05 de 01 FEV 2002 a 28 FEV 2002
- Admissão em 01 FEV 2002

CONTRATO DE TRABALHO
 16
 Instituto Materno Infantil de Pernambuco IMIP
 Rua dos Coelhos, 300
 CG/ME - End. Telog. - INFANTE - Caixa Postal 1393
 FONES: 231-1577 - 231-1850 - 231-1814 - 222-8591
 Município Recife - PE - Est.
 Esp. de estabelecimento Hospitalar
 Cargo Assistente Social
 CBO nº 07315
 Data admissional de 01 Fevereiro de 2002
 Registro nº 6564
 Remuneração especificada R\$ 509,54
 Quinhentos e nove reais e cinquenta e quatro centavos por mês.
 Data saída de 01/04/2002 de 2002
 Assinado por Carlos de Aquino
 Ass. de Emprego e Proteção ao Trabalho IMIP

⁵⁷ O Método Canguru defende a garantia da humanização ao neonato prematuro e de baixo peso, voltando-se à integralidade e à singularidade de cada recém-nascido, com olhar ampliado sobre seu processo de saúde, não se reduzindo ao quadro clínico que apresenta.

Fonte: a autora

Na consulta ao documento digital, constatei que fui misteriosamente rebaixada do Código Brasileiro Ocupacional (CBO) destinado a assistente social, inicialmente 07315 e posteriormente modificado para 2516-05, para a classificação 99999-99, categoria genérica que designa trabalhadores da conservação, manutenção e reparação, me confinando em funções braçais e subalternizadas.

Esse rebaixamento evocou a representação da tela *A Negra* de Tarsila do Amaral, que retratou sua mãe preta em servidão doméstica, condensando séculos de herança escravocrata que sobrevive nos sistemas administrativos contemporâneos. O que deveria ser instrumento de reconhecimento profissional transformou-se em dispositivo de racialização, evidenciando como as tecnologias digitais podem reproduzir violências históricas sob aparente neutralidade técnica.

De acordo com Sueli Carneiro (2023), o dispositivo de racialidade no Brasil deve ser analisado à luz da concepção foucaultiana de discurso como prática social, inteligível apenas se historicamente situado. No episódio em questão, a percepção de que meu fenótipo seria incompatível com o exercício de uma atividade intelectual, em especial na área da saúde, bastante hierarquizada e brancocentrada, cercada por colegas brancas – uma das quais nomeada como ouvidora-chefe – revelou os mecanismos "não ditos" de assujeitamento. Foram em experiências semelhantes que, sagazmente, o Movimento Negro se unificou, agrupando pretos e pardos sob uma mesma classificação política (negro), pois ambos enfrentam os efeitos de um sistema que os racializa e hierarquiza incessantemente (Sueli Carneiro, 2023).

Passo a analisar meu objeto de pesquisa. No final dos anos 1990, a raça ainda não era uma pauta política relevante nem havia sido incorporada na grade curricular do Serviço Social. Mas isso não era exclusividade minha. Arriscaria dizer que, naquele contexto, os profissionais de saúde acreditavam atender sujeitos desracializados, apesar das evidentes diferenças de aparência e também das desigualdades presentes nas determinações sociais da saúde. Contudo, o conceito de classe social já fazia parte do meu repertório crítico. Vindo de uma origem vulnerabilizada, possivelmente elegível para o Programa Bolsa Família (inexistente à época), talvez eu já intuisse que a raça informa a classe, como postula Angela Davis (2016).

A dispersão geográfica dos usuários por todo o território nacional, somada ao acompanhamento prolongado nas dependências hospitalares, tornava recorrente a minha atuação nas orientações sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), política social instituída em 1999 e ainda vigente. O TFD prevê cobertura de transporte, alimentação e hospedagem para pacientes e acompanhantes, mediante justificativa médica e disponibilidade orçamentária dos

entes federativos. À época, observava-se um crescimento do número de famílias oriundas de outros estados e dos interiores em situação periclitante, algumas literalmente "a pão e água", que eram encaminhadas ao Serviço Social diante de necessidades vitais que ultrapassavam os protocolos institucionais.

A Portaria nº 55/1999 do Ministério da Saúde delimita as despesas passíveis de cobertura pelo TFD e exige a comprovação de indisponibilidade do procedimento no local de origem. Embora os valores sejam padronizados, os fluxos administrativos variam entre os entes, gerando descompassos no acesso. Com base na determinação social do processo saúde-doença, era imprescindível investigar as condições concretas de vida dos usuários, como renda e redes de apoio. Em casos específicos, eu elaborava pareceres técnicos para justificar a manutenção do acompanhante sob responsabilidade do hospital, até obtenção de uma respostas definitiva sobre o TFD.

Questionar a renda de famílias abastadas sempre foi um obstáculo, tratado com rodeios, melindres e justificativas previamente ensaiadas, antecipando as resistências que eu já sabia que ocorreriam. Essas barreiras, porém, não me detinham, pois, presumir realidades sociais era inviável. Em muitos casos, minhas perguntas eram respondidas com outra pergunta: "*Por que vou informar minha renda se o SUS é universal?*" Seguia-se então uma sensação de desconforto que se desdobrava na dificuldade de fazer qualquer outra pergunta, gerando consequentemente relatórios praticamente lacônicos, diante do embotamento de alguns desses usuários.

Era comum perceber que portavam códigos próprios, como o tratamento mais intimista com médicos diretamente pelo prenome sem a reverência de "doutor". Cordialmente, citavam publicações científicas como se estivessem testando o conhecimento da equipe de saúde, sobretudo das profissões não centradas em intervenções biológicas. Não raro, comparavam nossas condutas com profissionais de outros estabelecimentos de saúde, o que não significava que agissem com antipatia ou arrogância, pelo contrário; muitos tinham relações de fino trato, literalmente "fidalgas". Também era recorrente a menção a exames e procedimentos particulares, e ocasionalmente solicitação de cópias de seus prontuários pessoais. Sei que se trata de um direito, porém a minha sensação era de uma vigília sobre o que descrevíamos naquele pedaço de papel.

Quando encaminhadas ao Serviço Social, já vinham munidas de argumentos jurídicos sobre seus direitos no SUS e na interface com outras políticas públicas. Demonstravam também conhecimento de fluxos, hierarquias e protocolos e sabiam quando apelar para o princípio da universalidade e quando invocar a individualização do cuidado.

Por outro lado, famílias negras e pauperizadas costumavam se apresentar de forma mais discreta, às vezes, com certo ar de submissão. Se antecipavam a apresentação de documentos, nem sempre solicitados. Dificilmente contestavam orientações, mesmo quando suas expectativas eram frustradas. Quando indagadas sobre renda, detalhavam gastos, justificavam escolhas e praticamente se desculpavam pela própria vulnerabilidade social. Eu me desdobrava para que os documentos técnicos, a exemplo do que aprendi na graduação, não se assemelhassem a um balancete contábil, centrado na receita e despesa, entrada e saída de recursos. Minha interpretação da realidade social, sob a ótica marxiana, não reduz classe social ao tamanho do bolso de ninguém, mas também não ignora esse indicador, que é um parâmetro considerável para a equalização da “universalidade vs. equidade”.

A diferenciação não residia apenas na situação econômica, mas fundamentalmente na relação com o poder institucional. O segmento de classe examinado parecia incorporar o papel de consumidores dos serviços públicos, reivindicando qualidade, celeridade e negociando condições. A população negra, em determinadas conjunturas, assumia a posição de beneficiária, demonstrando constantemente um pretense débito perante o sistema que a assistia. Nossa histórica exclusão dos espaços decisórios de onde se originaram as políticas públicas, combinada com um controle social (conselhos municipais e conferências) dotado de poder deliberativo bastante acanhado, possivelmente contribui para a compreensão de perfis tão contrastantes.

Consoante Thompson (1987 [1963], p. 10 -grifo meu) “a classe *acontece* quando alguns homens, como resultado de experiências comuns (herdadas ou partilhadas), sentem e articulam a identidade de seus interesses entre si e contra outros homens cujos interesses diferem dos seus”. Inicialmente convém destacar a ênfase conferida ao verbo “acontecer”, o que significa que para o autor, classe social não é um conceito previamente definido e acabado, mas se processa em ato, cujo futuro ocorre como um devir não preditivo, com desfecho já traçado. A recusa em falar de renda pode ser interpretada como uma ação consciente de ocultamento das condições materiais reais, na tentativa de resguardar os privilégios herdados, pois não se pode eliminar a agência do ser social (Thompson, 1981). Informar renda talvez significasse condescender com critérios redistributivos, ameaçando interesses pessoais. Significava admitir que, numa sociedade desigual, direitos universais são potencialmente perpetradores de vantagens para determinados grupos.

Ainda na graduação, aprendi sobre a importância da ampliação e democratização do acesso nas políticas públicas, mas não com a mesma ênfase sobre os fundamentos da justiça distributiva, tal como formulada por Marx: “de cada um segundo suas capacidades, a cada um

segundo suas necessidades" (Marx, 2015 [1875]). Tal princípio, residual na formação e invisível na prática institucional, ainda encontra pouca ressonância e me faz questionar se o princípio da equidade do SUS é “lei pra inglês ver” ou se tem função prática.

A própria legislação do TFD subordina a assistência material à capacidade orçamentária dos entes federativos, os quais vêm sofrendo contingenciamentos sucessivos em decorrência de políticas neoliberais, como o novo arcabouço fiscal. Ao uniformizar sujeitos sociais e racialmente desiguais, a política acaba por reforçar as assimetrias que deveria mitigar. Como alerta Sueli Carneiro (2023), a vida branca é reiteradamente sacralizada, enquanto a vida negra permanece à margem, inclusive nas políticas públicas.

A legislação revela-se indiferente às especificidades de certos grupos, tornando-se socialmente injusta ao colocar em pés de igualdade herdeiros e espoliados da colonização/escravidão. A recusa em informar a renda expõe a hipocrisia iluminista (Ynaê Santos, 2022), que desde a pós-independência proclamou direitos universais, mas sob a perspectiva do senhorio branco. Ignorar esses aspectos permite "não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros: no final das contas, são interesses econômicos em jogo" (Aparecida Bento, 2022, p. 3).

O princípio da universalidade é fragilizado a partir das formas em que o sistema de saúde é configurado, isto tem implicações na efetividade dos outros princípios fundamentais do SUS, como a equidade, em que as necessidades dos sujeitos e suas capacidades devem ser consideradas. Em um contexto de desigualdade social, isso se reflete nos limites do acesso aos serviços e, consequentemente, na garantia do atendimento integral (Sousa, 2014, p. 231).

Como doutoranda/pesquisadora, ao revisitar essas experiências, "erguendo a voz [escrita]" (bell hooks, 2019), questiono também a persistência de práticas herdadas do tráfico transatlântico. A classe média branca, sempre que possível, confronta ou subverte os protocolos institucionais, enquanto pessoas vulnerabilizadas não escapam do escrutínio e interrogatórios, mesmo sob o pretexto de "ajuda". Essa dinâmica, alinhada à lei, reflete a atuação do dispositivo de racialidade e confirma as conclusões de Bairros, Hillesheim e Silva (2019, p. 83), de que "os efeitos da desigualdade racial não são compatíveis com os princípios do SUS".

7.5.3 Como assim, ele não tem direito ao Seguro DPVAT?

Aracaju, 2010. Na Fundação Hospitalar de Saúde, trabalhei nos plantões noturnos do Pronto-Socorro do Hospital de Urgência de Sergipe até 2016. Desde 2009, a expansão dos

serviços de mototáxi e, gradualmente, de telentrega começou a sobrecarregar as urgências com acidentados, criando uma demanda inicialmente não dimensionada (Ferreira, 2020, 2021). Nesse cenário, também aumentaram os casos de comunicação de notícias difíceis aos familiares, exigindo da equipe interdisciplinar maior preparo emocional (Marth; Soares, 2017).

O perfil das vítimas era predominantemente composto por homens, jovens, negros, com vínculos laborais frágeis ou inexistentes (Brasil, 2023). Além de mais numerosos, apresentavam maior gravidade nos desfechos terapêuticos: amputações, redução da mobilidade, invalidez, aposentadorias precoces e mortes. Esses eventos impunham sofrimento psíquico e uma série de questões sociais até então não vivenciadas por eles e seus familiares (Marth; Soares, 2017).

O seguro DPVAT, regulamentado pela lei nº 6.194/1974, foi obrigatório para todos os proprietários de veículos até sua descontinuidade em 2020. Parte de sua arrecadação era destinada ao financiamento do SUS. Em 2018, os motociclistas arcavam com valores superiores aos dos proprietários de carros particulares (R\$ 85,54 contra R\$ 16,21), em razão do risco atribuído à condução de motos (Angelo, 2024). As indenizações cobriam três modalidades: morte (R\$ 13.500,00), invalidez permanente (até R\$ 13.500,00) e Despesas com Assistência Médica e Suplementares (DEAM) no valor de R\$ 2.700,00, mediante apresentação de nota fiscal e prescrição médica. Atendimentos realizados pelo SUS ou por convênios privados não eram reembolsados.

A exigência de pagamento prévio para reembolso das DEAMs instaurava um paradoxo: os motociclistas mais vulnerabilizados e consequentemente inscritos no signo da morte (Sueli Carneiro, 2023), eram justamente os que não dispunham de recursos para antecipar os custos exigidos, embora arcassem com tributos mais onerosos e estivessem mais expostos a riscos. Assim, o dispositivo de racialidade canalizava recursos arrecadados de maneira universal dos motoristas, tornando-os praticamente privativo do grupo vinculado ao signo da vida (Sueli Carneiro, 2023). É possível, com isso, estabelecer alguns traços de continuidade com a Lei do Ventre Livre, em que, para favorecer o senhorio branco, o próprio Estado colaborava com os riscos de desenlace do núcleo familiar, separando mãe e filho. No caso aludido, o destroçamento familiar se dava pela via da morte e independentemente do grau de parentalidade, o que Mbembe (2018) acertadamente designou como necropolítica.

Durante os atendimentos, ao informar que o usuário, o “Não ser 1”, não era elegível para o reembolso (pago por uma seguradora), era frequente ouvir: *"Como assim, ele não tem direito ao seguro DPVAT?"* O valor, ainda que modesto, para nós dessa opaca classe média, representava quase dois Salários Mínimos e era aguardado com muita expectativa pelas famílias. Homens jovens, negros, que sustentavam famílias inteiras dependurados numa moto,

descobriam que o seguro compulsoriamente imposto para viabilizar seu “ganha-pão”, não os protegia quando mais precisavam.

Não por acaso, Clóvis Moura (1992, p. 8) observa que “em todas as áreas do Brasil, os negros construiriam a nossa economia em desenvolvimento, mas, por outro lado, foram sumariamente excluídos da divisão dessa riqueza”. Experiências como a vivenciada na DEAM levam-me a refletir sobre o descrédito e a resistência de tantos jovens em relação às instituições públicas na atualidade, alguns dos quais aderiram à lógica neoliberal, da qual me aparto.

Esse cenário de vulnerabilidade e perda de agência remete-me, também, à novela *A Metamorfose*, de Franz Kafka, contrerrâneo do filósofo húngaro Georg Lukács. Nas abordagens de Cuidados Paliativos que realizava no outro vínculo, eu observava semelhança ao que Gregório Samsa, protagonista da novela, vivenciou: ao despertar de sonhos intranquilos, encontrava-se recluso à cama e transformado em um corpo estranho, mas ainda assim, obsessivamente preocupado com a perda da sua capacidade produtiva e com o pavor de se tornar um fardo para seus familiares.

O argumento de que o pagamento prévio é típico do mercado securitário deve ser nuançado, pois, neste caso, o próprio Estado regula, arrecada e administra, como fazia o Banco do Brasil durante a escravidão (BBC, 2023). Isso contraria frontalmente as alegações aduzidas pela ala eurocomunista do MRSB, sobre a hipotética neutralidade estatal de um país situado na periferia do capitalismo e marcado por um *ethos* colonial. Ao instituir um seguro obrigatório que penaliza os mais vulnerabilizados e eclipsa a historicidade desse mesmo grupo, comprova-se em alguma medida, a vigência da colonialidade do poder sustentada por Quijano (2009).

Na outra ponta, homens brancos resgatados pelo SAMU em vias públicas e levados ao HUSE eram frequentemente transferidos para unidades privadas, a pedido. Nessas unidades, acessavam serviços de reabilitação e, por poderem custear despesas extras não cobertas por convênios, aceleravam sua recuperação, tornando-se elegíveis para a DEAM, não casualmente chamada de “prêmio”.

Vítimas negras, sem recursos para tratamentos privados, permaneciam no SUS, enfrentando filas longas e limitações, sobretudo em serviços como fisioterapia. Nessa perspectiva, a DEAM também parecia a reatualização, em alguma proporção, da Lei dos Sexagenários (1885), que mesmo tendo formalizado a liberdade, tornou-se praticamente inacessível à comunidade negra que raramente alcançava 60 anos. De forma análoga, a DEAM dificilmente abarcava suas maiores vítimas, operando como simulacro de cidadania para seus maiores contribuintes.

7.5.4 A senescência branca e o colonialismo digital

A presença de superidosos⁵⁸, inclusive centenários, foi um dado inédito para mim ao iniciar minha trajetória na UBS Dona Sinhazinha, após uma década trabalhando em outra, localizada num bairro popularmente conhecido pela alcunha de “Terra Dura”, situado nas bordas de Aracaju. Nesta UBS, o público atendido era majoritariamente jovem, e minha principal demanda consistia no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), voltado a famílias vulnerabilizadas, sobretudo mulheres em idade fértil (até 44 anos) e crianças de até 7 anos. Semestralmente, acompanhava cerca de 3 mil beneficiários.

A mudança de território descortinou um contraste demográfico cuja profundidade eu desconhecia. Na UBS Dona Sinhazinha, o número de beneficiários do PBF despencou para 42 por semestre, indicador da menor vulnerabilidade social da população adscrita. Por outro lado, o número de pessoas idosas beirava 600 por ano, confirmando que a longevidade é um privilégio social e racialmente determinado. Essa constatação encontra respaldo nos resultados da pesquisa sobre envelhecimento e iniquidades raciais com 1.244.371 pessoas idosas, das quais 771.510 eram brancas, 384.511 pardas e 88.350 pretas:

[...] 48% dos brancos têm convênio ou plano de saúde, enquanto aproximadamente 80% dos pretos e pardos usam o SUS. [...]. Foram notáveis a proeminência de brancos, principalmente entre os [idosos ainda] mais velhos [...]. No tocante à situação econômica, os idosos pretos e pardos foram, proporcionalmente, os que mais responderam não possuir renda suficiente para suas despesas diárias e os que mais trabalhavam na época. [...] (Silva *et al.* 2019, p. 9, 10).

Esta configuração demográfica espelha o que Salata e Scalón (2015) identificaram como a classe média tradicional "AB", composta por indivíduos brancos que ocupam posição privilegiada em termos de renda, escolaridade, acesso a bens e serviços e prestígio ocupacional, exemplificando a desigual, porém favorável longevidade de um grupo específico.

Outra questão congruente com minha experiência diz respeito ao fato de a maioria dos idosos brancos residir em condomínios fechados, dificultando inclusive uma amostra ainda mais robusta na pesquisa acima. Em 11 de abril de 2023, fui junto com outra profissional de saúde realizar dois atendimentos domiciliares. No diário de campo, fiz o seguinte registro sobre "O Eu hegemônico 1": "visita flopada (frustrada), o prédio é tão monumental que não chegamos

⁵⁸ A Lei [13.466/2017](#) alterou o Estatuto da Pessoa Idosa introduzindo a categoria de “superidoso” que é o grupo etário de pessoas acima dos 80 anos. Foi garantido atendimento preferencial em todo estabelecimento de saúde sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. Isso, inegavelmente é uma conquista civilizatória, mas na minha vivência, acompanhei apenas dois usuários, heteroidentificados (por mim ou por familiares), como negros.

nem perto do porteiro. Tivemos que nos apresentar aos berros. O que nos salvou foi o carro da Prefeitura, os jalecos e os crachás, mas o próprio idoso, através de um diálogo pelo interfone com o porteiro, nos dispensou".

No segundo caso, conseguimos entrar e fomos muito bem tratadas, mas, enquanto eu conversava com a nora do "Eu hegemônico 2", percebia discretamente a estrutura hospitalar de alta complexidade montada em um quarto amplo, arejado, com duas auxiliares de enfermagem negras em tempo integral e uma varanda enorme, que propiciava um relativo contato com a natureza. Quando voltei para a UBS, fiz o seguinte registro: "10h11, sol senegalês na cabeça, mas aquela varanda gigante de frente para o Rio Sergipe no calçadão da Treze de Julho, com uma brisa tão fresca..., me lembrou a música de Dorival Caymmi... *é doce morrer no mar!*"

Há sofrimento? Sim. Há desespero? Reconheço. Há perdas e lutos? Não nego. Mas os contornos são radicalmente diversos, posto que "ser branco e ser negro são considerados polaridades que encerram, respectivamente, valores culturais, privilégios e prejuízos decorrentes do pertencimento a cada um dos polos das racialidades" (Sueli Carneiro, 2023, p. 22). Eu presenciava o alvorecer da senescência branca tão naturalizada entre meus pares (demais profissionais de saúde), ressoando na minha mente o poema do meu conterrâneo João Cabral de Melo Neto (2007 [1954]), chamado *Morte e Vida Severina*. Absorta com realidades tão díspares pensava comigo mesma: Eles não sabem o que é a morte Severina, "que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte, de fome um pouco por dia, de fraqueza e de doença".

Meu assombro não era pela vida longa que eles desfrutavam, mas por perceber que uma conquista civilizatória nitidamente havia se convertido em privilégio de poucos, e "morrer", neste contexto, passara a ser um verbo conjugado exclusivamente no gerúndio. Enquanto herdeiros beneficiários da colonização, foram contemplados pelos ganhos do "milagre econômico" e não compunham a massa negra de inapostáveis que vegeta desalentada, constituindo-se os alvos preferenciais da "unidade exploração-opressão" (Pinheiro, 2022). A vida, abreviada para negros espoliados, foi, para eles, prolongada. Gozavam de um *continuum* de vantagens que lhes permitia experimentar o esgotamento da vida de forma lenta e assistida, sofrível pelas fragilidades da condição humana, mas resguardada das carências sociais e da violência urbana. À luz da obra de Mbembe (2018), não estavam submetidos à gestão diferencial da morte, mas autorizados a existir fora da lógica de sacrifício que rege os corpos racializados nas periferias do capital.

Comparando-se à UBS anterior, eu estava realmente diante de outro público. Minha sensação era de ter migrado do Haiti para a Europa, embora na prática a distância em linha reta mal chegasse a 10 km.

Essa observação dialoga com a análise de Alcoforado (2024), ao apontar como alguns integrantes da classe "AB" acreditam ter acumulado patrimônio não graças ao Brasil, mas apesar dele. No meu cotidiano, a senescência branca não raro expressava essa lógica: muitos familiares não se viam devedores ao país que viabilizou sua longevidade, sustentando a ideia de que sua vitalidade decorreu exclusivamente de mérito próprio, ignorando a intervenção estatal direcionada a seu favor via regime tributário regressivo, políticas públicas universalizantes e a manutenção das desigualdades sociais que reforçam sua distinção.

À época, uma das minhas maiores demandas era a elaboração de avaliação socioeconômica para concessão de fraldas geriátricas, insumo que eu sequer sabia que o município dispensava pela baixa procura na UBS da Terra Dura. A Portaria Municipal nº 25/2015, que regulava os critérios, fazia menção ainda nos "considerandos" ao princípio da integralidade (prevenção e cura) da assistência propiciada pelo SUS, justificando que "a saúde deve levar em atenção as necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minorias relacionadas ao local populacional".

O texto empregava linguagem lacônica ao tratar "minorias", "pessoas" e "grupos" como abstrações, ignorando desigualdades históricas e presumidas. Exigia-se diagnóstico médico, do SUS ou da iniciativa privada, revelando a eficácia do dispositivo de racialidade. Embora omissa sobre critérios raciais, a Portaria "dizia muito ao não dizer", privilegiando grupos já em condições vantajosas. A posse de convênio particular, resultado do boicote silencioso de intelectuais e trabalhadores brancos no MRSB contra uma política sanitária verdadeiramente única (Rosely Anacleto, 2025), acelerava o diagnóstico, criando uma porta paralela que beneficiava quem já acumulava vantagens. Atendidos os requisitos, o idoso recebia 180 fraldas mensais do almoxarifado, além de muitos outros insumos e fármacos avaliados por outros profissionais.

A UBS Dona Sinhazinha liderava a dispensação de fraldas, financiadas exclusivamente pelo Fundo Municipal, com Portarias sendo revisadas repetidamente, ajustando critérios clínicos, ampliando faixas etárias, incluindo outros grupos (como pessoas com deficiência e incontinência urinária ou fecal) e adicionando a exigência de prescrição exclusiva de médicos do SUS. A Portaria 01/2023, buscando teoricamente equidade e contenção da crescente demanda, reduziu indiscriminadamente de 180 para 120 fraldas/mês e passou a exigir

comprovante de renda, o que na prática significou a universalização do prejuízo, afetando desproporcionalmente grupos material e racialmente distintos.

Posteriormente, um fluxo virtual foi adotado visando proporcionar "comodidade" (Aracaju, 2023), instituindo de vez o colonialismo digital que já se avizinhava. O distanciamento social preconizado no início da emergência sanitária acelerou a digitalização da saúde e, com isso, a branquitude voltou para o conforto da casa-grande. O princípio da equidade, que já era difuso, foi banido e a equipe de saúde perdeu o acesso a algumas informações, que ficaram centralizadas na gestão, a quem cabe coletar, analisar e decidir sobre o pleito. Pessoas com letramento digital, acesso a equipamentos eletrônicos e internet estável tendiam a ser privilegiadas nesse colonialismo digital com nuances racistas, que só abarca em segunda instância consumidores retardatários de tecnologia (Lippold; Faustino, 2022).

Esse tocante, reedita, em certa medida, o decreto de 1838 de Sergipe que criava obstáculos para impedir negros de frequentarem escolas públicas ao mesmo passo em que removia discretamente as barreiras para a racialidade branca (Moura, 2019). Ademais, a digitalização dos serviços públicos espelha o que Matos, Tavares e Couto (2024) identificaram nas famílias hesitantes à vacinação, que consideravam o acesso à informação internacional e a fluência tecnológica como diferenciais para questionar políticas de Estado. Essas normativas, mesmo não intencionais, prejudicaram sobretudo velhos anônimos, negros, que sobreviviam e sustentavam suas famílias com um Salário Mínimo decorrente, na maioria das vezes, do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Como assevera Jurema Werneck (2016, p. 540):

As decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos.

Durante as campanhas de vacinação contra influenza e covid-19, o dispositivo de racialidade privilegiava idosos brancos que chegavam de carro, frequentemente obstruindo o trânsito e disputando vagas na frente da UBS. Compareciam acompanhados por familiares e cuidadoras negras, evidenciando privilégios materiais. Praticamente confinadas a seus respectivos “quartos de despejos”, (Carolina Maria de Jesus, 2000), as cuidadoras eram autorizadas a transitar por determinados nichos urbanos, inclusive a própria UBS voltada à classe média, conforme discutido no capítulo 5, para garantir o conforto da senescência branca. Essa configuração evidencia que o pacto da branquitude imprime também características intergeracionais.

A universalidade formal mascarava seletividade invisível: idosos negros enfrentavam barreiras como transporte precário, rede de apoio insuficiente e ausência de cuidadores formais. A primeira morte por covid-19 no Brasil – uma empregada doméstica negra de 63 anos infectada pela patroa branca vinda da Itália – ilustra como a crise sanitária expôs as vulnerabilidades de idosos racializados e imunodeprimidos. No entanto, diferentemente do Brasil, China e Itália são sociedades racialmente homogêneas (Ísis Conceição, 2021). Já no Brasil pós-escravista,

[...] o padrão de infecção era maior em bairros ricos e brancos e os índices de mortalidade, maiores nos bairros pobres e negros indicando que algo relacionado com o tratamento e não com a possibilidade de ser exposto ao vírus também varia racialmente, impactando desproporcionalmente de forma negativa negros indicando uma negativa de direitos informada por classe e raça. (Ísis Conceição, 2021, p. 1748 - grifos meus).

No início da pandemia de covid-19, mesmo respaldada por cientistas respeitados, a política de imunização se inspirou na situação dos países retromencionados, definindo os "grupos prioritários", que aqui tinham um explícito recorte racial predominantemente branco: idosos, que estavam menos expostos aos riscos de infecção, e profissionais de saúde, deixando à margem grupos em ocupações de menor *status* e visibilidade social. Como resultado, observou-se uma proporção de duas pessoas brancas vacinadas para cada pessoa negra (Borret, Rita, 2021).

7.5.5 *Tenho direito porque pago mais impostos*

No início da pandemia, atendi o "Eu hegemônico 3": uma mulher branca, aproximadamente 75 anos, lúcida, orientada e funcional. Sua referência à aposentadoria despertou minha atenção, pois, sob a perspectiva feminista que eu estava empregando durante seu atendimento, sua condição indicava um nível de emancipação material pouco comum para mulheres de sua geração. Contudo, ao aprofundar a escuta, identifiquei que o benefício recebido há cerca de dez anos não era uma aposentadoria contributiva, mas sim, o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Destinado a idosos em situação de vulnerabilidade social, com renda *per capita* inferior a ¼ do Salário Mínimo, o BPC pressupõe a inexistência de meios próprios ou familiares de subsistência. No caso, a renda familiar da usuária ultrapassava em mais de 80 vezes esse limite, em razão do acúmulo com a pensão por morte do esposo. Como inicialmente estava abordando o caso ancorada nas contribuições feministas, não pude deixar de observar que, imune ao

“defeito de cor” (Ana Maria Gonçalves, 2020), se beneficiou do “mercado matrimonial” (Rafía Zakaria, 2021, p. 35) e dos ganhos materiais a ele vinculados, como o direito à proteção previdenciária na condição de pensionista.

A irregularidade, admitida sem constrangimento, foi justificada pelo argumento recorrente: *"temos direito porque pagamos mais impostos nesse país"* ["Eu hegemônico 3", 22/08/2023]. A usuária assumiu o direito de usufruir indevidamente de um benefício a que não fazia jus, ignorando critérios legais e reforçando a ideia de merecimento individual.

Seu argumento ignora ou distorce deliberadamente a regressividade tributária brasileira, onde mais de 50% da arrecadação provém de impostos sobre consumo, incidindo mais fortemente sobre os mais pobres, especialmente mulheres negras (Salvador; Yannoulas, 2014). A alegada sobretaxação da classe média branca é inverídica, pois ela se beneficia de isenções fiscais inacessíveis aos grupos pauperizados. Pochmann (2014) observa que a ideologia neoliberal reduziu a classe média à condição de consumidora, silenciando críticas ao sistema tributário regressivo que, paradoxalmente, a favorece.

A classe média branca preserva mentalidades fidalgas contrárias à modernidade, exigindo tratamento privilegiado com base em sua posição sociorracial (Cardoso, 2020). Maia, Tinoco e Zamora (2023) identificam o deslocamento da responsabilidade ética como parte do pacto narcísico da branquitude, que projeta culpa em outros e normaliza omissões. Aparecida Bento (2022) destaca o uso estratégico do discurso da igualdade para mascarar privilégios, enquanto Wendling (2024) descreve essa psicologização como reprodução ideológica, com narrativas éticas que justificam infrações através de discursos sofisticados.

O argumento da contribuição financeira como justificativa para tratamento diferenciado ecoa a retórica da elite agrária da Primeira República, que vinculava pagamento de impostos ao direito de comando político, lógica que sustentou a política do café-com-leite, caracterizada pelo revezamento entre São Paulo e Minas Gerais. O privilégio branco opera como tradução contemporânea dessa noção de mérito, perpetuando a primazia dos economicamente favorecidos na arena pública e atualizando antigas hierarquias sob nova roupagem discursiva.

7.5.6 A mãe preta de menino grande que era “quase da família”

Próximo à sala de vacinação, era frequente observar puérperas e lactantes brancas com recém-nascidos em carrinhos conduzidos por babás ou nos braços de cuidadoras negras. Nos arquivos da escravidão, a "mãe preta" ou "ama negra" (Figura 19) servia constantemente à senhora branca em todas as fases da vida: gestação, puerpério, infância, adolescência, maturidade,

velhice e cuidados até a morte. Muitas vezes, essas mulheres passavam de geração em geração dentro da mesma família, como se fossem objetos de estimação.

Além disso, no passado, eram corpos "à disposição" dos padrões brancos e ricos para o início de experiências heterossexuais abusivas (Corossacz, 2014). Retiradas de suas famílias e inseridas à força em outras dinâmicas familiares, tiveram seus laços originais destruídos sob o discurso falacioso de serem "quase da família". Essa foi uma realidade vocalizada no relato do "Eu hegemônico 4" [06/03/23] sobre sua babá idosa, em cuidados paliativos, codificada como "Não ser 2".

Me viu nascer. Criou a mim e meus irmãos porque minha mãe tinha que trabalhar, casou-se.... Desde os 11 anos mora com a gente e agora, idosa, não vamos abandoná-la. Sabe como é, né...naquele tempo as próprias famílias entregavam suas filhas como um gesto de amor para evitar que passassem fome. Pra mim, é uma segunda mãe. Chorou...

À luz de Thompson (1987 [1963]), a relação entre a família branca e a babá negra configura “uma relação de classe vivida”, marcada pela naturalização da dominação. Embora eu não negue a existência de afetos, as lágrimas vertidas também podem ser interpretadas como uma espécie de mercadoria fetichizada, dado o imbricamento entre objetividade e subjetividade, que encobre a exploração racial e de gênero que sustentou a ascensão desse núcleo familiar. Como apontam Souza (2018) e Cardoso (2020), esse grupo mantém seus privilégios por meio da contratação de trabalhadoras domésticas, cuja presença é simultaneamente íntima, porém assimétrica. A romantização da babá “quase da família” incorre na possibilidade de apagar os mecanismos de exploração, convertendo cuidado em afeto e reafirmando o suposto de Sueli Carneiro (2023), de que a supremacia branca é fundada na negação do negro.

O apagamento das histórias de vida dessas mulheres reflete a estrutura de racialidade que contorna o cotidiano da classe média branca no Brasil. Segundo Ramos-Zayas (2023), há um deslocamento das responsabilidades sociais para a moralidade individual e a psicologização das relações. Assim, a classe média, beneficiada pelo privilégio branco, usa práticas de autocompreensão ética e emocional para justificar seu estilo de vida, mas o choro não elimina a violência a que essas mulheres foram submetidas.

A análise do meu testemunho não permite uma leitura ingênua. O recurso discursivo da dívida afetiva e a psicologização das relações são estratégias que reafirmam a centralidade da branquitude enquanto sujeito de direitos, de cuidados e detentor da narrativa hegemônica. Ao final, permanece a constatação de que, para muitas mulheres negras, a despedida digna segue um curso de interdição estrutural.

Figura 20- Cena colonial pintada por Debret



Fonte: site Petrópolis em cena

A ruptura do vínculo familiar representava um desafio trágico no manejo dos Cuidados Paliativos em casos de momentos potencialmente letais, porque um dos desejos mais comuns nesta etapa da vida é justamente a presença da família (quando não há histórico de violência). O (re)encontro com os entes queridos sempre foi considerado relevante para profissionais de saúde que adotam essa abordagem, a ponto de haver forte recomendação na rede hospitalar de flexibilidade de horários para visitas. É comum usuários manifestarem a necessidade de revelarem um segredo antes da morte, de pedirem perdão ou exercê-lo em favor de outrem, tornarem pública alguma herança, lembrarem momentos agradáveis, exercerem sua espiritualidade junto aos seus e ritualizarem, a seu modo, a despedida. Mas para quem teve a humanidade destituída, para quem foi arrancada da família, essa é mais uma etapa sequestrada. *Essa é uma morte severina.*

O número cabalístico de quatro trabalhadoras da linha de cuidado (babás, empregadas domésticas, cuidadoras, acompanhantes de idosos, técnicas de enfermagem etc.) não foi, por incrível que pareça, uma hipérbole casual nas visitas domiciliares das famílias com as quais interagi. Defrontei-me com essa realidade em algumas circunstâncias. Essa situação espantosa, em certa medida, me fazia entender por que a linha de pesquisa inicial reagia com certo

ceticismo ao meu depoimento, em geral acompanhado do discurso de que o perfil econômico dos aracajuanos seria incompatível com essa possibilidade. Para ser franca, eu também pensava assim, até que fui me dando conta de que a própria designação de "classe média" camufla muita desigualdade que era difícil de ser apreendida pelos demais pesquisadores.

Diante do descrédito persistente, questionei abertamente se suspeitavam de dissonância cognitiva ou de fabricação de informações da minha parte. Ressaltei que meu nível de exposição na pesquisa era incomensurável, com riscos de transferência e perseguição, razão pela qual não afirmaria algo sem convicção absoluta e provas testemunhais, considerando que os atendimentos domiciliares nunca são realizados solitariamente, inclusive para proteção do próprio profissional.

Segundo Ramos-Zayas, "o império da proteção é, em última análise, um projeto de supremacia branca. O império da proteção é reificado [...] como a única forma permissível e moralmente aceitável da economia do cuidado de crianças" (p. 347 – tradução minha). A presença das auxiliares de enfermagem negras nesse cenário coincide com as observações da autora sobre as famílias de Ipanema, onde foi constatado que mulheres negras só podiam acessar determinados espaços porque prestavam serviços às famílias abastadas (Wendling, 2024). Portanto, a raça abre frechas de acesso aos novos cercamentos brancos, desde que seja em condições de subserviência.

Essa tensão metodológica se confirmou em interações com os sujeitos de pesquisa, quando percebi que o esquema vacinal dos idosos em geral estava sempre atualizado, pois foram priorizados pelo Ministério da Saúde no contexto pandêmico. Situação diversa identifiquei em algumas empregadas domésticas; inclusive, o trabalho delas nesse interregno chegou a ser arrolado como atividade essencial no Pará. Era o hálito fétido da morte soprado pelo Estado necropolítico, caracterizando a tecnologia de governo para determinar grupos descartáveis por meio de violência direta, omissão deliberada ou precarização das condições de vida (Sena; Rodrigues, 2021). Nestes casos, prossegui com a intervenção profissional adequada, sobre a qual me absterei de narrar por limites éticos.

7.5.7 Os legítimos sujeitos de direitos

Em fevereiro de 2024, atendi uma usuária que protestava contra a ocupação de um imóvel vizinho por uma família em situação de rua, alegando risco epidemiológico e invocando a defesa da sua propriedade privada. Diante da sua frustração por não ter suas expectativas atendidas, que por razões éticas não detalharei, afirmou que acionaria o filho,

promotor de justiça, um “Eu hegemônico 5”. Apesar do tom cordato, sua enunciação trazia uma ameaça velada e reveladora de inserção em uma rede capilarizada de poder. De imediato, associei mentalmente essa cena aos dispositivos do decreto sergipano de 1838, que proibia pessoas negras de compartilharem os mesmos espaços urbanos que os brancos, justamente sob a alegação de propagação de doenças.

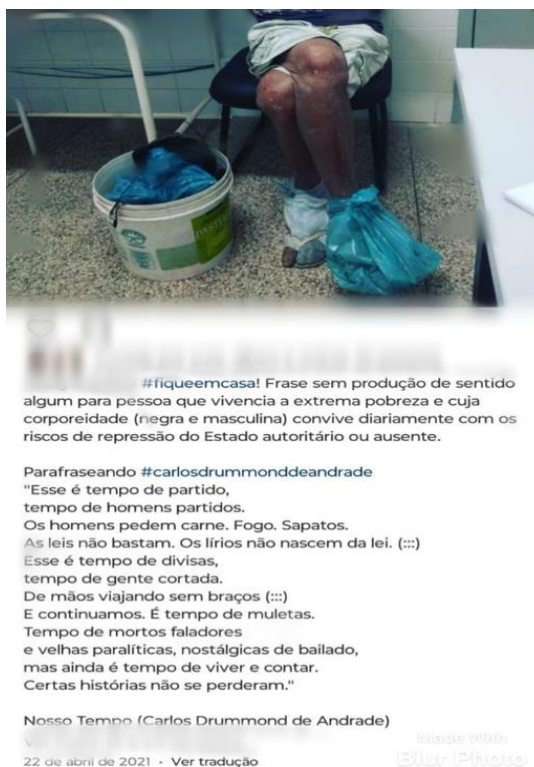
Na ótica foucaultiana, o racismo de Estado neoliberal, criou os "sujeitos de direito" privilegiados por estratégias jurídico-sociais (Lemos, 2018). Nos dez anos em que trabalhei na UBS da "Terra Dura", lembro-me de apenas duas famílias regularmente amparadas pelo Ministério Público, órgão constitucionalmente responsável pela defesa de direitos coletivos e difusos. Em contraste, na UBS Sinhazinha, elaborei até cinco relatórios mensais envolvendo diferentes famílias, todas brancas, em sua maioria já assistidas por serviços de saúde privados. Ainda assim, parte da equipe de saúde era acionada para atender aos seus mimos e salamaleques. O chamado "direito difuso" parecia, nesses casos, ter um CEP bastante localizável.

Essa disparidade revela como a herança dos herdeiros coloniais e seu contrato racial (Sueli Carneiro, 2023) articulam-se como uma senha que mobiliza a agenda do Estado racista a seu favor: dominam a gramática jurídica, inclusive protagonizaram sua construção; escrutinam as leis para revigorar seus próprios direitos; mantêm uma rede de relacionamentos com pessoas influentes de diversas áreas (na academia, na justiça, na medicina, na imprensa e também na política institucional); são hábeis no manejo de tecnologias e as têm sempre à sua disposição, sem preocupação com a quebra de aparelhos nem com a interrupção da internet.

Para Geraldo (2025, p. 247), "as desigualdades também estão vinculadas às construções das leis e em relação ao direito [...]. Portanto, o Estado e o Direito não são neutros. O Estado é classista [e também racista] e as construções dos direitos sociais são feitas em meio às lutas de classes". Nesse contexto, o uso da judicialização como meio de garantir acesso prioritário a tratamentos configura uma nova forma de "carta régia" para a branquitude. Por meio do sistema de justiça, o Estado frequentemente privilegia a classe média, reproduzindo mecanismos personalizados típicos da República oligárquica e conferindo a esse grupo um privilégio branco entrelaçado por raça e classe. Em contrapartida, a desassistência programada é direcionada aos "ninguéns", cujo acesso aos direitos fundamentais é sistematicamente violado ou burocraticamente inviabilizado. Essa disparidade de tratamento entre os considerados legítimos sujeitos de direitos e os marginalizados evidencia o racismo de Estado, cuja seletividade estrutural determina quem merece ser ouvido, protegido e amparado.

Na imagem seguinte (Figura 20), fotografei uma parte do meu atendimento ao "Não ser 3", que exemplifica a distinção de expectativas sobre o cuidado em saúde: um homem negro em situação de rua, classificado como "invisível" pelo então ministro da Economia, Paulo Guedes, ou mais um "CPF cancelado", na linguagem desumanizante do ex-presidente Jair Bolsonaro. O usuário entrou na UBS sem máscara e com sinais de uso de substância psicoativa. Enquanto eu providenciava um pacote de máscaras, ele desmaiou de fome, sendo saciado exclusivamente pela iniciativa dos profissionais.

Figura 21- Usuário negro em situação de rua



Fonte: a autora.

O episódio demonstra a operação do dispositivo de racialidade (Sueli Carneiro, 2023), que, articulado ao biopoder, define quem merece assistência e quem pode ser abandonado à própria sorte. No SUS, essa lógica se concretiza por meio de uma gestão customizada de cuidado: enquanto sujeitos brancos bem aquinhoados tentam recompor o higienismo de outrora com demandas de baixa urgência, pessoas negras em extrema vulnerabilidade têm direitos anulados ou sujeitos a práticas burocráticas que inviabilizam sua efetivação.

De acordo com Foucault (1997), o racismo de Estado funciona como tecnologia política que introduz uma cisão no corpo social, permitindo ao poder estatal legitimar a morte de determinados grupos sob o argumento da proteção da população majoritária. Essa gestão diferencial da vida se manifesta por meio da distribuição seletiva de recursos e da negação de

direitos fundamentais. Sob essa perspectiva, "a função homicida do Estado [...] não pode ser assegurada senão pelo racismo" (Foucault, 1997, p. 228), o que reveste a seletividade de uma função estratégica. Nessa direção, questiono: se a saúde é determinada também pelo acesso à alimentação, o que explica a indisponibilidade de refeição para usuários que convivem com a insegurança alimentar diuturnamente, em um estabelecimento de saúde potencialmente estratégico para eles?⁵⁹

Minhas reiteradas denúncias a gestores municipais tanto da Saúde quanto da Assistência Social esbarraram na lógica necropolítica através da qual "indesejáveis" têm sua morte administrada como custo do "progresso" (Barros II, 2018). Nesses casos, a branquitude opera como critério normativo, sendo reconhecida como a raça legítima e destinatária da proteção estatal, enquanto grupos racializados têm sido historicamente posicionados como ameaças à ordem pública.

As pessoas em trajetórias de rua aqui descritas não são prontamente percebidas como sujeitas de direitos legítimos, mas como um risco sanitário a ser controlado ou, no limite, ignorado. Butler (2015) sintetiza essa lógica ao afirmar que "uma vida específica não pode ser considerada lesada ou perdida se não for primeiro considerada viva". Assim, a insuficiência do cuidado assistencial não é acidental, mas sugestiva do tipo de remédio que Negri (2019) nomeia como desassistência programada.

7.5.8 SUS: a terra que mana leite e mel

A sociedade em geral desacredita da presença da classe média branca nos estabelecimentos de saúde porque costuma reduzir o SUS (que é um sistema) a consultas médicas. Não é isso que os move, até mesmo porque praticamente a maioria absoluta deles é duplamente assistida, por subsistemas privados (inclusive alguns acumulavam dois convênios particulares, como pensionista e como trabalhador; como dependente de filho e simultaneamente contribuinte individual, entre outras combinações possíveis) e pelo próprio SUS. Dessa forma, eles novamente saem em disparada na frente dos outros, com exames e diagnósticos fechados de forma mais célere, potencializando a chance de controle e cura de muitas enfermidades e acesso mais rápido a insumos (Figura 21) negados pelos seus respectivos convênios.

⁵⁹ Embora a população em situação de rua possa ser atendida em qualquer equipamento de saúde, independente de comprovação de residência, a UBS Dona Sinhazinha é considerada de estratégica porque em seu entorno costumam se concentrar uma número expressivo de pessoas com esse perfil.

No SUS, um atrativo é o fornecimento de fórmulas alimentares dispendiosas para crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), a alergia alimentar mais comum no primeiro ano de vida, com sintomas respiratórios, cutâneos e digestórios, que leva à interrupção do aleitamento materno. Prescritas por gastropediatras, as fórmulas custam entre R\$ 70,00 e R\$ 350,00 a lata, fornecidas gratuitamente pelo SUS. Assim como as fraldas, a solicitação foi virtualizada, e apenas casos em que a gestão avalia com inconsistência documental respingam na UBS para elaboração de "avaliação socioeconômica". Esse documento, apesar dessa nomenclatura, não deve ter a finalidade de incluir/excluir ninguém, mas de apreender as determinações sociais do binômio saúde-doença (Cfess, 2010). Em 16/10/2023, o "Eu hegemônico 6", depois do meu atendimento, dirigiu-se, na minha frente, a outra profissional com a qual mantinha laços de amizade, e fez o seguinte comentário:

[...] Não entendo por que pedem [a gestão] essa avaliação social... *O SUS é universal*, bastava a gente ir lá e pegar, sem precisar de mais nada, de cerimônia nenhuma. Eu anexeï o comprovante do saldo da minha conta, zerada. [...] Para ser sincera, eu tenho uma herança que está investida. Foram apartamentos. Mas é pra outra finalidade. Pra isso tem o SUS!

No Sinhazinha, ouço frequentemente a evocação da universalidade do SUS, algo raro na UBS da "Terra Dura". Embora 80% da população negra seja *SUS dependente* (Almeida, 2023), os usuários de lá não invocavam o princípio da universalidade. Apesar das contradições e desassistências, sentiam-se em casa, em seu "*habitat* natural", como corpos encaixados.

A classe média branca refere outra experiência, necessitando reafirmar que o espaço também lhe pertence, porque no fundo se sabe usuária eventual, focalizando apenas serviços específicos, geralmente de difícil acesso para outros grupos, mesmo os ditos universais. Demonstravam um certo constrangimento, um "corpo fora do lugar". Além disso, eu observava que, quando falavam sobre universalidade, automaticamente deslizavam, tergiversavam para não falar sobre suas posses. Assim, transferiam para mim um desconforto que a princípio não era meu, pois como elaborar uma avaliação socioeconômica, imprescindível para viabilizar seu próprio direito com a reiterada recusa em falar de renda?

Figura 22- Publicidade do Ministério da Saúde em 2020



Fonte: Ministério da Saúde/2020

Na UBS anterior, eu desconhecia esse impasse. Os "Não ser" já iam apressadamente apresentando o Número de Identificação Social (NIS) que comprovava sua dependência das políticas públicas, independentemente da minha solicitação. Não tinham o que esconder. Não tinham herança reservada para outros fins. Não recalcitravam às minhas perguntas.

O estudo de Jordani *et al.* (2021) no ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica no Triângulo Mineiro mostrou que 63,6% das crianças com APLV foram declaradas brancas por seus responsáveis. Korz *et al.*, em Blumenau, não abordaram raça-cor, mas indicaram que 65,3% dos responsáveis tinham renda entre 5 e 15 Salários Mínimos e 11,5% acima disso. Aguiar *et al.* (2013) relataram que 59,4% das 214 crianças avaliadas no Hospital das Clínicas de Natal vinham de serviços privados de saúde. Esses dados sugerem estreita conexão com meu autorrelato e demonstram camadas de interdições que famílias negras sofrem para acessar esse direito, a começar pelo próprio pré-natal, onde já poderiam ser orientadas sobre a APLV. Mas muitas fazem o pré-natal irregular em virtude das atribuições superpostas associadas ao medo do desemprego, e quando informais, faltar um dia de "bico" pode significar a perda do sustento. Essa realidade ganha contornos mais nítidos quando consideramos que,

Em 2018, 5,7 milhões de pessoas que trabalhavam em serviços domésticos eram mulheres. Dessas, 3,9 milhões eram negras (BOND, 2019). A doméstica é a profissional que presta bens e serviços à sociedade de herança escravocrata, pois as mulheres brancas que trabalham fora de casa continuam a ser sinhas e parasitas das mulheres negras. Estas são como "o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas" (GONZALEZ, 1984, p. 230) (Veliq, Magalhães, 2022, p. 124).

A dispensa de fórmula nutricional para bebês com APLV no SUS revela uma contradição que remete à "memória da plantação" (Grada Kilomba, 2019): enquanto fornece o

"ouro branco" (fórmula láctea) à racialidade branca, reconstruindo a boa mesa dos senhores de engenho, nega assistência vital, como um prato de comida, a usuários negros em situação de rua, evidenciando que *#VidasBrancasImportam*. Curiosamente, na UBS anterior, por razões desconhecidas, nunca acompanhei casos de APLV.

Não sei se a alergia não estava suficientemente difundida entre profissionais e usuários, à época, não sei se as famílias enfrentavam barreiras interpostas pelas instituições de modo a imobilizá-las na peregrinação entre a UBS e o acesso à fórmula (centralizada em outro bairro), não sei se o repertório de exigências era superior à possibilidade real de cumprimento por parte das famílias, forçando-as a desistir ou a recorrer a outras fontes, a exemplo das vaquinhas virtuais que proliferam nas redes digitais. Mesmo impossibilitada de auferir com exatidão as causas e extensão dessa lacuna, é inegável a perpetração da biopolítica enquanto tecnologia regulamentadora do controle populacional pelo Estado, a partir da cisão racial (Sueli Carneiro, 2023).

Nesse cenário, o próprio SUS, ao recompor aspectos da ordem escravocrata, encarna institucionalmente a figura da mãe preta: garantindo o leite à geração inicial dos herdeiros coloniais e as fraldas aos seus ancestrais. Esse arranjo constitui mais uma expressão do pacto da branquitude, que se perpetua intergeracionalmente desde os primórdios da colonização,

7.5.9 A renúncia fiscal para usuários neurodivergentes

Magalhães *et al.* (2021) estimam que cerca de 1% da população mundial possui Transtorno do Espectro Autista (TEA). Em estudo realizado com 20 famílias de uma associação em Teresina (PI), com renda entre um e três Salários Mínimos, observou-se que as mães, atentas aos sinais precoces dos filhos, enfrentavam longas e exaustivas jornadas para obter diagnósticos e cuidados especializados, sugerindo barreiras sobrepostas no acesso aos serviços públicos de saúde.

O pediatra Daniel Becker (2025) avançou na análise e, após participar de um encontro com magistrados das varas da infância e da juventude, diagnosticou a existência de um “complexo industrial do autismo” no Brasil. Segundo os juízes, há uma crescente judicialização envolvendo demandas por supostos privilégios no ambiente escolar, acesso a serviços exclusivos e altamente especializados, revisões de indeferimentos do Benefício de Prestação Continuada (BPC) pelo INSS e pedidos de redução de carga horária para responsáveis por crianças atípicas.

A esse cenário de medicalização da vida, soma-se a atuação de *influencers* e profissionais de distintas áreas que disputam a “monetização do TEA”, convertendo o diagnóstico em identidade legitimadora do passaporte para a cidadania. Embora Becker reconheça a importância de um cuidado clínico e educacional qualificado no manejo das condições neurotípicas, também denuncia a fragilidade da rede psicossocial do SUS frente ao aumento das demandas, revelando as tensões entre mercado, direitos sociais e políticas públicas.

Dourado (2024) também segue essa mesma linha de análise ao afirmar que o capitalismo transformou o autismo em matéria-prima para a extração de lucro. Por meio de estratégias de *marketing*, empresas do setor hoteleiro, atrações turísticas, atividades esportivas e diversos segmentos do mercado de consumo passaram a se beneficiar simbolicamente da pauta da inclusão, sem, contudo, promoverem cuidados ancorados em uma lógica comunitária. Ao contrário, aprofundam a segregação, convertendo o diagnóstico em diferencial de mercado.

Nos meus atendimentos, esta realidade também explodiu e os contrastes são notoriamente marcados pelo que Du Bois chamou de linha de cor (2021 [1903]). A assistência a famílias brancas de classe média e alta com pessoas com deficiências (físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais) prevista na Lei nº 8.989/1995 (atualizada pela Lei nº 14.287/2021) eviscerou o uso instrumental do SUS em desacordo com a integralidade da assistência existente no arcabouço jurídico. Esse público pisava na UBS apenas para cumprir trâmites legais para isenções fiscais na compra de veículos novos. Um exemplo emblemático ocorreu em 21/06/2023, durante o atendimento ao "Eu hegemônico 7": "Quase não utilizo o SUS, temos plano GEAP. Preciso apenas da assinatura aqui, pois estou com um pouco de pressa. Ele tem várias terapias hoje... se puder agilizar, agradeço".

Essas famílias compareciam ao Serviço Social já munidas dos formulários exigidos para a obtenção de isenção de diversos tributos: Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). O acesso prévio a uma educação de qualidade, o domínio da linguagem jurídica, a posse de planos de saúde privados e a disponibilidade de internet alargaram o número de famílias aptas a reivindicar esse direito no SUS. A soma dessas isenções representa uma renúncia fiscal de aproximadamente 30% sobre o valor do veículo, que pode atingir até R\$ 200.000,00. De acordo com o site especializado “pcd.com.br”, os modelos mais adquiridos por esse público são: Toyota Corolla, Honda Civic, Honda Fit, além de veículos das marcas Peugeot e Citroën.

Todavia, esse acesso está condicionado à apresentação de laudos médicos emitidos por instituições públicas, privadas conveniadas ao SUS ou entidades de assistência social. Não desconsidero que essas famílias enfrentam despesas com tratamentos diversos, mas o que estou problematizando é que já há um desenho prévio no tipo de família destinatária dessa política, apesar da inexistência de menção à raça-cor. Isso fica patente na exigência de aquisição exclusiva de "veículos novos", estabelecendo implicitamente um recorte socioeconômico e racial que restringe ou exclui o acesso de outros perfis. Aqui também se percebe a inseparabilidade entre raça e classe, pois o grupo examinado, participa de forma direta e articulada do fomento à indústria do autismo e à indústria automobilística.

Outra questão que volta e meia aparece é a redução de carga horária, especialmente no caso das mulheres, em face dos cuidados para os filhos com TEA. Embora a categoria gênero não seja meu foco, é impossível sequer não a mencionar. Do ponto de vista da interconexão entre raça-classe, percebe-se que, nas hipóteses em que isso é aventado, trata-se de trabalhadores com vínculos formais e, em larga medida, estáveis (servidores/empregados públicos), o que também estava distante do horizonte das empregadas domésticas, mesmo as que tinham carteira assinada.

Ademais, há inúmeras famílias neurodivergentes que destoam do padrão hegemônico e que também reclamam cuidados em saúde de alta complexidade. Contudo, pelos fatores aqui elencados, esses sujeitos são privados desses direitos ou vivenciam "o enigma de uma chegada sempre adiada" (Hall, 2003, p. 415). Trata-se, portanto, não de uma demanda reprimida ou invisibilizada, mas da presença de dispositivos imbricados que sutilmente selecionam a distribuição desigual do cuidado, reforçando as estruturas já naturalizadas na tessitura do SUS.

Além de orientá-las sobre o fluxo institucional para efetivação do seu direito, sempre me punha a refletir sobre a possível paridade racial entre os formuladores dessas leis e seus beneficiários, analisando o tradicional perfil dos legisladores brasileiros, cujos "antepassados diretos utilizaram mão de obra escravizada ou atuaram para conter revoltas de pessoas negras e pobres durante o Brasil colonial e no Império" (Agência Pública, 2024, *Online*). Novamente, essas reflexões reemergiam sempre que atendia às empregadas domésticas em busca de demandas semelhantes, ou seja, gratuidade de transporte público intermunicipais, regido pela Lei nº 13.977/2020, mediante confecção de carteira de identificação da pessoa autista. Além disso, informavam depender exclusivamente do SUS para assistência de seus filhos.

O uso de transporte privado novo por um grupo permite trânsito com livre acesso em área intercontinental, como aliás já acontecia durante a escravidão. Em contrapartida, o transporte público e precário utilizado pelo outro grupo restaura relações sociais

territorializadas, impactando na mobilidade urbana e gerando segregação e limites geográficos, visto que a concessão legal restringe o acesso a fronteiras intermunicipais. Além disso, mulheres negras, combinando trabalhos intensivos e cuidados com filhos com deficiência, enfrentam atrasos e quebras no transporte, resultando em perdas de consultas e exames no SUS, além de estereótipos de negligência registrados em prontuários com a sutileza de "não aderentes às orientações da equipe". Elas também relatam medo de violências físicas, como roubos e abusos, em seus trajetos (Silva, 2023).

As concessões fiscais vinculadas a programas de proteção social voltados para doenças, invalidez e outras vulnerabilidades oferecem, de maneira incontestável, maior cobertura per capita à população branca. Tal configuração reproduz, em alguma medida, a lógica excludente instituída pela Lei de Terras de 1850, que concentrou recursos e poder político nas mãos das mesmas famílias ao erigir barreiras ao acesso à propriedade por parte das populações negras e empobrecida. Essa permanência estrutural evidencia a atualidade do pensamento de Du Bois, ao identificar, em sociedades multirraciais e capitalistas, a existência de um naco convertido em privilégio branco promotor das hierarquias sociorraciais.

7.5.10 A gestão não quer se indispor com a classe média

Numa conversa despretensiosa com um auxiliar de farmácia que já foi desligado do serviço por ser terceirizado, ele me disse que já tinha "rodado" vários postos de saúde e agora entendia por que usuários de outros territórios vinham despachar os remédios ali: *"A população já sabe que aqui não falta. Quando aqui está desabastecido é porque realmente não tem em mais lugar nenhum"*, disse-me. Intrigada, perguntei por quê. *"Porque a gestão não quer se indispor com a classe média, né Rosely. Já imaginou a repercussão negativa!? O povo daqui mete logo na justiça e na imprensa e consegue"*.

Essa fala aparentemente trivial descortina a validade do acordo tácito da branquitude em se aliar para defender seus interesses de forma prioritária. A judicialização da assistência farmacêutica, mencionada pelo colega, é fartamente pesquisada, embora só depois desse diálogo e com o aprofundamento da investigação, eu tenha despertado para essa realidade.

Chieffi e Barata (2009) analisaram a judicialização do SUS em São Paulo, cuja origem foi na década de 1990 para acesso a medicamentos contra HIV/AIDS. Entre 2003 e 2005, estudaram 2.925 processos contra a Secretaria de Estado da Saúde, utilizando o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que combina renda, escolaridade, ciclo de vida e infraestrutura urbana. Os resultados mostram que 73% das ações partiam de áreas com baixa

ou nenhuma vulnerabilidade social, predominantemente ocupadas pela classe média branca, refletindo uma consciência de classe (Thompson, 1987, [1963]).

Essa interpretação ganha ainda mais densidade quando analisamos os dados da revisão sistemática conduzida por Catanheide, Lisboa e Souza (2016), que examinaram 53 estudos empíricos sobre a judicialização de medicamentos no Brasil. A pesquisa evidenciou que boa parte das ações judiciais tinha evidente ingerência de interesses mercadológicos por parte da indústria farmacêutica, que incentivava a via judicial como estratégia para inserção de novos fármacos no sistema público. O resultado é a destinação de recursos públicos para demandas individuais que, embora juridicamente legítimas, comprometem a sustentabilidade do sistema e acentuam as desigualdades de acesso.

Os dados indicam que 47% das prescrições médicas anexadas a processos judiciais provêm de consultas realizadas fora da rede pública, por médicos particulares ou de convênios. Muitos dos medicamentos demandados estão disponíveis no SUS como genéricos, sugerindo que os autores das ações utilizam o sistema de forma pontual ou que os prescritores desconhecem a oferta do SUS. Essa prática compromete a integralidade da atenção, princípio fundamental do SUS, reduzindo-o a um canal fragmentado de acesso a tecnologias prescritas em esferas privadas, guiado por uma lógica consumerista. Tal abordagem pode ser considerada extrativista, pois a busca por insumos específicos muitas vezes se sobrepõe e suplanta o compromisso com o fortalecimento e a defesa incondicional do sistema, priorizando a "colheita" em detrimento da "semeadura" do Sistema.

Outro elemento relevante apontado pelos autores é a intermediação jurídica: crescentemente, escritórios de advocacia têm se especializado na judicialização da saúde, oferecendo serviços padronizados para obtenção de medicamentos, inclusive com modelos prontos de petição e parcerias com associações de pacientes. Esses escritórios operam em nichos de mercado que ampliam o acesso judicial apenas para determinados segmentos, consolidando a judicialização como instrumento de reforço à lógica de mercado na saúde pública. Na pesquisa, constatou-se que 70% das ações para determinados fármacos eram de responsabilidade de um único advogado, sugerindo uma relação estreita entre advogado e fabricante, reforçando um circuito privilegiado onde o direito à saúde é transformado em mercadoria de acesso seletivo.

Marques e Dallari (2007) investigaram como o Judiciário assegura o direito à assistência farmacêutica, problematizando a interação entre sistemas jurídico e político. O estudo examinou 31 processos judiciais sobre fornecimento de medicamentos pelo Estado de São Paulo (1997-2004), com dados coletados nas Varas da Fazenda Pública entre agosto e dezembro

de 2004, utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo⁶⁰ para identificar ideias centrais e interesses dos atores envolvidos (autor, réu e juiz). Os resultados revelaram que, em 96,4% dos processos, os juízes condenaram o Estado a fornecer medicamentos exatamente conforme solicitado, mesmo em casos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Todos os processos foram movidos por autores individuais, com 77,4% requerendo medicamentos específicos de laboratórios, priorizando nomes de fantasia. Em 93,5% dos casos, os medicamentos foram concedidos por liminar. Fundamentadas na garantia do direito à saúde, essas sentenças desconsideraram questões políticas e orçamentárias, sobrepondo necessidades individuais às coletivas.

Na mesma direção, Machado *et al.* (2011) realizaram um estudo descritivo com 827 processos judiciais com 1.777 pedidos de medicamentos contra o Estado de Minas Gerais (2005-2006). A pesquisa identificou que 70% dos requerentes eram atendidos no sistema privado e 60,3% assistidos por advogados particulares. Os autores defendem que a predominância de requerentes do sistema privado sugere que a judicialização pode ampliar iniquidades no acesso à saúde, beneficiando grupos que habitam zonas de privilégios não declaradas. A concentração de advogados e médicos em ações para medicamentos caros levanta suspeitas de interesses comerciais, transformando o SUS em mercado para a indústria farmacêutica, nem sempre alinhado às prioridades sanitárias.

A pesquisa conduzida por Andrade (2019) em hospitais públicos de Aracaju - SE, com entrevistas de 17 assistentes sociais, indica que a judicialização da saúde é percebida como um recurso extremo diante das falhas do SUS, sobretudo em oncologia e pediatria, sendo impulsionada pela má gestão de recursos e por influências políticas na alocação orçamentária. Em um contexto neoliberal, ela proporciona soluções individualizadas, mas não promove mudanças estruturais. As disparidades socioeconômicas entre os usuários são centrais: usuários de maior renda e educação acessam mais facilmente a justiça, enquanto os economicamente vulnerabilizados enfrentam barreiras como baixa escolaridade e desconhecimento de direitos, contando com o apoio de ONGs no suprimento desses medicamentos. Para a autora, a judicialização é permeada por interesses econômicos, como os da indústria farmacêutica e os Conselhos de Saúde poderiam ser mais incisivos nessas questões.

Essa vivência classista sugere uma quebra na lógica universalista que serve de base para o SUS. O sistema, que deveria ser uma política pública guiada pelos princípios de equidade e

⁶⁰ De acordo com o manuscrito “O discurso do sujeito coletivo sintetiza, na primeira ou terceira pessoa do singular, o pensamento ou interesse social de uma dada coletividade sobre determinado tema” (Marques; Dallari, 2006, p. 103).

integralidade, acaba sendo apropriado por grupos que, historicamente, já se beneficiam de privilégios institucionais. A distribuição desigual de medicamentos que hoje se observa no SUS, marcada por áreas de privilégio não oficializadas, não apenas falha em corrigir iniquidades estruturais, mas tende a acentuá-las, ao direcionar recursos públicos para atender a interesses particulares em detrimento do bem-estar coletivo.

As dez cenas autoetnografadas talvez não sejam apenas fragmentos isolados da minha experiência institucional, podendo ser compreendidas como expressões articuladas de um padrão racializado de apropriação seletiva do SUS por usuários brancos de classe média. Reiterado por condutas cotidianas socialmente legitimadas, esse padrão dá concretude ao que Du Bois (2007 [1935]) denominou de privilégio branco: um conjunto de ativos simbólicos e materiais distribuídos de forma racializada com o objetivo de sustentar alianças, garantir distinções e assegurar proteções no interior da estrutura de classes.

Du Bois identifica no privilégio branco o elo invisível entre interesse de classe e identidade racial, que conferia aos brancos mesmo empobrecidos um “prêmio” simbólico, como *status*, sensação de superioridade e acesso privilegiado, diluindo conflitos de classe e estabilizando a hierarquia sociorracial perscrutada. A exposição de Thompson (1998), complementa essa análise, abordando a formação das classes como um processo dialético entre condições materiais e imateriais, englobando também valores, cultura, afetos, tradições e símbolos.

Nesse sentido, é possível afirmar que o cuidado em saúde está radicado numa herança colonial que vem sendo atualizada continuamente, recompondo a centralidade da branquitude na provisão e proteção estatal. A noção de *agência humana*, elaborada por Thompson em *Costumes em Comum*, é fundamental para compreender que esses sujeitos não são receptores passivos dos privilégios herdados, mas negociadores ativos de um sistema que transforma direitos universais em benefícios racialmente distribuídos. Assim, a experiência institucional dos usuários de classe média branca no SUS não é fortuita, mas corresponde aos *costumes em comum* estruturados, herdados, compartilhados, atualizados e socialmente legitimados. A isso, chamo de privilégio branco.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese foi escrita a partir do chão dos serviços do SUS, das marcas produzidas nas minhas intervenções, nas minhas vísceras e na minha escuta. Referenciada em uma Psicologia Crítica, anticapitalista, anticolonialista e antirracista, partiu da premissa de que há um hiato estrutural entre quem concebeu, governa e eventualmente acessa o SUS e quem depende exclusivamente dele. Esse descompasso, de raízes coloniais, é estruturado por marcadores como raça e classe e se expressa, no cotidiano institucional, como privilégio branco: um ativo material e/ou simbólico, naturalizado nas experiências herdadas e compartilhadas por usuários da classe média branca.

A investigação evidenciou uma lacuna na literatura sobre a branquitude enquanto experiência de usuários do SUS, vazio que esta pesquisa buscou preencher ao incluir a cidade de Aracaju - SE (e um pouco do Recife) no circuito acadêmico e articular, de forma situada, as dimensões históricas e subjetivas da formação da classe média branca brasileira. Com base em autores como Du Bois, E. P. Thompson, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Aparecida Bento, Clóvis Moura, entre outros, argumentei que os privilégios dessa fração de classe não são dados, mas construídos por processos de longa duração que emolduram a relação com a política sanitária.

Ao revisitar o Movimento da Reforma Sanitária, identifiquei o protagonismo de intelectuais brancos provenientes da pequena burguesia, orientados por uma matriz eurocomunista de interpretação do marxismo que lideraram um pacto político forjado "pelo alto", com participação instrumental dos segmentos negro e periférico, contrariando a narrativa hegemônica de um SUS erguido "pela base". Adicionalmente, a análise revelou que a permanência seletiva da classe média branca no sistema público não se justifica pela alegada exclusão involuntária, mas por uma estratégia de dupla inclusão: usufruto de vantagens nos sistemas público e também no privado.

Os achados permitem ver a concretude do conceito de privilégio branco expresso tanto em sua dimensão material quanto simbólica, se assemelhando, pelo seu caráter cumulativo, em alguma medida, a um programa de milhagens. Manifesta-se em práticas como a subversão de protocolos, resistência ao fornecimento de dados, uso seletivo do conceito de universalidade, acúmulo indevido de benefícios, customização de insumos, incentivos fiscais, entre outros. Esses aspectos mascaram privilégios incrustados na hipocrisia iluminista de política universal com normas supostamente neutras e atualizam mecanismos coloniais, não mais marcados a ferro em brasa, mas repondo o engodo da cordialidade racial. Sob este ângulo, o racismo

institucional do SUS é o espelho da própria sociedade brasileira.

A pesquisa também denunciou a leniência nas práticas de coleta do quesito raça-cor nos sistemas de informação do SUS, o que contribui para a reprodução das desigualdades sanitárias, obstaculizando a concretização do princípio da equidade. Importa sublinhar que o conceito de privilégio branco não desconsidera a legalidade de algumas das práticas sociais discutidas na autoetnografia. Aliás, boa parte do que foi esboçado reside justamente na legalidade. A igualdade meramente formal e uma universalidade abstrata têm funcionado como um acelerador de vantagens no campo do direito sanitário, onde trabalham psicólogos e assistentes sociais. Mas como diria Lélia Gonzalez, essa abordagem é outro papo.

Do ponto de vista metodológico, a autoetnografia multisituada se mostrou pertinente para conectar experiência pessoal e análise crítica. Reconheço, contudo, limitações neste estudo, como a ausência analítica da categoria “gênero”, a defasagem dos microdados censitários do IBGE, a necessidade de uma leitura mais densa sobre o conceito de heterotopia e as contenções éticas que impossibilitaram a descrição detalhada das cenas autoetnografadas. Soma-se a isso a complexidade em estruturar a tese de forma coerente, frente à artesanaria da qual decorreu seu percurso, escrita e montagem, com uma tipologia assimétrica, resultando na transformação da própria tese numa heterotopia, ou seja, um contra-lugar e potencializando também assim seu caráter inovador.

Além de raça-classe, a interseccionalidade desenvolvida neste trabalho se plasmou em três movimentos interconexos: a aproximação entre os contributos marxistas de E. P. Thompson e Du Bois; a convergência entre o pensamento de Du Bois e o feminismo negro, traduzida no meu exposto compromisso com as margens; e o entrelaçamento entre subjetivação e a formulação seminal de Du Bois sobre privilégio branco.

Apesar das limitações, esta tese avança nos estudos vinculados à Psicologia Crítica, oferecendo quatro contributos: (1) articulação entre os conceitos de branquitude e dispositivo de racialidade na análise das distorções da universalidade do SUS; (2) validação da autoetnografia como método legítimo de produção de conhecimento crítico e situado; e (3) problematização da categoria "classe média" como operador ideológico que encobre desigualdades sociorraciais e sanitárias. Por fim, a tese oferece uma genealogia transversal das relações sociorraciais no Brasil, ancorada em experiências empíricas situadas, com destaque para o contexto sergipano e, em menor escala, o pernambucano, enquanto territórios privilegiados de observação das dinâmicas de racialização no SUS.

Como desdobramento, sugiro que futuras pesquisas tentem explorar os prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, visando mapear o perfil de saúde da população negra e possíveis mecanismos de customização de serviços, a partir das experiências observadas pelos pesquisadores e/ou relatadas pelos próprios interlocutores. Tal investigação poderá revelar se existem assimetrias na gestão do cuidado, mas também o grau de seletividade na proteção de dados e nos critérios de acesso.

Por fim, confesso que gostaria de ter erguido mais minha escrita, mas em muitos momentos deixei a tinta coagular na caneta por medo dos censores (Glória Anzaldúa, 2000) que se infiltram em múltiplos espaços, desde as estruturas acadêmicas até as relações cotidianas no trabalho. O temor de represálias, como transferências arbitrárias de UBS ou o desgaste com docentes e colegas de trabalho, muitas vezes pesou mais que o impulso em falar e documentar. Por isso, a imagem de Anastácia, escravizada e silenciada por um dispositivo que lhe tapava a boca, evocou tantas lágrimas involuntárias durante a qualificação. Chorar, naquele momento, foi reconhecer que algo nos vincula: eu também carrego alguns ferrolhos.

Essa situação dolorosa se repetiu quando, movida por um compromisso ético-político com o conhecimento que ofereço, precisei revisitar as escolhas dos líderes da Reforma Sanitária e estranhar "os meus". Esse foi o capítulo mais difícil de escrever, não por falta de argumentos, mas por um conjunto de sentimentos de difícil tradução que emergiram quando confrontei aqueles com os quais partilho lutas. Ainda assim, se acredito em um SUS radicalmente democrático, seria impossível me manter silente diante de tamanhas contradições.

Outro fator paralisante foi que, na minha área de formação, aprendi a redigir textos impessoais, pois a norma culta oculta o sujeito. Desse modo, me implicar foi uma conquista processual. Libertar-me dessas amarras é um dever em permanente construção. Por ora, isso foi tudo o que consegui apresentar.

Diante de algumas conclusões ainda inconclusas sobre minha dificuldade de sobreimplicação, assumo, com Haraway (1995), a escolha de permanecer com o problema, convivendo com essa encrenca, pois todo conhecimento se constitui como um nódulo condensado em um campo de forças agonístico. Se esta pesquisa não apresentou respostas definitivas, apontou algo mais honesto: o reconhecimento de que escrever é, simultaneamente, um ato de coragem e de contenção, de avanços e de recuos. Ao final, foi Anastácia quem me ensinou que, no silêncio imposto, sempre resiste um grito abafado. Resta decidir, a cada dia, quais ferrolhos merecem e serão quebrados. Esta tese foi mais um deles.

REFERÊNCIAS

- ABAIDE, Jalusa Prestes. *Partidos políticos no Brasil: 1979-1988*. Dissertação [Mestrado em Direito]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, 1990.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. *O perigo de uma história única*. Companhia das Letras, 2019.
- AGÊNCIA PÚBLICA. *Projeto Escravizadores: investigações sobre escravidão no Brasil*, 2024. Disponível em: <https://apublica.org/especial/projeto-escravizadores-investigacoes-sobre-escravidao-no-brasil/>. Acesso em: mar. 2025.
- AGUIAR, Ana Laissa; MARANHÃO, Clarissa Marques; SPINELLI, Livia Carvalho; FIGUEIREDO, Roberta Marinho de; MAIA, Jussara Melo; GOMES, Rosane Costa; MARANHÃO, Hécio de Sousa. Avaliação clínica e evolutiva de crianças em programa de atendimento ao uso de fórmulas para alergia à proteína do leite de vaca. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, p. 152-158, 2013. DOI:10.1590/S0103-05822013000200004.
- ALCOFORADO, Michel. *Sem censura recebe Beth Goulart, Dorina, Michel Alcoforado e Flávia Vieira* [transmissão ao vivo], 2024.1:59 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/59cq8otYeG4>. Acesso em: dez. 2024.
- ALMEIDA, Alexandre. Trajetórias negras: o racismo que se perpetua na velhice. [entrevista concedida à jornalista Licia Oliveira]. *Radis Comunicação e Saúde*, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/entrevista/trajetorias-negras/o-racismo-que-se-perpetua-na-velhice/>. Acesso em: jun. 2024.
- ALMEIDA, Marlaine Lopes de. *O club sportivo feminino e as formas de sociabilidade para as mulheres da elite em Aracaju (1919 – 1926)*. 2017. Tese [Doutorado em Educação] – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, Salvador, 2017.
- ALMEIDA, Sílvio Luiz de. *Estado e direito: a construção da raça*. In: *Instituto AMMA Psiquê e Negritude*. Racismo estrutural. São Paulo: Escuta, 2019. p. 81–94.
- ALMEIDA, Tânia Mara de. A violência contra alunas: currículo oculto nos ambientes universitários. *Poéticas de los feminismos descoloniales desde el Sur*, p. 205-229, 2018.
- ALVES, José Eustáquio. *Censo 2022: reflexões sobre religiões e sociedade*. [S. l.]: José Eustáquio Alves, 2025. Disponível em: YouTube – vídeo completo. Acesso em: 10 jul. 2025. A partir de 14min14s.
- ALVES, Maria Helena Moreira. *Estado e oposição no Brasil: 1964–1984*. Bauru: EDUSC, 2005. 423 p.
- AMARAL, Luís. *Origem da cana-de-açúcar e os engenhos no Brasil Colônia*. Bahia.ws, [s. l.], 6 jul. 2023. Disponível em: *Origem da Cana-de-Açúcar e os Engenhos no Brasil Colônia*. Acesso em: out. 2024.
- AMARAL, Azevedo. *O Estado autoritário e a realidade nacional*. BoD-Books on Demand, 2024 [1929].

ANACLETO, Rosely. A história vista de baixo: o vanguardismo branco nas origens do SUS. *Temporalis*, [S. l.], v. 25, n. 49, p. 188–206, 2025. DOI: 10.22422/temporalis.2025v25n49p188-206.

ANACLETO, Rosely. *Introdução de Cuidados Paliativos na Atenção Básica de Aracaju. Saúde da Pessoa Idosa*, 2020. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/introducao-de-cuidados-paliativos-na-atencao-basica-de-aracaju.html>. Acesso em: mar. 2025.

ANACLETO, Rosely. Novos cercamentos, saúde e “lugares outros”. *Iluminuras*, Porto Alegre, v. 25, n. 67, p. 180–203, jun. 2024. DOI:10.22456/1984-1191.139984.

ANACLETO, Rosely. *O enfrentamento do trabalho precarizado na agenda sindical de assistentes sociais*. Editora Atena, Ponta Grossa - PR, 2022. ISBN 978-65-258-0508-5. Disponível em: Atena Editora – ficha do livro.

ANACLETO, Rosely. Retratos de um SUS colonizado: signos e símbolos da memória ancestral da branquitude em Aracaju. *Iluminuras*, Porto Alegre, v. 24, n. 65, p. 246–268, 2023. DOI: 10.22456/1984-1191.133304.

ANDRADE, Regiane Freitas do Nascimento. *Judicialização da saúde: uma análise a partir dos assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE*. 2019. 189 f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2019.

ANDRÉ, Marli. *Etnografia da prática escolar*. Papirus editora, 2013.

ANZALDÚA, Gloria. *Borderlands/La frontera: the new mestiza*. 3. ed. San Francisco, CA: Aunt Lute Books, 2007. 255 p

ANZALDÚA, Gloria. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. *Revista Estudos Feministas*, v. 8, n. 01, p. 229-236, 2000.

ANGELO, Zaia. *Como fica a assistência para vítimas de acidentes de trânsito sem o DPVAT? Entenda*. G1, Brasília, 10 jan. 2025. Disponível em: Como fica a assistência para vítimas de acidentes de trânsito sem o DPVAT? Entenda | Política | G1. Acesso em: fev. 2025.

ARACAJU. *Mais de 600 profissionais de saúde aprovados em concurso da prefeitura são nomeados*. Instituto Marcelo Déda, 29 mar. 2004. Disponível em: <https://www.institutomarcelodeda.com.br/mais-de-600-profissionais-de-saude-aprovados-em-concurso-da-prefeitura-sao-nomeados/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

ARACAJU. *Saúde de Aracaju informa novo fluxo para solicitação de fraldas descartáveis*. 2023. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/98805/saude_de_aracaju_informa_novo_fluxo_para_solicitacao_de_fraldas_descartaveis.html. Acesso em: 18 jun. 2024.

ARAÚJO, Inesita Soares de; MOREIRA, Adriano de Lavor; AGUIAR, Raquel. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada: apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. 2013. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.4.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro de; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 31, p. e220246pt, 2022.

AROUCA, Sérgio. *Democracia é saúde*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. 1 vídeo (42min33s). Disponível em: YouTube – VideoSaúde. Acesso em: out. 2024. Fala citada aos 25min45s.

ATKINSON, Paul; RYEN, Anne. *Indigenous Research and Romantic Nationalism*. *Societies*, v. 6, n. 4, p. 1–13, Nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.3390/soc6040034>.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 158-171, 2018.

BAIROS, Amanda Knecht; HILLESHEIM, Betina; SILVA, Mozart Linhares da. Produção de (in) visibilidades: mulheres negras e políticas públicas de saúde. *Revista Jovens Pesquisadores ISSN*, v. 2237, p. 048X. DOI: <https://doi.org/10.17058/rjp.v9i1.13382>.

BARROS II, João Roberto. O racismo de Estado em Michel Foucault. *Revista Interthesis*, v. 15, n. 1, p. 01-16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2018v15n1p1>.

BARROS, Nelson Filice de. *Existir e não pertencer: notas autoetnográficas de um cientista social no campo da Saúde*. 1. ed. Campinas, SP: Pontes Editores; Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. [Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 43]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/existir-e-nao-pertencer-notas-autoetnograficas-de-um-cientista-social-no-campo-da-saude/>. DOI: 10.18310/9786554620826. Acesso em: 25 jun. 2025.

BARRUCHO, Luis. *Os números por trás do “milagre econômico” da ditadura no Brasil*. *BBC News Brasil*, 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c17d57rqeexo>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BASONI, Isabel Cristina Gomes; MERLO, Marianna Cardoso Reis. Autoetnografia e formação docente: história e identificações. *Revista (Con) Textos Linguísticos*, v. 16, n. 35, p. 79-93, 2022.

BASTOS, Elide Rugai. Oliveira Vianna e a Sociologia no Brasil (um debate sobre a formação do povo). In: BASTOS, Elide Rugai; MORAES, João Quartim de (Org.). *O pensamento de Oliveira Vianna*. São Paulo: Editora Unicamp, 1993.

BATALLA, Guillermo Bonfil. *México profundo: uma civilização negada*. Tradução de Rebecca Lemos Igreja. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2019. 334 p. ISBN 978-85-230-1002-7. Disponível em: Editora UnB – ficha do livro. Acesso em: jul. 2025.

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 33, n. Suppl 1, p. e00090516, 2017.

BBC. *Banco do Brasil é alvo de inquérito inédito sobre papel na escravidão e MPF pede reparação*. G1, Brasília, 27 set. 2023. Disponível em:

<https://g1.globo.com/politica/noticia/2023/09/27/banco-do-brasil-e-alvo-de-inquerito-inedito-sobre-papel-na-escravidao-e-mpf-pede-reparacao.ghtml>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BECKER, Daniel. *Vivemos um complexo industrial do autismo*. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 7 abr. 2025. Disponível em: Folha – coluna completa. Acesso em: jul. 2025.

BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política*. SP: Brasiliense, 1996.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. *O pacto da branquitude*. Companhia das letras, 2022.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iraci; BENTO, Maria Aparecida da Silva (Orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. *Formação social do Brasil e a objetivação do racismo no pensamento conservador*. In: Instituto AMMA *Psiquê e Negritude*. Violência e sociedade: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro. São Paulo: Escuta, 2018. p. 115–135.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. *Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*. 2002. Tese [Doutorado em Psicologia]. Instituto de Psicologia de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2002.

BENTO, Maria Aparecida. *O pacto narcísico da branquitude*. São Paulo: Companhia das letras, 2022.

BERNARDINO-COSTA, Joaze. Colonialidade do poder e subalternidade: os sindicatos das trabalhadoras domésticas no Brasil. *Revista Brasileira do Caribe*, v. 7, n. 14, p. 311-345, 2007.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho; CASSAL, Luan; MAGALHÃES, kely; GERALDINI, Janaína Rodrigues. Formação em psicologia, direitos humanos e compromisso social: A produção micropolítica de novos sentidos. *Boletim Interfaces da psicologia da UFRRJ*, v. 2, n. 2, p. 20-35, 2009.

BOCHNER, Arthur; ELLIS, Carolyn. *Autoethnography, personal narrative, reflexivity*. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Orgs.). *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 733–768.

BOITO JÚNIOR, Armando. *Classe média e sindicalismo*. *Politeia – História e Sociedade*, v. 4, n. 1, 2004. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/politeia/article/view/3928>. Acesso em: mar. 2025.

BOITO JÚNIOR, Armando. *O sindicalismo de estado no Brasil: uma análise crítica da estrutura sindical*. Campinas: Editora da UNICAMP; São Paulo: HUCITEC, 1991. 312 p. ISBN 978-85-271-0171-4.

BOMFIM, Camila. *Crise no IBGE: mais de 600 servidores e diretores estão contra Pochmann*. *G1*, 29 jan. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/camila-bomfim/post/2025/01/29/crise-no-ibge-mais-de-600-servidores-e-diretores-contrapochmann.ghtml>. Acesso em: mar. 2025.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 59-69, 2010. DOI:10.1590/S0102-311X2010000100007.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, educação e saúde*, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BORRET, Rita Helena; SILVA, Monique França da; JATOBÁ, Larissa Rodrigues; VIEIRA, Renata Carneiro; OLIVEIRA, Denize Ornelas Pereira Salvador de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2255-2255, 2020.

BORRET, Rita. *Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras*. Agência Pública, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras>. Acesso em: jun. 2025.

BOTTOMORE, Thomas. *Dicionário do pensamento marxista*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 696 p. ISBN 978-85-3780-939-6. Disponível em: Companhia das Letras – ficha do livro. Acesso em: abr. 2025.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, n. 26, p. 329–376, 2006.

BRODY, Elaine. “Women in the middle” and family help to older people. *The Gerontologist*, v. 21, n. 5, p. 471-480, 1981.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2014–2024)*. Brasília: ANS, 2024. Disponível em: Dados gerais – ANS. Acesso em: fev. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Cenário brasileiro das lesões de motociclistas no trânsito de 2011 a 2021*. *Boletim Epidemiológico*, n. 6, v. 54. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2023. Disponível em: Ministério da Saúde – boletim completo. Acesso em: out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados gerais*. Brasília: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: Planalto – texto compilado da Lei nº 8.080.

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 dez. 1996. Disponível em: Planalto – texto compilado da LDB. Acesso em: mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientação Técnica nº 4/2024*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/orientacao-tecnica-no-4-2024>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saiba mais sobre a APS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRAZ, Rui Moreira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; REIS, Afonso Texeira dos; MACHADO, Nadia Maria da Silva. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 554-562, 2013.

BRILHANTE, Aline Veras Moraes; MOREIRA, Cláudio. Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 1099-1113, 2016.

BRITO, Angela Ernestina Cardoso de. Pode uma professora negra pesquisar? O uso da autoetnografia como abordagem metodológica pós-abissal. *Revista de Ciências Humanas*, v. 2, n. 24, 2024.

BRUM, Ceres Karam. A autoetnografia como processo formativo em Antropologia: deficiência, percepção e aprendizagem. *Ilha: Revista de Antropologia*, v. 26, n. 1, 2024.

BUONOCORE, Jackson César. *A medicalização da vida*. 2016. Disponível em: <https://www.psicologiasdobrasil.com.br/medicalizacao-da-vida/>. Acesso em: dez. 2024.

BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CABRAL, Mario. *Roteiro de Aracaju: guia sentimental da cidade*. Aracaju: Regina, 1955.

CACHADO, Rita. *Diário de campo: um primo diferente na família das ciências sociais*. *Sociologia & Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 551–572, maio/ago. 2021. DOI: 10.1590/2238-38752021v11n2.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1865–1874, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000700009.

CAMPOS, Gastão Wagner. *A reforma sanitária necessária*. In: BERLINGUER, Geovani; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC; CEBES, 1988. p. 97–122. ISBN 978-85-271-0061-8.

CAMPOS, Marcelo dos Santos. *Hoje é dia de branco: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde*. 2020. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

CARDOSO, Lourenço. *Branquitude acrítica e crítica: a supremacia racial e o branco anti-racista*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 8, n. 1, p. 607–630, 2010. DOI:10.11600/rclsnj.8.1.70.

CARDOSO, Lourenço. *Branquitude e Justiça: análise sociológica através de uma fonte jurídica: documento técnico ou talvez político*. *Journal of Hispanic and Lusophone Whiteness Studies (HLWS)*, v. 1, p. 6, 2020.

CARDOSO, Lourenço. O branco ante a rebeldia do desejo: um estudo sobre a branquitude no Brasil. 2014. Tese [Doutorado em Sociologia] – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2014.

CARDOSO, Lourenço. *O branco-objeto: o movimento negro situando a branquitude*. *Instrumento: Revista de Estudo e Pesquisa em Educação*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan./jun. 2011.

CARDOSO, Rafael. *The problem of race in Brazilian painting, c.1850–1920*. *Art History*, v. 38, n. 3, p. 488–511, jun. 2015. DOI: 10.1111/1467-8365.12134.

CARDOSO, Renata Gomes. *A Negra de Tarsila do Amaral: criação, recepção e circulação*. *Revista VIS: Revista do Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais*, v. 15, n. 2, p. 90–110, 2016.

CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023, 432p.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquila; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 133-145, 2020.

CARVALHO, Carolina; VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Dantas de; MARTINS, Mônica; ABRAHÃO, Laís de Deus. *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor*. Boletim Informativo do PROADESS, n. 10, dez. 2022. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2022. 13 p.

CARVALHO, Felipe Nogueira; SCHUCMAN, Lia Vainer. A contribuição dos estudos críticos da branquitude para compreensão do preconceito racial na psicologia social. *Quaderns de Psicologia*, v. 24, n. 1, p. e1760-e1760, 2022.

CARVALHO, Ludmila Marengo Garcia de; EMERICK, Mariane Ferreira Barbosa; BATISTA, Katia Torres. Giovanni Berlinguer: Contribuições para a reforma sanitária brasileira e a bioética de intervenção. *Revista Augustus*, v. 59, n. 32, p. 75-89, 2023.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA I, Luís Eugênio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1335–1356, 2016. DOI:10.1590/S0103-73312016000400014. Acesso em: jul. 2025.

CAVALCANTE, Sávio. Classe média e conservadorismo liberal. In: CRUZ, Sebastião Velasco e; KAYSEL, André; CODAS, Gustavo (org.). *Direita, volver!: o retorno da direita e o ciclo político brasileiro*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 177–200.

CÉSAIRE, Aimé. *Discursos sobre o colonialismo*. Tradução de Noêmia de Souza. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1978. 69 p. (Cadernos Livres, n. 15). Título original: *Discours sur le colonialisme*. Publicado originalmente pela Présence Africaine, Paris, 1955.

CHAGAS, Eduardo. O pensamento de Marx sobre a subjetividade. *Trans/Form/Ação*, v. 36, p. 63-84, 2013.

CHAUÍ, Marilena. A nova classe trabalhadora brasileira e a ascensão do conservadorismo. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo (orgs.). *Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 15–22.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 1839-1849, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000800020.

CNN BRASIL. Entenda o que foi a vala de Perus, utilizada durante a ditadura militar. *CNN Brasil*, Brasília, 24 mar. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/entenda-o-que-foi-a-vala-de-perus-utilizada-durante-a-ditadura-militar>. Acesso em: abr. 2025.

COELHO, Rony; REMÉDIOS, Jéssica; NOBRE, Victor; MIREJEN, Matías. *O quesito raça/cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023. (Nota Técnica, n. 30). Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-30>. Acesso em: jan. 2025

COFFEY, Amanda. *The ethnographic self: Fieldwork and the representation of identity*. London, 1999.

COHN, Amélia. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 93, p. 225-241, 2018.

COLLINS, Patricia Hill. *Learning from the outsider within: the sociological significance of black feminist thought*. *Social Problems*, v. 33, n. 6, p. 14–32, 1986. DOI: 10.2307/800672.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. *Interseccionalidade*. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021. 288 p.

CONCEIÇÃO, Isis Aparecida. Racismo e pandemia: uma análise jurídica – dimensões de justiça e suas interseções. *Revista Direito e Práxis*, v. 12, n. 3, p. 1741-1776, 2021. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/51354.

CONCEIÇÃO, Maria Cristina Gomes da; MAGALHÃES, Juliana Maria dos Reis. A importância da informação racial em saúde para o combate ao racismo institucional. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 6, p. 6301-6309, 2023. DOI: 10.56083/RVC3N6-084.

CONNELL, Raewyn. A iminente revolução na teoria social. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 27, p. 09-20, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). *Resolução CFESS nº 1.054, de 14 de novembro de 2023*. Estabelece normas vedando condutas de discriminação e/ou preconceito étnico-racial no exercício profissional do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2023

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cfess). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010. 79 p. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, v. 2).

COROSSACZ, Valeria Ribeiro. Abusos sexuais no emprego doméstico no Rio de Janeiro: a imbricação das relações de classe, gênero e “raça”. *Temporalis*, v. 14, n. 28, p. 299–324, 2014. DOI: 10.22422/2238-1856.2014v14n28p299-324.

CORREA, Maurício Neves. *Heterotopias no país do milagre: os corpos indígenas e as histórias filmadas*. 2018. Tese [Doutorado em Linguística e Língua Portuguesa] – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2018.

CORREIA, Nathália de Lourdes Fernandes; SANTOS, Eduarda Isis Vicente dos; COSTA, Érika Flávia Soares da; SILVA, Gabriela de Almeida. *A aristocracia operária e a centralidade da política na desmobilização da classe operária brasileira*. In: VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2017, São Luís. *Anais [...]*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Aristocracia_oper%C3%A1ria. Acesso em: 14 jul. 2025

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 345–362.

COUTINHO, Carlos Nelson. *A democracia como valor universal*. São Paulo: Ciências Humanas, 1980. p. 68.

CRUZ, Jeferson Augusto da. *Um flâneur à sergipana: modernidade, urbanização e cotidiano de Aracaju na Belle Époque (1918-1926)*. In: XXVIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 2015, Florianópolis. *[Anais...]*. Florianópolis: ANPUH, 2015. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/39/1441908803_ARQUIVO_UMFLANERA_SERGIPANA%28ARTIGO%29.pdf. Acesso em: out. 2024.

CUALHETA, Luciana Padovez. *Redação de teses em formato de artigo*. YouTube, transmissão de 21 ago. 2023. LAPEI – Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/DjbBeUQK8yY>. Acesso em: ago. 2024.

CUNHA, Euclides da. *Os Sertões*. Rio de Janeiro: Laemmert, 1902. Disponível em: <https://www.baixelivros.com.br/literatura-brasileira/os-sertoos>. Acesso em: set. 2024.

DAMÁSIO, Ana Clara. Isso não é uma autoetnografia! *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, p. 1-14, 2022.

DANTAS, André Vianna. *Do socialismo à democracia: da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da reforma sanitária brasileira*. 2014. 378 f. Tese [Doutorado em Serviço Social] – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 145-157, 2018.

DANTAS, José Ibarê Costa. *O Tenentismo em Sergipe: Da Revolta de 1924 à Revolução de 1930*. 2. ed. Aracaju: Gráfica Editora J. Andrade Ltda, 1999.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. Boitempo Editorial, 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Kafka: para uma literatura menor*. Lisboa: Assírio e Alvim, 2003. Disponível em: <https://www.bing.com/videos/riverview/relatedvideo?&q=pesquisa+de+teses+e+disserta%03%a7%03%b5es+em+artigos+ppg+contabilidade&&mid=72C01C707810E5FA2B2372C01C707810E5FA2B23&&FORM=VRDGAR>. Acesso em: jun. 2024.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, v. 12, p. 100-122, 2007.

DOMINGUES, Petrônio. O que é capitalismo racial? *Correio Braziliense*, Brasília, 23 jan. 2025. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/opinia0/2025/01/7026028-o-que-e-capitalismo-racial.html>. Acesso em: jan. 2025.

DOURADO, Luciana. *Capitalismo transforma o autismo em fonte de lucro*. Folha de S.Paulo, São Paulo, 1 jun. 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/05/industria-do-autismo-influencia-politicas-publicas-pressiona-planos-e-se-expande-no-mercado-privado-diz-relatorio.shtml>. Acesso em: out. 2024.

DU BOIS, William Edward Burghardt. *Black Reconstruction in America*. New York: The Free Press, 2007.

DU BOIS, William Edward Burghardt. *As almas do povo negro*. Tradução de Alexandre Boide. Ilustração de Luciano Feijão. Prefácio de Silvio Luiz de Almeida. São Paulo: Veneta, 2021. 296 p.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1986.

ENGELS, Friedrich; MARX, Karl. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

ESCOREL, Sarah. [Depoimento]. *Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil (A trajetória de Sergio Arouca)*. Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO. Entrevistadores: Regina Abreu e Guilherme Franco Neto, 14 abr. 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentosarahescorel.htm>. Acesso em: ago. 2024.

ESCOREL, Sarah. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1938-1940, 2013.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 181-192.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006. 297 p. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde. Acesso em: set. 2024.

FALLETI, Tulia; ANGELUCI, Alan César Belo. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964–1988. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 345–368, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2970>. Acesso em: set. 2024.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FARIAS FILHO, José Almir; ALVIM, Angelica Tanus Benatti. *Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução*. *Urbe: Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 14, p. e20220050, 2022. DOI: 10.1590/2175-3369.014.e20220050. Acesso em: set. 2024.

FARIAS, Marcio. Uma esquerda marxista fora do lugar: pensamento adstringido e a luta de classe e raça no Brasil. *SER Social*, Brasília, v. 19, n. 41, p. 398–413, 2018. DOI: 10.26512/ser-social.v19i41.14946. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14946. Acesso em: out. 2024.

FAUSTINO, Deivison. O mal-estar colonial: racismo e o sofrimento psíquico no Brasil. *Clín. & Cult.*, São Cristóvão, v. 8, n. 2, p. 82-94, dez. 2019.

FÁVERO, Sofia Ricardo. *Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada*. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 15, n. 3, p. 1–16, set. 2020.

FEITOSA, Flavia Regina Sobral; ANACLETO, Rosely. Expressões do racismo institucional na atenção básica de saúde no município de Aracaju: um relato de experiência. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 3, p. e14157, 2022.

FERREIRA, Paulo César Pêgas. *Com a extinção do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT), quem vai pagar essa conta?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), set. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10842>. Acesso em: set. 2025.

FERREIRA, Paulo César Pêgas. *Impactos socioeconômicos dos acidentes de transporte no Brasil no período de 2007 a 2018*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. 21 p. (Nota Técnica, n. 75). DOI:10.38116/ntdiset75. Acesso em: set. 2024.

FERREIRA, Thaís dos Reis. *A Negra – diálogos entre a obra de Tarsila do Amaral e o feminismo negro*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Mídia,

Informação e Cultura) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://celacc.eca.usp.br/es/celacc-tcc/975/detalhe>. Acesso em: set. 2024.

FIDÉLIS, Carlos. Maior surto de meningite do país, na década de 1970, foi marcado pela desinformação. Entrevista concedida a Luana Dandara. *Portal da Fiocruz*, 17 nov. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-surto-de-meningite-do-pais-na-decada-de-1970-foi-marcado-pela-desinformacao>. Acesso em: abr. 2025.

FIGUEIREDO, Angela. *Carta de uma ex-mulata à Judith Butler*. Revista Periódicus, v. 1, n. 3, p. 152-169, 2015.

FIGUEIREDO, Angela. *Classe média negra: trajetórias e perfis*. Salvador: EDUFBA, 2012.

FLEURY, Sônia Maria. *Estado sem cidadãos: segurança pública, justiça e saúde no Brasil*. In: MOTA, Ana Elizabete; MARQUES, Rosa Maria (orgs.). *Pobreza, exclusão e cidadania*. São Paulo: Cortez, 1987. p. 103–122.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009a.

FLEURY, Sonia. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009b.

FLORES, Cíntia. *Tese em formato de artigos: elaboração e desenvolvimento*. YouTube, transmissão de 10 dez. 2021. PPGCONT – Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=L30Mokv87xE>. Acesso em: jun. 2025.

FOUCAULT, Michel; DELEUZE, Gilles. *Os intelectuais e o poder*. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização de Roberto Machado. Tradução de Roberto Machado et al. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 69–76.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 228 p. (Coleção Biblioteca de Filosofia).

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população: curso no Collège de France (1977–1978)*. Edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 435 p.

FOUCAULT, Michel. Sobre a História da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 267.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. *A Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal, 2007.

FRANK, Alejandro; YUKIHARA, Eduardo. Formatos alternativos de teses e dissertações. *Ciência Prática*, 2013. Disponível em: <https://cienciapratica.wordpress.com>. Acesso em: jun. 2025.

FRENK, Julio. *El concepto y la medición de accesibilidad*. Sección a cargo del Centro de Investigaciones en Salud Pública. *Salud Pública de México*, México, v. 27, n. 5, p. 438–453, set./out. 1985.

KRUPSKAIA, Nadejda Konstantinovna. *A construção da pedagogia socialista nos movimentos sociais*. Tradução direta dos originais russos. São Paulo: Expressão Popular, 2017. p. 69.

FREITAG, Raquel M. K. TV UFS. *Minicurso: IA na redação científica (COPES/POSGRAP)*. YouTube, 29 jul. 2025. Disponível em: https://www.youtube.com/live/b0hGubJx-44?si=QQYOFUAda_wbJg_q. Acesso em: jun. 2025.

FURTADO, Celso. *O mito do desenvolvimento econômico*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

GAMA, Fabiene. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, v. 45, n. 2, p. 188–208, 2020.

GERALDO, Débora Sabina da Silva. Capitalismo e racismo no Brasil: dilemas no Estado, direito e fundo público. *Temporalis*, [S. l.], v. 25, n. 49, p. 237–254, 2025. DOI: 10.22422/temporalis.2025v25n49p237-254.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Editora Fiocruz, 2004.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 177–198.

GODOI, Gabriel; ALVES, Miriam Cristiane. Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960–2018. *SER Social*, Brasília, v. 25, n. 53, 2023. DOI: 10.26512/ser_social.v25i53.47702.

GOMES, João Pedro de Freitas; RADA, Ruth Pereira di; CARDOMINGO, Matias Rabello; NASSIF-PIRES, Luiza. *Nota de política econômica nº 027: privilégio branco na estrutura tributária brasileira: uma análise interseccional de impostos diretos e transferências*. São Paulo: MADE – Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades, 2022. Disponível em: <https://madeusp.com.br/publicacoes/artigos/npe-27-sistema-impostos-brasileiro-racismo-estrutural>. Acesso em: jul. 2025.

GOMES, Laurentino. *Escravidão–Vol. 1: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. Globo Livros, 2019.

GONÇALVES, Ana Maria. *Um defeito de cor*. 6. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista ciências sociais hoje*, v. 2, n. 1, p. 223–244, 1984.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. *Lugar de negro*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Volume 1. Textos escolhidos e organizados por Valentino Gerratana. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere: Maquiavel, notas sobre o Estado e a política*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 3.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere*. Ed. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, v. 2.

GRANT, Alec. Inaugural Conference of British Autoethnography Keynote. Autoethnography: threat and promise. *Brighton Journal of Research in Health Sciences*, v. 1, n. 1, 2014.

HALL, Stuart. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Organização de Liv Sovik. Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representação da UNESCO no Brasil, 2003. 434 p. ISBN 85-70413-56-4.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 1995.

HASENBALG, Carlos. Raça, classe e mobilidade. *Lugar de negro*. Editora – 1ª ed.- Rio de Janeiro: Zahar; 2022.

HOBBSBAWM, Eric. *Lenine e a “aristocracia operária”*. A Comuna, [s. l.], 20 nov. 2013. Disponível: <https://www.acomuna.net/index.php/contra-corrente/4542-lenine-e-a-aristocracia-operaria-por-eric-eric-hobsbawn>. Acesso em ago. 2024.

hooks, bell. *Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra*. São Paulo: Elefante, 2019.

IANNI, Octávio. Estado e capitalismo. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, Mário (Org). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil, v. 120, p. 45-64, 2008.

JESUS, Carolina Maria de. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. Organização e edição de Audálio Dantas. São Paulo: Editora Ática, 2000.

JORDANI, Máisa Tirintan; GUIMARÃES, Isabela Garcia da Cunha; SILVA, Taísa Alves; ALVES, Luclene; BRAGA, Camila Bitu Moreno; LUZ, Sylvana de Araújo Barros. Perfil clínico e nutricional de crianças com alergia à proteína do leite de vaca. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, Brasil, v. 54, n. 4, p. e-176348, 2021. DOI: 10.11606/issn.21767262.rmrp.2021.176348.

JORGE, Alzira de Oliveira; PONTES, Monica Garcia; GARAJÁ, Adriana Fernandes; REIS, Gabriela Maciel dos; BRAGA, Luciana de Souza; ARAÚJO, Marcelo Grossi; LANSKY, Sônia; FEUERWERKE, Laura Camargo Macruz. Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 02, p. 515-524, 2022.

JORNAL NACIONAL. *Balanco indica que 2021 foi o ano mais letal da pandemia no país.* *Jornal Nacional*, 31 dez. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/12/31/balanco-indica-que-2021-foi-o-ano-mais-letal-da-pandemia-no-pais.ghml>. Acesso em: 25 jun. 2025.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo no cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogá, 2019.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KORZ, Vanessa; KREMER, Maira; VARGAS, Deisi Maria; NUNES, Carlos. *Alergia à proteína do leite de vaca, qualidade de vida e estilos parentais*. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Marília, v. 31, n. 1, p. 28-36, abr. 2021. DOI: 10.36311/jhgd.v31.11077.

KROEFF, Renata Fischer da Silveira; GAVILLON, Póti Quartiero; RAMM, Laís Vargas. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; GOULART, Patrícia Martins; TRAPÉ, Carla Andrea. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 120-132, 2020.

LANE, Silvia Tatiana Maurer; CODO, Wanderley. *Psicologia social: o homem em movimento*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LEAL, Fabiola Xavier; GARCIA, Maria Lucia; SILVA, Mylena.; MOISES, Nina. A morte por covid-19 bate à porta das/os assistentes sociais no Brasil. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 21, n. 1, p. 1–25, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/35641>. Acesso em: jun. 2025.

LEMONS, Flávia Cristina Silveira. O governo da subjetividade por meio da judicialização no dispositivo de segurança. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 70, n. SPE, p. 142-151, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2024.

LESSA, Sérgio. *Cadê os operários?* Maceió: Instituto Lukács, 2014.

LESSA, Sergio e TONET, Ivo. *Proletariado e sujeito revolucionário*. Maceió: Instituto Lukács, 2012.

LIMA, Andréa Moreira; LINO, Tayane Rogéria; CARDOSO, Luiz Felipe Viana; MARRA, Manoela Costa. Apresentação. *Psicologia Social Crítica: tecendo diálogos entre profissionais, acadêmicos, militantes e estudantes*. In: LIMA, Andréa Moreira; LINO, Tayane Rogéria; CARDOSO, Luiz Felipe Viana; MARRA, Manoela Costa (Org.). *Psicologia social crítica [recurso eletrônico]: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso*. Porto Alegre: Abrapso, 2019. p. 10–17

LIMA, Leonardo Silva de. A cura e seu processo econômico: reflexões autoetnográficas enquanto paciente oncológico. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto) biográfica*, v. 9, n. 24, p. e1167-e1167, 2024.

LIPPOLD, Walter; FAUSTINO, Deivison. Colonialismo digital, racismo e acumulação primitiva de dados. *Germinal: marxismo e educação em debate*, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 56–78, 2022.

LOCKWOOD, David. El trabajador de la clase media: um estudio sobre la consciencia de clase. Madrid: Aguilar, 1962.

LOLE, Ana; PEREIRA, Camila Portyara; MACHADO, Loiva Maria de oliveira; GONÇALVES; Maria Aparecida Milanez. Formação antirracista em serviço Social. *Temporalis*, [s. l.], v. 25, n. 49, p. 6–15, 2025. DOI: 10.22422/temporalis.2025v25n49p6-15.

LOPES, Christiani Cassoli Bortoloto; REIS, Silvana Soares dos; BORTOLOTO, Claudimara Cassoli. Racismo estrutural nas política de saúde: impressões de usuários negros. *Revista Serviço Social em Revista*. vol, v. 27, n. 3, p. 806-831, 2024. DOI: 10.5433/1679-4842. 2024v27n3.p806.

LOUIS, Édouard. Roda Viva | Édouard Louis | 21/10/2024 (01:40:20). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wn7RxTuQc4U&t=3s&ab_channel=RodaViva. Acesso em dez. 2024.

MACHADO, Cristiane Vieira; CAMPOS, Gastão Wagner; AZEVEDO-E-SILVA, Gulnar. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2783-2792, 2019.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 590-598, 2011.

MACHIN, Rosana; MOTA, André. Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil–1898-1920. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180314, 2019.

MAGALHÃES, Juliana; RODRIGUES; Thalia Alves; NETA, Marly Marques Rêgo; DAMASCENO, Carolinne Kilcia Carvalho Sena; SOUZA, Kayo Henrique Jardel Feitosa; ARISAWA, Emília Ângela Lo Schiavo. Vivências de familiares de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. *Rev Gaúcha Enferm*.42:e20200437, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200437>. Acesso em 19 jun. 2024.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, nº 49, p. 11-29, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>. Acesso em 18 mai. 2024.

MAIA, Kenia Soares; TINOCO, Pedro Ribeiro Argento; ZAMORA, Maria Helena Navas. A branquitude sob o olhar transdisciplinar das Psicologias Sociais Psicológica e Crítica. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 5840–5861, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N6-061.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas. O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. *Psicologia Clínica*, v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.

MAIA, Suzana Moura. Espaços de branquitude: segregação racial entre as classes médias em Salvador, Bahia. *Século XXI*, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 253-282, 2019.

MAIA, Suzana; BATISTA, Jeferson dos Santos. Reflexões sobre a autoetnografia. *Prelúdios-Revista do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFBA*, v. 9, n. 10, p. 240-246, 2020.

MARINI, Ruy Mauro. “Dialética do desenvolvimento capitalista no Brasil”. In: MARINI, Ruy. *Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Petrópolis: Vozes, 2000, p.11-103.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de saúde pública*, v. 41, p. 101-107, 2007.

MARTH, Marla Pedroso; SOARES, Erika Scheeren. Direito integral à saúde: estudo com sujeitos envolvidos em acidentes de trânsito sob a percepção do serviço social. *Serviço Social e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 99-117, 2017.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. *Psicologia social comunitária para a América Latina: o resgate da psicologia da libertação*. Petrópolis: Vozes, 2009.

MARTINS, Tereza Cristina Santos. Oposição entre as Lutas anticapitalista e antirracista: realidade ou erro de análise? *SER Social*, v. 19, n. 41, p. 275-295, 2017. DOI: 10.26512/ser_social.v19i41.14686.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 288 p. Publicado originalmente em 1859.

MARX, Karl. *Crítica do programa de Gotha*. Seleção, tradução e notas de Rubens Enderle. Prefácio à edição brasileira de Michael Löwy. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015. 160 p. Publicado originalmente em 1875.

MARX, Karl. *Miséria da filosofia*. Tradução de José Paulo Netto. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017. 216 p. Publicado originalmente em 1847.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital*. Tradução de Rubens Enderle. Apresentações de Jacob Gorender, Louis Althusser e José Arthur Giannotti. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014. 856 p. Publicado originalmente em 1867.

MARX, Karl. *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política*. Supervisão editorial de Mário Duayer; tradução de Mário Duayer e Nélcio Schneider; colaboração de Alice Helga Werner e Rüdiger Hoffman. São Paulo: Boitempo Editorial; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. 792 p. Publicado originalmente em 1939.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *O manifesto do partido comunista*. Tradução direta dos originais alemão e inglês, com notas complementares de Vasco Magalhães-Vilhena. Lisboa: Editorial Avante!, 1975. 96 p. Publicado originalmente em 1848.

MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim; TAVARES, Jeane Saskya Campos; COUTO, Marcia Thereza. “Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia”: não vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230492, 2024.

MATTOS, Geísa. O luxo da Aldeia: a produção social de lugares da branquitude em Fortaleza. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 21, p. 28-40, 2022.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. São Paulo, SP: n-1edições, 2018.

MCINTOSH, Peggy. White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondences through Work in Women’s Studies. *Working Paper* No. 189, 1988. Disponível em: https://www.nationalseedproject.org/images/documents/White_Privilege_and_Male_Privilege_Personal_Account_Peggy_McIntosh.pdf.

MEDEIROS, Josué. A armadilha repetida do ‘Brasil de classe média’. *CartaCapital*, São Paulo, 14 jan. 2025. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniaio/a-armadilha-repetida-do-brasil-de-classe-media/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MEDEIROS, Thamires Monteiro de. Saúde Coletiva e o Estado racializado brasileiro: produzindo interlocuções necessárias. 2020. 107 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MEIRA, Silvia. “A Negra” de Tarsila do Amaral: escuta da condição da afrodescendente na formação do povo brasileiro. In: *CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA ARTE*, 38., 2018, São Paulo. [Anais...]. São Paulo: CBHA, 2018. Disponível em: <http://www.cbha.art.br/coloquios/2018/anais/pdfs/06%20Silvia%20Meira.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

MENDES, José Dínio Vaz. As informações sobre o registro do quesito cor ou raça/etnia em Sistemas de Informação do SUS/SP–atualização até 2019. *Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (Gais), Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), Secretaria de Estado da Saúde*, 2020.

MENDONÇA, André Luis de Oliveira; GONÇALVES, Leandro Augusto Pires. Sobre o conceito da História’ na saúde coletiva. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. SPE8, p. 203-218, 2020. DOI:10.1590/0103-11042019S815.

MENDONÇA, André Luis Oliveira; FIGUEIREDO, Nilcéia Nascimento. Como se faz uma tese... descolonizada. *REALIS - Revista de Estudos AntiUtilitaristas e Pós-Coloniais*, v. 12, n. 2, 2023. DOI: 10.51359/2179-7501.2022.253809.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Tese [Doutorado em Sociologia e Política] – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MILANEZI, Jaciane. “Eu não vou parar por causa de uma raça”: a coleta da raça/cor no SUS. *Blog DADOS*, 2020 [publicado em 4 de junho de 2020]. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus>. Acesso em: ago. 2024.

MILLS, Charles Wright. *A nova classe média*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, Camila Fontenele de. A autoetnografia como prática contra-hegemônica. *Teoria e Cultura*, v. 17, n. 3, p. 70-78, 2022.

MOTA, Clarice Santos; LIRA, Altair dos Santos; QUEIROZ, Maria Candida Alencar de; SANTOS, Márcia Pereira Alves do. Agô Sankofa: um olhar sobre a trajetória da doença falciforme no Brasil nos últimos 20 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, p. e06772023, 2024.

MONTE, Irina Coelho. *Influenciadoras digitais negras e a construção de perfis-territórios: Uma análise dos perfis de Camilla de Lucas (@camilladelucas), Nátaly Neri (@natalyneri) e Gabi Oliveira (@gabidepretas), a partir das constelações inspiradas em Walter Benjamin*. Tese [Doutorado em Comunicação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024.

MOREIRA, Jailma dos Santos Pedreira. Reescrita de si: produções de escritoras subalternizadas em contexto de políticas culturais. *Fórum de Literatura Brasileira Contemporânea*, v. 7, n. 13, p. 71-88, 2015.

MOURA, Clóvis. *Sociologia do negro brasileiro*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

MOURA, Clóvis. *As injustiças de Clio: o negro na historiografia brasileira*. São Paulo: Oficina de Livros, 1990.

MOURA, Clóvis. *Historiografia do negro brasileiro*. São Paulo: Editora Ática, 1992.

MOURA, Clóvis. *Brasil: raízes do protesto negro*. São Paulo: Editora Global, 1983.

MUAZE, Mariana de Aguiar Ferreira. Violência apaziguada: escravidão e cultivo do café nas fotografias de Marc Ferrez (1882-1885) 1. *Revista Brasileira de História*, v. 37, p. 33-62, 2017.

Miller, Dorothy. The “sandwich” generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26, nº 5, p. 419-423, Sep. 1981.

MUNANGA, Kabengele. 2010. *Nosso racismo é um crime perfeito*. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2010/09/08/nosso-racismo-e-um-crime-perfeito-entrevista-com-kabengele-munanga/>. Acesso em: jul. 2024.

MUNANGA, Kabengele. Racismo nas altas esferas, quem tem medo de um negro que sabe? Professor Kabengele Munanga quebra o silêncio acadêmico. *Portal Geledés*, 14 fev. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-nas-altas-esferas-quem-tem-medo-de-um-negro-que-sabe-professor-kabengele-munanga-quebra-o-silencio-academico/>. Acesso em: set. 2024.

MUNANGA, Kabengele. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. 5ª ed., revista e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

MUTTI, Gabriele de Sousa Lins; KLÜBER, Tiago Emanuel. *Formato Multipaper nos programas de pós-graduação stricto sensu brasileiros das áreas de educação e ensino: um panorama*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 5., 2018, Foz do Iguaçu. [Anais...] Foz do Iguaçu: SEPQ, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/02858929912/11>. Acesso em: jul. 2025.

NASCIMENTO, Abdias do. *O genocídio do negro brasileiro*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.

NASCIMENTO, Beatriz. *Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos*. In: RATTS, Alex (Org.). 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021. 272 p.

NASCIMENTO, Renata; MESSIAS, José. “Branco sai, preto fica”: um ensaio de filosofia política radical sobre as cosmopolíticas da racialidade e a crítica da meritocracia moderna. *Revista Eco-Pós*, v. 27, n. 3, p. 17-40, 2024.

NASCIMENTO, Tainah Mota. Enfrentamentos ao desejo de ocultamento da branquitude: os dilemas por busca de dados sobre professoras negras na pós-graduação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISADORES/AS NEGROS/AS, 12., 2022. Sessões Temáticas – ST 06: Branquitude, branquidade, branco, brancura, branquitude acrítica, branquitude na educação. Disponível em: <https://abpn.org.br>. Acesso em: 01 out. 2024.

NEGRI, Armando de. Em relação ao acesso a leitos, o Brasil está próximo da Índia ou dos países da África subsaariana. *Observatório de Política e Gestão Hospitalar – Fiocruz*, 2019. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/em-relacao-ao-acesso-leitos-o-brasil-esta-proximo-da-india-ou-dos-paises-da>. Acesso em: jun. 2024.

NETO, João Cabral de Melo. *Morte e vida severina*. Alfaguara, 2007.

NETTO, José Paulo. Entrevista concedida a Jaime Hillesheim. *Marxismo e Serviço Social: palestra do Professor José Paulo Netto*. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 661–674, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e87863>.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e serviço social*. Cortez editora, 2017.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SOPHIA, Daniela Carvalho. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.

OLIVEIRA, Carolina Iara de; RICOLDI, Arlene. Sem “Loas” na juventude e aposentadoria em risco: uma autoetnografia sobre o ativismo por direitos em HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, v. 31, p. e200460, 2021.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; COSTA, Victor César de Amorim.; YAMAMOTO, Osvaldo. A Psicologia no Brasil: Uma história em construção. In: CONSELHO FEDERAL

DE PSICOLOGIA (Org.). *Quem faz a psicologia brasileira*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2022. p. 11–41.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil: um balanço das teorias. In: THEODORO, Mário (Org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Ipea, 2008. p. 65–96.

PAIM, Jairnilson Silva. Prefácio. In: ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora Fiocruz, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PAIVA, Rodrigo Calatrone. Contando estórias para pesquisar: autoetnografia e implicações para o estudo de ensino-aprendizagem de línguas. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 7, n. 15, p. 326-355, 2019.

PARKER, Ian *Revolução na psicologia : da alienação à emancipação* / Ian Parker. 1. ed. - Campinas, SP : Editora Alínea, 2022. e-PUB.

PAULINO, Ana Elisa Lara. O impacto do “milagre econômico” sobre a classe trabalhadora segundo a imprensa alternativa. *Revista Katálysis*, v. 23, n. 03, p. 562-571, 2020.

PEREIRA, Marcos Villela. A escrita acadêmica – do excessivo ao razoável. *Revista Brasileira de Educação*, v. 18 n. 52 jan.-mar. 2013.

PEREZ, Deivis. Coleção Encontros em Psicologia Social. In: LIMA, Andréa Moreira; LINO, Tayane Rogéria; CARDOSO, Luiz Felipe Viana; MARRA, Manoela Costa (orgs.). *Psicologia social crítica [recurso eletrônico]: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso*. Porto Alegre: Abrapso, 2019.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHEIRO, Paulo Wesceley Maia. *Entre os rios que tudo arrastam e as margens que os oprimem: as determinações ontológicas da unidade exploração opressão*. 2022. 408f. Tese [Doutorado em Política Social] – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Brasília: 2022.

POCHMANN, Marcio. *O mito da grande classe média: capitalismo e estrutura social*. São Paulo: Boitempo, 2014. 148 p.

PONDÉ, Luiz Felipe. A 25 mil pés. *Folha de São Paulo*, Ilustrada, 15 nov. 2010. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1511201016.htm>. Acesso em: mai. 2025.

PORTELA, Francileuda Farrapo; MOURA JÚNIOR, James Ferreira; OLIVEIRA NETO, José da Silva. Autoetnografia como ferramenta decolonial de análise racial: reflexões sobre a branquitude e o racismo em pesquisas na Psicologia. In: BARROS, João Paulo Pereira;

CALAIS, Lara Brum de; BENÍCIO, Luís Fernando de Souza; COSTA, Aldemar Ferreira da; GOMES, Carla Jéssica de Araújo; CAVALCANTE, Laisa Forte; GURGEL, Livia Lima; PENHA, Antônio Caio Renan Silva; SOARES, Camilo Augusto (org.). *Políticas e ferramentas de pesquisa em Psicologia: experimentações e deslocamentos*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2025.

POULANTZAS, Nicos. *Poder político e classes sociais*. Tradução de Maria Leonor Loureiro. Campinas: Editora da Unicamp, 2019. 368 p.

PRADO JÚNIOR, Caio. *A Revolução Brasileira*. São Paulo: brasiliense, 1968.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder e classificação social. SANTOS, Boaventura de Souza, MENESSES, Maria Paula (Orgs.). In: *Espistemologia do Sul*. Coimbra, Edições Almedina, p. 73-118, 2009.

QUIROGA, Consuelo. *Invasão positivista no marxismo: manifestações no ensino da Metodologia no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1991.

RADIS. Reportagens – Constituinte 1987/1988. São Paulo: Fiocruz, n. 72, ago. 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/72/reportagens/constituente-19871988>. Acesso em: jun. 2018.

RAIMONDI, Gustavo Antonio; MOREIRA, Cláudio; BRILHANTE, Aline Veras; BARROS, Nelson Felice de. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 12, p. e00095320, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00095320.

RAIMONDI, Gustavo. *Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica*. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

RAMOS, Alberto Guerreiro. *Introdução crítica à sociologia brasileira*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1995.

RAMOS-ZAYAS, Ana. *Crianza de imperios: clase, blanquitud y la economía moral del privilegio en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO; Guadalajara: CALAS, 2023. 401 p. (Coleção CLACSO–CALAS). ISBN 978-987-813-551-9. Disponível em: Librería Latinoamericana da CLACSO.

REIS, José Roberto Franco. Corporativismo, cidadania regulada e o ‘fantasma da classe ausente’: apontamentos historiográficos em torno da reforma sanitária brasileira. *Anos 90*, v. 28, p. 1-22, 2021.

RIBEIRO, Leo Gilson. *Tarsila do Amaral: a última entrevista*. Veja, São Paulo, 23 fev. 1972. Disponível em: <https://leogilsonribeiro.com.br/volume-5/3-tarsila-do-amaral/00-tarsila-do-amaral-a-ultima-entrevista.html>. Acesso em: jun. 2025.

RIBEIRO, Luciana Guedes. *Qualidade de vida no trabalho e racismo na percepção de técnicos de enfermagem negros de uma instituição federal de saúde no Rio de Janeiro*. Dissertação [Mestrado em Administração] – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2019.

ROBINSON, Cedric James. *Marxismo negro: a criação da tradição radical negra*. Editora Perspectiva S/A, 2023.

ROCHA, Leandro Oliveira; ARAÚJO, Samuel Nascimento de; BOSSLE, Fabiano. Autoetnografia, ciências sociais e formação crítica: uma revisão da produção científica da Educação Física. *Revista Internacional de Formação de Professores*, p. 168-185, 2018.

ROCHA, Leandro Oliveira; ARAÚJO, Samuel Nascimento de; COELHO, Márcio Cardoso; BOSSLE, Fabiano. *Autoetnografia crítica na Educação Física escolar: do estudo da experiência cultural à reconstrução da prática docente*. Movimento, v. 29, p. e29025, 2023.

ROSÁRIO, Celita Almeida. *Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Partido Comunista Brasileiro*. [Tese de Doutorado] – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

RUIZ, Castor. Prefácio. In: BARROS II, João Roberto. *Poder pastoral e cuidado de si em Foucault*. Foz do Iguaçu: EDUNILA, 2020.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAES, Décio. *Classe média e sistema político no Brasil*. São Paulo: t. A. Queiroz, 1985.

SALATA, André; SCALON, Celi. Do Meio à Classe Média: como a “nova classe média” e a “classe média tradicional” percebem sua posição social? *Ciências Sociais Unisinos*, v. 51, n. 3, p. 375-386, 2015.

SALVADOR, Evilásio Silva; YANNOULAS, Silvia Cristina. Orçamento e financiamento de políticas públicas: questões de gênero e raça. *Revista Feminismos*, [S. l.], v. 1, n. 2, 2014.

SANTOS, Josiane Soares. “Questão social” e desafios para uma formação antirracista no Serviço Social. *Temporalis*, [S. l.], v. 25, n. 49, p. 30–43, 2025.
DOI: 10.22422/temporalis.2025v25n49p30-43..

SANTOS, Milton. Cidadania Mutilada. In: Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo (Org.). *Preconceito*. São Paulo, Imprensa do Oficial do Estado, p. 133-144, 1997.

SANTOS, Nathan Barbosa dos; DARIDO, Marcela; COELHO, Sillas de Castro Ferreira; BASTOS, Vinícius Azevedo. *O mito branco do desenvolvimento econômico: o trabalho escravo em Formação Econômica do Brasil de Celso Furtado*. In: ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA ECONÔMICA, 10.; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE HISTÓRIA ECONÔMICA, 8., 2020, Osasco. [Anais...]. São Paulo: Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica, 2020.

SANTOS, Silvio Matheus Alves. *Experiências de Desigualdades raciais e de gênero. Narrativas sobre situações de trabalho em uma fast fashion*. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SANTOS, Waldefrankly Rolim de Almeida. *Práticas e apropriações na construção do urbano na cidade de Aracaju/SE*. Dissertação [Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente] - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2007.

SANTOS, Wanderley. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus; 1979.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. *Racismo brasileiro: uma história da formação do país*. Todavia, 2022.

SARAIVA, Luís Fernando de Oliveira; REZENDE, Joyce Cristina de Oliveira; REIS, João Victor de Souza; INÁCIO, Márcio Dionizio; SCHUCMAN, Lia Vainer. A "nova classe média": repercussões psicossociais em famílias brasileiras. *Psicologia USP*, v. 26, n. 1, p. 52-61, 2015.

SCALON, Celi; SALATA, André. Uma nova classe média no Brasil da última década? o debate a partir da perspectiva sociológica. *Sociedade e Estado*, v. 27, p. 387-407, 2012.

SCHNEIDER, Catarina. *Como a ditadura militar tentou esconder epidemia de meningite no Brasil*. UOL, 14 jun. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/06/14/como-a-ditadura-militar-tentou-esconder-epidemia-de-meningite-no-brasil.htm>. Acesso em: jul. 2025.

SCHUCMAN, Lia Vainer. *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*. Tese [Doutorado em Psicologia]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SEGATO, Rita. *Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda*. Bazar do tempo, 2021.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMAN, Monica. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, p. 82-82, 2009.

SENA, André; RODRIGUES, Mariana. Pandemia e Estado Necropolítico: um ensaio sobre as Políticas Públicas e o agravamento das vulnerabilidades da população negra frente a covid-19. *Revista fim do mundo*, n. 4, p. 133-154, 2021.

SERRA, Lia Novaes; SCHUCMAN, Lia Vainer. Branquitude e progresso: a Liga Paulista de Higiene Mental e os discursos paulistanos na contemporaneidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 12, n. 1, p. 288-311, 2012.

SILVA, Alexandre; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana; LOUVISON, Marília Cristina Prado; TEIXEIRA, Doralice Severo da Cruz; LEBRÃO, Maria Lúcia. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, p. e180004, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>. Acesso em 19 de jun. de 2024.

SILVA, Jones Manoel da. *Em busca da revolução brasileira: um estudo crítico sobre a estratégia socialista na obra de Carlos Nelson Coutinho*. 2018. 164 f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

SILVA, Mércia Maria Alves da. *Questão urbana e injustiças territoriais: a (in)mobilidades das mulheres negras nas cidades*. Tese [Doutorado em Serviço Social] – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

SILVEIRA, Isabel Regina de Souza; LIMA, Georgina Helena Xavier. *A invisibilidade estatística de estudantes negros/as com Transtorno do Espectro Autista*. In: XXV Encontro de Pós-Graduação, 25, 2023. [Anais...]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2023.

SILVEIRA, Raquel; ROSA, Ricardo; FOGAÇA, Giorgia; SANTOS, Lisiane; NARDI, Henrique; ALVES, Míriam; BAIRROS, Fernanda. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, p. e200414, 2021.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálýsis*, v. 17, n. 2, p. 227-234, 2014.

SOUSA, Nando Rodrigues de; NASCIMENTO, Francisco Elionardo de Melo. Entrar e permanecer na prisão: reflexões autoetnográficas do trabalho na segurança prisional. *O Público e o Privado*, v. 21, n. 45, p. 17-39, 2023.

SOUZA, Flávia Assis; MEDEIROS, Thamires; MENDONÇA, André Luis de Oliveira. “Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, p. e300316, 2020.

SOUZA, Jessé. *A classe média no espelho: sua história, seus sonhos e ilusões, sua realidade*. Sextante, 2018.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes; BAHIA, Lígia; GUIMARÃES, Reinaldo; ALMEIDA-FILHO, Naomar de; MACHADO, Cristiane Vieira; CAMPOS, Gastão Wagner; AZEVEDO-E-SILVA, Gulnar. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2783-2792, 2019.

SOUZA, Neusa Santos. *Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2021.

SOVIK, Liv. Aqui ninguém é branco: hegemonia branca no Brasil. In.: WARE (Org.). *Branquidade, identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, p. 18-42, 2003.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode o subalterno falar?* Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2014.

STOTZ, Eduardo. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. *Em Pauta*, v. 17, n. 43, 2019.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 27-43, 2015.

TEIXEIRA, Sônia Fleury.; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias a Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; ABRASCO, 2006.

THEODORO, Mário. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: THEODORO, Mário (Org). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil*, v. 120, p. 15-43, 2008.

THOMPSON, Edward Palmer. *A miséria da teoria ou um planetário de erros - uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

THOMPSON, Edward Palmer. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

THOMPSON, Edward Palmer. *A formação da classe operária inglesa: a árvore da liberdade*. v. 1. Tradução de Denise Bottmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

THOMPSON, Edward Palmer. *Senhores e caçadores. A origem da Lei Negra*. Trad. Denise Bottmann. 2 ed. Col. Oficinas da História. Rio: Paz e Terra, 1997.

TOLEDO, Caio Navarro de. A modernidade democrática da esquerda: adeus à revolução? A Florestan Fernandes. *Teoria & Debate*, São Paulo, n. 12, 1990.

TRÓPIA, Patrícia Vieira. A classe média em questão: o debate marxista sobre a inserção de classe dos assalariados não-manuais. *Trabalho necessário*, ano 6, n.7, 2008.

VELIQ, Fabiano; MAGALHÃES, Paula. A “Colonização é aqui e agora”: elementos de presentificação do racismo. *Trans/Form/Ação*, [S. l.], v. 45, n. Special Issue 2, p. 111–128, 2023. DOI: 10.1590/0101-3173.2022.v45esp.07. p111.

VERSIANI, Daniela Beccaccia. 2005. *Autoetnografias: conceitos alternativos em construção*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

VEYNE, Paul. *Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história*. Tradução de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

VIEIRA, Ana Flávia Braun; FREITAS JÚNIOR, Miguel Archanjo. Tese em artigo, por que escolher e como fazer? In: MIRANDA, João; RESENDE, Irineu de; MOREIRA, Dirceia (Org.). *Cadernos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas* [recurso eletrônico], Cachoeirinha: Fi, 2023. DOI: 10.22350/9786585725620.

WENDLING, Isabel Schapuis. Produção e manutenção de impérios por meio das práticas familiares de elite. *Desenvolvimento Socioeconômico em Debate*, v. 10, n. 2, p. 272-277, 2024.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI:10.1590/S0104-129020162610.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. *A crise e as alternativas da psicologia*. Edición, 1987.

ZAKARIA, Rafia. *Contra o feminismo branco*. Tradução: Solaine Chioro. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2021.