



Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde: O que a pandemia da COVID-19 nos revela?

Marcio Costa de Souza ^{1,*} , Jairose Nascimento Souza ¹ , Magno Conceição das Mercês ¹ 

¹ Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, Bahia, Brasil

A discussão sobre a raça e racismo tem sido fortemente debatido nos últimos anos no campo acadêmico, o que pode contribuir para o fortalecimento das vozes que ecoam de forma eloquente nos movimentos sociais na atualidade, que reverberam as lutas dos ancestrais escravizados da África, que pesquisadores documentam a existência desta migração forçada desde o século XV, antes mesmo da invasão das Américas, o qual virou palco de um itinerário perverso/forçado de em torno de 12,5 milhões de pessoas que atravessaram o Atlântico de forma violenta [1,2].

O conceito de raça foi consubstanciado pela necessidade de afirmação de superioridade dos povos europeus, que apresentam um conceito de “homem universal” na perspectiva de produção de uma norma civilizatória, em que considera como o ideal, e ao mesmo tempo implica numa condição denominada como primitivos/selvagens². Para Krenak (2019) [3], esta concepção exclui os que não apresentam características/formas de vida que assemelham a europeia, considerando-as como quase humanos, ao falar dos povos originários americanos, o que coaduna com o pensamento de Mbembé [4], a qual afirma que população da África era considerada por estes povos como Co humanos.

Importante destacar, que estas concepções se amplificam com o intuito de dominação sobre o outro, e que se constitui de forma sistemática no cotidiano das relações e dos interesses destas conexões, e assim, conseqüentemente se institui o preconceito/discriminação racial como elementos fundantes que instrumentalizam a hegemonia da branquitude e a exclusão dos demais grupos sociais, desta forma se concebe o racismo, que no Brasil, além dos negros, destacamos os povos originários como vítimas desta conformação [2-6].

Diante desta realidade, a expropriação do outro se torna uma lógica potente, ao ponto de estabelecer um controle sobre a vida do outro, o qual Foucault [7] denomina de Biopoder, mas que diante das atitudes violentas na qual a morte era o destino, Mbembé [8] o qualifica que o racismo extrapola o controle da vida e perpassa no desejo da morte, o Necropoder, com base em uma Necropolítica. Os africanos escravizados como mercadoria com tempo de validade, a partir de práticas perversas que estabelece um estado de sujeição com a impossibilidade de (re) conhecimento da própria vida, já que esta pertencia a um Senhor, que definia a temporalidade da sobrevivência

*Correspondência:

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41.150-000.

E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

daqueles que dominavam. Estes elementos foram chaves para a formação do capitalismo e a capacidade do mesmo de dominação do outro.

Como consequência de quase 4 séculos de escravidão dos povos africanos, prática normatizada juridicamente, que culturalmente se estabeleceu na sociedade brasileira, e se configurou na atualidade com outras roupagens, com políticas de *Apartheid* mascaradas, que são alimentadas pelas desigualdades sociais potentes solidificadas pelo racismo estrutural, que se fortifica com o capitalismo e o patriarcado, por meio da interseccionalidade, e se produziu com políticas públicas que ratificaram a indiferença e limitava ações que poderiam corrigir/atenuar estas diferenças que custam vidas [2,9].

No que concerne o campo da saúde, um olhar ampliado deste lugar foi edificado diante de pesquisas de natureza científica, que se norteia a partir dos Determinantes Sociais, e diante desta percepção, o processo saúde, doença e cuidado se sustenta na percepção das iniquidades, e dela concebe esta relação, isto se propagou mediante a legalidade do ato a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 [10].

Com base na nova Constituição, que institui a saúde como direito e universal, e consolida a ideia de acesso aos bens e serviços de forma igualitária, reitera-se que alguns grupos populacionais que herdaram a desigualdade racial, também enfrentam barreiras que limitam a capacidade de resolutividade das suas necessidades no âmbito do cuidado integral, que Segundo Souza *et al* [11], estas barreiras de acesso têm quatro dimensões (econômica, geográfica, funcional e comunicacional/relacional).

No que tange a dimensão econômica, esta se relaciona com a dificuldade financeira que atinge grande parte dos brasileiros, e que impedem quando estes precisam custear algo relacionado a sua saúde, A dimensão geográfica, está diretamente ligada a dificuldade de deslocamento, o que pode estar associado a distância, diante de um território brasileiro que é vasto, ou até mesmo, quando necessita ir a mais de um serviço de saúde e não consegue executar este desejo, o que conecta fortemente com a barreira econômica. Ao passo que a funcional, pode ser compreendida quando os serviços de saúde não dão conta de resolver o que o usuário demanda, no sentido prático e/ou holístico da saúde; e a comunicacional/relacional, perpassa pela dificuldade expressada pelos usuários nos encontros com os trabalhadores e nos serviços de saúde, que por vezes impedem que aquele que procura tenha sua finalidade alcançada. Estas barreiras são responsáveis por itinerários terapêuticos tortuosos ou que não dão conta de atender as necessidades/demandas dos usuários [11,12].

Ao conectar os fundamentos das barreiras que dificultam e/ou limitam o acesso, e analisando de forma mais profunda, podemos afirmar que as barreiras geográfica e econômica se perpetuam pela vida precária do “cidadão” brasileiro que vive nas periferias e guetos, e depende de deslocamentos longos e não têm condições financeiras para arcar com o que a realidade do cuidar

em saúde exige. No que tange a funcionalidade dos serviços como barreira, a forma com o qual as ações e serviços de saúde são pensados e realmente executados, atendem a uma lógica reducionista e sem considerar de forma ética/política a vida do outro e tornam-se incapazes de solucionar o que os usuários almejam. E quando a dimensão observada é a comunicacional/funcional, esta pode associar a o elemento do poder sobre a vida, que tanto se alicerça com a construção social de uma assimetria do profissional com o usuário, e que se potencializa com a diferença produzida pela desigualdade/diferença de classes, perceptível no campo da saúde, comparado com a maioria dos usuários do SUS.

Desta forma, o conceito de racismo estrutural², que se concebe diante da organicidade das instituições e se materializam na sociedade, e se dispõe de forma real, como uma tessitura de elementos constitutivos das desigualdades raciais produzidas nos 350 anos de escravidão, esta se revela como principal barreira de acesso, e as dimensões supracitados como subcategoria deste [13]. Esta indiferença é fabricada para a construção de corpos e vidas assujeitadas, que não podem ser semelhantes, nutridos com uma retórica produzida que tenta diferenciar de forma genética, física ou antropológica, a humanidade, e para além das raças, elaboram estratégias de controle que incluem também o gênero [4,6].

Diante desta realidade de vida da população negra, em 2019 surge uma nova doença, a COVID-19 na cidade de Wuhan na China, que rapidamente se expande pelos diversos continentes do mundo, transformando-a em uma Pandemia, a qual avança inicialmente no Brasil para as classes sociais privilegiadas, pelo contágio ocorrer por meio de viagens a Europa, condição que a população pobre não lhe é permitida, mas que rapidamente abrange também as camadas sociais mais vulneráveis, o que pode ser demonstrado em trabalhos acadêmicos uma maior prevalência em pardos e pretos, que a considerar a condição socioeconômica desta parte da sociedade, a transforma em uma Sindemia [14-20].

Como consequência desta realidade, há um crescimento desenfreado das mortes, e revela uma naturalização destas, algo que já é visível pela epidemiologia da morte por causas externas no cotidiano das cidades brasileiras, mas que evidenciam uma conexão com a barreira do racismo estrutural, no qual condiciona como prática não garantir uma saúde de qualidade, um cuidado integral e humanizado, que se fundamentam da indiferença étnica-racial dos negros e índios que vivem nesta nação, ou seja, o Necropoder e a Necropolítica se concretizam/consolidam diante desta Pandemia/Sindemia[21-23].

É mister afirmar que, é indispensável que políticas públicas que se firmem na concepção da discriminação positiva, que compreendam a necessidade de ações equânimes que combatam o racismo estrutural, que deste moto possibilite um cuidado de natureza subjetiva, integral e humanizada, e não se restrinjam a ampliação de serviços, mas que ofertem ações de saúde qualificadas para reduzir/eliminar esta realidade, e que esta finalidade seja alicerçada com processos

formativos nos serviços (Educação permanente), na graduação, na pós-graduação, mas também nas escolas públicas e privadas, com intuito de formar humanos que entendam que todos são iguais e não há diferença de sujeitos pela racialização.

Destarte, faz-se necessário que fatores econômicos e geográficos sejam eliminados oportunizando de forma igualitária as ações e serviços de saúde, além da funcionalidade plena destes, e que ao romper estas barreiras permitam um atendimento humanizado, e que o acolhimento, vínculo, escuta e diálogo sejam ferramentas de sujeição, de construção de seres autônomos, que produzam reflexões sobre a condição/necessidade do outro para que a naturalização da diferença e assujeitamento seja perceptível e extinto. Para tanto, é primordial que as desigualdades raciais/sociais sejam combatidas com políticas de Estado permanentes, e isto só será possível com a distribuição equânime de renda, dignidade e respeito, somente desta forma, o Racismo estrutural poderá ser eliminado na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Gomes L. Escravidão: do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares. Rio de Janeiro: Globo livros, 2019.
2. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.
3. Krenak A. ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
4. Mbembe A. Crítica da razão negra. São Paulo: n-1 edições, 2013.
5. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: Institut Français, 2020.
6. Ribeiro D. Pequeno manual antirracista. São Paulo: Companhia das letras, 2019.
7. Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
8. Mbembe, Achille. Necropolítica. 1. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.
9. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.
10. Silva FS, Ferreira CB, Santos YLQ. Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. REFACS, 2018, 6(4): 745-752. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i4.3290>.
11. Souza MC, Borges JCS, Trindade KF, Santos RS, Brito VCBG et al. Access Barriers and Health Care in Patients with Chronic Respiratory Diseases. Am J Biomed Sci & Res, 2020, 11(1): 95-99. DOI: [10.34297/AJBSR.2020.11.001594](https://doi.org/10.34297/AJBSR.2020.11.001594).
12. Souza MC, Borges JCS, Santos RS, Brito VCBG. Souza, JN et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020b, 12(11):e4096. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4096.2020>.

13. Souza MC, Souza JN. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomed J Sci & Tech Res*, 2020, 31(4): 24327-24329. BJSTR. MS.ID.005125. DOI: 10.26717/BJSTR.2020.31.005125.
14. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2020, 18(3): e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-soloo278
15. Machado AG, Batista MS, Souza MC, Características epidemiológicas da contaminação por COVID-19 no estado da Bahia. *Rev. Enferm. Contemp.*, 2021, 10(1):103-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3594> |
16. Pilecco FB, Leite L, Góes EF, Diele-Viegas LM, Aquino EML. Addressing racial inequalities in a pandemic: data limitations and a call for critical analyses. *The Lancet*, 2020, 8: e1461. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30360-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30360-0).
17. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *The Lancet*, 2021, DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).
18. Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, Carpio CG, Oliveira RB, Corrêa RM. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID 19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*, 2020, 36(9):, e00150120, DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150120>.
19. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDVS, Oliveira RS. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020, 25(supl2):4211-4224. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.25482020.
20. Caponi S. Biopolítica, necropolítica e racismo. *Revista Porto das Letras*, 2021, 7(2): 22-42.
21. DornAV, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *The Lancet*, 2020, 395: 1243-1244.
22. Segata J. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos*, 2020, 26(57):275-313. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832020000200010>
23. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(12):e00208720. DOI: 10.1590/0102-311X00208720