

Jacimara Souza Santana
Organizadora

SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEGRAS NA AMÉRICA E ÁFRICA



UNIVERSALIS
edições
EDUNEB

**SAÚDE DAS POPULAÇÕES
NEGRAS NA AMÉRICA
E ÁFRICA**



Universidade do Estado da Bahia - UNEB

José Bites de Carvalho

Reitor

Marcelo Duarte Dantas de Ávila

Vice-Reitor



UNIVERSALIS
edições
EDUNEB

Editora da Universidade do Estado da Bahia - EDUNEB

Diretora

Sandra Regina Soares

Conselho Editorial

Titulares

Alan da Silva Sampaio
Cláudio Alves de Amorim
Darcy Ribeiro de Castro
Elizeu Clementino de Souza
Gabriela Sousa Rêgo Pimentel
Jane Adriana Vasconcelos Pacheco Rios
Luiz Carlos dos Santos
Maria das Graças de Andrade Leal
Monalisa dos Reis Aguiar Pereira
Reginaldo Conceição Cerqueira
Rosemary Lapa de Oliveira
Rudval Souza da Silva
Simone Leal Souza Coité
Valquíria Claudete Machado Borba

Suplentes

Eduardo José Santos Borges
Marluce Alves dos Santos
Maristela Casé Costa Cunha
Minervina Joseli Espinola Reis
Agripino Souza Coelho Neto
Marilde Queiroz Guedes
Nilson Roberto da Silva Gimenes
Márcia Cristina Lacerda Ribeiro
Andrea Betânia da Silva
Marcos Antonio Vanderlei
Cesar Costa Vitorino
Mônica Beltrame
Célia Tanajura Machado
Elizabeth Gonzaga de Lima

Jacimara Souza Santana

Organizadora

SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEGRAS NA AMÉRICA E ÁFRICA

Salvador

EDUNEB

2021

© 2021 Autores

Direitos para esta edição cedidos à Editora da Universidade do Estado da Bahia.
Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio de impressão, em forma idêntica,
resumida ou modificada, em Língua Portuguesa ou qualquer outro idioma.
Depósito Legal na Biblioteca Nacional.
Impresso no Brasil em 2021.

Coordenação Editorial

Fernanda de Jesus Cerqueira

Coordenação de Design

Sidney Silva

Capa e Diagramação

Rodrigo Caiobi Yamashita

Revisão Textual

Tikinet

Revisão Textual de Provas

Julinara Silva Vieira Moitinho

Revisão de Diagramação de Provas

Henrique Rehem Eça

Imagens de Capa

Senivpetro | Freepik (textura fundo)

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Fernanda de Jesus Cerqueira – CRB 162-5

Saúde das populações negras na América e África / Organizado por Jacimara Souza
Santana. – Salvador: EDUNEB, 2021.

249 p.: il.

ISBN 978-65-89492-06-1

1. Negros - saúde. 2. Política de saúde. I. Santana, Jacimara Souza.

CDD: 362.8498142

Editora da Universidade do Estado da Bahia – EDUNEB
Rua Silveira Martins, 2555 – Cabula
41150-000 – Salvador – BA
editora@listas.uneb.br
portal.uneb.br



SUMÁRIO

PREFÁCIO 7

APRESENTAÇÃO 11

PARTE I

IMPACTOS DO RACISMO ESTRUTURAL NAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEGRAS NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – REFLEXÕES SOBRE A NEGLIGÊNCIA DO ESTADO E A PRODUÇÃO DAS INIQUIDADES 29

Liliane de Jesus Bittencourt e Karine de Souza de Oliveira Santana

EXPRESSÃO DO LUTO NA POPULAÇÃO NEGRA: ENTRE O INVISÍVEL E O PATOLÓGICO 63

Jeane Saskya Campos Tavares

THE CULTURE IMPERATIVE: ADDRESSING BARRIERS TO AFRICAN AMERICAN MENTAL HEALTH 85

Destiny C. Casson

PARTE II

EXPRESSÕES HISTÓRICAS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE, DO TRÁFICO TRANSATLÂNTICO AO ENSAIO DAS POLÍTICAS EUGÊNICAS NA BAHIA

**CONTEXTOS AFRICANOS E EXPERIÊNCIAS DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE NAS ROTAS DO MUNDO ATLÂNTICO (1825-1826)** 109

Keith Valéria de Oliveira Barbosa

**“ISOLAMENTO NEGRO?”: O LEPROSÁRIO DOM RODRIGO JOSÉ DE
MENEZES E AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA LEPROSA NA BAHIA** 131

Muller Sampaio dos Santos Silva e Ricardo dos Santos Batista

PROPOSTAS EUGÊNICAS E MEDICINA: BAHIA (1929-1935) 159

Lucas Carvalho do Nascimento Nogueira

PARTE III

**SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEGRAS NAS (E SOBRE AS)
EXPERIÊNCIAS AFRICANAS: PENSANDO A PANDEMIA POR
COVID-19, CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DE UM PROJETO DE
LEI COLONIAL**

**EL CONFINAMIENTO POR EL COVID-19 Y EL ESPÍRITU DE
UBUNTU. REFLEXIONES DESDE EXPERIENCIAS AFRICANAS** 185

Jean Bosco Kakozi Kashindi

**UM OLHAR SOBRE AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA DE
ACORDO COM O SABER LOCAL NAS COMUNIDADES COSTEIRAS
DO NORTE DE MOÇAMBIQUE** 203

Chapane Mutua

**SAÚDE E RELIGIOSIDADE AFRICANA: O CONTROLE DOS CORPOS
NATIVOS ATRAVÉS DO *PROJECTO DEFINITIVO DO CÓDIGO PENAL
DOS INDÍGENAS DA COLÔNIA DE MOÇAMBIQUE*** 221

Cristiane Soares de Santana

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES 245

PREFÁCIO

Neste momento em que vivemos uma das maiores catástrofes da história da humanidade, o livro *Saúde das populações negras na América e África* é de suma importância para embasar as reflexões de profissionais em diversas áreas de conhecimento, especialmente da saúde. A obra não se centra na “doença do povo negro”, antes leva em conta as interações sociais, políticas e culturais de alguns países e regiões, mostrando o racismo como determinante no processo saúde-doença. Sua leitura faz despertar para a importância da superação do racismo e das iniquidades sociais.

Pensar a saúde da população negra significa refletir sobre o racismo e suas consequências diretas e indiretas em diferentes territórios e momentos históricos. Na história da humanidade, as marcas do racismo podem ser identificadas em citações bíblicas e no Alcorão, bem como na estrutura econômica e social da maioria dos países dos cinco continentes. Cabe salientar que o processo escravagista contribuiu significativamente para o enriquecimento de vários países da Europa e das Américas, condenando à pobreza inúmeros países da África, bem como o povo negro da diáspora, inflingindo a estas populações condições sub-humanas de subsistência.

Apesar de o racismo ser um fenômeno milenar e mundial, apenas no final da Idade Moderna e na contemporaneidade é possível identificar, tanto nos países chamados desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento, políticas específicas de proteção à população negra e de combate ao racismo.

A história nos mostra que o pensamento e as relações sociais variam no transcorrer do tempo: na Idade Moderna, o pensamento científico tendia à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, sendo os acontecimentos traduzidos por meio de formas demonstráveis e calculáveis; na contemporaneidade surge a subjetividade e a complexidade na tentativa de explicar a realidade através de modelos que procuram levar em conta as relações estabelecidas com o meio em que as pessoas vivem. Independentemente da perspectiva de interpretação, a historiografia relacionada às populações negras mostra-se mais marcada por continuidades do que por rupturas: da visão de grupos sub-humanos que “mereciam” ser escravizados a pessoas com direito à liberdade, os negros e negras continuaram sendo vistos e tratados como inferiores.

A persistência dessa realidade ao longo do tempo é facilmente observada nas atuais taxas de óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. Epidemias como a dengue e zika vírus, assim como a pandemia por Covid-19, desvelam as condições de precariedade vivenciadas por este segmento populacional e os altos índices de vulnerabilidade social a que estão expostos em seu cotidiano. Assim, tornam-se imprescindíveis a transformação de valores, de concepções de mundo, bem como da maneira através da qual produzimos conhecimento ou atuamos enquanto profissionais e cidadãos, para que possamos construir coletivamente um mundo mais justo.

Este livro nos faz refletir sobre a necessidade de investir em novos modelos de atenção focalizados na promoção da saúde por meio de uma visão holística, considerando as diversidades culturais, respeitando as suas singularidades e particularidades (individuais ou coletivas) na busca da equidade. Cada capítulo nos traz a certeza

de que, para se desvendar as causas, faz-se necessário conhecer as condições concretas e a história relacionadas à existência do ser humano, tornando-se, assim uma fonte de conhecimento para todos que desejam se instrumentalizar para o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e do racismo estrutural.

Climene Laura de Camargo
Doutora em Saúde Pública (USP), docente (UFBA)
e pesquisadora em saúde da população negra

APRESENTAÇÃO

Jacimara Souza Santana

Estimado público leitor, este livro que chega a você é uma coletânea escrita a várias mãos, por pesquisadoras e pesquisadores de múltiplas áreas do conhecimento, em sua maioria da história e da saúde (psicologia, nutrição e enfermagem), havendo também contribuições da filosofia. Sua abordagem centra-se no tema da saúde das populações negras em países da América e da África, considerando a condição determinante que o fator racismo exerce nas vidas deste segmento social, nas políticas públicas e no acesso à assistência, sem desprezar as experiências e concepções locais dos sujeitos.

Nesta obra, o tema saúde das populações negras é tratado em sua historicidade. Mas, longe de se concentrar em questões do passado, mostra inter-relação com alguns dos seus impactos no momento atual, expressos, por exemplo, nos desafios que a pandemia por Covid-19 tem apresentado e no agravamento da violência de base racial no mundo. A recorrente referência à história aparece independentemente da área de autoria coparticipante de suas reflexões, as quais sugerem que o pensar sobre saúde das populações negras implica a imersão na história e sua interconexão com pesquisas de distintas áreas do conhecimento, o que tornou possível a identificação de problemas comuns e crônicos entre aqueles que atingem essas populações em diferentes períodos e lugares do mundo, a exemplo dos países incluídos nesta edição: Brasil, Estados Unidos,

República Democrática do Congo, Burundi, Ruanda, Uganda e Moçambique, entre outros.

O livro *Saúde das populações negras na América e África* propõe uma perspectiva não linear da história. O exercício de historicizar as experiências de tais populações da diáspora americana e de África requer trabalhar com uma noção diferenciada de tempo em relação à cronologia convencional por ocidentais para aquele campo de estudos. Na perspectiva africana, o passado é algo que não passa, sendo mantida a sua validade nas experiências do presente, por isso, sujeito a uma constante renovação. Isto é reconhecido pelo termo “tradição”, algo que, de nenhum modo, mantém-se estático ou mesmo “a-histórico”, como julgaram alguns intelectuais no passado; ideia igualmente refutada pela primeira geração de intelectuais africanos. Para além da característica tradição oral, a historicidade destas populações se diferencia, de modo especial, devido à imposta continuidade das *mazelas* em função de necropolíticas com base na raça e a ligação “umbilical” da África com suas diásporas e vice-versa, em função das migrações forçadas no passado em consequência do tráfico de pessoas escravizadas. É com base nesta perspectiva que a proposta de abordagem histórica deste livro é de longa duração (FEIERMAN, 1993; HAMA; KI-ZERBO, 1982; LE GOFF, 2003; MBEMBE, 2014).

Experiências atuais vividas por populações negras, como as reveladas no contexto da pandemia por Covid-19, refletem o processo de agravos de condições de vida e saúde enraizado no passado. É o chamado “feito bola de neve”, que vai crescendo à medida em que se avança no espaço e no tempo. Para ter uma noção dos impactos da pandemia na vida daquele segmento social vejamos, a título de ilustração, a situação da população negra residente nas periferias da cidade de Salvador-BA, partindo da resposta que um trabalhador autônomo dessa cidade deu a uma repórter quando questionado

sobre o cumprimento da medida de isolamento social orientada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao expor sua mercadorias para venda nas ruas ainda na fase inicial da pandemia: “Como é que vou ficar em casa? Meu filho me vê dormindo e sem comida em casa? Eu tenho que trabalhar e não tenho nada a ver com isto. Veio de lá!” (JORNAL DO MEIO DIA, 2020).

Este trabalhador autônomo e anônimo da entrevista integra um segmento social que compõe a maior parte da população brasileira, a negra e pobre, a qual garante o seu sustento dia a dia nas ruas ou mesmo através do serviço doméstico. No Brasil, no ano de 2019, o trabalho informal chegou a cerca de 41,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Na cidade de Salvador, a maioria das famílias é chefiada por mulheres negras, cuja renda em sua maior parte é adquirida tanto no mercado informal quanto por meio do serviço doméstico, com ou sem carteira assinada (LIMA; REIS; FRANÇA, 2013). Em tempos de pandemia por Covid-19, pensar os impactos desta realidade socioeconômica na saúde das pessoas de segmentos populares e como atenuá-los foi um exercício constante que se impôs como uma consequência do momento.

De um modo em geral, a pandemia foi disseminada inicialmente entre segmentos da sociedade de condição econômica mais elevada e mostrou-se mais intensa em países considerados desenvolvidos. O avanço da doença em países como o Brasil, conforme evidenciado em estudos, alcançou maiores impactos entre as populações mais pobres e negras. Apesar da subnotificação do quesito cor/raça nos dados epidemiológicos, foi possível identificar que as populações negras vêm sendo as mais afetadas pela doença (CALMON, 2020, p. 131-136; SANTOS, H. *et al.*, 2020, p. 4218; SANTOS, M. *et al.*, 2020, p. 230). A pandemia por Covid-19 chamou atenção para o grave problema da desigualdade, mas longe de ser uma situação nova, oriunda das consequências da pandemia,

na verdade é reflexo de uma realidade histórica. A iniciativa de realizar pesquisas e estudos sobre o tema, a exemplo dos publicados nesta coletânea, possui fundamental importância no sentido de possibilitar o conhecimento de problemas e o desenvolvimento de estratégias para a sua superação.

Este livro está dividido em três seções. Sua primeira parte, “Impactos do racismo estrutural nas condições de vida e de saúde das populações negras no Brasil e nos Estados Unidos”, demonstra como o racismo atua enquanto um agravante dos quadros de adoecimento, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência adequada às necessidades específicas das populações negras. Razão fundamental que deu origem ao surgimento da expressão “saúde da população negra”, em consequência do posicionamento político dos movimentos sociais negros no Brasil, que passaram a reivindicar políticas equitativas no campo da saúde. É o que podemos verificar nos seguintes textos que compõem a Parte I.

Em “A saúde da população negra – reflexões sobre a negligência do Estado e a produção das iniquidades”, Liliane de Jesus Bittencourt e Karine de Souza de Oliveira Santana mostram como as desigualdades sociais no Brasil estão atreladas ao racismo, sendo sua produção política. Recorrendo a dados estatísticos do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as autoras mostram como as desigualdades no campo da educação, saúde, mercado de trabalho, renda e expectativa de vida se configuram e se interconectam com fatores como raça, classe e gênero, quando se identifica que a maior parcela da população brasileira, composta por negros e pobres, “amarga os piores índices se comparado com o grupo hegemônico valorizado socialmente”. Bittencourt e Santana ainda mostram como essas disparidades foram expressas no contexto da pandemia por Covid-19,

bem como a importância das pesquisas e da intervenção dos movimentos sociais para dar visibilidade aos problemas, nortear e exigir a implementação de políticas por parte do estado ou mesmo denunciar a sua indiferença.

No campo da psicologia, ao refletir sobre a “Expressão do luto na população negra: entre o invisível e o patológico”, Jeane Saskya Campos Tavares analisa abordagens teóricas da literatura brasileira sobre morte e luto, visando identificar o modo como o luto e o sofrimento nas experiências das populações negras é tratado na literatura, bem como os impactos destas visões na atenção clínica às vítimas. Tavares sugere que existe a tendência de se invisibilizar o assunto, de modo que não são identificados nem fatores de risco, a exemplo das chacinas e mortes diárias de jovens negros das periferias ou do avultado número de mortes de pessoas negras por consequência da pandemia por Covid-19, nem o manejo clínico para o tratamento destas perdas. Muito embora, argumenta a autora, os problemas da exposição continuada de perdas, sua naturalização e a negação da sua validade como significativas sejam problemas contínuos na vida das populações negras, suas raízes estão fíncadas nas experiências do processo escravista.

No caso da saúde mental das populações negras dos Estados Unidos, a reflexão “The Culture Imperative: Addressing barriers to African American mental health”, de Destiny C. Casson, mostra diferentes contribuições de como o racismo interfere nos quadros de adoecimento mental de pessoas negras e dificulta o seu acesso aos serviços de saúde. Ao analisar a literatura atual afro-americana sobre o tema e associá-la a fatos do cotidiano ocorridos com essas populações e algumas iniciativas de tratamento em saúde mental não estatais, Casson nota como a saúde mental dos afro-americanos é moldada por “adversidades socio-históricas cumulativas e barreiras no acesso aos cuidados”. A autora afirma ser imperiosa a

validação da cultura na assistência em saúde mental das populações afro-americanas, uma vez que os serviços de saúde mental não refletem essa compreensão e raramente atendem às suas necessidades. Considerando o papel fundante que o racismo desempenha a esse respeito, Casson nos sugere pensar nas seguintes questões: “o que é o bem-estar em um ambiente projetado para reprimir? Uma vez alcançada uma condição de bem-estar, como mantê-la nesse ambiente?”.

Questões como essas apontadas por Casson lembram reflexões de Frantz Fanon acerca dos impactos da colonização no comportamento social das populações africanas. Fanon alerta: a violência é a linguagem que o mundo colonial utilizou para garantir domínio político, socioeconômico e cultural, servindo o seu emprego para demarcar na mente da pessoa colonizada o lugar que ela deve ocupar na sua estrutura dualista. Os territórios ocupados por colonos e colonizadores são distintos em termos de espaço, direitos, acesso à alimentação, conforto etc., e tal divisão é estruturada pelo racismo: “alguém é rico porque é branco e alguém é branco porque é rico.” (FANON, 2005, p. 56).

Na segunda parte, “Expressões históricas das iniquidades em saúde, do tráfico transatlântico ao ensaio das políticas eugênicas na Bahia”, o livro evidencia ser recorrente no caso das populações negras, quer no Brasil ou em trânsitos transatlânticos, o enfrentamento de más condições de saúde e/ou dificuldade de acesso aos serviços de assistência. Ainda, reflete sobre a relação tênue entre racismo e medicina por meio de análises de específicos períodos da história entre fins do século XIX a início do XX.

No campo da chamada “história da escravidão” ou “história das ciências da saúde” é possível identificar várias pesquisas que tratam do tema da saúde das populações sob condição escravizada no Brasil, quer seja de modo parcial ou em obras mais específicas

(CHALHOUB, 1996; KARASCH, 2000; PIMENTA, 2007; PORTO, 2008; RODRIGUES, 2005; SAMPAIO, 2001). Em colaboração com essa crescente literatura relacionada ao tráfico de escravos entre África e Brasil, o texto “Contextos africanos e experiências de assistência à saúde nas rotas do mundo atlântico (1825-1826)”, escrito por Keith Valéria de Oliveira Barbosa, ao analisar um processo de cobrança de honorários médicos aberto pelo cirurgião Justo José Coelho, em 1826, menciona as más condições de saúde agravadas pela disseminação de doenças e má alimentação que acometia a tripulação do navio Bergantim Espadarte, bem como a grande massa de pessoas africanas na condição de cativos, em uma das inúmeras viagens que saíam do Rio de Janeiro em direção aos portos d’África.

Em “‘Isolamento negro?': o leprosário Dom Rodrigo José de Menezes e as políticas de controle da lepra na Bahia”, Muller Sampaio dos Santos Silva e Ricardo dos Santos Batista discutem políticas de controle da lepra na cidade de Salvador, entre 1920 e 1934, oferecendo uma noção das más condições de assistência prestada aos doentes, na maioria oriundos da população negra, internados no leprosário Dom Rodrigo de Menezes. Segundo Muller e Batista, na Bahia, até 1940, não existia nenhum tratamento para a cura da doença, a não ser o protocolo de isolamento, quer em ambiente familiar ou institucional (o leprosário em estudo), apesar dos censos de doentes por lepra revelarem ser este um problema sanitário de maior gravidade em nível nacional. Os autores afirmam que, na cidade de Salvador, o internamento no referido leprosário era mais comum a pessoas que não tinham recursos e estrutura para serem cuidadas em suas unidades domésticas, e tomando por referência alguns documentos daquele leprosário, sugerem que as políticas de controle da lepra, no período estudado, mostraram-se marcadas por medidas de exclusão social e desigualdade com base na raça.

Em “Propostas eugênicas e medicina: Bahia (1929-1935)”, Lucas Carvalho do Nascimento Nogueira mostra o quanto a medicina baiana estava afinada com ideias eugênicas da época. Em sua análise, com base em publicações de periódicos do período, houve quem defendesse abertamente as concepções de supremacia branca, reconhecendo-a como uma questão de aptidão natural, enquanto negros eram classificados como inferiores e a mestiçagem como degenerativa. Adeptos desta forma de pensamento mostraram-se, por consequência, contrários ao casamento inter-racial e favoráveis à esterilização de mulheres, visando evitar a ampliação da população mestiça. Outros pareciam ser mais “cautelosos” na sua adesão à ideia de determinismo racial, defendendo a possibilidade de “regeneração da raça” por meio de processos educativos, o que consistia em “educar” o processo de escolha dos pares, ou seja, uma forma “disfarçada” de racismo.

Vale destacar, a esterilização cirúrgica massiva e compulsiva de mulheres negras no Brasil foi um assunto que ocupou a agenda de luta do movimento feminista negro entre os anos 1970 e 1980. Entretanto, é apenas na altura dos primeiros anos de 1990 que aquele movimento social conseguiu a apuração dos fatos por via parlamentar, que constatou ser a esterilização uma prática predominante entre as mulheres negras e pobres, sem prévio conhecimento. O movimento contra a esterilização de mulheres negras não vacilou em acusar o Estado de praticar uma política eugenista. Práticas como esta mantida pelo Estado e suas instituições, ou mesmo por profissionais de saúde em particular, são reconhecidas na atualidade como racismo institucional, e não deixam de ter comprometimento com formas de pensar e modos de fazer do passado (OLIVEIRA, 2003).

Na terceira parte deste livro, “Saúde das populações negras nas (e sobre as) experiências africanas: pensando a pandemia por

Covid-19, concepções de saúde e de um projeto de lei colonial”, os textos refletem questões específicas tal como indicadas neste título da Parte III, apoiadas nas vivências e visões de pessoas africanas, bem como nas interpretações europeias acerca das experiências desses povos. A expressão “saúde da população negra”, e mesmo as razões do seu surgimento no Brasil, conforme comentado anteriormente neste texto, não é comum na literatura produzida por intelectuais africanas(os) e pode mesmo causar estranheza por parte do público leitor deste livro. Talvez você considere ser mais plausível pensar o assunto em termos de classe, etnia e território. No entanto, ainda que a expressão como tal seja rara, a experiência de enfrentar condições mais vulneráveis de saúde, de desigualdades sociais associadas ao racismo não é estranha à história dos povos africanos, do processo de escravização à (neo)colonização de seus territórios, incluindo o sistema de apartheid vivido pela África do Sul.

Akosua Adomako Ampofo, em seu “*Re-viewing Studies on Africa*”, afirmou que as reivindicações de movimentos estudantis contemporâneos como o #BlackLivesMatter (vidas negras importam) e o Rhodes Must Fall¹ (“Rhodes deve cair”) mostram claramente a existência de laços históricos entre escravidão, colonialismo e racismo. A autora ainda alerta para a persistência destes laços na vida cotidiana dos negros, nas culturas da academia e na produção do conhecimento, assim como está presente nos atuais fluxos migratórios do norte e oeste da África, que têm como impacto a perda de vidas negras (ADOMAKO AMPOFO, 2015). Na história da colonização de Moçambique, conforme demonstrado por Santana em seu livro “*Médicas-sacerdotisas. Religiosidades ancestrais e contestação*”

¹ Cecil John Rhodes, colonizador e explorador britânico da África meridional, era adepto das teorias raciais e do darwinismo social, bem como de uma política genocida para as populações africanas por motivo da “raça”. Até os dias atuais, ainda é possível encontrar um grande monumento em sua memória na Universidade de Oxford, motivo de protesto por parte dos movimentos estudantis.

ao sul de Moçambique (1927-1988)”, por exemplo, a precariedade e/ou ausência de assistência de saúde por parte do Estado colonial, em especial nas zonas rurais onde residia a maior parte da população, mostrou-se como algo contínuo.

Em sua análise dos relatórios e dados estatísticos dos serviços de saúde no período colonial, Santana notou que o fato de uma parcela da população ter acesso a estes serviços de saúde, sobretudo homens a quem era exigido empregar-se no mercado de trabalho colonial, não garantia que estes adoecessem ou morressem menos que os portugueses. Os dados estatísticos, ao menos entre os anos 1932-1934, mostraram maior número de frequência aos serviços de saúde para africanos em relação aos portugueses, sendo também elevado o número de procedimentos médicos a que estes eram sujeitos, como exames laboratoriais e campanhas de vacinação (anti-varíola/1937); no entanto, eram os africanos que também computavam número crescente entre os que mais adoeciam ou morriam por causas similares e evitáveis em relação aos portugueses, por motivos como gripe e disenteria (SANTANA, 2018). A precariedade/ausência de políticas de saúde pública durante a vigência do estado colonial é algo comum na história de diferentes países africanos, e os reflexos dessa situação ainda impactam aquele país.

É interessante notar a similaridade de análises quando se atenta para as condições de vida e saúde das populações negras entre países africanos e de suas diásporas. É o que podemos notar, por exemplo, ao comparar a situação das populações negras do Brasil com aquelas residentes nos países africanos dos grandes lagos no contexto da pandemia apresentada em “El confinamiento por el Covid-19 y el espíritu de Ubuntu. Reflexiones desde experiencias africanas”, por Jean Bosco Kakozi Kashindi.

Kakozi Kashindi, utilizando-se da filosofia ubuntu como referencial teórico, discute políticas de enfrentamento à Covid-19

implementadas por governos africanos de Burundi, Quênia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e República Democrática do Congo, entre outros. Com foco na medida do isolamento social, o autor analisa os seus impactos na experiência das populações locais e em que medida a vivência daquela filosofia tem se configurado frente aos problemas da pandemia. Sua análise mostra a complexidade do fechamento das fronteiras inter-regionais naquela parte da África e as desigualdades sociais ao refletir sobre as dificuldades do cumprimento da medida de “isolamento social” por parte da maioria das populações daqueles países, que vivem do mercado de trabalho autônomo (comércio, agricultura e pesca), como também questiona a união legislada dos países dos grandes lagos africanos pautada em princípios de ubuntu, ausência não verificada na vida cotidiana das populações marginalizadas. Para Kakozi Kashindi, os resultados identificados espelham o que Mbembe chamou de “necropolítica”, o poder de deixar morrer aqueles cujas vidas não são consideradas como valiosas, modelo de política “onde a racionalidade moderna, capitalista e individualista impera”.

O sistema colonial deixou suas marcas nas instituições, relações sociais e na história. O que dizer, por exemplo, da histórica negação de reconhecimento do potencial criativo dos africanos e seus descendentes? A estigmatização dos conhecimentos de saúde produzidos por povos africanos no passado colonial e guardada por séculos por seus descendentes é um exemplo. No pensamento ocidental, maneiras distintas de cuidar das doenças e promover a cura entre povos africanos foram estigmatizadas como “feitiçaria” e “superstição”, sendo seus conhecimentos classificados como “primitivos”. A colonização em diferentes países africanos foi marcada por políticas que buscaram marginalizar e descredenciar esses conhecimentos, bem como suas(seus) detentoras(es), no caso de Moçambique, por exemplo, este processo ocorreu paralelo à introdução dos serviços ocidentais de saúde (SANTANA, 2018).

Apesar das investidas do Estado colonial, os modos de assistência endógena de saúde, convencionalmente conhecido por “medicina tradicional”, persistem até os dias atuais em países africanos, sendo ministrados por *tinyanga*, médicas-sacerdotisas e médicos-sacerdotes. As(os) *tinyanga* também desenvolveram estratégias para garantir a autonomia e a legitimidade de seus serviços prestados à população. Caso similar ocorreu em países da diáspora africana. No caso do Brasil, yalorixás, babalorixás, nenguas e mametos foram e são responsáveis pela guarda e gestão de conhecimentos ancestrais de saúde (SANTANA, 2018).

Em “Um olhar sobre as concepções de saúde pública de acordo com o saber local nas comunidades costeiras do norte de Moçambique”, o moçambicano Chapane Mutiua, valendo-se de entrevistas entre habitantes das comunidades costeiras do norte de Moçambique, mostra a vigência de práticas religiosas seculares que são percebidas como parte integrante das concepções de saúde pública entre os povos locais. Elas são utilizadas para promover a saúde do coletivo e isto inclui a resolução ou o alívio de problemas sociais, como a falta de emprego, a mudança nos sistemas de valores morais, a gestão ambiental e a (in)segurança alimentar. Mutiua que esta maneira de promover saúde está baseada em percepções culturais de saúde e doença enraizadas na visão de mundo destas populações, as quais incluem uma variedade de características, tais quais a necessidade de detectar, prevenir e tratar ameaças à saúde individual e coletiva.

Em “Saúde e religiosidade africana: o controle dos corpos nativos através do *Projecto definitivo do código penal dos indígenas da colônia de Moçambique*”, Cristiane Soares de Santana analisa um projeto de lei colonial, revelando as tentativas do estado colonial português de criminalizar práticas culturais, como, por exemplo, maneiras de promover saúde, justiça e o uso de tatuagens, as quais

faziam parte do cotidiano de populações africanas de Moçambique. A autora demonstra a proximidade existente entre lei e controle enquanto estratégia para impor domínio.

A saúde das populações negras é um campo de estudos que possui uma longa história de dimensão transatlântica e transnacional. Apesar de existirem estudos anteriores, faz-se necessário avançar na produção de pesquisas em múltiplas áreas de conhecimento. E desta forma, que se revelem a anterioridade histórica de problemas comuns que atingem as populações negras em diferentes lugares do mundo e períodos, no que diz respeito às condições de saúde, às dificuldades no acesso à assistência convencional, às percepções de saúde/doença e ao uso de práticas ancestrais de cuidados. São estudos como esses que possibilitam identificar quais problemas relacionados à saúde das populações negras de hoje são, na verdade, crônicos e velhos. Isso ajuda, inclusive, a repensar as políticas públicas de saúde numa perspectiva equitativa.

Esta coletânea resulta da parceria entre os grupos de pesquisa Malungu-Núcleo de pesquisa, estudo e extensão de África e suas diásporas, do Departamento de Ciências Humanas, Campus V, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e NEGRAS-Núcleo de estudos e pesquisa em gênero, raça e saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Ambos são certificados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e envolvidos em diversas iniciativas conjuntas de trabalhos e discussões sobre o tema, anteriores à escrita desta obra. Ela reúne contribuições de pesquisas de alguns dos seus membros e também de convidados de outros grupos de pesquisa e/ou instituições nacionais e internacionais: Universidade Federal do Amazonas (UFAM); UNEB-DCH Campus XIV; Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (CEA/UEM) Maputo/Moçambique; Universidade Nacional Autônoma do México

(UNAM); Association of Black Psychologists (ABPsi) e Fulbright Alumni Association.

REFERÊNCIAS

ADOMAKO AMPOFO, Akosua. Re-viewing Studies on Africa, #Black Lives Matter, and Envisioning the Future of Africa Studies. *African Studies Review*, Cambridge, v. 59, n. 2, p. 7-27, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3qcQifg>. Acesso em: 19 dez. 2016.

CALMON, Trivia Viviane Lima. As condições objetivas para o enfrentamento ao Covid-19: o abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Social*, Salvador, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FANON, Frantz. *Os condenados da terra*. Tradução: Enilce Albergaria Rocha, Lucy Guimaraes. Juiz de Fora: UFRJ, 2005.

FEIERMAN, Steven. African histories and the dissolution of world history. In: BATTES, Robert H.; MUDIMBE, Valentin-Yves; O'BARR, Jean. (ed.). *Africa and the disciplines: the contributions of research in Africa to the Social Sciences and Humanities*. Chicago: University of Chicago Press, 1993. p. 167-212.

HAMA, Boubou. KI-ZERBO, Joseph. Lugar da história na sociedade africana. In: KI-ZERBO, Joseph. (org.). *História geral da África*. Tradução: Beatriz Turquetti *et al.* São Paulo: Ática; Paris: Unesco, 1982. Introdução geral.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Estudos

- e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 39). Disponível em: <https://bit.ly/3gKkETq>. Acesso em: 15 out. 2020.
- KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 419-476.
- LIMA, Márcia; REIS, Flavia; FRANÇA, Danilo. Articulando gênero e raça. A participação das mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009). In: MARCONDES, Mariana Mazzini *et al.* *Dossiê mulheres negras*. Retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2013. p. 53-80.
- MBEMBE, Achille. *Crítica da razão negra*. Tradução Marta Lança. Lisboa: Antígona, 2014.
- OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de Curar*. Um estudo a partir da Fiscatura Mor no Brasil do começo do século XIX. Dissertação de Mestrado. UNICAMP, 2007.
- PORTO, Ângela. Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX. Revista *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 4, 2008.
- RODRIGUES, Jaime. *De Costa a Costa*. Escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860). São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- SANTANA, Jacimara Souza. *Médicas-sacerdotisas*. Religiosidades ancestrais e contestação ao sul de Moçambique (1927-1988). Campinas: Unicamp, 2018.
- SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da

Covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4211-4224, 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Nas Trincheiras da Cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial*. São Paulo: Unicamp, 2001.

JORNAL DO MEIO DIA. Reportagem. 2020. Rede Globo.



Parte I

IMPACTOS DO RACISMO ESTRUTURAL NAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES NEGRAS NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – REFLEXÕES SOBRE A NEGLIGÊNCIA DO ESTADO E A PRODUÇÃO DAS INIQUIDADES

Liliane de Jesus Bittencourt
Karine de Souza de Oliveira Santana

A proposta deste capítulo é mostrar como o racismo produz iniquidades, refletindo sobre os seus impactos na condição de vida e na saúde da população negra brasileira. Iniciamos destacando como a condição de raça é fundante no desencadeamento das desigualdades vivenciadas por esse grupo populacional e mostra-se expressiva por meio de uma prática negligente na atenção à saúde.

Salientamos que essa forma excludente pela perspectiva de raça é uma política de Estado que estrutura as relações sociais. Seguimos analisando a relevância dos movimentos sociais, principalmente os de mulheres negras, na tentativa de mudança desse cenário. Para finalizar, apresentamos alguns resultados oriundos de pesquisa recente sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em três municípios baianos nos informam como essa negligência é uma realidade, apesar das políticas públicas conquistadas a partir da luta desses movimentos sociais, e nos indicam caminhos possíveis a serem trilhados para reversão deste quadro.

QUANDO OS DIREITOS SOCIAIS SÃO NEGLIGENCIADOS PELA CONDIÇÃO DA RAÇA: O RACISMO COMO PROPULSOR DAS DESIGUALDADES

O padrão de desenvolvimento pautado na exclusão mediante práticas discriminatórias gera um cenário de desigualdades que vulnerabiliza e prestigia diferentes grupos que coexistem em uma mesma sociedade. Em se tratando do Brasil, último país do mundo a “abolir” a escravidão e que o fez sem planejamento prévio de inclusão, é a população negra que se encontra no rol dos vilipendiados.

O dia 14 de março de 1888, mais conhecido como o dia seguinte, evidenciou que o descaso dos gestores públicos com a população negra foi uma decisão política sustentada pelo racismo. Este grupo de pessoas, que durante anos trabalhou em condições desumanas, viu-se desassistido em todos os âmbitos que consistem nas áreas prioritárias à vida humana, tais como alimentação, moradia, emprego/renda, educação e dignidade.

Segundo o sociólogo e professor Ianni (2004), é a ideologia racial existente em uma sociedade que normatiza quais são os elementos que serão considerados dentro da normose social para justificar as suas práticas de hierarquização. Assim, os rótulos atribuídos se tornam referenciais balizadores dos comportamentos e subjetividades das relações. Para o autor, sustentar as relações baseadas na concepção de raça, integra a elas valor político, uma vez que se ramificam por todos os níveis de relação entre os indivíduos, repercutindo, por exemplo, na negação de direitos por conta dos referidos estigmas.

Ao adotar a perspectiva de raça como balizadora da sua estrutura social, o Estado brasileiro assumiu a postura de capilarizar de forma sistêmica as condições que garantissem o lugar da

vulnerabilidade para a população negra. Segundo o autor Almeida (2019), é possível dizer que em uma sociedade cujos conflitos de raça, classe e gênero compõem a sua malha de desenvolvimento, assim será a reprodução nas instâncias individuais, institucionais e estruturais. A concepção individual se manifesta através da ação de indivíduos ou grupos racistas. É considerada a “mais frágil” dentre as demais categorias de análise do autor, por se sustentar em uma retórica vazia, desprovida de reflexões políticas sobre a sua própria repercussão e efeitos.

Já a instância institucional demarca que as instituições tendem a normatizar as suas ações de acordo com a estrutura social vigente na qual estão inseridas. Em um cenário de desigualdades expresso pela condição de raça, classe e gênero, por exemplo, tais manifestações ocorrerão em seus protocolos de atendimento, produtos, propagandas, dentre outras ações e serviços que envolvam a sua atuação. Assim sendo, essa postura evidencia que, ao serem geridas por grupos raciais que as utilizam para propagar suas predileções políticas e econômicas, assegurando a manutenção dos seus privilégios em detrimento de direitos e acessos aos demais grupos, coadunam com a lógica discriminatória imposta pelo racismo.

O autor culmina a sua avaliação propondo a necessidade de compreensão do racismo em uma perspectiva estrutural, ao afirmar que:

O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que ocorre “pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição”. Nesse caso, além de medidas que coíbam o racismo individual e institucionalmente, torna-se imperativo refletir sobre mudanças profundas nas relações sociais,

políticas e econômicas. A viabilidade da reprodução sistêmica de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade. O racismo se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. (ALMEIDA, 2019, p. 33).

O reflexo da negligência sistemática sobre os direitos da população não branca neste país, mediante desprovisionamento de amparo legal ou qualquer espécie de medida protetiva, pode ser percebido tanto por meio da observação empírica quanto pela evidência dos dados estatísticos. Um dos parâmetros a serem considerados para esta constatação é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que, ao avaliar o resumo do progresso a longo prazo, em três áreas básicas do desenvolvimento humano, como renda, educação e saúde, mostrou, por meio dos dados desagregados por raça/cor, que a população negra ocupava a 108ª posição, dentre 174 países analisados, enquanto a população branca estava na 49ª posição (CARNEIRO, 2011).

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) também realizou um estudo sobre as desigualdades mediante análise de dados desagregados a partir da categoria raça/cor da pele. Como parâmetro de análise, o Instituto utilizou como indicadores a condição de vida, destacando, por exemplo, a distribuição de renda, atuação no mercado de trabalho, nível educacional, exposição à violência e representatividade política, os quais integram o Programa de Atividades para a Implementação da Década Internacional de Afrodescendentes (2015-2024).

Entre 2016 e 2018 houve avanços no que diz respeito ao acesso a educação, mas as diferenças entre os grupos sociais persistem. Neste período, a taxa de analfabetismo para os pretos ou pardos com 15 anos ou mais de idade reduziu de 9,8% para 9,1%; no que diz respeito ao acesso ao ensino médio para as pessoas de 25 anos ou mais de idade houve amplitude de 37,3% para 40,3%. No entanto, quando

avaliamos estes indicadores das pessoas brancas verifica-se que a taxa de analfabetismo é de 3,5% e acesso ao ensino médio 55,5%. As disparidades seguem pela avaliação de pessoas analfabetas maiores de 15 anos, para a qual a população negra compõe 9,1% dos analfabetos brasileiros e a população branca 3,9%.

Na perspectiva econômica, considerando o percentual de pessoas vivendo com renda inferior ou igual a US\$5 por dia, tem-se 32,9% da população negra abaixo da linha de pobreza e 15,4% da população branca. Quando o valor passa para US\$1,90 por dia, a disparidade se mantém em 8,8% e 3,6% para estes grupos, respectivamente. Essas diferenças prosseguem nas taxas de homicídio (98,5% para negros e 34% para brancos), e neste caso destaca-se uma vulnerabilidade maior para os homens negros. É visível também na ocupação de cargos gerenciais (68,6% para brancos e 29,9% para pretos ou pardos) e na representatividade política, na qual pode ser observado 24,4% de deputados federais eleitos negros e 75,6% brancos.

Esse breve panorama estatístico acerca das desigualdades sociais justifica a necessidade de discutir as categorias propostas por Almeida (2019) referentes às manifestações do racismo mediante a plasticidade que este assume na sociedade brasileira, sobretudo na perspectiva estrutural. Utilizando-se de análises como essas, foi possível elaborar a conformação da pirâmide socioeconômica brasileira, que tem em seu topo os homens brancos, seguidos das mulheres brancas, os herdeiros coloniais da exploração; na sequência, tem-se os homens negros e, compondo a sua base, as mulheres negras. Essa conformação revela que raça informa classe, classe informa raça, e que ambas as categorizações estão atravessadas pela cisgeneridade (AKOTIRENE, 2018).

Essa perspectiva de análise nos remete seguir trilhando nos caminhos abertos por pesquisadoras como Lélia González, Luiza Bairros e Patrícia Hill Collins, que historicamente traziam à baila

em seus discursos e escritos a indissociabilidade das categorias raça, gênero e classe para a compreensão dos fenômenos sociais em sua essência, sobretudo quando esses recaem sobre as mulheres negras (FIGUEIREDO, 2017). A filósofa estadunidense Crenshaw (2004) sistematizou essa análise ao propor o termo “interseccionalidade” enquanto estratégia metodológica que permite identificar, dentre as encruzilhadas das avenidas, a convergência opressora que incide sobre os diferentes sujeitos, principalmente a colisão que abate as mulheres negras.

Como referência teórica e metodológica, a interseccionalidade tem se mostrado uma estratégia essencial para elucidar o nível de desigualdades e, assim, viabilizar uma melhor compreensão do modo como os determinantes sociais impactam na exposição ao risco e no adoecimento dos diferentes grupos populacionais, com vistas à adoção de intervenções contra-hegemônicas. Estudos que adotam a abordagem interseccional têm gerado importantes reflexões sobre a complexidade dos fenômenos produtores de desigualdade, uma vez que revelam não só a forma como eles se interligam, mas também trazem a concepção da vivência, de forma singular, a partir do olhar dos oprimidos (MACEDO; MARIANO, 2015).

As implicações das disparidades sociais incidem diretamente sobre a saúde das pessoas, pois condicionam e determinam diferentes formas de conceber saúde ou adoecimento. O âmbito da saúde pode ser visto como um campo de exercício da biopolítica, considerando o seu poder de regulação seletivo sobre a composição social. Neste sentido, esse campo, ao ser sustentado pela supremacia hierárquica das populações, define as bases e condições de sobrevivência de grupamentos populacionais que coadunam com os interesses da manutenção de um ideário sustentado pela eugenia (LÓPEZ, 2012).

A VULNERABILIDADE EM SAÚDE COMO PRODUTO DE UMA POLÍTICA DE ESTADO

Ao defender a promoção da saúde como basilar para a qualidade de vida em sociedade, o Ministério da Saúde dispõe que:

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional em colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. (BRASIL, 2010).

Essa concepção advoga em consonância com as articulações existentes desde a elaboração da Carta de Otawa em Alma-Ata, com o movimento sanitarista brasileiro, culminando com a Reforma Sanitária, até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Em todos esses movimentos e documentos, a consideração da condição de vida dos indivíduos é requisito básico para nortear a implementação de políticas públicas e cuidados eficientes em saúde para atender às demandas da população (BRASIL, 2010).

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha mencionado em seu artigo 196 “a saúde como direito de todos e dever do Estado”, muitos estudos desenvolvidos por universidades, institutos e coletivos têm evidenciado em seus indicadores o quanto a população negra vem sendo violada em seu direito.

Sendo o SUS o norteador das ações de vigilância e atenção à saúde, ele enfrenta um grande desafio: dirimir os impactos dos

determinantes sociais sobre a saúde da população negra. Quando esses determinantes expressam as diferenças sociais e essas não são consideradas, promovem o surgimento das chamadas iniquidades em saúde, conhecidas como formas injustas e evitáveis das condições de saúde que atravessam as vidas dos mais vulneráveis.

A incidência de doenças e agravos na população negra, como a hipertensão arterial, a anemia falciforme, a violência obstétrica, doméstica e psicológica, hoje já são retratados pelos estudos epidemiológicos. Isso é o resultado do empenho da sociedade civil organizada e da dedicação de pesquisadores e usuários dos serviços que demandaram o exercício da equidade na saúde. Para tanto, fez-se necessário nomear os sujeitos, como pontua Kilomba (2019). Assim, identificar quem adoecer, como adoecer, quem se recupera, quem morre e como, é uma forma de direcionar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira orientada, antes que estes fenômenos ocorram, ou de modo que possa a minimizá-los.

Ignorar as diferentes necessidades dos sujeitos sociais em suas individualidades e coletividades é negar a equidade enquanto um parâmetro de desenvolvimento, gestão e planejamento, de forma justa e inclusiva. Esse desprovimento de compromisso evidencia a morbimortalidade que incide sobre os grupos mais vulneráveis, expressando a conformação de uma necropolítica, discutida por Mbembe (2016), a qual segue, historicamente, fazendo suas vítimas.

A pandemia causada pela transmissão da Covid-19 evidenciou as desigualdades sociais que assolam a população brasileira, ao mesmo tempo que se apresenta como ícone da manifestação contemporânea das iniquidades em saúde. A crise sanitária instaurada a partir da Covid-19 pôs em pauta, de forma incisiva, a necessidade de compreensão das complexidades a que os grupos vulneráveis estão submetidos.

A avaliação das ocorrências dos casos da doença tem revelado a consolidação da necropolítica enquanto paradigma norteador sobre o direito à vida. A forma com que o Estado brasileiro gere a sua atuação, evidencia a sua escolha sobre quem deve viver e quem deve morrer, demarcando o seu biopoder sobre os corpos dos sujeitos sociais. Um exemplo desta intenção política e institucional pode ser evidenciado na pesquisa realizada por Santos *et al.* (2020), na qual foi avaliado o nível de preenchimento do quesito raça/cor nas fichas de notificação dos casos confirmados, nas ocorrências com pessoas hospitalizadas por síndrome respiratória aguda e nos registros de óbitos. Nesse estudo os autores avaliaram boletins epidemiológicos elaborados pelas secretarias de saúde dos estados no decorrer da pandemia e evidenciaram que, dos 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal, apenas cinco haviam realizado e publicado os registros por meio de dados desagregados, considerando a raça/cor enquanto determinante social nas categorias supracitadas.

Na análise destes dados, os autores identificaram que, em quatro dos cinco estados que preencheram o quesito raça/cor, o maior índice de adoecimento estava entre os pretos e pardos. Um outro dado a ser destacado é o elevado índice de incompletude deste quesito, chegando a 62% no estado de Pernambuco. E, culminando com o silenciamento, tem-se o fato de os painéis para monitoramento on-line dos casos da doença no Brasil omitirem também a avaliação da morbimortalidade pela perspectiva racial.

A omissão no registro e divulgação dos dados evidencia a adoção da negligência como forma de gestão. Na medida em que não há uma abordagem sistemática sobre a análise de situação de saúde da população, pouco ou quase nada será realizado de modo eficiente para intervir, mediante a adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção de novas ocorrências e de mecanismos para o tensionamento de respostas com políticas públicas de proteção social.

De qualquer sorte, conforme estudos realizados, mesmo com essa situação, é possível reconhecer que pelo fato de o racismo se constituir de forma estruturante, é a população negra a maior vítima desta crise sanitária. As ações indicadas pelas instâncias de saúde como medidas de proteção representam uma verdadeira falta de decoro com esta população, que corresponde a 56,2% da sociedade brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 2019).

A recomendação de lavagem das mãos se torna inviável ao se considerar que 35,7% dos brasileiros não têm esgotamento sanitário; o mesmo vale para o isolamento social, quando observamos que 12,2 milhões de brasileiros moram em casas superlotadas, com mais de três pessoas por dormitório, realidade nas periferias do Brasil. Ambientes insalubres, sem ventilação, iluminação e esgotamento sanitário, que favorecem não só a transmissão do coronavírus, mas historicamente promove uma série de doenças respiratórias, sobretudo nas crianças e nos idosos. Além disso, tem-se que atualmente 41,4% da população ocupada se encontra na informalidade, desenvolvendo seu trabalho nas ruas, principalmente nas grandes cidades. Essas propostas são tão inviáveis quanto a compra de álcool em gel e máscaras solicitadas para uma população com 13,1 milhões de pessoas desempregadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018; PNAD CONTÍNUA..., 2020).

Esta reflexão coaduna com os achados de Batista *et al.* (2020), os quais apontam que, segundo as fontes estudadas, foram notificadas com a Covid-19, até maio de 2020, 10 mil pessoas brancas e 9 mil pessoas negras, no entanto, a taxa de recuperação para negros é de 57,31% e, para os brancos, de 76,13%. Quando o quadro evolui e culmina com registros de óbitos, revelam que aproximadamente 55% dos negros morreram, enquanto o mesmo ocorreu com 38% dos brancos. Esses óbitos da população negra ocorreram mais nos leitos de UTI (75,15%) do que nas enfermarias (42,69%),

quando comparados com a população branca (59,02% e 23,87%, respectivamente).

Este cenário se configura mediante um processo histórico de vulnerabilidades, considerando que a população negra é a que expressa os maiores indicadores de prevalência em relação à anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes, além de menor acesso aos serviços de saúde. Isso leva a uma congregação de comorbidades que se constituem em fatores de risco, devido à exposição de forma explícita desta população a uma condição desfavorável frente aos agentes patogênicos de ordem biológica e “social” (WERNECK, 2016). Problemas antigos, não sanados, são, portanto, potencializadores do adoecimento, do óbito e do caos social. Dessa forma, ou se mexe na estrutura geradora das desigualdades, no caso em questão, no racismo como um determinante social da saúde, ou as crises sanitárias irão continuar assumindo caráter perene, com sérios riscos de naturalização das iniquidades por ele produzidas.

Considerando a perspectiva interseccional associada à inércia de uma efetiva problematização e inclusão na agenda política, tem-se o agravamento do feminicídio como uma das iniquidades potencializadas pela medida de confinamento ao domicílio como forma de proteção frente à Covid-19, o que intensifica a condição de cárcere e cenário para desfechos violentos e fatais.

Na pesquisa realizada por Pessoa e Nascimento (2020), com o intuito de estudar o feminicídio como “expressão social”, as autoras revelam o aumento no número de casos no Brasil em 46,2% no período de pandemia. Ainda destacam que se trata de uma questão de preocupação mundial e que o seu enfrentamento depende das instâncias governamentais. Neste sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou algumas medidas de orientação para coibir as mortes, como atendimento on-line, fortalecimento entre os setores da sociedade civil, elaboração de mecanismos que possibilitem

a atuação do judiciário frente aos agressores; que sejam disponibilizados locais para alojamento das mulheres que estão sob ameaça, as chamadas “casas-abrigo”, além de instituir sistemas de alerta em locais públicos. Nem todos os países adotaram tais medidas e, entre eles, o Brasil, reforçando a negligência do Estado diante da violência vivida pelas mulheres negras brasileiras.

Uma outra possibilidade de análise da negligência promotora de iniquidades em saúde pode ser realizada pela ocorrência das arboviroses nos últimos anos. No período de circulação do coronavírus, as medidas já citadas, como lavagem das mãos e isolamento social, se deparam com baixo acesso ao saneamento e à água, que conduz a duas situações críticas: uma é a dificuldade para a higienização das mãos constantemente, a outra é que essa situação gera acúmulo de água dentro de casa para aquelas pessoas que precisam reservar água devido à inconstância no abastecimento, servindo de criadouros para os vetores causadores de arboviroses como *aedes aegypti*, *aedes albopictus*, por exemplo, expondo a população à ação desses vetores. Além disso, a atenção voltada para o combate ao coronavírus se refletiu em um relaxamento do controle das arboviroses por parte das autoridades sanitárias, levando a um aumento exponencial dos casos nesse período (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa realizada para avaliar o índice de condição de vida entre gestantes negras e brancas cujos filhos nasceram com a síndrome congênita do zika vírus, bem como identificar a sua disposição dentro do território, pesquisadores mostraram por meio do uso de geotecnologias que, mesmo em um município majoritariamente negro, como Salvador, gestantes brancas detêm os melhores índices. Apesar de todos os grupos estudados terem se localizado na periferia, foram as mulheres brancas as que revelaram ter o melhor acesso aos serviços de coleta, saneamento, educação

e renda, evidenciando as diferenças dentro das diferenças e trazendo a necessidade de nomear os sujeitos de quem, com quem e para quem se fala e se pensa políticas públicas de acesso e inclusão (SANTANA *et al.*, 2020).

Todas essas manifestações de iniquidades em saúde que incidem sobre a população negra corroboram a perspectiva de necropolítica defendida por Mbembe (2016), quando este ressalta que aos corpos são direcionados diferentes tratamentos, conforme a sua “importância” dentro da hierarquia da biopolítica instituída. A condição hierárquica racial existente entre negros e brancos, geradora de diferentes níveis de poder e, conseqüentemente, de distintas condições de vida e acesso aos serviços; ilustra a arena de disputa e, no caso da população negra, a luta pela sobrevivência.

QUANDO O ESTADO NÃO ASSUME O SEU PAPEL E A SOCIEDADE SE TORNA A PROTAGONISTA

As iniquidades sofridas pela população negra no Brasil têm levado os movimentos sociais, historicamente, a assumir o papel de protagonista na luta pelos direitos do nosso povo. Em todas as esferas da vida, os direitos da população negra vêm sendo desrespeitados. A percepção de que povos não brancos estariam isentos de condição de humanidade, sustentada por interesses econômicos e de poder, justificou o sequestro do povo negro de suas terras e de suas vidas, o tratamento como objeto durante o período de escravidão e o abandono à sua própria sorte após o período da abolição da escravatura. Ao mesmo tempo em que há uma desobrigação assumida pelo Estado com o povo negro e sua condição de vida, há, em paralelo, a luta e resistência desse grupo, que o mantém vivo, com suas tradições, saberes e força.

A expressão dessa desassistência está em diversas áreas, como na educação, no trabalho e renda, na habitação e na saúde. E para cada cenário de descaso havia e há também uma onda de luta e ativismo. Chamado de movimento, pois encarna a não paralisação da sociedade, a insurgência e a busca por condições dignas de vida, o movimento negro se caracterizou pelo aquilombamento do povo negro contra as mazelas propiciadas por uma estrutura social que tem o racismo como um dos seus pilares.

A existência desse movimento foi e é fundamental para as conquistas do povo negro na sociedade brasileira, provocando a instituição de novos paradigmas e consciência social. Gomes evidencia isso ao dizer que

[...] o movimento negro, como outros movimentos sociais, ao agir social e politicamente, reconstrói identidades, traz indagações, ressignifica e politiza conceitos sobre si mesmo e sobre a realidade social.”

Quando pensamos nas ações propiciadas pelo movimento negro, entendemos que a sua atuação é relevante na instituição de uma sociedade mais equânime e justa, principalmente pela negligência do Estado com uma parcela da população que é maioria, mas que amarga os piores indicadores se comparada com o grupo mais valorado socialmente. Entender essa dinâmica de desigualdades existentes na sociedade brasileira é pressuposto básico para reversão do que aí está. Para tanto, é preciso se estabelecer como interesse não apenas de quem sofre suas consequências, mas também de quem por ela é beneficiado, entendendo que seus privilégios impedem o desenvolvimento da sociedade. Todo o potencial de crescimento e engrandecimento social brasileira fica restrito, devido à limitação do seu povo em todas as suas possibilidades. Ainda recorrendo à educadora Gomes, concordamos com ela quando enfatiza que o movimento negro é

Ator político que produz, constrói, sistematiza e articula saberes emancipatórios produzidos pelos negros e negras ao longo da sua trajetória na sociedade brasileira. Tais ações têm como foco a população negra, mas não se restringem a ela. Visam à construção da sociedade e da educação como espaços/tempos mais igualitários, democráticos e justos para todos. O Movimento Negro ressignifica e politiza a raça, compreendendo-a como construção social. Ele reeduca e emancipa a sociedade, a si próprio e ao Estado, produzindo novos conhecimentos e entendimentos sobre as relações étnico-raciais e o racismo no Brasil. (GOMES, 2017, p. 38).

Importante salientar que quando falamos da luta do movimento negro no Brasil, precisamos reivindicar o protagonismo das mulheres negras à frente de movimentos emancipatórios numa sociedade que, além de racializada, é também sexista. Em todas as áreas, as feministas negras assumiram papel preponderante no questionamento das estruturas que conformam a sociedade, e na saúde não foi diferente. Os protocolos voltados para a saúde reprodutiva das mulheres, nos quais havia uma intencionalidade sutil de esterilização das mulheres negras, como forma de “controle da natalidade” do povo negro, principalmente dos nordestinos, estão entre as causas assumidas por grupos feministas que entendiam essa como uma política eugênica (MAIO; MONTEIRO, 2010).

Autores como Maio e Monteiro (2010) evidenciam a relevância do ativismo feminino negro para o debate racial e do enfrentamento do racismo como fundamentais para a formulação de políticas públicas, informando da necessidade de uma saúde para a população negra, considerando o racismo como estruturante social, que incide nas condições de vida, saúde e morte dessa população. As mulheres

negras, com suas pautas reivindicatórias, se articularam em torno de organizações não governamentais como Geledés, Criola e a ONG Fala Preta, por exemplo, e assumiram um papel fundamental, nacional e internacionalmente, em fóruns e debates sobre o tema; tal como foi a atuação representativa na 3ª Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, ocorrida em Durban, na África do Sul, em 2001.

A conferência de Durban foi um marco importante para que uma série de eventos fosse realizada no Brasil, com o intuito de trazer à cena a discussão sobre o racismo existente nas instituições brasileiras e a formulação de pactos institucionais. Estes visavam estabelecer novas conformações que dessem visibilidade às necessidades da população negra, principalmente na área da saúde.

A criação pelo governo da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), órgão com status de ministério e que tinha como uma das suas atribuições acompanhar e coordenar políticas que promovessem a proteção dos direitos de grupos étnicos, foi fruto da participação do movimento social negro em instâncias como conferências e seminários de saúde. A Seppir se configura como uma resposta do enfrentamento e pressão da sociedade para a assunção pelo Estado da responsabilidade com as demandas desse grupamento populacional.

O I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2004, quando ocorre a assinatura do termo de compromisso entre a Seppir e o Ministério da Saúde (MS) se responsabilizando pela promoção da igualdade racial no SUS; a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra; e o reconhecimento oficial da existência do racismo institucional por parte do MS à época do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra são acontecimentos que demarcam nacionalmente a atuação do movimento social frente às instâncias governamentais para a criação de uma

política que desse resposta às iniquidades em saúde vividas pela população negra (BRASIL, 2013).

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu então a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), fruto das articulações e luta dos vários segmentos organizados, incluindo ativistas, pesquisadores e profissionais da saúde que fizeram entender que a população negra possui especificidades devido à sua forma de ser e estar no mundo; consequência de séculos de tratamento desigual, o que provoca iniquidades nos cuidados em saúde. Essa política tem como princípio básico minimizar os efeitos da discriminação sofrida pela população negra, consequente de uma sociedade racista, que impacta diretamente na saúde desses indivíduos (BRASIL, 2013).

Várias ações antecederam à criação dessa política em território nacional, e no estado da Bahia não foi diferente. O ativismo social fez com que, em 2007, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia criasse o Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra, com o objetivo de assessorar a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, tendo como escopo os planos nacional e estadual de saúde, bem como o Plano Estadual de Promoção da Igualdade Racial. Uma ação importante em nível regional para a discussão do racismo na saúde, com profissionais e gestores desse setor, foi o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), iniciado em 2008, em parceria com o MS, realizando atividades em cinco municípios da região metropolitana de Salvador e em seis da região do Recôncavo Baiano. Toda uma série de movimentações em torno da saúde da população negra no estado propicia a criação da Política Estadual de Atenção à Saúde da População Negra, em 2013, visando a promoção da equidade em saúde desse grupo, em consonância com os princípios do SUS (GOMES *et al.*, 2017).

Após a criação da PNSIPN, muitas ações, como seminários; oficinas de elaboração de estratégias para a sua implementação; decretos; elaboração de materiais informativos, como cartilhas e boletins, foram colocadas em prática pelo estado (GOMES *et al.*, 2017). No entanto, a dificuldade de se obter informações epidemiológicas referentes à população negra é um problema recorrente, e um exemplo disso é a negligência na geração de dados sobre os impactos da pandemia do coronavírus nesse grupo social, citado anteriormente; problema atual que exige uma nova configuração das relações sociais, com ampla mortalidade e impactos em todos os setores da vida. Essa falta de informação é reflexo do não preenchimento do item raça/cor nos formulários da saúde, necessário para balizar planejamentos e atuação nas linhas de cuidado. A reivindicação da inclusão dessa variável em pesquisas, instrumentos e protocolos de atendimento e de notificação é também reflexo do ativismo feminino negro, entendendo a questão identitária nos sistemas de informação em saúde como fundamentais para estabelecimento de uma nova moral ética e política (SOUZAS, 2010).

A PESQUISA COMO MEIO DE AVALIAÇÃO, VISIBILIDADE E REIVINDICAÇÃO – O NEGRAS CUMPRINDO SEU PAPEL SOCIAL

O processo de desenvolvimento excludente e discriminatório presente na sociedade brasileira gera diferentes níveis de proteção e de vulnerabilidade para a população que a constitui. Tais diferenças repercutem no acesso aos serviços e na qualidade de vida, gerando impacto, positivo ou negativo, na saúde dos indivíduos. Assim, refletir sobre a saúde da população negra é uma forma de pautar a discussão sobre as consequências das desigualdades sociais a que ela está submetida.

Apesar da existência de uma política específica para tratar das necessidades e demandas da população negra, fruto do ativismo social e da pressão exercida sobre as instâncias governamentais para que assumam a responsabilidade pela saúde do povo negro, ainda é perceptível a fragilidade de ações que expressem uma atuação mais contundente pelos profissionais e gestores de saúde na Bahia.

Considerando que a inclusão do quesito raça/cor é uma exigência legal desde 2017, a partir da publicação da Portaria nº 344 do MS (BRASIL, 2017), esperava-se que as condições demográficas e de saúde da população negra estivessem balizando o planejamento em saúde, permitindo uma atuação profissional que fizesse jus às demandas desse grupamento populacional. No entanto, o que se percebe, *a priori*, é um desconhecimento geral sobre os imperativos da condição de vida dessa população, mantendo-se ações universalistas que expressam o racismo institucionalizado no âmbito da saúde.

Para compreender melhor o que pensam e entendem os profissionais de saúde, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS), um grupo criado em 2011, e que tem por princípio fazer a intersecção de gênero e raça nas pesquisas e estudos em saúde, com propósito também formativo, resolveu entrevistar profissionais da rede de atenção básica de Salvador, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, para saber o que entendem sobre saúde da população negra. Da mesma forma, interessava ao NEGRAS entender a perspectiva dos usuários do SUS sobre esse tema, por isso a investigação ainda abarcou os usuários das unidades desses mesmos municípios.

A equipe do NEGRAS entrevistou esses atores sociais e, a partir da análise de conteúdo das transcrições dessas narrativas, buscou primeiro verificar o que achavam, entendiam, pensavam sobre a existência de uma área dentro da saúde voltada especificamente

para a população negra, para, a partir dessa perspectiva, entender qual o posicionamento quanto à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Para fins de compreensão de como o lugar social de cada indivíduo fundamenta a sua percepção sobre o mundo, e no nosso espectro de interesse, sobre a saúde da população negra, iremos apresentar os resultados por categorias profissionais e de inserção na rede de saúde. Dessa forma, teremos as respostas obtidas pelos gestores em saúde, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e orientação das ações em saúde; pelos profissionais de nível superior, que assumem na rede de atenção um papel hierárquico de maior responsabilidade; pelos profissionais de nível médio, que na prática em saúde possuem igual importância para a integralidade do cuidado; e dos usuários, sujeitos dessas práticas, mas que precisam ter o seu papel na construção dos planos terapêuticos e de promoção da saúde reconhecido e valorizado, para a garantia da resolubilidade dessas ações.

Na avaliação referente ao conhecimento dos gestores, foi visto que embora compreendam que a discriminação sofrida pela população negra não se restringe à área da saúde, eles fazem referência ao tema como patologias específicas. Isso foi recorrente tanto para os gestores de Salvador, quanto para os que trabalham em Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, evidenciando o pouco conhecimento sobre o tema. Apesar de trazerem em suas falas¹ as patologias, tiveram dificuldade de especificar quais, citando apenas a anemia falciforme. “*É como eu te falei, aqui a predominância é da população negra, é um bairro com predominância negra, então a gente trata todo mundo de uma forma igualitária*” (Michele Obama,² 2019, informação verbal).

¹ Para garantia do sigilo ético, e com propósito informativo, as falas aqui trazidas foram nomeadas em referência a líderes negras mundiais, homenageando essas mulheres incríveis.

² Ex-primeira-dama dos Estados Unidos. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

Quando gestores, que possuem o papel preponderante de planejamento das ações de saúde, não partem das condições da população a que se designa tal planejamento e não entendem as vulnerabilidades vividas – pois focam apenas em agravos e patologia, e mesmo assim, de forma limitada –, pensamos que esse planejamento não se direciona para esse grupo. Sendo assim, podemos inferir que os planos municipais de saúde que balizam as ações e programas em Salvador, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas não são voltados para a população negra destas cidades. Quando lembramos que tais municípios possuem no seu território mais de 70% de pessoas negras (Salvador – 79,5%, Cruz das Almas – 84,9%, Santo Antônio de Jesus – 76,8%), segundo dados do IBGE (2010), chegamos à conclusão que a maior parte desses municípios está desassistida, pois não possuem um atendimento integral, pensando a integralidade como um dos princípios do SUS, que leva em consideração todos os determinantes que incidem na vida de um sujeito ou grupamento, influenciando a sua saúde. Outro princípio não considerado é o da equidade, pois quando as especificidades de um indivíduo ou grupamento não são consideradas, há uma universalização da assistência com prejuízo quanto ao seu potencial de resolução, gerando mais iniquidades. Nesse contexto ficam as questões: para quem são voltados os planejamentos em saúde? Quem se beneficia com isso? Como reduzir os indicadores de morbimortalidade e garantir qualidade de vida se a maioria da população não está sendo considerada?

Ao levar em conta os recursos que são direcionados para a atenção à saúde, e não estamos falando apenas em recursos financeiros, mas também em termos tecnológicos, equipamentos, insumos, e, principalmente, recursos humanos, entendemos que há prejuízo em vários aspectos. Para os municípios, que contribuem para a saúde a partir do pagamento de impostos, mas que

não têm retorno quanto a esse investimento, estando com seu direito à saúde ferido, desrespeitado. Para os profissionais de saúde, que não percebem um resultado positivo do que planejam, bem como das suas ações, gerando um sentimento de frustração, além de uma inquietude, por alimentar o imaginário social de que são incompetentes, principalmente se forem de serviços públicos de saúde. E também um resultado negativo para os indicadores epidemiológicos do município, visto que as ações planejadas não atendem à maioria da população.

E o que disseram sobre esse tema os profissionais que estão na linha de frente dos cuidados dos indivíduos e suas famílias? Será que para esses profissionais a saúde da população negra é considerada, uma vez que estão mais próximos da população e de como ela vive?

A avaliação do posicionamento dos profissionais de nível superior sobre o tema contou com as entrevistas realizadas em Salvador e Cruz das Almas, visto que em Santo Antônio de Jesus não foi possível acessar representantes dessa categoria. Identificou-se que esses desconhecem o tema e desconsideram a sua importância ao nivelar a vulnerabilidade entre os diferentes grupos populacionais. Para esses profissionais, a saúde da população negra também é associada a patologias, como dito pelos gestores, mas ampliam o grupo de agravos citados para além da anemia falciforme, incluindo a hipertensão arterial, diabetes e o albinismo.

A população negra, né, somos todos nós, nós somos uma mistura. Nós sabemos que tem algumas desvantagens, nós temos aí na nossa história, nossa raça, ela atribui a muitas doenças. Então, hipertensão, isso tudo vem da raça mesmo, já vem lá no gene, hipertensão, diabetes... então isso contribui para que nós já tenhamos esse fator negativo, vamos dizer assim, para a saúde. (Portia Simpson-Miller,³ 2019, informação verbal).

³ Primeira mulher a ocupar o cargo de primeira-ministra na Jamaica, eleita em 2006. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

Em relação aos profissionais de nível médio, a opinião se dividiu em dois blocos: uma parcela mostra desconhecimento sobre a temática e não reconhece as especificidades dos diferentes sujeitos que compõem a população. Ainda assim, eles relacionam a saúde da população negra a patologias como hipertensão e diabetes, fazendo relação com a assistência à saúde, alegando que a saúde é para todos, sem distinção.

Com esse título, eu não gosto muito do termo, porque eu priorizo a política de igualdade. Então o termo em si, o que me traz na memória assim no momento é isso. Porque o cuidado com a saúde tem que ser geral, tanto preto, pobre, branco, ela tem que ser envolvida igualitária-mente. (Kamla Persad-Bissessar,⁴ 2019, informação verbal).

Já o outro grupo desses profissionais de nível médio entende que a maior parte da população baiana é negra e reconhece que as violências sofridas por estas pessoas vão além do âmbito da saúde, o que justifica a realização de atividades como palestras e oficinas ocorridas nas unidades.

Como eles falam, câncer de mama mais atinge a população negra, câncer de pele, né, então a gente trabalha com, quando eu vejo isso vejo assim, saúde pra todos, pra eles também, prevenção é prevenção, trabalhar com essa população negra é prevenção em vários... Tem como não só saúde, mas em termo assim de discriminação racial, de preconceito, tudo. (Ellen Johnson Sirleaf,⁵ 2019, informação verbal).

Inclusive a gente daqui da unidade já teve uma palestra sobre população negra, né, que assim que fazia os encontros falando da população negra, traz para a gente também, leva para gente também participar das oficinas que tem, dos encontros, entendeu? (Ellen Johnson Sirleaf, 2019, informação verbal).

⁴ Primeira mulher a ser eleita primeira-ministra de Trinidad e Tobago, em 2010. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

⁵ Foi a primeira chefe de Estado eleita, aos 76 anos, em um país africano (2005), após o fim da guerra civil de 14 anos na Libéria. Em 2011, ganhou o prêmio Nobel da Paz e foi reeleita presidente. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

No cenário de entrevistas realizadas pela nossa equipe de pesquisa, fica explícito que quanto mais os profissionais se aproximam da população, em termos sociais, culturais etc., mais há a possibilidade de entendimento, mesmo que sem uma construção teórica sobre o assunto, dos atravessamentos pelos quais passa a população negra e os impactos na saúde. Podemos empiricamente sugerir que os profissionais de nível médio que atuam nas unidades básicas de saúde possuem uma realidade social, uma história de vida parecida com as vivenciadas pelos usuários que frequentam tais equipamentos de saúde, diferente dos profissionais de nível superior, que historicamente são de classe social mais privilegiada, expressa pela possibilidade de frequentar uma universidade e ter uma formação em cursos da saúde, principalmente os mais valorizados na sociedade.

A inserção de pessoas negras em postos de relevância na saúde, assumindo inclusive o papel de gestoras, é uma das estratégias de reversão desse quadro de desassistência e iniquidades vividas pelos nossos e nossas. As políticas afirmativas possibilitaram a abertura para a ocupação de espaços, por jovens negros, que antes eram conquistas de poucos; exceções dos estratos sociais. Isto nos permite acreditar que esse cenário que ainda encontramos de profissionais distantes e, por vezes, desinteressados em relação ao que acontece com os grupos mais vulneráveis, está em processo de mudança.

Quando passamos para compreender a percepção dos usuários sobre a saúde da população negra, é possível identificar que nos três municípios, de modo geral, esses desconhecem a temática, chegando a afirmar que saúde não tem cor. Limitam as questões de saúde da população negra à assistência à saúde recebida no SUS. Uma parte deles acredita que esta atenção é precária pelo fato de os usuários dependerem desse sistema; se sentem humilhados, desrespeitados e

alegam que este tratamento se deve ao fato de os profissionais serem mal remunerados.

Eu não gosto que quando eu chego aqui tenha alguma humilhação... são coisas bobazinhas/pequenas mas que... por a gente ser negra... por a gente ter pouco dinheiro... por a gente ser pobre mesmo... a gente passa por tudo isso... então... não tô satisfeita, mas... não tenho escolha... (Catherine Samba-Panza,⁶ 2019, informação verbal).

[...] é precária, pois depende do SUS e na maioria das vezes não está disponível para as pessoas negras. (Antonieta de Barros,⁷ 2019, informação verbal).

Os trechos citados nos apontam o quanto o entendimento de uma parcela da população é de que a situação de humilhação, negligência, falta de atenção para a sua condição de saúde é algo inerente ao ser negro, como se não houvesse uma outra possibilidade para essas pessoas, e a única viável é a aceitação dessa condição. O necessário empoderamento dessa população passa por melhores condições de educação, por acesso à informação com qualidade e voltada para o entendimento das questões que perpassam a sua existência, principalmente o racismo como estruturante das relações em sociedade.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde também possuem um papel importante como formadores de opinião, como veículos de informação e de promoção de mudança. Mas se estes não conseguem entender a diversidade como um parâmetro relevante para balizar as suas ações, se não conseguem enxergar a população nas suas demandas e não conseguem se perceber como

⁶ Foi prefeita da capital da República Centro-Africana, Bangui, em 2013 e, logo depois, foi eleita presidente interina (a primeira mulher a ocupar esse cargo). Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

⁷ Foi a primeira deputada estadual negra do Brasil e também a primeira deputada mulher do estado de Santa Catarina. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

atores importantes na construção de uma sociedade mais justa e equânime, não contribuem para a emancipação e autonomia desses grupos vulneráveis, como também não contribuem para uma imagem positiva do SUS.

Os usuários também apontam alguns aspectos de vulnerabilidade social que permeiam a condição de vida da população negra. Esse fato ficou explícito quando chegaram a afirmar que a população negra, principalmente as de matriz africana e mulheres, carece de recursos, como renda, saúde (no sentido de acesso) e educação. No entanto, não conseguem associar essas vulnerabilidades com a repercussão na condição de saúde dessas pessoas.

Alguns usuários acreditam que a população negra não deve ter atenção especial, uma vez que, segundo eles, todos estão suscetíveis às mesmas enfermidades. Em algumas falas, ficou nítido a responsabilização do indivíduo pela sua própria condição de saúde.

[...] a política que está aí faz a gente sofrer mais e a culpa é da própria população por não saber requisitar nossos direitos [...] a doença mesmo o povo se cura, agora a doença espiritual, falta de conhecimento, cê tá entendendo? Essa doença crônica que quando tá ali ó, não tem doutor pra dar jeito. (Harriet Tubman,⁸ 2019, informação verbal).

Esse não entendimento das condições de vida da população negra, de como a sua situação de saúde é atravessada pelas vulnerabilidades enfrentadas no cotidiano, são reflexos de como o racismo estrutura as concepções e entendimento das relações sociais, criando um imaginário social de falsa igualdade de condições para todas as pessoas. Ou quando essas vulnerabilidades são reconhecidas, não possibilitam extrapolar o campo da meritocracia,

⁸ Conhecida como Black Moses, foi uma abolicionista e humanitária que lutou contra a escravidão e o racismo. Ela resgatou setenta escravos utilizando uma rede de ativistas abolicionistas. Codinome adotado para uma das participantes da pesquisa.

imputando aos próprios sujeitos a responsabilidade por mudança do seu *status quo*.

Os resultados aqui apontados denotam a necessidade de assunção da responsabilidade por todas e todos, acadêmicos, pesquisadores, profissionais e sociedade em geral, para se estabelecer mecanismos e caminhos que contribuam para uma mudança de entendimento sobre a sociedade que queremos e precisamos. Compreender as desigualdades que nos assolam deve servir de impulsionador para a transformação. Nesse sentido, a equipe do NEGRAS, assumindo o seu papel formativo e transformador, considerando as condições vividas no ano de 2020, devido a uma pandemia, que, como explicitado anteriormente, também incidiu de forma desigual na sociedade e ampliou as desigualdades, recriou os seus mecanismos de atuação, lançando para a sociedade em geral uma série de mídias digitais para dar visibilidade ao tema, bem como contribuiu para a informação/formação social quanto à saúde da população negra.

Lançamos, em agosto de 2020, um *e-book*, no qual divulgamos os resultados da pesquisa sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Nele trouxemos o perfil dos municípios e dos sujeitos investigados e os principais resultados, evidenciando desde a compreensão/não compreensão da atenção básica pelos diversos atores entrevistados, a diversidade como algo que não compunha as narrativas enquanto elemento fundamental a ser considerado, até o nível de desconhecimento da política e, conseqüentemente, da sua não implementação.

Em outubro disponibilizamos uma cartilha, também trazendo alguns resultados da pesquisa, mas com uma finalidade mais instrutiva, voltado para os usuários do sistema de saúde, abordando temas e conceitos que se apresentaram de forma confusa e distorcida nas narrativas.

Além desses materiais, dispomos, no canal do YouTube do NEGRAS, de uma série de vídeoaulas, denominadas de Série NEGRAS, com sete episódios, cada um trazendo temas evidenciados nas narrativas, a partir das categorias de análise exploradas. Os vídeos têm entre quatro e oito minutos e, com o auxílio de imagens, figuras, depoimentos, além da tradução em libras, oferecem ao público informações conceituais e reflexivas sobre o direito à saúde, gênero, orientação sexual, a própria política, os mecanismos de exigibilidade disponíveis aos cidadãos, dentre outros.

Ainda na perspectiva de colaborar para a implementação da PNSIPN, em novembro desse mesmo ano, foi ao ar o NEGRAScast, um podcast com seis episódios, cada um abordando uma diretriz da Política, com a participação de pessoas com experiência nos temas e com inserção institucional, na área da saúde ou da academia, destacando seus princípios e objetivos, bem como sugerindo maneiras de implantá-las no cotidiano da saúde.

Todo esse material foi disponibilizado no canal do YouTube do NEGRAS, nas redes sociais do grupo (Instagram: @negrassalvador; @negrasufrb; Facebook: <https://www.facebook.com/negrassalvador2017>) e enviado às secretarias de saúde dos municípios envolvidos, na expectativa de ser usado na educação continuada dos profissionais e usuários. Essa foi uma contribuição do NEGRAS para fortalecer a implementação da Política mediante o enfrentamento do racismo na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país dito democrático, com estruturas sociais construídas com base em valores e crenças segregacionistas, racistas, sexistas, homofóbicas, patriarcais, e que tem como princípio as

normativas que constituem e mantêm o capitalismo, a existência de movimentos sociais que com muita luta, perseverança e força, buscam a construção de uma sociedade mais equânime e justa para todas as pessoas e impulsiona a acreditar na resistência e no ativismo negro. E essa crença é relevante para que cada passo dado, cada caminho construído tenha expressão na vida das pessoas, mesmo quando as instituições que deveriam protegê-las estão organizadas por normativas excludentes, com o objetivo de manutenção das desigualdades.

O Estado brasileiro, apesar de alguns avanços legais, continua devendo à população negra reparação por séculos de sofrimento e exploração. E é preciso entender que a constituição de algumas leis, decretos e políticas públicas, apesar de importantes, não são suficientes para se refletir em práticas sociais e/ou profissionais. A capacidade camaleônica de transformação dos moldes racistas e as diversas reinterpretações dos mecanismos de opressão oferecem riscos de uma existência apenas plástica de documentos que deveriam balizar uma mudança de mundo e de relações dentro da sociedade, considerando que estas também incidem diretamente sobre a geração de iniquidades em saúde.

Frente a tal corrida desleal, na qual o inimigo opressor detém a máquina do Estado, o poder financeiro e político, cabe a nós ativistas nos reinventarmos cotidianamente, sejamos acadêmicos, pesquisadores, profissionais liberais ou juventude organizada. Está nas nossas mãos pressionar, exigir, mostrar novos caminhos, fazer a diferença e, principalmente, ocupar espaços de poder para inverter essa ordem e diminuir as distâncias que ainda nos impedem de colaborar para a construção de uma sociedade que se desenvolva a partir de todo um potencial humano, que no lugar de ser explorado mesquinamente, precisa ser reconhecido e valorizado.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. *O que é interseccionalidade?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, Silvio Luiz. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2019.

BATISTA, Amanda et al. *Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: Núcleo de Operações e Inteligência em saúde, PUC-Rio, 27 maio 2020. (Nota Técnica 11). Disponível em: <https://bit.ly/2UoZGkm>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/3gJowEg>. Acesso em: 22 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017*. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3gLdRZF>. Acesso em: 7 out. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *In: Cruzamento: raça e gênero*. Brasília, DF: Unifem, 2004. p. 7-16.

FIGUEIREDO, Angela. Somente um ponto de vista. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 51, 2017.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 2, p. e21500, 2017.

GOMES, Nilma Lima. *O Movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação*. Petrópolis: Vozes, 2017.

IANNI, Octavio. Dialética das relações raciais. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 50, n. 18, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades. Características da População: 2010*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 15 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41). Disponível em: <https://bit.ly/3gIEm1M>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 39). Disponível em: <https://bit.ly/3gKkETq>. Acesso em: 15 out. 2020.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Tradução: Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

MACEDO, Márcia dos Santos; MARIANO, Silvana. Desigualdades e interseccionalidades: deslindando a complexa trama das hierarquias e agenciamentos. *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 2, p. 11-26, 2015.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. (org.). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Ocorrência simultânea de Covid-19 e dengue: o que os dados revelam? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

PESSOA, Brena Galtierres Fortes; NASCIMENTO, Elaine Ferreira. Femicídio e Covid-19. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, v. 20, n. 224, p. 37-46, 2020.

PNAD CONTÍNUA: taxa de desocupação é de 14,4% e taxa de subutilização é de 30,6% no trimestre encerrado em agosto de 2020. *Agência IBGE Notícias*, Rio de Janeiro, 30 out. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3zLjajq>. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTANA, Karine de Souza Oliveira. *et al.* Analysis of the socio-environmental vulnerability of black and Caucasian pregnant women in Salvador, Bahia, Brazil to the occurrence of microcephaly associated with the congenital syndrome of zika virus. *Geospatial Health*, Napoli, v. 15, n. 1, 2020.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4211-4224, out. 2020. Suplemento 2.

SOUZAS, Raquel. Movimento de mulheres negras e a saúde: análise documental sobre a reivindicação de inclusão do “quesito cor” no sistema de informação à saúde. *Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 7, n. 40, p. 110-115, 2010.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

EXPRESSÃO DO LUTO NA POPULAÇÃO NEGRA: ENTRE O INVISÍVEL E O PATOLÓGICO

Jeane Saskya Campos Tavares

A noite não adormece
nos olhos das mulheres
há mais olhos que sono
onde lágrimas suspensas
virgulam o lapso
de nossas molhadas lembranças.
(EVARISTO, 2006, p. 20)

Dentre as muitas violências cometidas sistematicamente contra a população negra no Brasil, destaco neste texto os processos de interdição social da expressão de sofrimento, particularmente do luto, e a patologização dessa expressão quando a interdição falha. Citado em epígrafe, o trecho da belíssima poesia “A noite não adormece nos olhos das mulheres”, escrita por Conceição Evaristo (2006) em memória de Beatriz Nascimento, sintetiza os processos produtores de adoecimento mental que serão analisados a seguir. O racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), manifestando-se através do racismo institucional e científico que persistem no campo da saúde mental (DAMASCENO; ZANELLO, 2018), exige que nos mantenhamos vigilantes (há mais olhos que sono) e evitemos

manifestações explícitas de luto (lágrimas suspensas) a despeito do sofrimento intenso por ruptura violenta de vínculos fazer parte de nossas experiências passadas e atuais (nossas molhadas lembranças) como estratégia de preservação de nossas próprias vidas.

LÁGRIMAS SUSPENSAS OU A MORTE

Hooks (2006), em seu clássico *Vivendo de amor*, argumenta que a escravidão criou condições extremamente difíceis (mas não impossíveis) para a expressão de afetividade entre pessoas negras. Embora a autora se concentre na expressão de amor e capacidade de amar, considero que, para além da inibição do amor, a exploração e controle dos escravizados dependia de torná-los reprodutores de afetos, valores e comportamentos dos colonizadores. Deveriam, portanto, se tornar incapazes de amar e expressar o amor, carinho, lealdade e cuidado por seus semelhantes, mas seria altamente desejável e incentivada a expressão destes afetos quando a serviço de seus opressores nos trabalhos domésticos e nas atividades de ganho.

Nas violentas relações coloniais cristãs, atitudes interpretadas como falta de gratidão, raiva ou ódio, irritação, discordância e sofrimento pela separação forçada de seus filhos, parceiros amorosos, familiares ou amigos poderiam revelar insubmissão, que era controlada através de castigo físico ou morte exemplares. Nesse sentido, a sobrevivência de pessoas negras escravizadas também seria mediada por sua capacidade de reprimir as emoções socialmente indesejadas e expressar aquelas que manteriam seus senhores confortáveis.

Retomando o texto de Hooks (2006), a exposição diária ao abuso do seu próprio corpo e dos companheiros exigia que a expressão de afetos se desse apenas em situações de extrema necessidade ou segurança. A imprevisibilidade da separação entre pessoas

escravizadas tornaria mais suscetível ao sofrimento quem mantinha envolvimento emocional e contribuiu para a criação de “[...] uma noção de intimidade ligada ao sentido prático de sua realidade. Um escravo que não fosse capaz de reprimir ou conter suas emoções talvez não conseguisse sobreviver.” (HOOKS, 2006, p. 190).

O distanciamento social e histórico da produção do texto de Hooks (2006) nos impede de transportá-lo sem ressalvas para o contexto atual de discussões sobre as consequências do racismo sobre a saúde mental da população negra brasileira. No entanto, a autora nos dá indicações para entendermos que a recompensa por não demonstrar afetos considerados indesejáveis pela população branca ou por não expressar o sofrimento pelas mortes de pessoas negras tem sido, desde a escravização, manter-se vivo.

No Brasil, como as más condições de sobrevivência foram mantidas no pós-abolição, tivemos a continuidade das separações forçadas entre negras(os). Embora tenha cessado a venda legal das(os) parceiras(os) amorosos(as), filhos e amigos, a experiência de ruptura violenta dos vínculos afetivos permaneceu em nosso cotidiano por diversas causas: pela morte prematura por fome e sede, por negligência médica, pela exposição em situação de rua, por terrorismo do Estado, por feminicídio, por suicídio, pela migração em busca de trabalho, pelo trabalho excessivo e mal remunerado nas atividades domésticas e de limpeza de residências ou espaços públicos, pelo processo de encarceramento em massa em prisões e manicômios, por decisões políticas que vulnerabilizam os mais pobres, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016, que promove o genocídio da população negra por meio do desfinanciamento do Sistema de Saúde e Educação (TAVARES, 2020).

Num contexto marcado por tantas dificuldades, as muitas conquistas alcançadas através da luta política parecem insuficientes e isto tem um efeito devastador individual e coletivo. A permanência

da maioria da população negra na pobreza, sem acesso aos direitos de cidadania, numa sociedade que cultua as falácias da meritocracia e da democracia racial, cria-se a percepção de estarmos num vórtice. Presos num eterno presente hostil, pois nos é retirada a possibilidade de aprender sobre nosso passado e projetar um futuro melhor. Esta construção cognitiva, narrada tantas vezes nas sessões de psicoterapia, em contos ou músicas, gera uma “sensação” de impotência e desesperança que se associa à depressão, à dificuldade de formar vínculos duradouros e, por fim, ao suicídio.

Tomando as mortes de jovens negros por violência letal do Estado brasileiro, como exemplo, podemos perceber um tipo de atualização da interdição colonial de expressão de sofrimento. Duas categorias de reações a essas mortes são esperadas, ambas têm como função a preservação de vidas através da inibição do luto. A primeira inclui o silêncio e aparente complacência diante das mortes extremamente violentas, as imediatas suposições acerca da periculosidade das vítimas (como justificativas para o extermínio) e o aumento do consumo da exposição ostensiva e humilhante dos corpos negros¹ em programas policiais veiculados nos horários de almoço e jantar (períodos associados ao descanso e socialização). Na segunda categoria temos as reações desafiadoras, geralmente não veiculadas pelos meios de comunicação, justas e fortes dos movimentos sociais e das comunidades que convocam os demais para o confronto com o sistema, conclamando: “LUTO PARA MIM É VERBO!”

Tanto no silêncio quanto nos gritos não se encontram o tempo, a validação e o apoio social necessários para os sobreviventes viverem e chorarem a dor da separação. Um olhar menos atento, racista e/ou

¹ Esta exposição parece funcionar, não apenas como uma estratégia de dessensibilização da população para as mortes violentas, mas contribuindo para diminuir a ansiedade dos telespectadores (muitos negros e pobres) que assimilam a crença de que “só quem deve, teme”. Supõem, de forma racional ou não, que se forem negros “obedientes” às normas sociais não serão mortos e/ou expostos.

diagnosticador poderia naturalizar o silêncio ou associar as reações intensas de raiva como algo “intrínseco” à população negra. Outra explicação de especialistas, ainda mais provável que a naturalização do silêncio e da raiva, seria o argumento de que teríamos desaprendido a experienciar o luto por falta de contato com a morte, por esta se dar prioritariamente em hospitais, como afirma a quase totalidade dos textos brasileiros sobre o enlutamento.

Apenas após desviar o olhar da produção técnico-científica hegemônica em saúde mental podemos perceber que, para a população negra, a interdição do luto não se deve à falta de contato com a morte. Ao contrário, é a hiperexposição continuada às mortes (violentas, múltiplas, em curtos períodos), associada ao risco de perder a própria vida e de outros no confronto com agentes de segurança do Estado, somada à negação do racismo como elemento estruturante da sociedade brasileira, que impossibilita a expressão dos nossos lutos. Os riscos e as impossibilidades das reações às perdas exigem um cálculo, muitas vezes não racional, sobre sobreviver à dor, silenciando-a, ou chorar e honrar nossos mortos.

MAIS OLHOS QUE SONO: OS PERIGOS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Visto que a população negra e os fatores sociais que a vulnerabilizam são invisibilizados na literatura sobre morte e luto produzida no campo da saúde mental em nosso país, farei, a partir deste ponto, uma breve crítica a essa produção, destacando aspectos que considero relevantes para pensarmos sobre a clínica em saúde mental.

É lugar comum entre autores afirmar que, no século XX, com a melhoria das condições das cidades, com as novas tecnologias e descobertas relacionadas às ciências da saúde, o “Homem Ocidental”

se afastou da reflexão sobre sua finitude. Parte desta argumentação associa esse distanciamento à restrição da morte ao contexto hospitalar e à pouca experiência com perdas de familiares (exceto avós) e amigos, sendo essas perdas por acidente, adoecimento e envelhecimento. Seguindo essa linha argumentativa, defende-se que houve gradual passagem da autonomia dos que estão próximos à morte em relação aos ritos fúnebres e conhecimento sobre a sua própria morte para um pacto de silêncio entre equipe de saúde e família dos pacientes. Numa radicalização do distanciamento da morte, chegaríamos à fase da morte interdita, caracterizada por negação e o deslocamento do medo de morrer para o medo do adoecimento (particularmente por câncer) no século XX.

A base dessa reflexão, encontrada amplamente nos textos brasileiros, está na obra de Ariès (2003), *História da morte no Ocidente*, originalmente escrita em 1975, na qual o autor analisa atitudes diante da morte desde a Idade Média. Apesar da noção de universalidade transmitida pelo título da obra, esta se refere especialmente à sociedade europeia, branca e cristã. No entanto, apesar desta limitação, livros e artigos brasileiros sobre o luto não apresentam análise acerca da aplicabilidade do trabalho empreendido pelo autor para populações não brancas europeias e de outros continentes.

Outra obra citada à exaustivamente nos textos e discussões sobre as reações de pessoas próximas à morte é o clássico *Sobre a morte e o morrer*, de Elisabeth Kübler-Ross. Recebe especial atenção dos profissionais de saúde brasileiros esta obra publicada no ano de 1969, que se refere especificamente à experiência de pacientes oncológicos na fase terminal da doença, que foram atendidos em hospital nos Estados Unidos. Novamente, autores brasileiros tendem a se apropriar de uma experiência singular, num contexto hospitalar e período histórico específico, sem questionar em suas publicações a aplicabilidade das inferências propostas pela autora

para a compreensão de possíveis estágios de aproximação da morte considerando o contexto atual e brasileiro.

Referência no campo da tanatologia no Brasil, em diferentes revisões Kovács (2005, 2008, 2014) descreve a história da tanatologia no contexto nacional e internacional, propõe discussão acerca da formação de profissionais de saúde e educação para lidar com pessoas vivendo situações de perdas e destaca possibilidades de desenvolvimento do campo no século XXI. A autora informa que, desde os pioneiros, empatia em relação ao sofrimento de pacientes e seus familiares e a humanização dos processos de atendimento hospitalar são fundantes deste campo que abordava inicialmente temas como: repercussões da proximidade da morte, suicídio, luto, violência e guerra, somando-se, na atualidade, à discussão acerca da bioética, a morte e a TV e cuidados paliativos. Nessas revisões, há concentração em estudos de autores de referência no Canadá, Estados Unidos e países centrais da Europa, mas não há maiores considerações acerca das características sociodemográficas das populações estudadas, seus contextos históricos e como estas variáveis interferiam nas categorias em análise e proposições desenvolvidas na discussão técnico-científica sobre morte e luto.

Estas considerações se repetem quando analisadas outras obras de referência e a produção de grupos de pesquisa sobre luto em diferentes universidades. Autores e autoras não apenas demonstram desconhecimento ou desinteresse pela história da formação do povo brasileiro, como se utilizam de categorias pretensamente universais e atemporais para compreensão dos fenômenos relacionados ao luto.

A reprodução acrítica aparece na produção teórica sobre os cuidados que devem ser ofertados às pessoas enlutadas, estabelecendo os parâmetros “brancos centrados” das perdas consideradas normativas (aquelas entendidas como esperadas ou previsíveis nas

diferentes fases da vida) ou não normativas/disruptivas (desastres naturais, acidentes, acontecimentos inesperados), assim como o que podemos considerar normal, saudável e esperado nos processos de luto. Esse ponto é particularmente relevante, pois, ao reproduzir de forma acrítica conteúdos que não dizem respeito à experiência da maioria da população brasileira, análises que não interseccionam categorias estruturantes da nossa sociedade, como gênero, raça, classe, orientação sexual, religião, dentre tantas outras, essas publicações podem induzir à negligência na assistência ou à interpretação inadequada das experiências de perda, produzindo, desta maneira, atendimento iatrogênico à população negra e pobre.

QUEM (SE) IMPORTA?

Estudos sobre o luto indicam que uma perda só é capaz de iniciá-lo se for significativa, se nos destituir de algo que consideramos central para sermos quem acreditamos ser (BOWLBY, 1990; FREUD, 2010). O que se perde leva consigo parte de nós, pode ser uma pessoa em que investimos afetos (amor, gratidão, raiva, ódio), um projeto de vida, uma relação, a capacidade de executar algo, bens materiais, status social, memórias, uma oportunidade. Quanto mais importante, quanto maior o investimento pessoal no que foi perdido, mais sofremos e mais recursos sociais são necessários para nos fazer passar por este processo de aceitação da perda e reorganização da vida com segurança.

A relevância da perda depende, portanto, do valor que cada sujeito e sua comunidade vão atribuir ao objeto perdido. Quando o sujeito e seu grupo de referência reconhecem a perda como significativa, suas necessidades de cuidado e amparo são validadas e o enlutado pode receber suporte e apoio social. A discordância entre a avaliação do sujeito e sua comunidade sobre o significado da perda

pode implicar no não reconhecimento do luto e proibição social de sua expressão, com conseqüente ausência de suporte ao enlutado. Em vez de um processo de luto normal (sem comorbidades e cuja resolução prescinde de atendimento especializado), tem-se a manifestação de outras formas com complicações, pois a não validação social da perda pode levar ao adiamento ou inibição do luto.

O luto corresponde a um processo psicológico que envolve uma série de alterações cognitivas, afetivas e comportamentais que podem ser vivenciadas simultaneamente ou não e que não têm uma duração previamente estabelecida (BOWLBY, 1990). Envolve reações como: sensação momentânea de perda de controle, paralisação, choque, medo, ansiedade, angústia, dor emocional, confusão; alterações do sono, com sensação de cansaço e sonolência excessivos ou insônia; e alterações alimentares que podem provocar ganho ou perda de peso. São comuns lembranças constantes sobre situações vividas, a impressão de ter ouvido a voz, sentido o cheiro ou a presença do falecido; momentos de choro intenso e tristeza, além de necessidade de isolamento alternando-se com desejo de proximidade social (BERTHOUD; BROMBERG; COELHO, 1998).

São considerados fatores protetores aqueles que aumentam a probabilidade de uma experiência de luto sem maiores intercorrências, como: histórico de vinculação e dependência segura (experiências exitosas, principalmente na infância, de ser amada, protegida e cuidada por figuras de referência), histórico de enfrentamento eficiente de situações difíceis (o sujeito desenvolve senso de autoeficácia e agenciamento), acesso a informações especializadas e recursos de qualidade para lidar com situações de perda, boa comunicação familiar, participação em rituais de despedida e medicalização adequada quando necessário. Como fatores de risco, ou seja, aqueles que aumentam suscetibilidade ao adoecimento e outras repercussões indesejáveis, são destacados: experiência de luto na infância, morte por suicídio, perda repentina (morte

por acidente, catástrofes, situações de violência, sequestro e terrorismo), morte “fora de hora” (morte de crianças e adolescentes, morte de filhos ou netos).

Ora, uma rápida análise nos permite considerar que pessoas negras são sistematicamente expostas aos fatores de risco e poucas têm acesso aos fatores protetores apontados pela literatura, mas não aparecem como sujeitos a serem cuidados pelos profissionais de saúde mental. Não se põe em discussão, por exemplo, o necessário manejo clínico das repercussões das perdas provocadas pelas violências cotidianas e previsíveis para a população negra nas zonas urbanas, como: a impossibilidade ou risco de transitar em diferentes territórios, a infância em trabalhos domésticos, a adultização e sexualização precoce, os elevados números de casos de suicídio entre adolescentes e jovens negros (BRASIL, 2018), as humilhações continuadas em ambiente escolar e o terror das chacinas e mortes diárias provocadas por operações policiais. Não se consideram como desastres, por exemplo, o desabamento de casas e soterramentos em áreas periféricas ou incêndios intencionalmente produzidos para consumir comunidades localizadas em áreas de alto valor imobiliário.

Essa invisibilização teórica reproduz e retroalimenta a nulidade social dos processos de luto da população negra. Considerar relevantes ou passíveis de enlutamento prioritariamente eventos que dizem respeito ao cotidiano de pessoas brancas de classe média ou alta gera efeitos nefastos na assistência clínica à população negra, pois mantém a lógica da produção de vulnerabilidade e desigualdade racial através da negligência nos cuidados.

E aqui destaca-se uma diferença importante em relação aos processos de luto numa sociedade racista: o sofrimento associado às experiências de perda comuns entre pessoas brancas (por serem reconhecidas e valorizadas) tende a suscitar apoio e proteção social

que reafirmam seu lugar hegemônico na hierarquia racial. No sentido inverso, experimentar múltiplas perdas significativas que geram sofrimento intenso, mas que não são reconhecidas ou validadas socialmente, é parte fundamental da construção de uma identidade racial subalterna historicamente associada aos negros.

Nesse sentido, não há uma falta de empatia, fracasso social ou falha política no não reconhecimento do luto como defendido por alguns autores (CASELLATO, 2015). As reações de negação, desprezo, desaprovação, desencorajamento, nulidade, deslegitimação diante da revolta, dos gritos, do choro, da tristeza profunda de pessoas negras enlutadas e a responsabilidade delas pelos motivos que levaram à morte fazem parte do processo de não reconhecimento social do sofrimento e da confirmação do lugar previamente designado para nós nesta sociedade.

Ao entendermos “negro” como uma categoria sociológica referente àqueles cujo fenótipo é um marcador da possibilidade de ser violentado numa sociedade racista, entendemos que a manutenção dessa organização social está diretamente relacionada à exposição contínua a perdas significativas e ao desamparo, para que esse lugar social seja ratificado. Em síntese, faz parte da aprendizagem de “ser negro” no Brasil a exposição recorrente às perdas, a naturalização desse processo e a não validação dessas perdas como significativas. Como resultado, aprendemos a não reconhecer o nosso sofrimento como válido e a dissociá-lo dos fatores sociais que o produzem.

Esse processo de alienação, no entanto, não extingue o sofrimento gerado e mantido pelas condições sociais em que vivemos. O sofrimento intenso permanece se manifestando através de comportamentos, afetos e pensamentos que são codificados e compreendidos por profissionais da saúde mental por meio de categorias nosológicas que formam diagnósticos de doenças. É esta compreensão, que distancia violência racial e sofrimento, vai gerar a patologização das

reações ao racismo e o desenvolvimento de estratégias inadequadas de assistência à população negra.

Acompanhando a discussão sobre racismo estrutural apresentada por Almeida (2018), concluímos que o campo da saúde mental, como parte de uma sociedade estruturalmente racista, não é incapaz de compreender a relação entre racismo e sofrimento. Ele está organizado de forma a impossibilitar o cuidado eficaz à população negra e mantê-la alienada acerca dos produtores sociais do seu sofrimento através da patologização das reações ao racismo e medicalização dos corpos.

Este é o modo normal de funcionamento do campo da saúde mental desde a sua origem. McGoldrick (2003), discorrendo sobre diagnósticos de desordens mentais prevalentes entre escravizados estadunidenses no início do século XIX, ressalta como a psiquiatria da época transformou o desejo de liberdade em doenças que tinham como tratamento recomendado açoites, amputação de membros, castigos, aumento da carga de trabalho:

1. “Drapetomania”, que se caracterizava por um único sintoma o anseio incontrolável de fugir da escravidão. Esta era literalmente uma “mania de fugir de casa”.
2. “Dysathesia aethiopia”, para qual muitos sintomas foram descritos: destruição de propriedade na fazenda, desobediência, responder de forma rude aos senhores, brigar com os senhores e se recusar a trabalhar. (MCGOLDRICK, 2003, p. 6).

Especificamente em relação ao luto na população negra, encontramos a descrição mais próxima do processo de enlutamento na análise do banzo. Da mesma forma que na citação anterior, este é um fenômeno interpretado não como um processo de sofrimento produzido pela ruptura violenta dos vínculos afetivos e destituição

de elementos simbólicos e materiais que davam sentido à vida. A literatura tende a se referir ao banzo de forma patologizante como vocação para a tristeza, nostalgia fatal, psicose esquizofrênica de tipo catatônico, doença do sono, depressão, resultado de carência de proteínas e vitaminas, sempre compreendendo-o como uma doença, uma anomalia gerada pela escravização.

Essa mesma disposição em interpretar comportamentos e afetos gerados pelo contexto de desigualdade racial como manifestações de patologias relacionadas à suposta personalidade essencialmente hostil e perigosa dos africanos escravizados e seus descendentes foi a base do desenvolvimento do campo da saúde mental brasileira no início do século XX. A disseminação do racismo científico de Nina Rodrigues, a eugenia de Renato Kehl, a caracterologia de Cesare Lombroso e o “medo branco” gerado pela Revolução Haitiana e analisado por Azevedo (1987) criaram o imaginário social que permitiu a interpretação de respostas comportamentais à violência racial e o sofrimento produzido pelas péssimas condições em que vivia a população negra, como doenças mentais. Patologias que localizavam nos indivíduos negros potencial risco para toda a sociedade.

Numa sociedade formada a partir de relações violentas e hierarquizadas, o campo da saúde mental incorporou diagnósticos e “tratamentos” que atualizavam condições consagradas pela escravização em que se baseia o modelo manicomial brasileiro: associação entre características físicas e moralidade/inteligência, encarceramento, isolamento, castigos físicos, fome e sede, estupros e sequestro das crianças geradas por esses ataques, venda de corpos para cursos de medicina, docilização dos pacientes através de contenção química e procedimentos como lobotomia e eletroconvulsoterapia (PASSOS, 2018; TAVARES; JESUS FILHO; SANTANA, 2020).

Mesmo após o fim legal da escravidão, manter-se vigilante e desenvolver a habilidade de reprimir os afetos, tornando imperceptível o sofrimento, teve como recompensa livrar-se da morte em vida em manicômios como o descrito por Lima Barreto (2004). Esconder sua dor e controlar seus afetos implicava escapar do higienismo social, mantendo-se distante de psiquiatras, da polícia, dos manicômios e hospícios que serão reconhecidos centros de extermínio da população negra/pobre brasileira ao longo do século XX.

Ainda invisibilizada no campo da tanatologia, atualmente, a discussão de questões relacionadas à morte e aos processos de luto na população negra se dá em meio ao debate sobre necropolítica (MBEMBE, 2016). A partir deste conceito, Butler (2019) discute a hierarquia do luto e como o Estado produz precarização da vida de tal maneira que uns são considerados normativamente humanos e, portanto, passíveis de luto, enquanto a eliminação de “não humanos” ou daqueles com “menor valor” é legitimada.

Observa-se um recente aumento do número de artigos publicados e autores interessados na saúde da população negra e processos de morte. Destacam-se nessas discussões o extermínio (principalmente da juventude negra) por assassinato (BRASIL, 2020) e suicídio (BRASIL, 2018), o luto das mães negras (ARAÚJO; BIAR; BASTOS, 2020), além do agravamento da vulnerabilização gerada pela desigualdade social que implica distribuição desigual do acesso aos serviços de saúde e da morte entre os grupos raciais durante a pandemia de Covid-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020, SARDINHA; BOTELHO; CARVALHO, 2020).

Como analisa Mbembe (2020):

Há quem evoque, desde já, o “pós-covid-19”. Por que não? Para a maioria de nós, no entanto, e especialmente nas partes do mundo onde os sistemas

de saúde foram devastados por anos de abandono organizado, o pior ainda está por vir. Na ausência de leitos hospitalares, respiradores, exames em massa, máscaras, desinfetantes à base de álcool e outros dispositivos de quarentena para as pessoas já afetadas, serão muitos aqueles que, infelizmente, não passarão pelo buraco da agulha.

A elaboração do luto nesse contexto torna-se ainda mais complexa devido à grande quantidade de mortes diárias, mortes múltiplas no mesmo grupo familiar e/ou de amigos, dificuldades ou mesmo a impossibilidade de realizar rituais de despedida e funerários. No entanto, apesar de a população brasileira ser formada majoritariamente por negros, mesmo sendo esse grupo reconhecidamente mais vulnerável à infecção por Covid-19 devido às iniquidades sociais, as publicações relacionando enlutamento e pandemia encontradas na Scientific Electronic Library Online (SciELO), até a finalização deste texto, (CREPALDI *et al.*, 2020; DANTAS *et al.*, 2020) não fazem menção aos aspectos raciais envolvidos na experiência do luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: MEMÓRIAS MOLHADAS, SANKOFA E TEMPO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Apesar de já termos avançado nas discussões sobre luto, penso que ainda nos falta base técnico-científica para atendimento às pessoas negras enlutadas, e que esta construção passa necessariamente pelo reconhecimento da ancestralidade e da história do povo negro no Brasil. Como afirmei em outro lugar:

Do Cais do Valongo na escravidão ao Cemitério da Vila Formosa na covid-19, passando pelo “Cemitério

da Paz” do Hospital Colônia de Barbacena, este é um país que se ergueu e se mantém sobre covas rasas e valas coletivas onde corpos negros são descartados. O desprezo e o desvalor da vida negra no Brasil nos fazem sofrer, nos impedem de aprender a viver o luto coletivo e nos roubam o tempo necessário para vivermos os lutos individuais. Com as repetidas experiências de desamparo em meio à violência racial, aprendemos a não pedir ajuda e a não esperar apoio. Resistimos, sobrevivemos, avançamos, temos momentos de felicidade, mas não estamos bem. (TAVARES, 2020).

Estou convencida de que criar estratégias para lidar com esta realidade, passa por compreendermos como nossos ancestrais burlavam o sistema e como seus descendentes têm elaborado seus lutos na contemporaneidade. É importante lembrar que, mesmo escravizados, eles demonstraram um esforço extraordinário de resistência e adaptação, além de impressionante organização política, como vemos nas diversas revoltas, insurreições ou na greve negra de 1857 narrada por Reis (2019). Essa capacidade de resolução de problemas, de formar vínculos e o Candomblé preservaram a humanidade, a memória coletiva, os laços de amizade, as redes de convivência e afetos em meio à violência extrema.

Como nos informa Carneiro (2006), nas senzalas e nos quilombos havia lugar para festa e tratamentos naturais; era também ambiente cultural com pagodes e batuques, na coletividade havia a circulação de notícias sobre fugas e perseguições, configurando-se numa estratégia contra-hegemônica de estabelecimento de vínculos.

A fragmentação dos laços de parentesco conforme as culturas de cada etnia africana gerou a formação de várias comunidades ao redor da família ampla do culto aos mortos e de contadoras de histórias, ou seja, nas formas paralelas de organização social

negra retomava-se a linha do relacionamento comunitário e construíram-se contra poderes e práticas saudáveis de sustentação afetiva que permanecem ainda entre nós. (CARNEIRO, 2006, p. 31).

Como profissionais da saúde mental é necessário entender que, enquanto não cessar o genocídio da população negra, nosso trabalho na clínica será de “redução de danos”, pois a saúde mental de pessoas negras está diretamente relacionada com o fim da hipereposição à morte. Precisamos de Tempo para aprender sobre nossos lutos coletivos e individuais e vivê-los. É urgente ampliar a discussão sobre morte e luto no campo da saúde, reconhecendo que, ao racializar a análise e ofertar cuidados que considerem diferenças socio-históricas e raciais não produzimos racismo, pelo contrário, estamos produzindo equidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, Etyelle Pinheiro; BIAR, Liana de Andrade; BASTOS, Liliana Cabral. O engajamento em movimentos sociais e a luta por justiça: um estudo sobre as narrativas de mães negras. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, Campinas, v. 59, n. 3, p. 1688-1709, 2020. DOI: 10.1590/010318138361811120201113.

ARIÈS, Phillippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

AZEVEDO, Celia Maria Marinho de. *Onda Negra, Medo Branco: O Negro no Imaginário das Elites do Século XIX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- BARRETO, Afonso Henrique Lima. *O cemitério dos vivos: memória*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.
- BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper; BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco; COELHO, Maria Renata Machado. Luto e saúde. In: BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco. (org.). *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.
- BOWLBY, John. *Formação e rompimentos dos laços afetivos*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas da violência 2020. Atlas da Violência 2020*. Brasília, DF: Ipea, 2020 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BUTLER, Judith. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- CARNEIRO, Fernanda. Nossos passos vêm de longe. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Crioula, 2006. p. 22-41.
- CASELLATO, Gabriela. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. O resgate da Empatia. In: CASELLATO, Gabriela. (org.). *Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus, 2015.
- CREPALDI, Maria Aparecida. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, p. e200090, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200090.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 450-464, 2018. DOI: 10.1590/1982-37030003262017.

DANTAS, Clarissa de Rosalmeida. *et al.* O luto nos tempos da Covid-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 509-533, 2020. DOI: 10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5.

EVARISTO, Conceição. A noite não adormece nos olhos das mulheres. *In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe.* Rio de Janeiro: Pallas/Crioula, 2006.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. *In: FREUD, Sigmund. Sigmund Freud (1914-1916): Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos.* Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1917).

HOOKS, bell. Vivendo de amor. *In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe.* Rio de Janeiro: Pallas/Crioula, 2006.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. DOI: 10.1590/S1414-98932005000300012.

KOVÁCS, Maria Julia. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008. DOI: 10.1590/S0103-863X2008000300004.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Bioética*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. DOI: 10.1590/S1983-80422014000100011.

KÜBLER-ROSS E, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1985.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. Arte & Ensaios, Rio de Janeiro, n. 32, dez. 2016.

MBEMBE, Achille. O direito universal à respiração. *Buala*, [s. l.], 9 abr. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3zKkuTH>. Acesso em: 1 jun. 2021.

MCGOLDRICK, Monica. *Novas abordagens da terapia familiar: raça, cultura e gênero na prática clínica*. São Paulo: Roca, 2003.

OLIVEIRA, Roberta Gondim. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00150120, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00150120.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i3.21483.

REIS, João José. *Ganhadores: a greve negra de 1857 na Bahia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SANTOS, Marcia Pereira Alves. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014.

SARDINHA, Laiza da Silva; BOTELHO, Patrick Silva; CARVALHO, Marina Wanderley Vilar. Desigualdades raciais em tempos de pandemia na cidade do Rio de Janeiro: reflexões a partir

de 1918 e 2020. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 8-24, 2020. DOI: 10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.8-24.

TAVARES, Jeane Saskya Campos. “Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda”. *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, ano 14, n. 156, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3qkiTj0>. Acesso em: 3 set. 2020.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; JESUS FILHO, Carlos Antônio Assis; SANTANA, Elisangela Ferreira. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, [s. l.], v. 12, p. 138-151, out. 2020. Edição especial. Disponível em: <https://bit.ly/3gQ2Ne0>. Acesso em: 18 nov. 2020.

THE CULTURE IMPERATIVE: ADDRESSING BARRIERS TO AFRICAN AMERICAN MENTAL HEALTH¹

Destiny C. Casson

The pursuit and maintenance of mental wellness as an individual of African ancestry in America is complicated by echoes of sociohistorical adversity and persistent negligence on the part of the healthcare system to acknowledge who African Americans genuinely are. The cumulative Black American social, historical, and cultural experience continues to be shaped by the holocaust of enslavement, the horrors of Jim Crow segregation², the legacy of sharecropping³, political disenfranchisement, police brutality, mass incarceration, inferior housing and environmental conditions, racial capitalism, medical violence and race-based exclusion from proper health care as dramatized by the Covid-19 pandemic (MENTAL HEALTH AMERICA, 2020). These factors all amount to incomparable atrocities

¹ “Texto mantido em sua forma original.”

² “Jim Crow segregation” was a system of laws and statutes that legalized racial segregation throughout the entire United States of America, beginning in the South in the mid-1800s and expanding throughout the rest of the country, thereafter.

³ Sharecropping was devised in the early post-Civil War era to meet the labor deficit of planters. Laborers utilized the land in exchange for a fragment of the crops yielded. Formerly enslaved Blacks were subjected to abusive/exploitative labor practices by white landowners, resulting in ceaseless attachment to the plantations they labored and the lifestyle it engendered.

with scathing implications for the psyche. How does one identify what mental wellness looks like in an environment designed to repress? Moreover, once a vision of wellness is reached, how does one pursue and maintain it? Research strongly suggests that the critical comprehension and application of essential cultural knowledge in mental health care is a viable starting place. This paper examines theoretical cultural issues, manifestations of change-worthy behavior, and culturally-generated mental health interventions for Black Americans.

Mental healthcare services in the United States of America reflect an insufficient understanding of African American people and culture and as a result, rarely address this population's mental healthcare needs (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/NASSAU, 2017). The sparse availability and implementation of culturally proficient mental healthcare services and interventions within the U.S. mental healthcare system deepens barriers to mental health care for African Americans, thus contributing to a proliferation of mental health disparities. With the profuse lack of culturally competent providers and services, Black Americans must approach mental wellness from an African perspective through psychological services and treatment modalities rooted in the Black American cultural experience. This work will highlight the necessity of centralizing culture in mental health care for African Americans through an analysis of current literature on African American mental health and case studies of culturally-grounded mental health programming initiatives. In an active effort to counter the routinely peripheralized Black American experience, this paper does not intend to provide a comparative analysis between the mental plight of Black Americans and other demographic factions within the United States of America, including Caucasians, Hispanics, Asians/Pacific Islanders, or Indigenous peoples. Additionally, traditionally revered psychological assays such as the *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders, 5th Edition (DSM-V) and medicalization endemic of American psychiatry are solely used in this work as criteria by which mental illnesses are defined in the United States of America, not as instruments for analysis. The terms ‘African Americans’, ‘Black Americans’, and ‘Blacks’ will be used interchangeably in this article to describe individuals of African ancestry that reside in the United States of America. These terms are how people describe themselves, the terminology used in scientific reports and statistics that refer to this population, and the multi-dimensional composition of African descendant individuals regardless of national origin.

THEORETICAL FOUNDINGS OF CULTURAL CRITIQUES

Over 25 years ago, a national movement emerged because of a jolting awareness of the ever-expanding cultural, racial, and ethnic composition of the United States (METZL; HANSEN, 2014). Immigrants, refugees, and other populations already residing in the U.S. on the country’s social margins disrupted the mass perception of homogeneity through the coloring of their languages, cosmologies, traditions, and value systems not of a Eurocentric persuasion. Healthcare systems encountered inevitable challenges. Particularly implicated were Western medical educators and healthcare providers who could no longer evade the call to respond efficaciously to a diversity of peoples that challenged the boundaries of “traditional” clinical practice (TERVALON; MURRAY-GARCÍA, 1998). An opportunity arose to bridge “cultural distance” between American healthcare institutions, practitioners, and their traditions and the non-dominant cultural populations (ethnic and racial minorities) they served (GOODE, 1995). Health outcomes of marginalized communities continued

to grow adversely to the dominant non-Hispanic white population, and so the concept of 'cultural competence' was introduced in the arena of cross-cultural healthcare work. Cultural competence hypothesized that thorough considerations of patients' cultural make-up might influence health outcomes. Campinha-Bacote (2007) defines cultural competence as an ongoing process in which a healthcare provider continuously endeavors to carry out the ability and availability to effectively operate within the cultural context of the patient (individual, family, community). Critical elements of the concept include an appreciation of culture, possessing the capacity for cultural self-assessment, a consciousness of the forces inherent in cultural interactions, emphasizing the importance of cultural knowledge within institutions, and adapting service delivery to reflect cultural understanding (GOODE, 1995). Unlike 'cultural awareness' (the conceptual predecessor of cultural competence), providers and services must do more than showcase sensitivity to cultural differences. In the context of mental healthcare, cultural competence is the ability of a provider to recognize and comprehend the role of culture in a patient's psychosocial reality and to adapt treatment to align with their individual and psychological needs.

Recent debates on the efficacy of cultural competence have caused widespread individual and institutional enthusiasm to dwindle. Some scholar-practitioners have supported an approach like 'structural competency' to emphasize the other equally informative political and social dynamics of a patient's life and health (METZL; HANSEN, 2014). Others have expressed frustration with a lack of disciplinary consensus over a precise operational definition of the term. Many are afraid that the articulation of cultural schemas translates into strict accounts of dos and don'ts surrounding a particular racial or ethnic group (KLEINMAN; BENSON, 2006), which may reproduce and reinforce destructive stereotyping (GREGG; SAHA, 1998). A majority

of criticism, however, regards the oversimplification of ‘culture’ itself, particularly the tendencies of culture to undergo metamorphosis rather than remain static for a given group or population (TERVALON; MURRAY-GARCÍA, 1998).

Philosophical differences over what constitutes a foundational framework of culture and its accessibility for use in the healthcare arena are relatively nonexistent in the Africana academy. Culture is generally conceived of entailing a perpetual state of complex transformation over time. Therefore, culture presents an arduous but necessary task for researchers to consistently construct relevant behavioral and translational blueprints (JONES; CAMPBELL, 2011). Additionally, Black and African Americans’ unique social, historical and cultural predicament in the United States is assumed to be inextricably linked to their psychological development and health. Several Africana scholars and mental health practitioners have formulated conceptions of culture within an African American psychological context.

Anthropologist Dr. Marimba Ani denotes African American culture as an ontological descendant of a broader African worldview, whereby Africana people are ‘whole’ beings that recognize a spiritual reality. Spirit binds the person and community to the universe; the subjective experience is a conduit for intuitive knowledge. Africana people learn through their direct involvement with the universe, the rhythmic forces of life, and interconnectedness with nature, the ancestors, and other human beings. Culture transfigures chaos to order; it is a powerful agent in terms of reifying identity, systems of accountability, and mechanisms for survival (WHAT IS CULTURE..., 2010).

Jones and Campbell (2011) propose a “Cultural Psychology for African Americans” wherein a coalescence of cultural factors and psychological processes fluidly melds African Americans’ ancestral

cultural origins with changes shaped under the American milieu. African American mental identity, values, judgments, and perceptions reflect a centuries-long continuum of dehumanization, “otherness”, and psychological disharmony encountered under the burdens of racism and oppression. Elements of Time, Rhythm, Improvisation, Orality, and Spirituality (TRIOS) serve as psycho-cultural instruments of adaptation, innovation, and reclamation for African Americans in their aspiration to “re-humanize”.

THE CRISIS OF MENTAL ILLNESS IN BLACK AMERICA

There is a looming mental health crisis in Black America; high rates of mental disease and socioeconomic disparities ravage the population. Sixteen percent, or over 4.8 million Blacks reported having a mental illness (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2020), but only 1 in 3 of them that required mental health care received it (DALENCOUR *et al.*, 2017).

Incidents of anxiety and depression are on the rise, and 22.4% (1.1 million) of Blacks and African Americans reported having a severe mental illness in 2018 alone (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2020). While suicide rates are on the decline for most other racial/ethnic groups in the U.S., Black children and young adults’ rates are increasing, particularly for children between five and eleven. Suicide is the tenth leading cause of death in the United States, claiming 48,344 lives in 2018. African Americans accounted for 7.03% of that figure (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020). In comparison to 6.8% of white adults, 12.3% of Black Americans experienced challenges acquiring needed care, assessments, or treatment during

clinical visits in 2016 (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019). Socioeconomic disparity, including a lack of insurance or underinsurance, keeps many Black Americans on the fringes of mental healthcare system access. Although data indicate that African Americans experience mental illness at similar percentages as other U.S. populations, instances of psychological distress are more pronounced (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/NASSAU, 2017).

Blacks' intersectional occupation per racism, classism, and health inequity leave communal mental health crises often inflamed and unaddressed.

Culture is an indispensable element in African American life and health. In a society where whiteness and white racialized identity are the default points of reference, the African American population's nuanced cultural ethos is shrouded, muted, undermined, and disregarded. The U.S. mental healthcare system mimics this apathetic quality — and African Americans are fully aware of this phenomenon. Black Americans exhibit a general reluctance to seek mental healthcare services, and often only do so when they are in a crisis. This finding is alarming, considering that Black Americans are 20% more likely to experience serious mental health problems than the general American population (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2020). Compared to the nationwide average of 43% of adults with mental illness who receive treatment annually, African American adults do so at only a rate of 30% (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/NASSAU, 2017). Research reveals a population-wide inclination to avert and abandon treatment on the basis of mistrust of the provider and treatment process, the manner and type of treatment provided, and the receipt of services that do not reflect their cultural essence.

MEDICAL DISTRUST AND THE AFRICAN AMERICAN CULTURAL CONSCIENCE

The African American community's relationship with the United States' healthcare system is fraught with centuries of abuse, exploitation, and deception. Its most resounding consequence is a deep distrust that persistently hinders Black Americans with mental health-related medical needs from seeking social services (GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY, 2018). The trajectory of medical offenses is magnified by the over-institutionalization of Black Americans who have a mental illness (MENTAL HEALTH AMERICA, 2017).

Blacks face differential mental health care based on race and experience an inexcusable level of misdiagnosis and underdiagnosis. For example, schizophrenia spectrum disorder is misdiagnosed at overwhelmingly steep rates for Black Americans despite exhibiting symptoms of mood disorders (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/NASSAU, 2020).

African Americans are ten times more likely than Whites to receive improper diagnoses or maltreatment by a provider due to their race (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2009). Many Black Americans experience dis-ease when consulting a non-Black mental health provider due to presumed double stigma: the stigma of mental illness and stigma related to 'being Black' and its associated prejudices and stereotypes. For mental health help-seekers of African descent, seeing a familiar face in a clinical encounter increases the possibility of being seen, heard, and sensitively treated.

Misdiagnoses may stem from linguistic chasms between patients and providers and misinterpretation of the cultural display of symptoms.

Depression tends to be diagnosed and treated less frequently among African Americans due to unrefined cognizance of non-African American providers. They may not understand how culture can impact illness descriptions. “I’m feeling some type of way” or “I’m stressed” may be stated by patients in place of the word ‘depression.’ Moreover, African Americans are more likely to express somatic pain when characterizing symptoms of depression; culturally insensitive providers might overlook these as manifestations of mental illness. (GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY, 2018, p. 12-13).

Culturally-related professionals can more readily ascertain Black Americans’ tendency to “wear a mask” or “save face” for self-protection in culturally sterile institutions or to cope with the turbulences of personal strife, a racialized existence, and fiscal fragility under modernity (GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY, 2018, p. 12-13). Perceived hyper-vigilance (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2020) or reservedness as a means of personal security can easily be misconstrued when taken out of cultural context.

Data suggests that Black and African American mental healthcare providers administer more appropriate and effective care to Black American help-seekers than providers from dissimilar cultural backgrounds (MENTAL HEALTH AMERICA, 2020). However, a critical issue is a small number of Black American healthcare providers in the mental healthcare workforce for African Americans to access. According to 2016 figures, a meager 4% (3,600 individuals) of Black American professionals comprised the Psychology workforce. Only 3.7% of members in the American Psychiatric Association and 1.5% of members in the American Psychological Association are African American. Furthermore, only 2% of psychiatrists identify as Black (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,

2020; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2018). Identifying a mental healthcare professional of a similar cultural background or accessing culturally competent care may not always be possible for Black and African Americans. A great deal of research identifies the dearth of culturally grounded mental healthcare providers and healing options as barriers to caring for Black Americans' psychological health-related needs.

The African American community's mistrust of the mental healthcare system is tragic and extends over many centuries from the past to the present. A legacy of horrific medical injustice against Black bodies imprints the collective Black/African American cultural conscience. A culturally relevant and responsive mental health system recognizes damaging cultural narratives, empathizes with communal repulsion rooted in historical trauma, and works to actively overturn cultural injury. African Americans deserve to feel safe in seeking and receiving help for mental health problems, and not be wary of those with the resources to facilitate recovery. Culturally informed mental health care led by Black Americans themselves counters enduring narrative saliences, which fuel inattention to health.

THE IMPACT OF RACISM AND TRAUMA ON BLACK AMERICAN MENTAL WELLNESS

Racism encapsulates American society and adversely affects the mental health of African Americans. Black Americans are incessantly plagued by racism and discrimination, either directly or vicariously. Racism-related events, like the occurrence and sensationalizing of contemporary Black lynching via police murders, microaggressions, housing discrimination, prejudicial hiring

practices, residential segregation, and safety precariousness, to name a few, idiosyncratically aggravate psychic-emotional stability among Black Americans (MENTAL HEALTH AMERICA, 2020). Research shows that racism and discrimination can directly foster PTSD, substance abuse, risks for anxiety and depression, and other physical and mental health issues. Many mental healthcare providers and services in the U.S. fail to validate the effects of racism and trauma on Black Americans' psychological wellbeing (BRYANT-DAVIS; OCAMPO, 2005). More often than not, these spaces of intervention uphold (either unconsciously, consciously, or indifferently) racist ideologies, practices, and policies. African Americans tend to prefer not to re-articulate traumatizing details of racism-related events or existential despair to culturally incongruent providers; additional stress occurs in explicating the nuances of racism on selectively deaf ears. Moreover, racism-based trauma is sometimes viewed as psychologically insignificant in the illness narrative (BRYANT-DAVIS; OCAMPO, 2005).

The Community Healing Network (CHN) fills the racism-based trauma acknowledgment gap in mental health care to Black Americans. They mobilize African people throughout the Diaspora to heal from a long-durée of anti-Black terror and to actualize thriving by uplifting Black culture, Black values, and Black brilliance in healing processes. CHN, in collaboration with the Association of Black Psychologists (ABPsi), developed evidence-based, culturally-grounded, and community-articulated healing modalities known as Emotional Emancipation Circles (EECs). EECs are self-support groups where individuals unrestrictedly discuss the historical epicenter of racism as it pertains to Blacks in America and the soundness of their psychological despair. Past participants reported significant improvements in their mental health due to enlightening dialogue, emotional wellness tools, and relationships gained during

the healing journey. EECs demonstrate that a patient's subjective psychological experience is valid because it negatively affects them in some manner (COMMUNITY HEALING NETWORK, 2020).

Programs like the CHN's EECs restore humanity within Black American people by authenticating the cultural roots which inform who they are, how they see the world, and how the world perceives them. Healing among Black Americans is impossible without buttressing the cultural pillars that anchor them to this earth.

INTRA-POPULATION BARRIERS AND PATHWAYS TO MENTAL HEALTH CARE ACCESS

While many impediments to mental health care access for African Americans are due to externally determined factors, some stem from within the population. The catastrophic concurrence of poor mental health education and untreated mental health needs is an adverse contributor to mental health disparities within the African American population.

Many African Americans possess limited knowledge about mental illnesses, including their validity as certain medical conditions. Typical misunderstandings tend toward them being viewed as an indication of personal weakness or even punishment from a spiritual force for a lack of faith. Signs and symptoms of mental illness within the African American community are widely unknown, causing the afflicted to express poorly their distress and hesitate to seek medical or therapeutic attention in a timely fashion. The scope of common mental health disorders like depression is minimized and viewed simply as "the blues," "a spell," something that "will pass" or something to "snap out of." Misinformation, coupled with misguided cultural explanations for anguish, gives way to mental/emotional angst that

goes untreated, partly because of a fear of public condemnation, and ultimately silence. Cultural mantras like, “Black people don’t get depressed!” further suppress awareness about the normality of mental health conditions (GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY, 2018, p. 12-13; NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/NASSAU, 2017).

Moreover, the internalization of societal and communally reinforced stereotypes of inordinate stoicism like ‘Black men don’t cry’ block expressions of emotional vulnerability that often signal mental imbalance. Unfortunately, many suffer in isolation, live in fear of social alienation, and wallow in shame without reliable or viable familial communal or systemic support.

The California Black Women’s Health Project (CABWHP) counters stigma and loneliness and the lack of safe havens for emotion-processing through mental health programming. The organization promotes Black female physical, emotional, mental, and spiritual wellness through its subsidiary project, Sisters Mentally Mobilized (SMM). Black women are trained as community mental healthcare advocates to curtail mental health stigma and lower anxiety among Black women and girls. They offer viable support for Black females that suffer in isolation from psychological distress. SMM has two mental healthcare-centered programs: 1) the Advocate Training Program and 2) Sister Circles. The Advocate Training Program (ATP or SSM-ATP) educates participants about the forces that produce collective ignorance surrounding mental health. The dynamics of mental hardship specific to Black women receive special attention. Participants cultivate their methodologies for the advancement of individual and communal wellbeing and become well versed in coping and support strategies that are exercised in outreach efforts. The program is uninhibitedly cumulative, as participants replicate Sister Circles in their local communities. Hailing the slogan “For Us, By Us,” SSM provides a safe communal space for Black women who

occupy various roles as mothers, sisters, aunts, professionals, partners, and caregivers to confront the quotidian demands of life in addition to the intersectional assaults of racism, sexism, and classism. SSM profoundly permits a type of vulnerability often untapped within the context of African American culture. “Strong Black woman” epithets and their fraying of the mind-body connection are laid aside in exchange for culturally empathetic oases rarely afforded to Black women and people in the United States of America (CALIFORNIA BLACK WOMEN’S HEALTH PROJECT, 2017).

Culture-bound spiritual beliefs often dissuade help-seeking behavior and steer the mental health care trajectory of innumerable African Americans.

Faith and spirituality are vital organs in the anatomy of African American communities. Spirit and precepts of organized religion in one way or another dominate the individual lives and mental health of many African Americans. For Blacks whose metaphysical orientation is salient, mental health issues are often believed not to be legitimate medical conditions. Instead, people view mental health challenges as a failure in faith, a karmic punishment for behavioral transgressions and a consequence of feeble trust in God or a similar spiritual archetype. Religious justification for one’s profound emotional suffering might be attributed to ‘being divinely chosen by God’ for interconnectedness, thus making burdens righteous. Within a Christian framework, mental health issues are sometimes construed as punishment for past sins, with refuge and salvation from the pain solely existent inside the faith. (GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY, 2018, p. 3-4).

The treatable nature of mental health conditions is obscured by spiritual attitudes that preeminently inform African Americans’

modus vivendi. African American religious institutions like the conventional “Black Church” are known to downplay the severity of mental health issues and sustain African American misuse of professional mental healthcare services. With the Holy Bible in tow, clergymen and spiritual saints might use dogma when dealing with members either directly or indirectly affected by mental illness. One’s experiences with mental illness might be dismissed as trivial in the grand scheme of cosmic organized chaos whereby ‘God is in control.’ Services, such as therapy, sought outside of the religious institution might be vilified as ‘not of God,’ further fortifying God and the Church’s omnipotent power to heal. Followers employ tools of prayer, fasting, and scriptural study as an exclusive means of support rather than encouraging people to seek the help of qualified mental healthcare providers (CHERYL GRILLS PHD..., 2019).

Combating unwholesome mental health attitudes while honoring group cultural traits is a feasible way to navigate intra-population barriers to mental health care. The Healthy Heritage Movement (HHM) does the latter exceptionally well. This organization facilitates culturally competent health programming to improve wellness and thwart behaviors that stimulate high-risk, life-threatening conditions familiar to African Americans. Broken Crayons...Still Color Project, a community-based mental health program in San Bernardino and Riverside counties in California that serves eighteen years of age and older African American female-identifying individuals, utilizes a faith-based approach and situates intervention in Black religious establishments. The project effectively increases awareness of common mental health issues, such as depression, anxiety, PTSD, and substance abuse, to reduce mental health disparities in the African American population (ABOUT THE CRDP..., 2017). Members are informed of holistic mental health care and the validity of compounding religious and non-religious succors,

like assistance granted by medical professionals, in treatment plans. Results indicate high morale among women and clergymen as the new approach has spread to nearby Black communities (CHERYL GRILLS PHD..., 2019).

Broken Crayons... Still Color Project conducts interventions outside of non-traditional mental health settings and in spiritual spaces African Americans frequent. African Americans' underutilization of clinical services can appear as need-absence. As this project demonstrates, shifting to locations aligned with the "rhythm of people's lives" (CHERYL GRILLS PHD..., 2019) bolsters user response. Psychotherapeutic encounters have flourished here because they occur with people of congruent cultural backgrounds, linguistic tendencies, and psychic torment. Alienation, shame, and despair about mental unrest diminish amid a community that humanizes those deemed invisible and corroborates pain previously sustained in solitude.

Intra-group barriers to mental wellness can also be addressed through mental healthcare work that allows people and communities to define what mental wellness looks like and means to them.

TRIBE (Turning Resilience Into Brilliance for Eternity) is a program that centralizes culturally-competent strategies in mental health interventions. Black American gang-affiliated youth are empowered to become agents in their psychological welfare. Self-affirming principles such as: "I am worthy... I am seeing the gifts in my wounds... I am respecting my brilliance and emotions..." undermine internal myths of Black inferiority. Of particular distinction are the Know Thyself & Cultural Identity Workshops whose programming uses the ancient African Kemetite expression "know thyself," meaning all answers are self-derived, as a defining philosophy. They emphasize that although external clinical services and interventions may be available to tend to matters of internal distress, real transformation

transpires from within. Know Thyself equips participants with tools to deflect the challenges of trauma and racism while empowering participants to become agents in their healing. The programs demand proficiency in one's culture, language, history, ancestral lineage, and spiritual orientation and maintain that one comes to know oneself in knowing one's culture. Matters of self-esteem are approached by acknowledging the historical misconceptions about Black culture and amending the narratives. Participants then reformulate damaging misconceptions about themselves and replace them with life-affirming ones. Black cultural conceptions of psychological prosperity override Western Eurocentric models of mental wellness (KNOW THYSELF..., 2019).

FINAL CONSIDERATIONS

African American culture has been forged by a cacophony of anguish, unrest, righteous indignation and existential fatigue. A symphony of genius and resilience has aided African Americans' inexplicable survival. Black American culture has codified itself through an unrelenting fight to preserve culture, unite under culture, and press onward with culture lifting the heels of wearied yet tenacious soles. African Americans themselves voice the imperative to prioritize culture in psychological services, a notion methodically substantiated by African American mental healthcare professionals. Mountains of data assert the integrality of culture in African Americans' overall wellbeing. Disregarding culture in the mental health care of Black Americans decentralizes its value to the African American spirit, exacerbates the African American population's mental health plight, and maims the skin that encases the Black American body politic. Dr. Cheryl Grills asks: "*Why do we send our*

folks into a healing process without giving them the benefit of their backbone, and the thing they can lean on and recognize? Our culture is our armor” (CHERYL GRILLS PHD, 2019, verbal statement). She is right. Prolonged indifference towards African American culture in mental health care spaces should be recognized as deliberate defiance in the acknowledgment of the backbone of a collective’s humanity in healing work. Purporting to conduct the work of amplifying health while denying what informs the existence of those in need is dismissive, null, and medically void. Black American communities possess the natural resources to resolve culture-bound barriers to wellness, devise definitions of thriving, and facilitate mental vigor. With culture at the forefront of mental healthcare work, healing is possible. The time is now to extricate African American peoples from a peripheral view in mental health care. The time is now to embrace the cultural pulse of the over 40 million African descendants in the U.S. and unleash its healing capacity. Even if the invisible bonds of high-handed ethnocentrism refuse to release their grip on U.S. mental healthcare system configurations, African Americans must unrelentingly lead the charge. Walker, the prolific writer, poet, and activist, exclaims: “We are the ones we have been waiting for.” (WALKER, 2007, p. 3). Culture is the way back to ourselves; culture is the way through to our psychological redemption; culture is and always has been the wellspring for African American wellbeing – and in terms of mental health, specifically, this fact begs no difference.

REFERENCES

ABOUT THE CRDP African American IPP Grantees. *On Track Program Resources*, Sacramento, 9 May 2017. Available from: <https://bit.ly/35HsiHG>. Access on: 1 Jun. 2020.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *National Healthcare Quality and Disparities Report 2018*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, Sept. 2019. Available from: <https://bit.ly/3qcFFck>. Access on: 4 Jun. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Working with African American/Black Patients*. Virginia: APA, 28 Feb. 2020. Available from: <https://bit.ly/2Ua4PfQ>. Access on: 6 Jun. 2020.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Demographics of the U.S. psychology workforce: findings from the 2007-16 American Community Survey*. Washington, DC: American Psychological Association, 2018. Available from: <https://bit.ly/3wL5brG>. Access on: 3 Jun. 2020.

BRYANT-DAVIS, Thema; OCAMPO, Carlota. Racist Incident-Based Trauma. *The Counseling Psychologist*, Thousand Oaks, v. 33, n. 4, p. 479-500, 2005.

CALIFORNIA BLACK WOMEN'S HEALTH PROJECT. *Sisters Mentally Mobilized*. California: Inglewood. Available from: <https://www.cabwhp.org/sisters-mentally-mobilized.html>. 9 May 2017. Access on: 11 set. 2021.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: the journey continues*. 5th. ed. Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Injury Prevention and Control Data and Statistics (WISQARS)*. Atlanta: CDC, 1 Jul. 2020. Available from: <https://bit.ly/3wJ0MWb>. Access on: 3 Jun. 2020.

CHERYL GRILLS PHD What's Culture Got to Do With It? [S. l.: s. n.], 2019. 1 video. (52 min). Published by the channel Mental Health Patricia Russell. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=M_nAi3PLsi4. Access on: 11 Apr. 2020.

COMMUNITY HEALING NETWORK. *Emotional Emancipation and Ubuntu Healing Circles*. New Haven: CHN, 2020. Available from: <https://bit.ly/3qaCuC8>. Access on: 23 Jun. 2020.

DALENCOUR, Michelle. *et al.* The Role of Faith-Based Organizations in the Depression Care of African Americans and Hispanics in Los Angeles. *Psychiatric Services*, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 368-374, 2017.

GLOBAL HEALTH PSYCHIATRY. *Mind Matters: A resource guide to psychiatry for black communities*. North Charleston: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018.

GOODE, Tawara. D. *Definitions of cultural competence*. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center for Child Health & Mental Health Policy, 1995.

GREGG, Jessica; SAHA, Somnath. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998.

JONES, James M.; CAMPBELL, Santiba. Cultural psychology of African Americans. *Online Readings in Psychology and Culture*, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 3-20, 2011.

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine*, San Francisco, v. 3, n. 10, 24 Oct. 2006.

KNOW THYSELF & Cultural Identity Workshops. *Whole Systems Learning*, [s. l.], 17 Dec. 2019. Available from: <https://bit.ly/3zAXJBo>. Access on: 4 May 2020.

MARIMBA ANI sobre A Visão de Mundo Africana. [S. l.; s. n.], 2017. 1 video. (9 min). Published by the channel Alex Silva. Available from: <https://bit.ly/3gCQyBk>. Access on: 11 Apr. 2020.

MENTAL HEALTH AMERICA. *Black And African American Communities And Mental Health*. Alexandria: MHA, 24 June 2020. Available from: <https://bit.ly/3vIq8Ce>. Access on: 21 Aug. 2020.

METZL, Jonathan M.; HANSEN, Helena. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 103, p. 126-133, 2014.

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS QUEENS/
NASSAU. *African American Mental Health*. New York: Nami
Queens/Nassau, 16 Sept. 2017. Available from: <https://bit.ly/2SPv4YC>. Access on: 4 Apr. 2020.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES
ADMINISTRATION. *2018 National Survey on Drug Use and
Health: African Americans*. Rockville: SAMHSA, 14 Jan. 2020.
Available from: <https://bit.ly/3vLwOQ1>. Access on: 4 May 2020.

TERVALON, Melanie; MURRAY-GARCÍA, Jann. Cultural humility
versus cultural competence: a critical distinction in defining
physician training outcomes in multicultural education. *Journal of
Health Care for the Poor and Underserved*, Nashville, v. 9, n. 2,
p. 117-125, 1998.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *NIH
Health Disparities Strategic Plan: fiscal years 2004-2008*. Volume
1. Washington, DC: 2009. Available from: <https://bit.ly/3iU7fK4>.
Access on: 8 Apr. 2020.

WALKER, Alice. *We are the ones we have been waiting for: Inner light
in a time of darkness: meditations*. New York: The New Press, 2007.

WHAT IS CULTURE – Marimba Ani. [S. l.: s. n.], 2010. 1 video.
(6 min). Published by the channel Reel Freedom Productions.
Available from: <https://bit.ly/3vL7B8u>. Access on: 11 Apr. 2020.

The background features a stylized map of Bahia, Brazil, with various geometric patterns in white and grey. Overlaid on the map is a large black silhouette of a human head in profile, facing right. Inside the head, a white circle contains a black silhouette of the African continent. The text is positioned in the upper right quadrant of the image.

Parte II

**EXPRESSÕES
HISTÓRICAS DAS
INIQUIDADES EM
SAÚDE, DO TRÁFICO
TRANSATLÂNTICO AO
ENSAIO DAS POLÍTICAS
EUGÊNICAS NA BAHIA**

CONTEXTOS AFRICANOS E EXPERIÊNCIAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS ROTAS DO MUNDO ATLÂNTICO (1825-1826)

Keith Valéria de Oliveira Barbosa

Na historiografia da escravidão e do pós-abolição no Brasil são sistemáticos os estudos relacionados às relações tecidas nos principais portos atlânticos, na travessia dos negreiros e inúmeros personagens vão surgindo à medida que os métodos e objetos de investigação vão se aperfeiçoando no campo da assistência à saúde. Este capítulo explora os circuitos do tráfico negreiro a partir de uma perspectiva da história da saúde e das doenças, expondo personagens inseridos nas redes que conectavam e aproximavam com mais intensidade os territórios atlânticos. A análise do processo de cobrança de honorários médicos, aberto pelo cirurgião militar Justo José Coelho em 1826, revelou episódios dramáticos envolvendo o cirurgião naval e a tripulação do navio Bergantim Espadarte, em uma das inúmeras viagens que saíam do Rio de Janeiro em direção aos portos d'África. Com base na análise desse processo, despontam narrativas sobre dinâmicas econômicas, sociais e culturais que permeavam experiências humanas transformadas pela precariedade da saúde e a disseminação de diversas doenças nas rotas do Mundo Atlântico. No dia 27 de outubro de 1825, Justo José Coelho embarcava no navio Bergantim Espadarte em direção aos portos d'África. O cirurgião foi contratado,

a priori, para exercer, junto à tripulação do navio e aos indivíduos africanos escravizados, sua arte de curar, buscando reduzir a mortalidade da valiosa carga transportada entre as múltiplas direções dos espaços atlânticos no período. Apesar de conhecida a experiência traumática da travessia atlântica (REDIKER, 2011), compartilhada pelos africanos escravizados nos negreiros da época, a viagem iniciada naquele ano fora marcada por inúmeros percalços e eventos trágicos para o cirurgião Coelho e para o restante da tripulação do Bergantim Espadarte.

A análise do processo iniciado no dia 27 de julho de 1826, depositado no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, aberto pelo cirurgião Justo José Coelho contra os responsáveis pela embarcação, revela-nos elementos impactantes relacionados à assistência à saúde ao longo daquela viagem transatlântica. No documento, o cirurgião aparece como autor de uma ação sumária de cobrança de soldadas contra o proprietário do Bergantim Espadarte, João Gomes Barroso; assim como contra o caixeiro José Bernardes Silva e o capitão do Bergantim, Francisco Pereira Nunes Madruga. A falta de pagamentos pelos honorários do cirurgião Justo José Coelho expôs o universo social do Bergantim Espadarte, revelando tensões e conflitos nas relações tecidas durante as viagens marítimas.

Diz Justo José Coelho, cirurgião, que havendo embarcado para o fim de exercer sua arte durante a viagem no Bergantim Espadarte por ajuste e convenção feita com José Bernardes Silva, na qualidade de caixeiro e preposto de João Gomes Barroso, ambos donos do dito Bergantim, ganhando o suplicante soldadas a meses; até agora não tem sido pago delas; e por isso quer exigir o seu pagamento na forma da lei, com declaração que tem vencido quinhentos e cinquenta mil réis, os quais lhe deve o suplicado Barroso pagar. Assim pede a V. Sra. mande citar o mesmo

João Gomes Barroso para se conciliar e ver jurar ao suplicante aquela quantia e responder a ação sumária. (COELHO, 1826, p. 2).

Para além da devastadora experiência dos africanos escravizados nos negreiros, a narrativa exposta no processo de cobranças de honorários médicos demonstra, em escala reduzida, o contexto de rearranjo das redes comerciais atlânticas construídas para manter o comércio ativo no litoral da costa de Angola. Reconstituindo aspectos do universo da saúde e da doença no navio, surgem importantes indícios das vivências humanas nos negreiros que circulavam no litoral da África atlântica, destacadamente, revelando a complexidade e diversidade das relações sociais, econômicas e culturais na costa do litoral angolano moldadas pelo tráfico de africanos escravizados (FERREIRA, 2014).

A precariedade da saúde e a falta de cuidados com os doentes não apenas eram situações corriqueiras ao longo das viagens marítimas, mas também eram características das práticas empreendidas nos entrepostos africanos, promovendo ou desestabilizando relações sociais entre indivíduos ou grupos que circulavam pelas redes do tráfico.¹ Nesse sentido, examinando a narrativa de Coelho, salientamos que mesmo para um experiente cirurgião, afeito a viagens em direção ao litoral africano, os aspectos relacionados à alimentação e aos cuidados com a saúde nas feitorias, nos barracões ou mesmo no interior dos navios, enquanto estavam ancorados em algum porto da costa africana, podiam pôr em risco a vida da tripulação e da carga humana de africanos escravizados.

¹ Dale Tornston Graden, em estudo intitulado *Disease, Resistance, and Lies: The Demise of the Transatlantic Slave Trade to Brazil and Cuba* (2014), elegeu a *doença* como mais uma variável para compor a discussão sobre a dinâmica do tráfico atlântico de escravos. Sugere uma investigação em que a dimensão da experiência da doença é analisada como ponto de partida para avaliar a dinâmica do tráfico. Ver: Graden (2014).

Justo José Coelho, assim como tantos outros cirurgiões fizeram no período do tráfico, auferia rendimentos empregando-se nos negreiros que partiam em direção ao litoral africano². Residindo em território carioca, o cirurgião foi registrado como membro integrante do Corpo de Saúde da Armada.³ Com a titulação de Cirurgião dos Imperiais Marinheiros,⁴ talvez Coelho não tenha encontrado muitas dificuldades para conseguir o emprego em uma embarcação do porte do Bergantim Espadarte. Ele parecia ser um homem experiente no exercício do seu ofício, e Francisco Pereira Nunes Madruga, o comandante do Bergantim Espadarte, era um capitão com fama e prestígio nos negócios negreiros do período.⁵

UM CIRURGIÃO E OS NEGÓCIOS TRANSATLÂNTICOS NO PERÍODO ANTERIOR AO FIM DO TRÁFICO DE ESCRAVOS

O exercício do ofício de cirurgião nas viagens transatlânticas certamente não era uma tarefa simples, e o impacto na redução da mortalidade a bordo e da disseminação das epidemias nem sempre

² Stuart Anderson ressalta que a doença sempre esteve presente no tráfico de escravos, mas os africanos não eram os únicos atingidos pela propagação das moléstias no interior dos navios. O combate às doenças era um desafio, diversas estratégias eram empreendidas pelos traficantes para contê-las, e, no século XVIII, muitos cirurgiões foram empregados nos navios britânicos para tratarem dos doentes. Ver: Anderson (2011).

³ Justo José Coelho aparece registrado no *Almanak administrativo, mercantil e industrial da corte e província do Rio de Janeiro*, 1851, p. 152.

⁴ No *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz, Justo José Coelho também foi identificado como integrante do corpo médico do Hospital Real Militar e Ultramar da Marinha. Ver verbete “Hospital da Armada e Corpo da Marinha”. Disponível em: <https://bit.ly/3qtdar9>. Acesso em: 7 ago. 2013.

⁵ Francisco Pereira Nunes Madruga aparece como capitão em outras seis viagens à costa africana. No Bergantim Espadarte foram duas viagens: em 1825, viagem nº 531, o principal porto de embarque de escravos registrado foi Luanda; em 1826, viagem nº 3.356, o principal porto de embarque registrado foi Cabinda. Dados do *Voyages, The Trans-Atlantic Slave Trade Database*. Disponível em: <https://bit.ly/3vRhgdH>. Acesso em: 18 maio 2020.

era satisfatório. Antes do século XVIII, a mortalidade no tráfico aproximava-se de 20%, tendo-se reduzido “para cerca de 5% a 8% em fins do século XVIII e começo do século XIX” (LUNA; KLEIN, 2010, p. 173). Com a intensificação das rotas do tráfico que movimentavam o comércio de africanos, de produtos e de mercadorias na viragem do século XVIII para o XIX, cirurgiões como Justo José Coelho passaram a desempenhar um papel fundamental nas empreitadas marítimas do período.

De acordo com Witter (2001), em muitos casos os cirurgiões atuavam como médicos diplomados, cuidando de doentes e receitando remédios, na intenção de complementar seus soldos. Essa poderia ter sido uma das estratégias do cirurgião Coelho para acumular mais recursos: empregar-se nos negreiros que partiam do porto da cidade do Rio de Janeiro. Provavelmente ainda no ano de 1825, o cirurgião Coelho negociou seus soldos com José Bernardes da Silva, caixeiro que intermediou a contratação. Segundo informações do processo, Coelho receberia “sessenta e quatro mil réis por mês, ida e volta” (COELHO, 1826, p. 9).

Além dos ganhos obtidos como cirurgião da embarcação, Justo José Coelho talvez esperasse obter mais prestígio ou novas fontes de rendimentos com a experiência nos territórios transatlânticos. Contudo, inúmeros percalços tornaram aquela travessia oceânica uma experiência que quase custou a vida do cirurgião Coelho: doenças, fome, tensões e conflitos entre a tripulação causaram a morte de escravos e tripulantes.

O proprietário do navio Bergantim Espadarte, João Gomes Barroso, era um rico negociante envolvido no comércio de escravos. Jupiracy Affonso Rego Rossato, em sua análise sobre os comerciantes de *grosso-trato*, identificou o negociante português Barroso, nascido em 1766 e falecido em outubro de 1829, como um dos mais influentes da cidade. De acordo com a autora, Barroso atuava intensamente

na praça mercantil do Rio de Janeiro, importando um número expressivo de cativos africanos em suas viagens aos portos d'África. Entre os anos de 1828 e 1830, negociou o total de 1.285 peças de escravos (ROSSATO, 2006).

Examinando atentamente as denúncias no processo feitas pelo cirurgião Coelho ao capitão e ao proprietário da embarcação, surgem os primeiros indícios das condições de saúde dos indivíduos envolvidos naquela empreitada marítima. Durante a viagem, segundo informa o cirurgião, ele “exerceu a sua arte de curar com todo o zelo e cuidado e humanidade o pardo Inácio, escravo do réu mestre Madruga, e ficou bom” (COELHO, 1826, p. 9).

Ao chegarem ao litoral africano, relatou:

Porque, chegando a Angola, daí passaram para o rio Zaire, qual se fizeram algumas expedições à Boma e outros lugares, e o Autor acompanhou o Réu Mestre à Boma e aí esteve um mês, donde voltou ao Bergantim por estar doente.

Porque então voltou depois o Réu Mestre ao navio, por estar também enfermo de febres intermitentes, e o Autor o tratou com aquele zelo com que costuma sempre tratar seus doentes. (COELHO, 1826, p. 9 [verso]).

De acordo com o relato do cirurgião, o Bergantim Espadarte foi ancorado às margens da bacia congoleza. Essa era uma região intensamente ocupada por povos diversificados. Com a expansão das redes comerciais do tráfico, novas relações eram estabelecidas entre estrangeiros e africanos. Sendo assim, o comércio nos portos e mercados de cativos localizados na região adquiria maior importância (DIAS, 2007). Logo as margens e afluentes do rio Congo (Zaire), que já eram conhecidas desde os primórdios do comércio atlântico de negros, adquiriram, depois de 1750, um papel importante no circuito de

trocas comerciais daquela região. De acordo com E. M'Bokolo, nos afluentes da bacia do Congo formaram-se rotas importantes que se ligavam “[...] a uma multidão de portos situados de uma parte e de outra da foz do rio, fosse Loango, Cabinda, Boma, Ambrizette, Ambriz e Luanda.” (M'BOKOLO, 2010, p. 636, grifo da autora).

Ao desembarcarem do Bergantim em Boma, o capitão Madruga e o cirurgião Coelho seguiram juntos para as expedições na região e em “outros lugares”, em busca de cativos.

O Bergantim Espadarte vindo de Cabinda mestre Francisco Pereira Nunes, no dia 13 do mês de julho do presente ano, [...] 334 escravos embarcados naquele porto, três escravos falecidos na viagem, dois escravos falecidos antes da contagem [...]. (COELHO, 1826, p. 58 [verso]).

Como argumentou o historiador Rodrigues, o papel destes cirurgiões podia ir muito além dos cuidados aos doentes no decorrer das longas viagens marítimas. Os cirurgiões podiam atuar como os “[...] principais ajudantes dos capitães nos negócios terrestres, desenvolviam um saber adquirido no escrutínio dos homens, das mulheres e das crianças que seriam comprados.” (RODRIGUES, 2005, p. 16).

Analisando a narrativa do médico alemão Tams sobre sua viagem na região da África Centro-Occidental nos anos de 1840, Maria Cristina C. Wissenbach apresentou a importância desses relatos para recompormos o universo social do tráfico atlântico daquele período. Sobre a circulação dos mercadores no litoral africano, o médico alemão relatou:

Uma manhã, por ocasião de fazer-lhe uma visita medicinal, em consequência de um apadecimento crônico do fígado, que lhe tinha sobrevindo em razão de prolongadas residências em diferentes partes

do Brasil, me disse ele que, não obstante achar-se muito doente, havia andado a noite anterior dezesseis léguas a cavalo, para poder assistir ao embarque de escravos seus no sul do rio Dande. (TAMS *apud* WISSENBACH, 2011, p. 212).

Nesse sentido, argumentamos que a ênfase nos atores sociais que desempenhavam o papel de assegurar a saúde da tripulação e dos homens e mulheres traficados e os discursos produzidos em torno das doenças lançam luz sobre complexas relações sociais construídas ao longo das redes atlânticas nas primeiras décadas dos Oitocentos. Surgem depoimentos sobre as negociações empreendidas nos diversos pontos da costa africana e sobre aspectos de insalubridade das regiões que causavam adoecimento e morte para africanos e estrangeiros.⁶

A DISPERSÃO DO TRÁFICO NA COSTA ANGOLANA: ESPAÇOS DE PERMANENTE TRANSFORMAÇÃO E DISPERSÃO DE DOENÇAS

A permanência da tripulação do Bergantim Espadarte por um mês em Boma resultou nos primeiros indícios das doenças que afetavam tripulantes, além dos africanos, nos navios negreiros. De acordo com a narrativa do cirurgião, o retorno às expedições em Boma gerou experiências dramáticas para a tripulação do navio. Depois de tratar e curar o capitão Madruga das febres intermitentes,⁷ o próprio cirurgião Coelho e parte da tripulação adoeceram gravemente.

⁶ Para algumas indicações do quadro de morbidade em Luanda, ver: Barbosa (2009). Em relação à historiografia sobre saúde e escravidão, ver: Barbosa e Gomes (2016).

⁷ De acordo com Alexandre Rodrigues Ferreira, notam-se os seguintes sintomas nas febres intermitentes: “a. o frio que precede esta febre é ligeiro; b. o suor que a termina é copioso; c. na remitente irregular costumam aparecer alguns vômitos, diarreias, convulsões e dores semelhantes às pleuríticas e reumáticas.” (PORTO, 2008, p. 84).

Porque a moléstia do Autor foi crescendo de dia em dia, até o ponto de ficar obstruído, atacado de febre podre, coberto de úlceras escorbúticas, com edemacia nas extremidades inferiores: assim como também nessa ocasião havia mais seis doentes mais graves, que eram três marinheiros, o Piloto e o Contramestre ambos atacados do fígado, e o Contramestre demais a mais causticado; e da mesma forma o praticante José Rebello, atacado de febre nervosa. (COELHO, 1826, p. 9 [verso]-10).

Já nas primeiras décadas do século XIX, a capital angolana, Luanda, perdia cada vez mais espaço como principal entreposto do tráfico de cativos, e alguns fatores favoreceram um reordenamento desse tráfico para outras regiões do litoral. A combinação de fome e doenças tornava o ambiente litorâneo insalubre, influenciando o declínio da população e tornando necessário o deslocamento do tráfico para o norte do litoral angolano. Certamente, os acordos e as negociações tecidas entre comerciantes de diversas nacionalidades e os mercadores africanos, no tocante às atividades do comércio de escravos na bacia do Congo, correspondiam às transformações e às dinâmicas africanas próprias do período.

Examinando as denúncias do cirurgião Coelho, localizamos, além do Bergantim Espadarte, a embarcação denominada Bergantim Delfina d'África⁸ no complexo comercial que caracterizava a zona do Baixo Congo, reforçando uma dimensão das amplas redes comerciais do tráfico tecidas na embocadura do rio Congo. De acordo com Roquinaldo Ferreira, verificam-se desde o início do século XIX mudanças significativas no comércio de escravos na região, favorecido

⁸ De acordo com informações do *Slave Trade Database*, a viagem realizada pelo Delfina da África, sob o comando do capitão José João Cância, iniciou-se em 1825, partindo de Pernambuco em direção a Luanda, sendo as principais regiões de compra de cativos a África Ocidental e Santa Helena, com 250 cativos. (Viagem número 47.010). Disponível em: <https://bit.ly/3qnWn8I>. Acesso em: 18 maio 2020.

tanto pela dispersão do comércio no porto luandense, como por uma maior integração com o norte de Angola (FERREIRA, 2011).

As enfermidades relatadas pelo cirurgião Coelho eram comuns naquela região. Rodrigues indicou algumas doenças que afetavam as embarcações nas paradas do litoral africano e como esse era um fator de preocupação entre a tripulação dos negreiros. De acordo com o autor, em 1827, o mestre da escuna Diana adoeceu em uma das paradas às margens do rio Congo (Zaire), seu capitão foi vitimado por um “ataque de febres malignas ou carneiradas, tão frequentes naquelas regiões”, e seu contramestre, atingido por “graves chagas” (RODRIGUES, 2005, p. 175).

Voltando ao Bergantim Espadarte, a enfermidade de alguns tripulantes parece não ter impedido o capitão Madruga de continuar suas expedições em busca de mais cativos. Segundo relata o cirurgião do navio, o capitão, ao se ausentar em outro momento, deixou ordens expressas ao cozinheiro do navio para que apenas servisse à tripulação “carne seca salgada já corrupta e feijão”. Enquanto isso, apenas ele “[...] regalava-se com bons mantimentos, enquanto [...] passava ordens ao despenseiro, que era um negro escravo, para dar ao Autor e demais doentes o tratamento já referido” (COELHO, 1826, p. 10).

A presença de escravos atuando como parte da tripulação tem sido analisada extensamente pela historiografia (REIS; GOMES; CARVALHO, 2010). O exame do perfil da tripulação dos negreiros tem revelado aspectos importantes das relações sociais estabelecidas nos principais entrepostos comerciais do litoral africano. De acordo com Rodrigues, embora a vida dos trabalhadores que circulavam nos navios fosse marcada pelo sofrimento, as hierarquias produzidas a bordo seriam variáveis importantes para o entendimento de como os vínculos de solidariedade seriam estabelecidos no interior da tripulação. Ou seja, “As relações que envolviam o recrutamento,

a negociação do salário e as ligações hierárquicas a bordo dos navios talvez possam ser definidas como um misto de *economia moral* e *economia política*.” (RODRIGUES, 2005, p. 194). Essas questões informariam as ações de rebeldia e negociações da tripulação com outros indivíduos, oficiais e escravos, moldando a mobilidade que podiam alcançar nas empreitadas marítimas (BARREIRO, 2010).

Aspectos desagradáveis dos conflitos entre os tripulantes marítimos das embarcações podem ser recuperados a partir da narrativa do cirurgião do Bergantim Espadarte. Em relação à alimentação distribuída no navio, revelou:

Porque o negro despenseiro não obedecia nem ao piloto nem a ninguém no artigo Comida, ainda que se lhe pedisse pelo amor de Deus, porque tinha restritas ordens do Réu Madruga, com o qual ia comunicar a Boma, quando queria; e isto por haver o mesmo R. Madruga ordenado ao piloto não impedisse o negro ir a Boma, quando quisesse. (COELHO, 1826, p. 10 [verso]).

Nesse trecho, relata-se certo prestígio que o despenseiro, provavelmente também cozinheiro do Bergantim, tinha alcançado com o capitão Madruga, sendo-lhe possível, e até mesmo permitido, sair do navio “quando queria”. Reis, Gomes e Carvalho reforçam a ideia de que o cozinheiro de um navio negreiro, cuja função, na maioria das vezes, era ocupada por negros, desempenhava um papel essencial na embarcação. A argumentação é “[...] que ele era fundamental no ciclo de reprodução daqueles que nisso participavam integralmente, a quem alimentava a cada dia” (REIS; GOMES; CARVALHO, 2010, p. 101). De acordo com os autores, além da preparação das refeições para a tripulação e para os escravos, o cozinheiro tinha o poder de controlar a despensa de alimentos e impedir roubos de comida.

Os relatos do cirurgião Justo José Coelho confirmam certos aspectos das relações estabelecidas nessas rotas mercantis atlânticas entre os tripulantes e os negros responsáveis pela cozinha do navio. No caso do Bergantim Espadarte, o negro *despenseiro* não cedeu aos apelos do cirurgião para que fornecesse uma alimentação mais adequada para os doentes embarcados. Logo, parte da tripulação, alguns escravos e o próprio cirurgião sofreram com a propagação do escorbuto⁹ enquanto estavam atracados no litoral africano aguardando o retorno do capitão Madruga de mais uma expedição. De acordo com Rodrigues, episódios como esse de desabastecimento gerariam inúmeros conflitos, deserção e motins. Essas seriam estratégias usadas por marinheiros e pela tripulação na tentativa de sobreviverem aos imprevistos indesejáveis das viagens marítimas (RODRIGUES, 2005).

O escorbuto, as febres intermitentes, podres e nervosas são alguns sinais e sintomas de doenças registrados no processo. Eles aparecem anotados em importantes tratados sobre como entender e combater as doenças que se disseminavam nas regiões alimentadas pelo tráfico negreiro. As descrições de algumas dessas moléstias são indicativas do quadro ameaçador que se formava com a propagação delas entre os indivíduos que circulavam pelas redes do tráfico. Sobre a “febre podre”, o cirurgião Dazille indicou:

A febre sobrevém, e começa as mais das vezes por um calafrio considerável, seguido de um calor mordicante, durante o qual o pulso se desenvolve mais, ou menos; sentem-se sobressaltos nos tendões, a cabeça se perturba, o rosto se faz vermelho, o ventre

⁹ Também conhecido como “mal de Luanda”, o escorbuto era uma doença que atingia escravos e marinheiros. (Cf. ABREU, 2007). Segundo Chernoviz, “[...] a ferida é a solução de continuidade feita por causa externa. A solução de continuidade produzida por causa interna, como a syphilis, escrophulas, escorbutos, tem o nome de úlcera. Às vezes as pessoas chamam úlceras de feridas antigas.” (CHERNOVIZ, 1862, p. 100).

se meteoriza, as urinas são avermelhadas ou cor de tijolo [...]. (DAZILLE, 1801 *apud* NOGUEIRA, 2012, p. 189).

Contudo, reforçarmos o argumento de que o entendimento das doenças, ou dos sinais e sintomas, assinalados pelo cirurgião Coelho, decorre da análise atenta do contexto em que estava inserido – neste caso, uma região caracterizada pela crescente internacionalização do comércio de escravos em detrimento das negociações tecidas no porto de Luanda (FERREIRA, 2011). A ampliação das redes de comércio que se configuravam na região¹⁰ talvez explique a permanência prolongada do Bergantim Espadarte em Boma.

A partir do relato do cirurgião, verifica-se como eram intensos os contatos com os povos da região e com outros negreiros que circulavam pelo litoral, e como as precárias condições de saúde da tripulação seriam ainda mais agravadas pelas ações do capitão Madruga. A falta de alimentos poderia ser resolvida pelo comércio de mercadorias com os negros locais. Segundo o cirurgião Coelho, a troca de tecidos por alimentos frescos era essencial para a melhora dos doentes:

Porque o Autor o solicitou muitas vezes do Réu Madruga por cartaz e de viva voz os alimentos bons para os doentes: mas o Réu, em lugar de providenciar, ao contrário nenhum caso fazia, e passava ordens ao piloto para não vender chitas aos negros do país, os quais por isso não iam à bordo do Espadarte vender galinhas e outros mantimentos, e só iam aos outros navios, onde se lhes pagava com chitas. (COELHO, 1826, p. 10 [verso]).

¹⁰ A região de Boma em que o Bergantim Espadarte atracou fazia parte do “[...] sistema Ambriz-Baixo Congo [...]”, articulando “[...] os principais mercados africanos da região aos portos localizados na costa atlântica e os que se situavam no extenso estuário do rio.” (WISSENBAACH, 2015, p. 167).

De acordo com informações do *Diário Mercantil* de 25 de outubro de 1825, o Bergantim Espadarte, sob o comando do mestre Madruga, seguia para Cabinda com os seguintes produtos: 66 fardos de fazenda da Índia, 17 de ditas inglesas, 13 caixões, 7 barricas, 427 barras de ferro, 15 pipas de aguardente, 388 sacos de farinha de mandioca, 80 ditos de feijão, 180 arrobas de carne seca e 2 rolos de fumo (DIÁRIO MERCANTIL, 1825).

Contudo, a tripulação estava impedida de, na ausência do capitão, negociar os produtos do navio com os povos locais. Logo as condições de saúde no Bergantim Espadarte tornavam-se ainda mais precárias para a tripulação, obrigando seus tripulantes a acionarem outras redes de solidariedade¹¹. O cirurgião Coelho recorreu a outras embarcações para fornecerem-lhes alimentos. Segundo ele, “[...] neste estado de miséria, o Autor se via obrigado a mendigar alimento nos navios Marquez e Júpiter, cujos oficiais compadecidos lhe davam galinha a comer.” (COELHO, 1826, p. 11). O escoamento e transporte de mercadorias e escravos favorecia o acionamento de relações sociais e aproximava a tripulação dos navios, os africanos e também os escravos.

Observando o cotidiano da convivência no Bergantim Espadarte, verificamos indícios dessa rede de relações estabelecida nos diversos pontos de embarque da bacia congoleza. Vemos indicações de que africanos podiam ir a bordo dos navios para efetuar a troca de produtos, caso o capitão Madruga não deixasse ordens expressas em contrário. Nesse sentido, impedida de fazer seus próprios negócios, a tripulação do Bergantim só podia contar com a ajuda de outras embarcações.

Depois do falecimento do tripulante José Rebelo, que adoeceu de febre nervosa, e de alguns dos escravos embarcados, a doença

¹¹ Sobre as relações sociais construídas nos entrepostos, por exemplo, brasileiros, Nielson Bezerra da Silva descreveu os lugares onde navios aportavam, como o litoral do recôncavo da Guanabara, salientando como a permanência nesses entrepostos aproximava diversos indivíduos envolvidos no tráfico atlântico, os marinheiros africanos (BEZERRA, 2013, p. 247).

do cirurgião Coelho só se agravava. As condições insalubres do navio tornavam as relações ainda mais tensas entre o cirurgião e o capitão Madruga. Os relatos daquele indicaram que, assim que o capitão retornasse ao Bergantim, este seguiria para outras partes do litoral africano, provavelmente ancorando em outros portos em busca de mais cativos africanos. Podemos especular que os tecidos que não puderam ser negociados em Boma talvez o fossem em outras expedições lideradas pelo capitão Madruga. Diante da impossibilidade de negociação com o capitão, Coelho não aceitou continuar a viagem no Bergantim Espadarte e retornou ao Rio de Janeiro em outra embarcação, o Bergantim Delfina d'África:

Porque o Autor morreria infalivelmente, se não tomasse o acordo de buscar escravos em outra parte, pois a sua moléstia estava em tal grau, que não obstante ser depois mui bem tratado no Bergantim Delfina d'África, em que veio para a Corte, contudo chegou mui gravemente enfermo, até desembarcou em braços; e tudo isso por causa do mau tratamento que lhe dera o Réu Madruga, como foi observado na visita da saúde, constante no documento ora junto, n. 1. (COELHO, 1826, p. 11).

A narrativa do cirurgião militar Justo José Coelho tanto revela aspectos das condições insalubres dos negreiros que circulavam intensamente pelas rotas mercantis, como informa sobre os temores e ações que compunham as redes de relações sociais estabelecidas nas longas viagens marítimas daquele período, pelos agentes envolvidos na dinâmica do tráfico transatlântico de escravos. Os relatos do cirurgião, ainda que imbuídos de interesse pessoal, revelam outras variáveis para compreendermos o impacto da intensificação do tráfico de cativos na saúde de africanos e das tripulações dos navios que atracavam no litoral africano.

A intensificação das expedições para além do litoral africano; a permanência mais longa nos entrepostos africanos, na expectativa de aumentar o número de cativos negociados; e as relações conflituosas entre a tripulação são variáveis importantes para a análise da saúde dos africanos traficados, dos indivíduos livres e dos escravos envolvidos no comércio negreiro. O testemunho do cirurgião Justo José Coelho ainda revela outras denúncias contra o capitão Madruga, pela violência com que tratava os africanos escravizados. De acordo com Coelho, o capitão foi responsável pelo assassinato de “[...] oito negros a ferro, sangrando-os a ferro, os quais não morreriam talvez de sangria, mas do tratamento, se porventura ele os não quisesse logo matar.” (COELHO, 1826, p. 12).

Fragmentos de aspectos violentos do crescente fluxo do comércio de escravos, associados aos cenários de doenças e precariedade de alimentos, revelam como podia ser arriscada a vida dos trabalhadores marítimos, bem como das centenas de homens e mulheres escravizados, que foram embarcados e transportados no porão do Bergantim Espadarte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Bergantim Espadarte retornou ao porto do Rio de Janeiro em julho de 1827, “[...] gastando 8 meses e 13 dias na viagem redonda, fora os dias anteriores da matrícula do autor, a qual se verificou em 15 de outubro de 1825.” (COELHO, 1826, p. 12 [verso]). Em sua defesa, o capitão Madruga argumentou que, dos 334 escravos embarcados do porto de Cabinda, apenas dois morreram antes de embarcar, e outros três, ao longo da viagem, chegando ao porto do Rio de Janeiro com 331 africanos.

Apesar do reduzido número de mortos informado pelo capitão Madruga, poderíamos especular, a partir do relato do cirurgião Coelho, que a mortalidade dos africanos negociados pelo capitão do Bergantim Espadarte ao longo dos caminhos percorridos pelas expedições e nas paradas nos entrepostos africanos teria sido ainda mais elevada. Deste modo, considerando as informações de Coelho sobre a violência com que o experiente capitão conduzia sua tripulação e seus cativos, somadas à permanência prolongada do Bergantim nos espaços insalubres dos portos africanos e às dificuldades relatadas para a alimentação dos embarcados, poderíamos supor que a conjunção dessas variáveis teria levado à morte inúmeros indivíduos livres e escravos antes mesmo do início da viagem de retorno ao Rio de Janeiro.

Dessa forma, as narrativas em torno dos cenários de doenças e morte que marcaram a experiência dos indivíduos embarcados no Bergantim Espadarte aproximam-nos dos cenários e contexto definidos pela dispersão do tráfico para além do porto de Luanda. Ao selecionarmos esse tipo de documentação para repensarmos as múltiplas dimensões da diáspora africana no contexto do tráfico transatlântico, surgem questões fundamentais para reconstruirmos experiências sociais dos escravos, assim como da tripulação das embarcações expostas corriqueiramente à disseminação de inúmeras doenças infecciosas.

Logo, alguns questionamentos iniciais podem ampliar as discussões relacionadas à assistência à saúde no tráfico transatlântico. Em que medida os eventos registrados em processo de cobranças de honorários podem revelar a complexa conjuntura africana daqueles anos de dispersão e reorganização das rotas comerciais atlânticas? Como o rápido crescimento dos negócios transoceânicos, incluindo o tráfico de cativos africanos e um intenso fluxo de mercadorias, tornava mais precárias as condições de saúde dos indivíduos, livres e escravos,

embarcados nos negreiros? Como a circulação em áreas conhecida-mente insalubres expunha, de forma mais perigosa, esses indivíduos às doenças que se disseminavam mais rapidamente com a dispersão do tráfico de escravos na costa atlântica africana?

A história narrada no processo de cobrança de honorários médicos do cirurgião Coelho não poderia ter um desfecho mais dramático. Depois de uma longa viagem marcada por inúmeros imprevistos, o cirurgião Justo José Coelho estava gravemente enfermo e precisou pedir ajuda para retornar ao Rio de Janeiro em outra embarcação, que também estava atracada em Boma, o Bergantim Delfina d'África.

No processo, o cirurgião Coelho relata que “[...] desembarcou em braços [...]” dos tripulantes do navio Bergantim Delfina d'África, sob o comando do capitão José João Cância, no porto carioca. Em depoimento ao provedor-mor da saúde, no porto do Rio de Janeiro, o capitão do Bergantim Delfina relatou:

[...] que vinha de Ambriz com 40 dias de viagem com 24 pessoas nesta viagem e que desta se acha enfermo o cirurgião obstruído e coberto de úlceras escorbúlicas e atacado de febres podres em consequência do mau tratamento que teve abordo do Brigue Espadarte, de que é capitão Francisco Pereira Nunes Madruga, e todos os mais em estado de saúde e que a carga de escravos dos quais carregou é trezentos e noventa e sete, e que destes morreram seis de diarreias, e que atualmente tem seis enfermos da mesma moléstia. (COELHO, 1826, p. 14).

No início da viagem marítima, ao embarcar no Bergantim Espadarte no porto do Rio de Janeiro, localizado no coração da cidade escravista, o cirurgião Justo José Coelho talvez não fizesse ideia dos riscos daquela empreitada. As anotações no processo de

cobranças de honorários médicos revelam espaços percorridos pela expedição e as conexões estabelecidas entre as realidades africanas e o mundo atlântico daquele período. Despontam indícios valiosos de experiências históricas que constituíam o cotidiano de homens livres e escravos. Assim, a ênfase nos atores sociais, que desempenhavam o papel de assegurar a saúde da tripulação e dos homens e mulheres traficados, e os discursos produzidos em torno das doenças lançam luz sobre complexas relações sociais. Tais relações foram construídas através das redes atlânticas em um período marcado por intensas transformações no comércio negreiro.

REFERÊNCIAS

ABREU, Jean Luiz Neves. A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 761-778, 2007.

ANDERSON, Stuart. *The Great Days of Sail: Slavery, Ships and Sickness*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oct. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3gV1Wr4>. Acesso em: 1 jun. 2014.

BARREIRO, José Carlos. A formação da força de trabalho marítima no Brasil: cultura e cotidiano, tradição e resistência (1808-1850). *Tempo*, Niterói, v. 15, n. 29, p. 189-209, 2010.

BEZERRA, Nielson Rosa. Mesmas margens de outros portos: marinheiros africanos e tráfico atlântico no recôncavo da Guanabara. *Revista de História Comparada*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 244-261, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3d4tdWZ>. Acesso em: 12 ago. 2013.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Paris: Casa do Autor, 1862.

COELHO, Justo José. Maço 141, número 216, galeria C. *Apelação Civil, 1826*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.

DIÁRIO MERCANTIL, 1825. Biblioteca Nacional.

Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=706892&PagFis=984>. Acesso em: 8 ago. 2013.

DIAS, Jill. Novas identidades africanas em Angola no contexto do comércio atlântico. In: BASTOS, Cristina; ALMEIDA, Miguel Vale; FELDMAN-BIANCO, Bela. (org.). *Trânsitos coloniais*. Diálogos críticos luso-brasileiros. Campinas: Editora da Unicamp, 2007. p. 315-343.

FERREIRA, Roquinaldo. Slave flights and runaway communities in Angola (17th-19th centuries). *Anos 90*, Porto Alegre, v. 21, n. 40, p. 65-90, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3qhLoO8>. Acesso em: 17 maio 2020.

FERREIRA, Roquinaldo. The suppression of the slave trade and slave departures from Angola, 1830s-1860s. *História Unisinos*, São Leopoldo, v. 15, n. 1, p. 3-13, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/35PBoCg>. Acesso em: 17 maio 2020.

GRADEN, Dale T. *Disease, Resistance, and Lies: The Demise of the Transatlantic Slave Trade to Brazil and Cuba*. Baton Rouge: Louisiana State University Press, 2014.

LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. *Escravidão no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2010.

M'BOKOLO, Elikia. Das savanas de Camarões ao alto Nilo. In: OGOT, Bethwell Allan. (org.). *História geral da África, V: África do século XVI ao XVIII*. Brasília, DF: Unesco, 2010.

NOGUEIRA, André. Universos coloniais e ‘enfermidades dos negros’ pelos cirurgiões régios Dazille e Vieira de Carvalho. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 189, dez. 2012. Suplemento. Disponível em: <https://bit.ly/2TR8pvk>. Acesso em: 12 jun. 2020.

PORTO, Ângela. (org.). *Enfermidades endêmicas na capitania de Mato Grosso: a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

REDIKER, Marcus. *O navio negreiro: uma história humana*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

REIS, João José; GOMES, Flávio dos Santos; CARVALHO, Marcus. *O Alufá Rufino: tráfico, escravidão e liberdade no Atlântico Negro (c.1822-c.1853)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

RODRIGUES, Jaime. *De costa a costa: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

ROSSATO, Jupiracy Affonso Rego. *Os negociantes de grosso trato e a Câmara Municipal do Rio de Janeiro: estabelecendo trajetórias de poder*. 2006. Tese (Doutorado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. As feitorias de urzela e o tráfico de escravos: Georg Tams, José Ribeiro dos Santos e os negociantes da África Centro-Occidental na década de 1840. *Afro-Ásia*, Salvador, n. 43, p. 43-90, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3qrAqG8>. Acesso em: 12 jun. 2020.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Dinâmicas históricas de um porto centro-africano: Ambriz e o Baixo Congo nos finais do tráfico atlântico de escravos (1840-1870). *Revista de História*, São Paulo,

n. 172, p. 163-195, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3d6ZuwX>.
Acesso em: 10 jun. 2020.

WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas da cura no sul do Brasil (1845 a 1880)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

“ISOLAMENTO NEGRO?”: O LEPROSÁRIO DOM RODRIGO JOSÉ DE MENEZES E AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA LEPRA NA BAHIA

Muller Sampaio dos Santos Silva
Ricardo dos Santos Batista

Este texto tem como objetivo analisar a assistência à lepra¹ em Salvador, entre 1920, ano em que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e 1934, quando um novo momento da política sanitária nacional seguiu a orientação do ministro Gustavo Capanema. A ênfase da análise está nas políticas de assistência à saúde dos pacientes do Leprosário Dom Rodrigo José de Menezes que, ao longo do período estudado, eram majoritariamente negros. Como fontes, são utilizadas teses da Faculdade de Medicina da Bahia, relatórios médicos, legislações e imagens que auxiliam na compreensão sobre os modos de vida no isolamento.

Desde o surgimento da cidade de Salvador, o local utilizado para receber os portadores da lepra era um asilo próximo à capela de São Lázaro. No mapeamento das organizações antileprosas no Brasil, realizado pelo médico Heráclides César de Souza Araújo (1937,

¹ Devido ao estigma que acompanhou a doença, com a Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995 (BRASIL, 1995), o termo “lepra” e seus derivados foram substituídos por “hanseníase”, “doente de hanseníase”, na linguagem empregada nos documentos oficiais da União. Porém, chamada de lepra no período histórico pesquisado, utilizarei, na construção do texto, as nomenclaturas “lepra” e “leproso”.

p. 126-127), afirma-se que existiu “[...] um pequeno lazareto que por muitos annos recolhia os morpheticos que vagavam pelas ruas e os que vinham d’Africa [...]” (1937, p. 126-127). Com o Capitão general da Bahia, D. Rodrigo José de Menezes, foi fundado um hospital em 1787, na Quinta dos Padres, posteriormente conhecida como Quinta dos Lázaros. A instituição sobreviveu com muitas dificuldades financeiras e, em alguns momentos, com a diminuição drástica no número de pacientes. Ela se caracterizou como um espaço de segregação social que, ao longo do século XIX, sofreu influências médicas no intuito de instituir uma rotina terapêutica (PINHEIRO; SANTOS, 2019, p. 223-226).

A lepra é uma doença antiga e que, na contemporaneidade, ainda carrega traços do forte estigma estabelecido historicamente sobre o corpo doente. Salvador de Castro Barbosa (1924), formando em medicina, apresentou em sua tese de doutoramento,² por exemplo, uma breve introdução histórica sobre a enfermidade e afirmou que, no Brasil, segundo as fontes consultadas, não existiram relatos sobre ela até a chegada dos portugueses, mas, ao mesmo tempo, mostrava as percepções que tinha sobre o papel dos africanos na sua disseminação:

Certamente aos portugueses caberia esta responsabilidade, mas em sciencia as deduções por mais racionais que sejam não se devem dar absoluto credito, uma vez que não venham acompanhadas de factos comprobatórios, nem se achem alicerçadas em experiências elucidativas.

De 1580 em diante, começou o Brasil a receber a imigração Africana, e provado que os índios não

² Intitulada *Pequena contribuição ao tratamento da lepra*, apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, em 1924, por Salvador de Castro Barbosa, a fim de obter o grau de Doutor em ciências medico-cirúrgicas.

possuíam a lepra, resta saber si os seus vehiculadores foram portugueses ou africanos.

[...]

Não resta a menor duvida, que os negros contribuíram em grande escala, para a disseminação da lepra em nosso paiz, bastando para isso invocar-se-a maneira por que viviam, a completa ausência de hygiene, os excessos de um trabalho exaustivo, com deficiência de alimentação que podesse compensar as energias gastas no seu constante labutar.

Fortes razões vêm em favor da não responsabilidade delles, na implantação do mal. (BARBOSA, 1924, p. 13).

O estudante concluiu que, por mais que se reconhecesse a contribuição dos africanos na disseminação da doença, ela poderia ser explicada pela situação de desprezo e ausência de higiene durante séculos de escravidão. Não poderia responsabilizá-los diretamente pela implantação da lepra no país.

O debate em relação à lepra passaria por questões raciais, especialmente pela vigência do pensamento eugênico, até finais da década de 1930.³ Valdemir Zamparoni (2017, p. 15), a partir das análises feitas no contexto moçambicano colonial, afirma que existem teorias que apresentam o estigma contemporâneo da lepra como um fenômeno ligado à expansão colonialista do século XIX, quando se descobriu que a enfermidade era endêmica em áreas-alvo da cobiça colonial, o que a caracterizou como doença própria de povos “selvagens” e “inferiores”.

A lepra permaneceu, até meados de 1940, sem possibilidades de cura e, por apresentar características biológicas que afligiram

³ Sobre as discussões relacionadas à eugenia, Cf. MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003; STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005.

diversas populações pelo mundo, foi estabelecida a segregação dos doentes a partir de significados de repulsa. A doença afetou diretamente as relações humanas instituídas entre as incertezas e o medo do contágio, o que causou reflexos em sua profilaxia e assistência.

Antes de 1920, não havia leis que normatizassem o controle da lepra ou de qualquer outra doença de forma sistemática em todo o território brasileiro. Assim, ao longo dos períodos colonial e imperial, muitos leprosos viviam em situação de extrema pobreza e de vulnerabilidade:

Em razão das circunstâncias criadas para o doente de lepra evitado ou repellido pelos sãos e, não raras vezes até pelos seus familiares, e na impossibilidade de prover à sua subsistência com o seu próprio trabalho, que lhes era geralmente defeso, recorriam, os hansenianos, habitualmente, à mendicidade. São freqüentíssimas as referências aos leprosos mendigos no Brasil. Pode-se dizer que em quase todos os Estados e em tôdas as épocas, surgia alarme tôdas as vêzes que um leproso aparecia esmolando e parece mesmo, que a simples presença desses desgraçados era o bastante para se exagerar seu número pelo pavor que eles causavam. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 68).

Os doentes da lepra não conseguiam emprego e eram excluídos do seio familiar, contando apenas com a caridade particular ou aderindo ao isolamento, que se ampliou com a multiplicação de leprosários no país. O hospital D. Rodrigo de Menezes era, portanto, uma das instituições hospitalares existentes na Bahia no início do século XX, que, de alguma forma, se responsabilizava pela assistência à saúde dos enfermos leprosos, pobres e negros.

A criação do DNSP, em 1920, e o acordo realizado entre a Bahia e a União, em 1921, contribuíram para a realização de pequenas

modificações no nosocômio e para o estabelecimento de uma política de enfrentamento da lepra em Salvador, o que não modificaria substancialmente a qualidade de vida da população atendida naquela instituição.

UMA POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE À LEPROSA

Na passagem do século XIX para o XX, a lepra alcançou lugar de destaque entre as doenças que acometiam os brasileiros. O movimento sanitarista, das primeiras décadas do século XX, levou a situação de vida da população que vivia nos sertões do país ao conhecimento nacional e, através de denúncias e pressões, buscou-se “[...] implantar uma política nacional de saúde que pudesse, a despeito do regime federalista, combater as endemias num plano mais amplo.” (BATISTA, 2017, p. 27). Este movimento foi determinante para promulgação do Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que propôs a reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil.

A partir da reorganização dos serviços sanitários foi criado o DNSP, que substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), responsável pelos serviços sanitários desde 1897. A nova legislação abrangeu a profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis, determinando como uma das atribuições o “[...] serviço de prophylaxia contra a lepra e contra as doenças venereas em todo o paiz [...]” (BRASIL, 1920a). Como discute Cabral (2013, p. 241), a doença se fazia acompanhar pela miséria e pelo abandono, passando a existir a necessidade de uma intensa politização da saúde pública. Consequentemente, a lógica do combate à lepra acompanhou a instituição gradual de um aparato que tornou o problema da saúde pública um assunto coletivo, com os partícipes do pacto federativo

partilhando os custos e as responsabilidades pela sua transformação em um bem público.

Schweickardt e Xerez (2015) analisaram as dificuldades de natureza técnica e política para o enfrentamento da lepra, porque não havia, até o final da década de 1920, uma estrutura adequada para a assistência aos doentes. Na cidade de Salvador/BA não foi diferente. A filantropia foi uma das principais formas de assistir os acometidos pela doença, que não possuíam meios de se prover. Cita-se, como exemplo, o Hospital dos Lázaros, fundado em 1787, pelo Governador Cap. General D. Rodrigo José de Menezes, adquirido “[...] por elle com dinheiros angariados de esmolos [...]” (ARAÚJO, 1937, p. 127) e que transitou entre a responsabilidade da iniciativa pública e da iniciativa privada ao longo do tempo.

Antes da nova política sanitária proposta pelo DNSP, o isolamento de doentes esteve mais preocupado em proteger a sociedade “sã” dos infectados, ao invés de oferecer alguma garantia de bem-estar, cura ou tratamento para o doente leproso. Somente a partir da Lei de 1920, que institucionalizou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas (IPLDV), é que surgiu uma atenção maior com a profilaxia da lepra.

Nas primeiras décadas do século XX, o desenvolvimento da medicina e a modernização e aparelhamento técnico brasileiro foram fundamentais na reelaboração da assistência a leproso no Brasil. Novas ações, como a preocupação com o impacto que o diagnóstico causaria na vida do doente e o aconselhamento sobre as formas de transmissão da doença, também fizeram parte desse processo, sendo possível observar em um dos artigos da Profilaxia Especial da Lepra, de setembro de 1920:

Art. 384. O medico que examinar individuo doente ou suspeito de lepra deverá scientifical-o, para os

objectivos de prophylaxia, do caracter contagioso da doença, com a necessaria prudencia, de modo a não abater-lhe o moral, devendo ainda, quando julgar preciso, levar o facto ao conhecimento da familia. Além das recommendações que julgar convenientes relativas aos meios de evitar a transmissão fornecerá ao cliente os conselhos impressos, para tal fim organizados pela Inspectoria de prophylaxia da lepra. (BRASIL, 1920b).

Pode-se notar três questões importantes nesse artigo. A primeira é que existia uma preocupação em deixar o indivíduo ciente da sua condição, para que pudesse, ele mesmo, auxiliar na profilaxia da doença. Depois, o indivíduo não seria diretamente isolado de suas redes de sociabilidade e, em alguns casos, o isolamento acontecia com o conhecimento da situação do doente pela família. A terceira questão é que a família poderia ser utilizada como instrumento de controle e certificação de que aquela pessoa, assim que diagnosticada, seria isolada. É possível concluir que essas definições, propostas pelas ações de combate à doença, contribuíam para uma rede de monitoramento do doente leproso muito mais extensa e eficaz.

O regulamento que tratava especificamente sobre a lepra foi organizado por Eduardo Rabello⁴, e criava um

[...] órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país, como também estabelecia as diretrizes básicas – e muitas vezes minuciosas – que deveriam orientá-la. (CUNHA, 2010, p. 941).

⁴ Nascido em 1876, doutorou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1903. Nomeado Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, quando lhe coube redigir a primeira legislação anti-venérea no Brasil. Disponível em: <https://www.anm.org.br/eduardo-rabello/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

A criação desse regulamento específico representou um importante passo no reconhecimento da lepra como problema sanitário, nas ações para seu controle e na assistência aos doentes e aos seus familiares:

[A lepra] Passou a ser encarado como um problema sanitário complexo, cuja solução exigia todo um sistema de medidas profiláticas: recenseamento de doentes, medidas para efeito de isolamento nosocomial ou a domicílio, tratamento, vigilância dos que não ficavam internados, o exame sistemático dos comunicantes, a preservação da prole do leproso e a educação sanitária. Essas providências não tardaram a produzir resultados concretos, tanto na criação de leprosários, proventórios, organismos centrais para a orientação da campanha, como para despertar a consciência do povo, no tocante à gravidade da endemia e o interêsse em cooperar com os poderes públicos. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 114).

A reforma iniciada em 1920 e o interesse nas ações de desenvolvimento sanitário articuladas entre os Estados e a União levaram a Bahia a firmar acordo em 1921, sendo renovado em 1924, por mais cinco anos. E, em 1925, nesse processo de modificação da saúde pública baiana, foram criados o Código Sanitário da Bahia e a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública (BATISTA, 2017, p. 30), que visavam equiparar a política sanitária do Estado com a proposta nacional. O responsável pelas mudanças sanitárias, no pós-1925, foi o médico Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, que estudou no Instituto Oswaldo Cruz, se tornou Inspetor do DNSP e foi bolsista da Fundação Rockefeller entre 1921 e 1922 (BATISTA, 2019a, 2019b; BATISTA; SILVA, 2020).

Nesse período, o entendimento dos riscos sociais, políticos e econômicos que as doenças poderiam representar encontrava maior presença entre as ideias dos governantes, e nenhum estado pretendia ser apontado como destaque pelas doenças presentes em sua comunidade. Segundo Cabral (2013, p. 247), uma inspetoria específica para o combate à lepra apresentava “[...] compreensão de que o Estado brasileiro alargava a oferta dos serviços de saúde sob sua responsabilidade”. Assim, a doença e a assistência aos doentes, bem como a de seus familiares, começava a se tornar essencial nesse processo.

A saúde pública só se tornou responsabilidade dos estados brasileiros a partir da Constituição de 1891, na Primeira República. Até a importância de sua ação ser totalmente entendida, a União foi responsável apenas pelas ações sanitárias na Capital Federal, ou em casos de epidemias. A oferta de serviços sanitários pelos estados, em um período em que a maioria não possuía condições financeiras ou políticas para mantê-la, tornou a atenção à saúde presente apenas nos estados mais ricos, enquanto outros sofriam com o aumento das doenças.

No caso dos leprosários, sua função principal era proteger a sociedade “sã” dos riscos de contágio, deixando evidente o cumprimento de seu papel de isolamento forçado aos doentes, principalmente a partir da institucionalização pela lei. Dar visibilidade à lepra como uma enfermidade causadora de grandes riscos à saúde da população brasileira gerou debates que contribuíram para circunscrever o lugar de cada estado na conjuntura nacional. A cobrança por medidas que combatessem a enfermidade colocou, como elemento principal, a exclusão dos leprosos.

Uma das primeiras ações aplicadas pelo governo público na intenção de combater a doença de forma conjunta se constituiu na criação da IPLDV, que tinha como principal função superintender e orientar os serviços de combate a essas doenças em todo o território nacional. Com o acordo entre a Bahia e a União, a lepra ganhou

maior destaque e políticas específicas em meio a outras enfermidades que acometiam a população baiana. Mesmo assim, é provável que as ações contra a sífilis ainda tenham recebido maior atenção do que a lepra. Como exemplo, é possível citar uma das orientações do DNSP que determinava a abertura dos postos sanitários para que os estudantes de medicina adquirissem conhecimento prático sobre a sífilis. Como consequência dessa abertura, teses de doutoramento eram elaboradas e serviam de instrumento para o tratamento da doença na Bahia (BATISTA, 2017, p. 131).

Um aspecto importante da lepra, entre as doenças que estavam no centro das atenções no Brasil no início do século XX, foi a atuação dos leprólogos na produção de estatísticas. Os censos e pesquisas foram essenciais para influenciar a criação de novas políticas públicas e cobrar ações mais efetivas por parte do Estado. Essas novas ações e a divulgação dos dados fizeram parte das intenções de uma saúde administrativa mais transparente, pós-1920, demonstrando, também, as reais intenções de assistência que o governo pretendia oferecer.

Em 1925, a Lei nº 1.811 criou a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia e tinha a seu cargo todos os Serviços de Higiene e Saúde Pública. Junto a ela, criou-se o Código Sanitário “[...] sendo revogados, desde então, todos os dispositivos anteriores sobre Hygiene e Saúde Pública contidos nas leis e regulamentos estaduais.” (BAHIA, 1925, p. 10). Essa nova mudança no sistema sanitário tinha intenções de realizar um processo de modernização, centralização e uniformização das ações de saúde pública do estado baiano. Em relação à lepra, continuou o processo de políticas de controle e, como parte de suas atribuições, a organização de estatística demógrafo-sanitária da capital e dos municípios do estado (BAHIA, 1925, p. 17). Na Tabela 1, apresentam-se dados censitários de leprosos no Brasil, publicados entre 1923 e 1936.

Tabela 1 – Progresso do censo dos leprosos no Brasil

Censo	1923	1927	1934	1936	Estimativas de Souza Araujo		
					1924	1933	1936
Acre	–	–	234	400	100	700	700
Amazonas	272	828	1.436	1.250	1.000	3.000	3.000
Pará	1.452	2.540	3.612	4.000	3.000	4.000	4.000
Maranhão	450	680	848	1.100	1.200	1.500	1.700
Piauí	20	46	50	200	100	200	250
Ceará	141	457	524	800	1.000	1.000	1.000
R. G. do Norte	5	89	181	150	100	150	250
Parahyba	13	29	121	200	100	200	300
Pernambuco	131	355	427	1.000	1.000	1.350	1.350
Alagoas	35	32	23	100	100	100	200
Sergipe	18	9	8	10	100	100	200
Bahia	37	82	80	300	200	300	400
Espirito Santo	8	22	390	450	150	800	982
Estado do Rio	44	84	380	295	400	800	1.150
Dist. Federal	456	1.607	1.414	1.569	1.200	1.500	1.200
Minas Geraes	601	601	8.751	8.690	5.000	10.000	14.000
São Paulo	3.128	4.620	7.236	8.000	7.000	10.000	13.000
Paraná	285	380	417	1.010	700	1.200	1.272
Santa Catharina	78	106	–	500	250	600	1.336
R. G. do Sul	2	64	164	600	300	1.500	1.500
Matto Grosso	50	97	–	100	700	700	350
Goyaz	2	2	–	–	300	300	300
Totais	7.224	12.730	26.296	30.754	24.000	40.000	48.440

Fonte: Araujo (1937, p. 157).

Souza Araujo (1937, p. 158) afirmava que “A experiencia quotidiana vae mostrando quão falhos são esses censos [...]”. O médico, por sua vez, desconsiderou o quadro censitário e acrescentou que as três últimas colunas se referiam às suas estimativas. Como justificativa, ele disse ter utilizado os métodos adotados entre os maiores leprólogos do mundo: “Por esse processo os magistrados costumam dobrar sempre os casos ‘certificados’ como leprosos para obterem o total aproximado.” (ARAUJO, 1937, p. 159). Os resultados concluídos pelo médico são bem mais altos, por exemplo, fazendo um comparativo entre as duas estimativas na Bahia no ano de 1936, a diferença era de 100 leprosos a mais.

Outra coisa evidente na Tabela 1 é o avanço do número de doentes. Na primeira parte, entre os anos 1923 a 1936, foram 263 doentes a mais, em um espaço de apenas treze anos de diferença. Isso indica duas possibilidades. A primeira é que os casos de transmissão, supostamente, cresceram nesse período devido à falta de uma terapêutica específica que realmente apresentasse resultado. E a segunda possibilidade, mais plausível, é que finalmente as políticas de recenseamento e controle, pós-1925, bem como a interiorização das ações sanitárias, surtiram efeito e conseguiram mostrar números mais próximos da realidade do estado a respeito dos doentes que possuíam lepra.

Mas há uma brecha nesses resultados, ou ao menos Souza Araújo leva ao pensamento de que ela exista, quando apresentou suas estimativas na parte final do quadro. O médico complementa: “A verdade ha de mostrar, infelizmente, que essas estimativas estão muito aquém da realidade [...]” (ARAUJO, 1937, p. 160). Independentemente da falta de concretude nas estatísticas, é evidente que os números tiveram papel significativo nesse período, como são até hoje, pois as estatísticas funcionam como indicador para se pensar as políticas públicas. O mapeamento oportunizou

conhecer números de doentes que antes o estado não assistia ou sequer sabia da existência, bem como o implemento de políticas segregacionistas. Mas isso não quer dizer que as famílias estiveram dispostas, obrigatoriamente, a colaborar com o sistema proposto como método profilático. As concepções relativas ao imaginário da lepra e o estigma que os doentes carregavam tornavam todas as pessoas que fizeram parte do seu círculo de relacionamento um “potencial” de contágio, até que fosse comprovado o contrário.

Observa-se em um dos artigos apresentado na Lei nº 14.354, como ocorria a companhia das pessoas diagnosticadas com lepra e supõe-se o possível constrangimento ao qual a família era submetida ao: “[...] prestar-se aos exames necessarios para verificar se estão contaminadas, principalmente si tratar-se do cônjuge são do leproso ou de creanças.” (BRASIL, 1920b). Enquanto a notificação não estivesse concluída, o suspeito ficava sob vigilância de autoridades sanitárias, como foi descrito no art. 381:

Quando fôr notificado um caso de lepra, apenas suspeito, ficará o enfermo sob vigilância da autoridade sanitaria, devendo o medico assistente confirmar a notificação logo que tenha positivado o diagnostico. (BRASIL, 1920b).

É possível supor, ainda, que na intenção de fugir dessa exposição, as famílias optassem por esconder seus doentes leproso ao invés de avisar ao sistema sanitário. Talvez, por perceber essa brecha, os mecanismos de autoridade da lei indicavam o auxílio da polícia para que o exame acontecesse:

Si a pessoa notificada negar-se ao exame será requisitado auxilio da policia para execução dessa providencia e para o respectivo, doente ou suspeita, ao exame

destinado a verificar o diagnóstico da lepra. (BRASIL, 1920b).

A necessidade de documentar as ações de saúde e assistência fez parte da política de 1925, que na Bahia instituiu como atribuição da Diretoria de Demografia e Educação Sanitária: “[...] organizar a estatística demographo-sanitaria da Capital e de todos os municípios do Estado.” (BAHIA, 1925, p. 17). Como apresentou o médico Octavio Torres, então diretor do Leprosário Rodrigo de Menezes, em 1936:

Cumprindo um dos artigos do Código Sanitário, em vigor, que determina sejam feitos relatórios anuais, no mês de Janeiro, pelos Diretores dos diversos serviços do Departamento de Saúde Pública da Bahia. (TORRES, 1936, p. 3).

O Código Sanitário da Bahia adequou a legislação sanitária baiana à legislação nacional. O art. 12 afirmava que seriam revistas, a cada dois anos, as partes técnicas do Código: “[...] de modo a acompanhar os progressos da ciência, sendo então adotadas aquelas medidas que a técnica sanitária tenha consagrado como proveitosas.” (BAHIA, 1925, p. 11), o que tornou evidente a preocupação da saúde pública oferecida pelo estado no que dizia respeito à perpetuação dos processos de modernização da saúde.

As ações de assistência e combate à lepra fizeram parte dos problemas sociais e políticos presentes na sociedade brasileira, e se reelaboraram pós-1920. Naquele momento, compreendeu-se que a exclusão do doente do meio social não era a solução para os problemas, pois esses doentes poderiam desempenhar algum papel importante no sustento de suas famílias. Essa questão impactou no surgimento de novas redes de assistência e amparo, não só ao doente,

mas a todos aqueles que dependiam dele. Observa-se isso em alguns artigos da Profilaxia Especial da Lepra de 1920:

Art. 402. O isolamento do leproso, tratando-se do chefe da família ou pessoa responsável pela sua própria manutenção, será comunicado às autoridades administrativas ou judiciais para os fins de direito ou de equidade. (BRASIL, 1920b).

E no que diz respeito aos filhos e filhas de leproso internados, além de disposições já determinadas, observa-se a seguinte condição no art. 396:

f) os filhos de leproso, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em seções especiais, anexas às áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos; g) essas mesmas crianças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela própria mãe se esta for leprosa. (BRASIL, 1920b).

Outra questão tocada por um dos artigos diz respeito à escassez de recursos. O art. 403 dizia que: “[...] as autoridades sanitárias procurarão assegurar auxílio ou assistência temporária às pessoas da família do leproso isolado.” (BRASIL, 1920b).

Com a reforma de 1925, observa-se, no art. 47 do Serviço de Profilaxia da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas, que houve uma distinção sobre os perfis dos doentes. Apontados como “indigentes” e “não indigentes”, cada perfil passou a ser enquadrado em uma forma de isolamento:

d) effectuará a segregação dos morpheticos indigentes, em Leprosários do typo colonia agricola, onde os doentes permaneçam naturalmente isolados da parte

sã da população e possam dedicar-se aos misteres da vida do campo e ao exercicio de suas profissões sem constituírem ameaça a saúde colectiva. (BAHIA, 1925, p. 22).

Por outro lado, foi definido que:

[...] vigiará o isolamento domiciliario dos leprosos não indigentes, o qual sómente será permittido, quando possivel assidua vigilancia e si a habitação a isto prestar, a criterio da autoridade sanitaria. (BAHIA, 1925, p. 22).

A partir do momento que se propôs a observação dos leprosos não indigentes que possuíam condições para adaptar suas habitações, seguindo os critérios da autoridade sanitária, surgiu uma distinção que assimilava um recorte de classe e étnico-racial evidente entre os leprosos.

É possível fazer uma leitura das Figuras 1 e 2, apresentadas a seguir, nas quais se percebe a predominância de pessoas negras, provavelmente também pertencentes às classes economicamente subalternas. Dentro do Leprosário estariam as pessoas que não possuíam condições financeiras de equipar suas casas, diferentemente das elites econômicas, que poderiam fazer as modificações previstas e serem isoladas dentro de suas próprias residências. Diante das imagens apresentadas, é possível questionar se o isolamento, na Bahia, também poderia funcionar como mecanismo de “higienização” da sociedade, no processo de embranquecimento proposto pelas teorias eugênicas.

Figura 1 – Leprosário D. Rodrigo José de Menezes – Enfermaria de homens



Fonte: Barreto (1930).

Figura 2 – Leprosário D. Rodrigo José de Menezes – Enfermaria de mulheres



Fonte: Barreto (1930).

Um outro elemento que aponta para a mesma compreensão é a análise do perfil racial dos internados no Hospital dos Lázaros em 1926. Naquele ano, 20 pessoas habitavam a instituição, enquanto 31 se mantinham em isolamento domiciliar.

Quadro 1 – Leprosos internados no Hospital dos Lázaros em 1926

N.º	Nome	Sexo	Cor	Idade	Naturalidade
1	L. A. G.	M	Mestiça	39	Bahia
2	J. L. S.	M	Mestiça	49	Bahia
3	C. M.	M	Branca	25	Bahia
4	W. C. S.	M	Branca	22	Pará
5	L. C. L.	M	Mestiça	23	Bahia
6	F. P. S.	M	Mestiça	17	Bahia
7	J. L. S.	M	Mestiça	49	Bahia
8	E. M. S.	M	Mestiça	55	Bahia
9	J. B. S.	M	Mestiça	21	Bahia
10	R. L. A.	M	Branca	19	Bahia
11	J. M. S.	M	Preta	25	Bahia
12	A. C. M.	M	Mestiça	29	Bahia
13	L. A.	M	Branca	27	Itália
14	A. R. S.	F	Mestiça	21	Bahia
15	A. M. J.	F	Mestiça	29	Bahia
16	E. S. C.	F	Mestiça	10	Bahia
17	M. A. J.	F	Branca	14	Bahia
18	M. E. S.	F	Mestiça	29	Sergipe
19	M. J.	F	Branca	48	Bahia
20	D. O. C.	F	Branca	54	Bahia

Fonte: Barreto (1927, p. 46).

Entre as pessoas internadas no leprosário, 13 eram homens e sete eram mulheres. Doze delas foram registradas como mestiças, uma como preta e sete como brancas. Levando-se em consideração que, naquele período, a classificação como mestiça definia pessoas de origem afro-brasileira, sendo que muitas viviam em precárias condições de vida oriundas da falta de assistência no pós-abolição, considera-se que 13 pessoas podem ser classificadas como negras/afro-brasileiras pobres, em um total de 65% dos internos naquele ano, portanto, a maioria.

A combinação das variantes sexual/racial aponta que havia três mulheres brancas e quatro negras, quatro homens brancos e nove negros, em sua maior parte naturais do estado da Bahia. A comparação dessas informações mostra que a maior parte dos internados, em 1926, era de homens e mulheres negros/afro-brasileiros, sujeitos, naquele contexto, às teorias raciais propagadas pela eugenia.

Batista (2017, p. 125) destaca as ideias de eugenia e degeneração da raça presentes nas representações médicas da Bahia, na década de 1920. Entre estas concepções, o autor apresenta a tese de doutoramento do médico Oliveira, que definia a eugenia em três formatos. O primeiro seria basicamente uma eugenia positiva, pautada na educação dos jovens para o matrimônio. O segundo, uma eugenia negativa, que visava evitar ou limitar o nascimento de sujeitos doentes ou degenerados. E, por último, a eugenia preventiva, que tinha como objetivo combater o analfabetismo e melhorar a “raça”. A eugenia preventiva teve maior relevância na sociedade baiana. O pensamento eugênico foi perdendo força em meados de 1930, período em que a medicina e a legislação já apresentavam mudanças devido às novas descobertas sobre tratamentos e meios de transmissão das doenças.

O Leprosário D. Rodrigo José de Menezes sofreu modificações associadas à “modernização” da saúde baiana, iniciadas com

o acordo de 1921. A incorporação do ideal sanitarista da década de 1920, e a partir da “[...] investida federal numa proposta própria de intervenção sanitária contribuiu para a centralização do modelo de saúde que começava a se delinear.” (BATISTA, 2017, p. 51-52). O relatório da Secretária de Saúde e Assistência Pública do ano de 1929 informou que: “Prestes a serem concluídos os melhoramentos iniciados o anno passado no Hospital dos Lázaros, virão proporcionar um pouco mais de conforto aos infelizes atacados do mal de Hansen.” (BARRETO, 1930, p. 215). Durante esse processo, Octavio Torres assumiu a administração do leprosário, que teve seu nome alterado em homenagem ao fundador D. Rodrigo José de Menezes, em 1787:

Em 1929, o hospital estava em más condições higiênicas, quase em estado de ruína. Após um grande movimento em benefício de sua reforma o Dr. Barros Barreto remodelou-o, passando então a denominar-se “HOSPITAL D. RODRIGO JOSE’ DE MENEZES”. Sob a direção do Professor Otávio Torres, deixou de ser o que era, um simples depósito de doentes. Em 1937, abrigava 50 doentes. Os doentes trabalham em diversos ofícios e criam animais domésticos. As crianças estudam. Existe, para recreio dos internados, banda de música, orfeão e bilhar. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 101-102).

Essa reforma fez parte de uma das atribuições do Código Sanitário da Bahia de 1925, que obrigava a adoção de determinações técnicas e garantia o custeio das despesas de manutenção asseguradas pela União. Em relação ao Serviço de Profilaxia da Lepra, o Código também orientava que o local onde o doente ficaria recluso deveria oferecer boas acomodações para que: “[...] possam dedicar-se aos misteres da vida do campo e ao exercício de suas profissões sem

constituírem ameaça a saúde colectiva.” (BAHIA, 1925, p. 22). Entretanto, somente a partir de 1930 as ações de combate e assistência à lepra se tornaram mais efetivas por parte do Estado.

Segundo Santos (2006), a administração pública varguista, iniciada com a “Revolução de 1930”, foi responsável pela instituição de políticas de caráter intervencionista, centralizador e burocrata. A nova ordem política proporcionou mudanças importantes no campo da saúde pública. Vargas considerava a saúde e a questão do trabalho como um dos grandes problemas nacionais que necessitavam de solução.⁵ Ainda, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), implementado através de numerosas agências e unidades de serviços (SANTOS, 2006, p. 87). O autor também conclui que os primeiros anos após a “Revolução de 1930” foram marcados por um período de instabilidade política, devido aos interesses divergentes das elites regionais que defendiam o federalismo e dos tenentes partidários da centralização.

Em 1934, novas mudanças foram introduzidas através da criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, órgão responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social executados pela União ou em cooperação com outros poderes administrativos (MACIEL, 2007, p. 89). Em julho de 1934, através do Decreto nº 24.814, foram detalhadas as atribuições da recém-criada Diretoria. Segundo Maciel (2007, p. 89), na nova organização ministerial, a IPLDV “[...] não apareceu como órgão executor nem coordenador das atividades de atenção à doença, entretanto não está explicitamente colocado ou sugerido neste decreto que ela foi extinta”. Porém, as políticas contra a lepra ficaram sem um órgão específico para coordenar suas diretrizes.

⁵ Para uma discussão mais aprofundada, cf. Santos (2006).

Diante deste quadro, a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República se tornou responsável pelas atividades relativas ao combate à lepra e estas passaram a ser desempenhadas pela Inspeção dos Centros de Saúde, no Distrito Federal, e pelas Diretorias dos Serviços Sanitários, nos Estados, que procurariam dirigir e executar as ações de prevenção à doença, como também proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos casos comprovadamente contagiantes. Isto até a criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941. (MACIEL, 2007, p. 90).

Nesse mesmo ano, Getúlio Vargas foi eleito de maneira indireta para a presidência da República e Gustavo Capanema assumiu a titularidade do cargo de ministro da Educação e Saúde Pública. Este contexto deu início à nova reforma dos serviços de educação e saúde, para que estivessem mais centralizados e afinados com a política social do governo Vargas. Em relação às políticas de combate à lepra, um outro direcionamento foi dado a partir da formulação do “Plano Nacional de Combate à Lepra”, feito em acordo com as esferas estaduais e municipais de saúde, o qual marcaria uma nova fase de profilaxia da doença, pois introduziu o modelo tripé,⁶ que pretendeu elaborar pesquisas, realizar censos, reforçar as ideias de isolamento e uniformizar nacionalmente a administração dos lepro-sários (MACIEL, 2007).

Na Bahia, as medidas centralizadoras do governo Vargas e o fortalecimento gradual do MESP, pós-1935, contribuíram para modificações na estrutura assistencial do estado. Segundo Batista (2017, p. 176), o Decreto no 7.337, de 27 de março de 1931, seis anos

⁶ O modelo tripé fez parte da política oficial de profilaxia da lepra. Sua organização incluía o lepro-sário, responsável por abrigar os pacientes já diagnosticados; o preventório, utilizado para internação dos filhos dos infectados; e o dispensário, que servia para cuidar e acompanhar o quadro de saúde das pessoas que tivessem mantido ou mantivessem contato com os doentes (DAMASCO, 2005, p. 24).

após a última reforma, reorganizou os serviços de saúde pública e modificou a legislação sanitária do estado baiano, no qual criou a Diretoria Geral de Saúde e Assistência Pública, em substituição à Secretaria de Saúde e Assistência Pública. A lepra continuou em destaque nesse contexto. Fonseca (2007) afirmou que a antiga estrutura de postos de profilaxia rural, anteriormente construídos em vários lugares do país, se ampliou e contemplou com serviços federais sete doenças: tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais.

Também foi possível perceber as alterações, nesse período, em relação à profilaxia da lepra. Modificações foram realizadas nos setores administrativo, econômico e na organização hospitalar do D. Rodrigo José de Menezes. Octavio Torres apresentou as atividades realizadas nos últimos três anos em que esteve na direção do Leprosário e afirmou que as melhorias apresentadas só poderiam ser reconhecidas por quem conheceu o sistema "atrasado, falho e deficiente" em quase tudo do Hospital dos Lázaros. Além disso, enfatizou as oficinas e atividades ofertadas aos doentes, como: "oficina de sapateiro", "oficina de carpinteiro", "oficina de costura", "[...] os cabellos das doentes e a barba e cabellos dos doentes têm sido cortados pelo barbeiro do Leprosario, na sua excelente officina." (TORRES, 1936, p. 53). Apresentou as produções dos últimos anos nas oficinas: Sapateiro "51 sapatos"; "na officina de carpinteiro fôram feitas: 1 meza, 1 lastro de cama, 1 armario pequeno, 1 grande, 2 bancos"; "na officina de costura: 28 blusas, 29 calças, 79 camisas para homens e mulheres, 24 lenções, 68 lenços, 68 cuecas, 66 fronhas, 50 cobertas, 9 saccos, 35 consertos em roupas estragadas" (TORRES, 1936, p. 53).

Comparando as imagens do relatório de 1929 (Figuras 1 e 2), elaborado pelo Secretário de Saúde e Assistência Pública, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, e o resultado das produções nas oficinas apresentadas por Octavio Torres,

é possível supor, por exemplo, que a padronização nas roupas de cama das enfermarias masculina e feminina, com lençóis brancos e um cobertor mais escuro dobrado embaixo dos travesseiros, pode ter sido elaborada nas atividades promovidas pelas oficinas. A quantidade de material produzido na oficina de costura foi de “24 lençóis, 66 fronhas, 50 cobertas” (TORRES, 1936, p. 53), tornando mais evidente a hipótese de que os objetos apresentados nas imagens fossem produções dos próprios doentes isolados.

Octávio Torres também divulgou como a administração realizou essas melhorias na organização hospitalar, ao relatar que:

De facto, grandes modificações foram introduzidas no Leprosario, quer na parte propriamente administrativa, quer na parte material economica, quer ainda na organização hospitalar, na distribuição dos serviços dos diversos empregados, na alimentação dos doentes e dos funcionarios, emfim, modificações em tudo que lá existia, com o pomposo nome de Leprosário D. Rodrigo José de Menezes – e que não era mais do que um simples deposito de doentes. (TORRES, 1936, p. 5).

A divulgação dessas informações compreende a preocupação da Bahia com a assistência à saúde da população leprosa. Principalmente estando dentro de um contexto de uniformização que passaria a ser desempenhado entre todos os estados brasileiros. Segundo Batista (2017, p. 201-202),

[...] não se pode negar que as medidas adotadas pelos baianos integraram um processo que, mesmo descontínuo em alguns momentos, convergia para o desenvolvimento de assistência à saúde [...].

Isto tornou as ações sanitárias adotadas, entre 1930 e 1945, integradas ao plano nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações na assistência à lepra na última década da Primeira República evidenciam o início de um novo direcionamento das políticas públicas na Bahia, forjado a partir de 1925. Esse movimento diz respeito à ampliação da influência do Governo Federal nos estados, que estabeleceram acordos para o tratamento de doenças diversas, entre elas, a lepra.

As novas diretrizes, propostas em âmbito nacional, adotadas pela Bahia e que possibilitavam o isolamento domiciliar para além do isolamento no leprosário D. Rodrigo José de Menezes, promoveram também uma ampliação na divisão de classe e étnico-racial entre os enfermos. A população negra e pobre de Salvador, em sua maioria, não dispunha das condições exigidas para se manter isolada em suas casas, sendo retratadas nas imagens do relatório aqui apresentado (BARRETO, 1930).

A presença de Octavio Torres no Leprosário D. Rodrigo José de Menezes contribuiu para que novas atividades fossem desenvolvidas entre os internos. Essas atividades eram vistas como um meio de transformar um leprosário, visto anteriormente como depósito de pessoas, em uma instituição que mantivesse uma terapêutica moderna, inclusive com o desenvolvimento de atividades "produtivas". Contudo, essas atividades não mudaram efetivamente a vida das pessoas que, ainda sob a nova orientação, continuaram a viver histórias de exclusão social, racial e de classe naquele espaço.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925. Cria a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. *Diário Oficial do Estado*: Salvador, 1925.

BARBOSA, Salvador de Castro. *Pequena contribuição ao tratamento da lepra*. 1924. Tese (Doutorado em Ciências Médico-Cirúrgica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1924.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*: anno de 1926. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*: anno de 1929. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1930.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017.

BATISTA, Ricardo dos Santos. A formação inicial de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto: uma trajetória rumo à saúde internacional. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-822, 2019a.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, 2019b.

BATISTA, Ricardo dos Santos; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto na Reforma Sanitária da Bahia (1924-1930). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 40, n. 84, p. 313-337, 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços de saúde pública. *Diário Oficial da União*: Rio de Janeiro, 1920a.

BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*: Rio de Janeiro, 1920b.

BRASIL. *Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995*. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: <https://bit.ly/3zRNngG>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CUNHA, Vivian da Silva. Isolados “como nós” ou isolados “entre nós”? a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 939-954, 2010.

DAMASCO, Mariana Santos. *História e memória da hanseníase no Brasil do século XX: o olhar e a voz do paciente*. 2005. Monografia (Graduação em História) – Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, Cristina. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MACIEL, Laurinda Rosa. “*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade*”: uma história das políticas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

PINHEIRO, Márcia Elizabeth; SANTOS, Eliana de Paula. Bahia: o espaço institucional de controle da Lepra. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: Intermeios, 2019.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: ministério Gustavo Capanema (1934-1945)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências

e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SCHWEICKARDT, Julio Cesar; XEREZ, Luena Matheus de. A hanseníase no Amazonas: políticas e institucionalização de uma doença. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1156, 2015.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSIA. *Tratado de leprologia – Volume I*. Rio de Janeiro: SNL, 1950.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. *A lepra e as organizações anti-leprosas no Brasil em 1936*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 1937.

STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005.

TORRES, Octavio. *Relatório da inspetoria da lepra e das moléstias venéreas: ano de 1934*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1936.

ZAMPARONI, Valdemir. Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 13-39, 2017.

PROPOSTAS EUGÊNICAS E MEDICINA: BAHIA (1929-1935)

Lucas Carvalho do Nascimento Nogueira

Neste texto, pretendo destacar quais eram as concepções de eugenia em voga na Bahia, entre 1924 e 1935, e quais suas relações explícitas ou implícitas com o racismo. Analiso os discursos e práticas das duas alas eugênicas: a reformista, ligada às reformas sociais/educacionais; e a ala intervencionista – ligada a propostas de medidas restritivas em frente à reprodução dos ditos inadequados. A ala que chamo de reformista contou com diversos nomes, como Armando Tavares e Ítala Oliveira, que acreditavam que as reformas educacionais/sanitárias seriam capazes de transformar as proles da população. Veremos, também, que por outro lado, outro grupo de eugenistas a que chamo de intervencionistas, tais quais Fernando Tude de Souza e Clodoaldo de Magalhães Avelino, acreditavam e defendiam que, para “salvaguardar a raça” a ação deveria ser direta, com o objetivo de impedir que os julgados “incapazes” se reproduzissem.

Tendo em mente que a eugenia fincou raízes nas diversas especialidades médicas, e que, portanto, a carga racista dessa ciência implicaria diretamente a forma como viria a se ofertar saúde à população negra. E mais que isso, naqueles anos de alvorada eugênica, as propostas, debates, e políticas eram pensadas para essa parcela da população, sujeita à salvação ou eliminação.

PRIMEIRAS NOTAS

As primeiras décadas do século XX foram marcadas pela difusão da eugenia, uma ciência que tinha como objetivo o aprimoramento da raça e teve larga receptividade em terras baianas durante aqueles anos, sobretudo, entre 1924 e 1935, os quais serão objeto de análise deste texto. O movimento eugênico baiano tomou interessante forma ao coadunar diferentes concepções e interpretações à ciência eugênica; de um lado aparecia uma ala mais intervencionista, no sentido de serem a favor de propostas como a esterilização-justificada pela ideia de impedir que os “incapazes” se reproduzissem, de outro uma ala mais reformista pró educação, saneamento e melhora das condições de vida da população. Apesar das diferenças, essas duas alas pareciam distanciar-se do racismo científico e da hierarquização das raças... ao menos em tese, iam no sentido contrário às posturas eugênicas racistas, contudo, olhar para as entrelinhas permite-nos enxergar a presença de uma estrutura racista, ainda que sob uma roupagem mais “branda” em relação a outros defensores da eugenia. Assim, as práticas, políticas e propostas eugênicas implicariam diretamente sobre a vida da população negra, como veremos a seguir.

Antes de irmos ao caso baiano, cabe aqui contextualizar, de modo breve, o que era a eugenia, quais as suas variantes e alguns dos principais nomes da historiografia da eugenia no Brasil.

Em 1883, o cientista inglês Francis Galton (primo do famoso Charles Darwin) cunhou o termo eugenia. Muito mais que um mero termo científico, a eugenia tornou-se um forte movimento social, político e científico durante o início do século XX, até o fim da 2ª Grande Guerra (STEPAN, 2005, p. 9). O dilema civilizacional produzido pelo ocidente que almejava o progresso viria dar espaço a um tipo de ciência que visasse o desenvolvimento biológico e social

da humanidade. Neste campo, a eugenia desenvolveu compreensões acerca da hereditariedade e degeneração humana na busca da construção de um ser humano ideal, o homem eugenizado¹.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que a eugenia poderia ser dividida de três formas: negativa, positiva e a preventiva. Todas elas, embora com formas diferentes, tinham como objetivo tornar o ser humano mais “forte”. A primeira procurava impedir que os ditos “inaptos” se reproduzissem através de medidas como: esterilização, aborto, exame pré-nupcial, interdição ao casamento inter-racial. A segunda, a eugenia positiva seria a seleção dos mais “aptos”, por exemplo, através da educação sexual um jovem seria aconselhado a casar-se com quem fosse eugenicamente saudável, ou seja, quem não portasse quaisquer estigmas ou moléstias degenerativas, como alcoólatras e loucos, e as uniões conjugais deveriam ser entre pares da mesma condição social. Por último, a eugenia preventiva funcionaria num aspecto mais educativo, com a finalidade de impedir que as pessoas adquirissem algum tipo de moléstia degenerativa, tais quais: alcoolismo, doenças venéreas, verminoses, entre outros. Talvez esta última, marcada por uma compreensão lamarckista da hereditariedade² (STEPAN, 2005, p. 78-82).

A profusão do pensamento eugenista, no Brasil, se deu num momento de disputa pela consolidação da soberania e a autoridade da medicina no mercado dos serviços de saúde (NETO *apud* MOTA, 2012, p. 220). Os médicos disputavam a hegemonia no campo da

¹ Vale lembrar que esse tipo de homem ideal ancorou-se nas premissas racistas de superioridade de uma raça sobre a outra, e no topo desta pirâmide racial, o tipo eugênico ideal era o tipo nórdico, ou mais tarde, na vertente alemã, o tipo ariano. No Brasil, como não tínhamos estoques raciais arianos em profusão, em linhas gerais, os homens brancos assumiram o topo da pirâmide eugênica, evidentemente.

² O lamarckismo propunha uma evolução impulsionada de maneira lenta e gradual, uma adaptação às mudanças do meio ambiente. Na virada do século XIX para o XX, o lamarckismo transfigurou-se num neo-lamarckismo, passando a significar uma teoria particular sobre a hereditariedade.

saúde com outros setores, como: parteiras, curandeiros, farmacêuticos e homeopatas.

[...] estrutura institucional que se almejava implementar demandava profissionais especializados, aptos a ocupá-las e gerenciá-las, o que, por sua vez exigia que se consolidasse a formação médica através de cursos especializados. (SCHRAIBER, 1996 *apud* MOTA, 2012, p. 221).

Dessa forma, conforme aponta André Mota (2012), ao considerar o contexto paulista, a eugenia foi recebida como um termo médico ou tecnologia científica, e assim se introduziu nas diversas especialidades. Na Bahia, tal relação entre eugenia e especialidades médicas também se configuraram na pediatria, obstetrícia, ginecologia, entre outras, ainda que em temporalidade distinta.

A historiografia da eugenia no Brasil conta com uma série de trabalhos, embora a maioria deles esteja voltada para análises a partir de Rio de Janeiro e São Paulo; esses trabalhos permitem-nos traçar paralelos com a realidade baiana. Vanderlei Sebastião de Souza (2006) analisa a trajetória do médico e farmacêutico Renato Kehl, o “pai da eugenia” nacional e difusor da esterilização eugênica dos “degenerados”, do controle matrimonial e reprodutivo, da seleção racial dos imigrantes, entre outras coisas.

Robert Wegner (2017) analisa a participação de dois geneticistas, Salvador Toledo Piza e Octávio Domingues, no movimento eugenista; embora os dois fossem defensores da teoria mendeliana³ sobre a hereditariedade, afastavam-se quanto às suas interpretações

³ Seguidores desta corrente científica, baseada nas leis de hereditariedade de Grégor Mendel, defendiam que mesmo que se alterasse o ambiente em que um indivíduo tido como “fraco” estivesse inserido, sua prole continuaria a estar comprometida, uma vez que o caráter moral e as degenerações eram determinados através da linhagem, e não na vida social na qual estava inserido o indivíduo.

acerca da miscigenação: para o primeiro, a miscigenação levaria à degeneração; já Domingues era favorável a ela, pois não considerava os negros e mulatos degenerados.

Ora, se o caso prescreve que havia a possibilidade dentro de um mesmo campo eugênico, o ligado ao mendelismo, haver divergências quanto à questão racial, o mesmo pode se operar a partir das duas alas do movimento eugênico baiano que analisaremos. Com o adendo que, sobretudo a ala intervencionista mostrou-se tímida ao falar de raça e mestiçagem.

Para que possamos analisar as características e particularidades da eugenia na Bahia, delimitei o período entre os anos de 1924-1935. No ano de 1924 foi publicado um importante documento analisado neste texto – a dissertação de Clodoaldo de Magalhães Avelino, na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), que lançava as bases para a esterilização eugênica no estado. O ano de 1929 marcou o início da circulação do periódico *Boletim de Eugenia* (RJ), editado por Renato Kehl; em julho desse mesmo ano houve o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, e a delegação baiana fez-se presente com as participações de Alfredo Ferreira Magalhães, velho nome da eugenia baiana, e de Ítala Oliveira, defensora da educação sexual, da eugenia, e ao que indicam as Atas do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, foi a única mulher da delegação baiana participante do evento (NOGUEIRA, 2019, p. 144-164).

Além de destacar alguns trabalhos de eugenistas baianos ligados às práticas de restrição reprodutiva, ocupar-me-ei em fazer uma análise sobre os discursos auferidos pelos doutores e homens de ciência baianos no primeiro Congresso Regional de Medicina, em 1935. Evento esse em que se alocavam ideias eugênicas, com destaque para a ala dos reformistas, baseados na ideia de que a Bahia ainda era um baluarte da ciência brasileira. Concepção entrelaçada

no mito da Atenas brasileira⁴ (LEITE, 2005, p. 145). Dentre esses reformistas estavam os pediatras: Hosannah de Oliveira, Alfredo Magalhães Brito e Armando Tavares. Do grupo chamado intervencionista, destaca-se Fernando Tude de Souza, também presente no congresso baiano de 1935.

OS REFORMISTAS, 1929-1935

O coro reformista foi levantado por nomes como o de Ítala de Oliveira,⁵ professora no Ginásio de Sergipe e doutora graduada na FMB, que fez parte da delegação baiana no Congresso Brasileiro de Eugenia de 1929. O seu passaporte de entrada no Congresso havia sido carimbado dois anos antes, quando em 1927 defendeu a seguinte dissertação na Faculdade de Medicina da Bahia, *Da sexualidade e da educação sexual*. Nela a autora apresenta-se imersa na discussão eugênica, a respeito de casamento e procriação. O estímulo à eugenia, a qual Ítala mostrava-se favorável, se coadunava com o que Renato Kehl indicou em *Como escolher um bom marido* (1923). Vejamos:

As obras de Renato Kehl publicadas até meados dos anos 1920, dirigiram-se também a um extenso programa de educação e a higiene sexual, à saúde materna e às orientações matrimoniais. Seus livros “Como escolher um bom marido” e “Como escolher uma boa esposa”, que tiveram uma grande circulação

⁴ Como aponta o estudo feito por Rinaldo Cesar Leite em *A rainha destronada* (2005), as elites locais recorreram a uma alegoria inspirada na cultura da Grécia Clássica para criar a expressão “A Atenas brasileira”, que procurava, portanto, firmar um paralelo entre o pressuposto papel de centralidade exercido pela Bahia nos planos políticos, culturais e científicos brasileiros, com função semelhante à que tivera Atenas, na Grécia Antiga.

⁵ Ítala rompeu paradigmas e assumiu lugar de fala; para além de uma simples dissertação de final de curso, o trabalho dela era foco de constantes tensões entre a ala feminista e a conservadora, sem dúvidas um trabalho e fonte de pesquisa riquíssimos. Ver mais em: Nogueira (2019, p. 161).

entre o público, eram recheados de conselhos morais direcionados aos jovens, especialmente em relação a educação e proteção eugênica matrimonial, a responsabilidade masculina como chefe do lar, ao papel reprodutivo da mulher, as orientações higiênicas e dicas de como melhorar a beleza feminina. (SOUZA, 2006, p. 117).

O enxerto anterior é uma passagem da dissertação de Vanderlei Souza (2006), em que o autor analisa a trajetória intelectual de Renato Kehl. Em 1923 e 1924, a circulação de livros voltados para orientações matrimoniais, educação sexual e higiênica aos jovens, estavam em alta, assim a dissertação escrita parece ter sido influenciada por Kehl.

Embora a médica sergipana não faça citação direta a ele, seu texto se aproxima dos postulados eugênicos de Kehl em defesa das proles, em contraposição à degenerescência. Ela afirma que a forma com a qual se remediaria os incuráveis males individuais e coletivos, seria a seleção da espécie pelo casamento, devendo este ser efetivado com critério, prudência e inteligência (NOGUEIRA, 2019, p. 164).

Ítala Oliveira chamava atenção para o protagonismo feminino diante da educação sexual, afirmando que sua inserção neste meio asseguraria benefícios para as gerações futuras, já que cita “os filhos do amanhã”; essa visão estaria ligada à questão da maternidade. A respeito de sua atuação, a médica sergipana nos traz um exemplo de uma moça (nome não revelado) que pôde observar durante seu estágio (OLIVEIRA, 1927, p. 122). A moça apresentava desejos sexuais pulsantes durante sua adolescência, mas, após receber a educação sexual adequada, pôde entender que tudo “aquilo” era natural, e que com esse conhecimento, ela poderia evitar o “mal”. Isto seria evitar cair em tentação de praticar os prazeres carnais antes do casamento, e, por conseguinte, não correr o

risco de perder a pureza e de contrair, eventualmente, moléstia venérea. Abro espaço aqui para a seguinte observação: Ítala Oliveira aponta para o celibato mútuo, tanto masculino quanto feminino.

O exemplo da sua paciente serve para mostrar que se fazia necessária a educação sexual para ambos os sexos, em especial o gênero feminino, que estava constantemente cercado pelos tabus tradicionais. Logo, mostrar às jovens moças que todo o desejo sexual era algo natural era importante, pois seria a partir da educação que se blindaria a população contra a degeneração. Assim, a educação sexual mostrava-se imprescindível, e nesse sentido a autora destaca:

[...] negar a educação sexual corresponderia a lesar os interesses da “humanidade”, na luta pelo aperfeiçoamento pela eugenia, pela felicidade individual. [...] E o fim da educação, sob qualquer prisma considerada, é saber dirigir as disposições hereditárias e os apetites para caminhos úteis, proveitosos, sadios. (OLIVEIRA, 1927, p. 123-129).

Seu interesse pela educação sexual se tornava justificado, já que era professora e poderia transmitir ensinamentos que permitissem ou que auxiliassem na constituição de uma boa raça, primeiro a seus alunos e, depois, seus pacientes. Dessa forma, o casamento de sua atuação profissional com a eugenia estava posto, uma vez que a educação eugênica perpassa pelo âmbito sexual, já que alguns dos venenos raciais⁶ ou doenças que resultavam em degenerescência poderiam ser transmitidos pelo ato sexual. Era o caso da sífilis e outros cancros venéreos, e a tarefa de Ítala era tentar minimizar esses danos. Logo, sexualidade e educação sexual estavam circunscritas no eixo galtoniano.

⁶ O que poderia levar a degeneração – desnutrição, sífilis, alcoolismo, vícios, ignorância, loucura (STEPAN, 2005, p. 93).

Ela não parou por aí e destacou que para se alcançar uma raça vigorosa, sadia e próspera seria necessário a implementação da educação infantil, tanto no âmbito familiar quanto no escolar, destacando que as classes mais pobres eram as que precisavam de maior acesso à educação e à higiene sexual, uma vez que, devido à falta de instrução, os pobres poderiam envenenar-se mais facilmente com o gozo da carne (OLIVEIRA, 1927, p. 129). Vemos aqui uma forma não deliberada de imposição de culpa aos desafortunados, não baseados em premissas raciais, e sim na condição de estar propenso à degeneração por falta de educação; dificuldade que poderia ser remediada graças à educação eugênica.

Neste ponto, Ítala Oliveira⁷, além de mostrar-se defensora dos pressupostos eugênicos reformadores, aproximou-se da crença neolamarckista de que os caracteres adquiridos ao longo da vida (positivos) viessem a formar uma população eugenicamente saudável. Isso fica claro quando a autora afirma que “[...] a educação transformaria não só as mulheres que se submetessem a ela, como também sua prole.” (NOGUEIRA, 2019, p. 164). Assim, conforme destaca Robert Wegner, o neolamarckismo permitiu, portanto, uma continuidade da tradição do sanitarismo e do higienismo (STEPAN, 2005, p. 22 *apud* WEGNER, 2017).

Seis anos mais tarde, em 1935, a tradição médico-reformista ainda se fazia presente entre os homens de ciência baianos. Nos discursos ligados ao Primeiro Congresso Baiano de Medicina, realizado entre os dias 1º e 8 de dezembro de 1935, no salão nobre da FMB, o professor Armando Tavares afirmava:

⁷ Enquanto foi ao Congresso de Eugenia, a jovem médica e professora sergipana já havia se mudado para o Rio de Janeiro. O que interessa aqui é notar que ela foi à capital já de posse do conhecimento eugênico professado na FMB. Para mais informações a respeito de sua biografia, ver em: Núcleo de História da Academia Sergipana de Medicina.

[...] apurar criteriosamente o nexu entre schistosoma e manifestações mórbidas as mais diversas. Firmando ou destruindo noções estabelecidas, abrindo novos caminhos, em que se empenhem com ardor clínicos e anatomistas, higienistas e parasitólogos, no fim comum de, nesta hora da eugenia, poupar nossa raça em formação deste entre os múltiplos males que nos afligem. (CONGRESSO REGIONAL DE MEDICINA, 1937, p. 63).

Tavares demonstra estar próximo à concepção de que sanear é eugenzar⁸, ao afirmar que o trabalho para controle e erradicação dos parasitas deveria ser resultado de um esforço conjunto entre médicos, parasitólogos e higienistas. Ao falar em raça em formação está se referindo à raça nacional, brasileira. O verbo “poupar” pode ser lido e interpretado como impedir o contágio da raça com os males que a afligem. Por fim, e não menos importante, Tavares usa o termo “a hora da eugenia”, que significava a hora da evolução humana, mediante sua purificação em frente a elementos que a corrompessem e debilitassem. Isso punha Tavares no campo reformista da eugenia.

Contudo, a visão dos neolamarckistas e reformistas não era unanimidade entre os médicos baianos. No mesmo ano de 1929, outro jovem doutor baiano foi citado entre os índices bibliográficos das produções nacionais sobre eugenia e questões afins (CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, 1929, p. 61); trata-se do texto de Luiz Fabrício de Oliveira (1928), que escreveu *Da Eugenia e o exame pré-nupcial obrigatório*, tema discutido por

⁸ Durante a década de 1920, a eugenia foi associada ao movimento Sanitarista, na procura pela redenção nacional. Ver mais em Lima; Hochman (1996), Souza (2006). E, no caso baiano, ver movimento sanitarista em Batista (2015).

eugenistas de todo o Brasil⁹. Um ponto interessante na análise de Oliveira era que embora fale a respeito da esterilização como forma de eugenia negativa, destaca que:

Como já temos dito, a esterilização é um meio bastante radical, mais algum tanto difícil de execução. Os trabalhos e experiências para sua realização por meio da roentgentherapia são muito recentes para que possam chegar a uma conclusão. De modo que, ao nosso ver, o exame pré nupcial é, sob todos os pontos de vista mais racional e de resultados mais clarividentes e decisivos. (OLIVEIRA, L., 1928, p. 18).

Dessa forma, o exame pré-nupcial obrigatório seria uma medida menos radical e mais efetiva para a construção do “homem do futuro”. E embora Luís Fabrício de Oliveira adote postura intervencionista baseada nas leis de genética de Mendel, mostrou postura comedida diante de propostas eugênicas radicais. Não obstante, destacava a importância do negro, do branco e dos índios na formação brasileira, aproximando-se de uma visão não pessimista em relação à mestiçagem.

O brasileiro – produto do cruzamento de três grandes raças: a européia, representada pelo português colonizador; a cabocla, figurada pelo selvicola autochthene e independente; a negra, na pessoa do africano forte, mas escravizado- é como dissemos um elemento em plena formação [...] Le Bon, Roosevelt, Gobineau erraram, mentiram, caluniaram mesmo quando disseram que a raça brasileira era degenerada e indigna da terra que habita. Não é o brasileiro um tarado, um degenerado,

⁹ O exame pré nupcial obrigatório era antigo pleito dos eugenistas, que contava com grande número de entusiastas não só na Faculdade de Medicina da Bahia, sua intenção era obrigar todos os noivos antes de se casarem, realizar exames a fim de detectar se eram ou não portadores de moléstias transmissíveis (sobretudo, às venéreas) e hereditárias (loucura, por exemplo).

um inútil: é a raça que precisa de algum carinho para ser ideal. (OLIVEIRA, L., 1928, p. 12).

Nesse ponto, Oliveira lança críticas às análises feitas por viajantes estrangeiros, ainda no século XIX, que condenavam a terra por conta do clima e dos inúmeros mestiços e negros de nossa população. O “carinho” especial seria dado a partir das três variantes da eugenia (OLIVEIRA, L., 1928, p. 18). Entretanto, é interessante notar que, por mais que Oliveira refutasse a teoria da degeneração do povo brasileiro, a partir de suas raças constituintes, seu modelo de homem brasileiro segue aquele que o movimento sanitarista erigiu entre os anos 1910 e 1920, baseado na figura do caboclo sertanejo do interior. Isso põe em evidência o fato para o qual Thomas Skidmore (1994) chamou atenção, o “esquecimento da herança africana” na constituição racial brasileira.

Essa parece ter sido uma singularidade entre os eugenistas baianos, que via de regra – assim como Oliveira, evocavam um tipo de racismo implícito, e não escancarado como em algumas postulações de Luis Antônio Sila (1931) – professor da Faculdade de Farmácia de Santos – presentes no *Boletim de Eugenia* do mesmo ano. Para Sila, o casamento racial era “inadmissível”, já que baseado em premissas racistas de inferioridade racial do negro, comumente relacionadas à animalidade, o consórcio entre essas raças distintas geraria uma corrupção dos caracteres “superiores” dos brancos, estes ligados ao espírito e à evolução mental. Assim, para ele a eugenia serviria para impedir que acontecessem tais “descalabros”¹⁰. Desta forma, afirmava:

[...] é razoável o casamento do branco com o preto? Não absolutamente não. E ainda mais, nem razoável nem decente. [...] O negro mora do lado oposto, como constituinte da raça inferior, o negro é prophagnata,

¹⁰ O cruzamento do preto com o branco. *Boletim de Eugenia*, ano 3, n. 30.

tem o ângulo facial exagerado, e o índice chepálico quase nulo. (SILA, 1931 *apud* NOGUEIRA, 2019, p. 83).

Não precisamos adjetivar as abjetas considerações raciais feitas pelo farmacêutico de Santos. Ao mencionar as características faciais e cerebrais do negro, Luiz Sila mostrou-se ligado à antropometria, que tratava da mensuração de corpos humanos, em busca de classificações raciais. O autor Stephan Jay Gould discute essas e mais relações em *A falsa medida do homem* (1999). No livro, o autor traz o caso de Nott e Gliddon na obra *Types of Mankind*, que destacava que o crânio era a chave para se conhecer o tipo racial, no qual faziam diversas aproximações entre os crânios de negros e símios (macacos/primatas), justificando, desta forma, uma suposta inferioridade inata dos negros. Era uma das faces do racismo científico e do determinismo racial.

Outro nome da eugenia paulistana que se mostrou contrário ao cruzamento racial foi Salvador Toledo Piza, conforme aponta o texto de Robert Wegner (2017). Embora Piza e Octávio Domingues considerassem as leis de Mendel para explicar a hereditariedade, o primeiro autor acreditava haver uma diferença constitucional entre as raças humanas (WEGNER, 2017, p. 81). Piza considera que as raças humanas se desenvolveram de forma paralela e que não teriam pretensão ao se encontrar, e caso isso ocorresse, a união poderia ser um desastre. Daí surgia sua reprovação à miscigenação; para ele “união repugnante” (PIZA, 1933, p. 12 *apud* WEGNER, 2017, p. 97). Diferente de Sila, que creditava aos negros inferioridade inata, Salvador Toledo Piza concebia a existência de raças como espécies distintas, portanto, seu cruzamento resultaria em desarmonia.

Esses dois exemplos foram dados como contraponto às produções eugênicas baianas, que não adotaram abertamente posturas como as dos paulistas. Contudo, o conteúdo de base racista estava

posto, em especial por aqueles médicos ligados à ala intervencionista, conforme acompanharemos no próximo tópico.

OS INTERVENCIONISTAS, 1924-1934

Dentre os intervencionistas baianos, destacam-se Fernando Tude de Souza (1934) e Clodoaldo de Magalhães Avelino (1924), que, embora do mesmo campo eugênico, divergiam quanto à reprodução humana; o que evidencia as múltiplas interpretações que circulavam no meio eugênico baiano naqueles anos. Ambos os casos abarcavam, de forma não explícita, a postura racista frente à população negra, uma vez que suas propostas e discursos recaíram sob essa população.

Publicada em 1934, mas defendida em 1933, a dissertação *O problema médico social do aborto* foi a passagem de Souza para bacharel em medicina e ganhador do Prêmio Alfredo Brito em 1934. Apesar de ser jovem e prodigioso, Fernando Tude foi, de longe, um dos mais ousados na defesa da eugenia, mostrando sintonia com os escritos de Renato Kehl, Hermann Muckermann, Octávio Domingues, José Burlago Sanchez, Jorge Orgaz, Hidegard, entre outros.¹¹ Vale ressaltar que no período em que havia escrito sua dissertação, o movimento eugênico brasileiro havia dado uma guinada para uma ala que buscava a diferenciação entre saneamento e eugenia, além da distinção entre eugenismo e eugenia (SOUZA, 2006).

Para ele, somente o exame pré-nupcial não seria capaz de assegurar proles saudáveis, em suas palavras: “[...] o exame pré-nupcial é um meio pelo qual pensaram alguns ingênuos se resolveria essas sérias questões de herança e era o ideal para o problema eugênico.” (SOUZA, 1934, p. 148). Segundo Souza, as leis matrimoniais não seriam por si

¹¹ Todos esses nomes ligados à eugenia internacional: Alemanha, Argentina, México, entre outros.

só capazes de impedir o casamento de “tarados”, uma vez que o exame pré-nupcial provou ser uma “iniquidade”, logo, dever-se-ia recorrer ao aborto para evitar com que fossem lançados no mundo “[...] aleijões miseráveis [...]” (SOUZA, 1934, p. 128).

Os autores Wegner e Vanderlei Souza (2013) chamam atenção para o fato de Renato Kehl ser “mais comedido” e não aprovar o aborto e o divórcio, devido à sua formação ter sido católica, e talvez pela influência dos valores da cultura patriarcal brasileira, pois do ponto de vista eugênico, “[...] era preferível, como medida de profilaxia social e racial, casar bem do que desquitir melhor.” (KEHL, 1929 *apud* WEGNER; SOUZA, 2013). O aborto, portanto, será o ponto de desencontro entre o jovem médico baiano Fernando Tude de Souza e Renato Kehl. Não que houvesse uma correspondência direta entre ambos; Fernando Tude como debutante no meio eugênico, mostrou-se profundo leitor de Kehl e de seus postulados (NOGUEIRA, 2019, p. 89).

Além da sua concepção mendelista acerca da hereditariedade, encontrei em seu trabalho a indicação social do aborto, que se fazia necessária, mas as leis não o permitiam. Dessa forma, a justificativa partiria da premissa de que caso as massas proletárias não tivessem condições de criar sua família, a medida mais recomendável seria o aborto. Afinal, o “Estado nada dava em troca a eles [...]”, e assim:

A indicação social do aborto é um anteparo a miséria, à prostituição e ao crime. Evitando a vinda de filhos em famílias de poucos recursos financeiros, onde as bocas sorvedoras das economias são muitas, não se permite que venha ao mundo um raquítico que será mal alimentado, um subnutrido, presa fácil da tuberculose e quando dela escape, sem educação, vai aos vícios, ao crime, etc. [...] As leis combatem a indicação

social. É o Estado que exige filhos e mais filhos e nada oferece ao homem! As leis sociais na defesa do pobre são autêntico engodo. (SOUZA, 1934, p. 129).

Em poucas palavras, Fernando Tude de Souza condenava o desamparo do Estado para com a população pobre ou operária, e propunha como solução o aborto, para evitar que essa criança desamparada, se não ficasse doente, se tornasse criminosa, viciada (sobretudo, alcoólatra), prostituta, ou seja, todos os estigmas de degradação social.

Logo, a qual grupo social e racial recaíram as prédicas eugenistas de Tude de Souza? Obviamente, os afrodescendentes que estavam (e estão) na base da pirâmide social, mais propensos a pobreza, doenças e problemas sociais, de forma geral, devido ao seu largo processo de marginalização e abandono social. Dessa forma, a seleção social seria feita de maneira em que os “inaptos” e desamparados não se reproduzissem, para o bem da raça. Qual raça? Bom, essa é uma daquelas perguntas que não precisam de resposta.

Toda aparelhagem ligada às esterilizações e ao aborto eugênico recairiam sobre a população negra, sem pestanejar. Para efeitos de quantificação, do grande contingente preto e pardo que seria objeto das intervenções eugênicas, vejamos alguns dados apresentados por Donald Pierson (1945) em *Pretos e brancos na Bahia*: num universo de 500 pessoas recenseadas, que haviam procurado as clínicas médicas gratuitas do estado no ano de 1937, apenas 9,7% eram brancos; 40,6% eram mulatos, “inclusive escuros”, 44,5% eram pretos e outros 4,7% se referiam ao que o autor chama de “mamelucos” (PIERSON, 1945, p. 247). Somando o contingente de pretos e pardos, teríamos 85,1% dos pacientes dependentes dos serviços públicos de saúde sendo não brancos, e se somados os ditos “mamelucos”, teríamos 89,8%. Essa população mais pobre, que dependia dos

serviços públicos, seria quem em primeira instância estaria na mira do eugenismo. Seja pelo lado dos reformistas que queriam ampliar seu acesso à saúde, seja pelo dos intervencionistas diante das propostas e defesas de medidas eugênicas restritivas.

Seguimos com o questionamento acerca da aplicação ou não de medidas eugênicas restritivas na Bahia. Destaco que há fortes indícios de que essas posições esterilizadoras e restritivas estavam sendo postas em prática, conforme nos apresenta o caso levantado por Clodoaldo Avelino (1924) – também mencionado no índice bibliográfico do Congresso de Eugenia (1929) – em sua dissertação intitulada *Eugenia e casamento*, que dá ênfase ao exame pré-nupcial, mas não somente. Ele indica que:

Os progressos da cirurgia, cujos passos tanto se tem alargado nesses últimos anos, favorecem aos cônjuges as delícias do consórcio, sem prejuízo da prole. A esterilização é o meio indicado. [...] Na mulher tem sido aconselhado vários meios de esterilização, especialmente a salpingectomia, e a ooforectomia, intervenções que diariamente são feitas no nosso Hospital de Santa Izabel, com os mais satisfatórios resultados, e em organismos enfermos. (AVELINO, 1924, p. 60-61).

O autor não só indica os melhores procedimentos cirúrgicos para a esterilização feminina, como destaca que a operação de Steinach¹² era o meio esterilizatório indicado para os jovens incapacitados pela orgia (AVELINO, 1924, p. 61). Ao afirmar que a salpingectomia e a ooforectomia eram feitas com sucesso no Hospital Santa

¹² Operação criada pelo austríaco Eugen Steinach, utilizada para tentar rejuvenescer um indivíduo já idoso. Consiste em efetuar a laqueação ou a ressecção dos canais diferentes, com a ideia de que, por se provocar a atrofia dos espermatogônios e proliferação de tecido intersticial testicular, aumenta-se a produção de hormônios sexuais masculinos. Atualmente, é apenas usada para esterilização masculina, vulgarmente conhecida como vasectomia.

Izabel, onde realizou seu estágio em clínica médica, não nos resta dúvidas de que, de fato, a esterilização foi posta em prática. Entretanto, ele não nos fornece mais informações acerca da idade, raça e sexo das pessoas operadas naquele hospital. Caso semelhante acontece, com fonte documental analisada no contexto paulista, por André Mota (2012) em *Quem tem medo da eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada*, que observa: “[...] mesmo não existindo uma avalanche documental comprobatória, já que não houve formalização em lei, pudemos encontrar o exercício da esterilização nesse período, ainda que não se explicitasse se eram compulsórias ou não.” (MOTA, 2012, p. 237).

Assim, os intervencionistas baianos mostraram estar em sintonia com os defensores de outras localidades, como São Paulo. Mota chama atenção para a falta de “avalanche documental”, faz sentido porque através do registro, da ficha, o trabalho do historiador torna-se mais acessível. A minha tese é: assim como o racismo estrutural brasileiro e velado se escorou numa suposta “inexistência”, essas bases levaram a práticas restritivas também veladas.

A título de exemplificação e contraposição às práticas restritivas veladas, a prática aberta de esterilização da população negra fez-se presente em contextos como o caso da Carolina do Norte (NC), nos Estados Unidos. Entre os anos de 1929 e 1974, mais de 7 mil pessoas foram esterilizadas, a maioria delas negras e pobres, como parte do programa de controle de reprodução elaborado pelo Conselho de Eugenia daquele estado, e referendado por lei estadual. Segundo apura reportagem assinada por Julie Rose da *National Public Radio* (NPR), o estado da NC diferia dos demais, porque “[...] os outros estados deixaram o processo de encaminhamento para médicos que trabalhavam em prisões e hospitais psiquiátricos, mas apenas a Carolina do Norte deu esse poder para assistentes sociais.”

(ROSE, 2011, tradução nossa)¹³. Assim, as assistentes sociais poderiam encaminhar uma quantidade expressiva (maior) de jovens para o procedimento cirúrgico, jovens que não estavam nem em sistemas prisionais, nem instituições manicomiais, locais onde as esterilizações eram feitas desde o começo do século XX nos EUA, conforme aponta Edwin Black (2003).

Dessa forma, o estado de NC evidencia que as práticas de esterilização foram levadas a cabo, com o adendo de que elas eram feitas explicitamente e com autorização legal. Contudo, engana-se quem acredita que as esterilizações só foram realizadas em solo norte americano ou europeu; as análises dos discursos médicos até então, como o aponta o texto de Clodoaldo Avelino, indicam que isto ocorreu para além do contexto americano.

Como se sabe, o caso norte americano não pode se equiparar ao brasileiro, primeiro por conta da juridicização de medidas eugênicas como essa, e também pela estrutura racista dos dois países ser divergente entre si; eles (os norte-americanos) estavam ancorados num sistema jurídico que segregava abertamente.¹⁴ Já aqui, a inexistência de um arcabouço jurídico desse tipo fez com que parte dos pensadores sociais (daqueles anos) afirmassem, erroneamente, que por aqui o racismo não se “criou”. O que sabemos ser uma tremenda inverdade.

O bônus (se é que isso possa existir em casos como esse) de ter à luz exemplos como o da NC, é que por se tratar de uma prática ancorada na lei, o registro de procedimentos foi guardado, bem como o nome das vítimas envolvidas nessa trágica cruzada eugênica. Por isso, algumas famílias negras na NC receberam

¹³ “Other states left the referral process to doctors working in prisons and mental hospitals, but only North Carolina gave that power to social workers.” (ROSE, 2011).

¹⁴ A exemplo do Jim Crow, que segregava abertamente brancos e negros nos espaços públicos e privados, que não dava direito a voto aos negros, entre outras limitações.

uma indenização de 20 mil dólares do Estado.¹⁵ Como nos falta, em casos como os levantados por Magalhães Avelino, essa “avalanche documental”, resta aos historiadores a tarefa árdua de não deixar o passado eugênico cair nas brumas do esquecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme pudemos observar, o movimento eugênico baiano foi diverso, houve diferentes formas de leitura e interpretação da ciência eugênica. Essa divisão pode ser vista em dois grandes blocos, os reformistas e os intervencionistas; ambos, ao contrário do que se processou com alguns correligionários da eugenia em São Paulo, não assumiram abertamente uma postura racista. Contudo, as implicações racistas de suas propostas, sobretudo do segundo grupo, reverberavam diretamente sobre a população negra.

De um lado, havia espaço para o otimismo na ala dos reformistas, com Ítala Oliveira que, através de sua compreensão sobre a hereditariedade, afastou-se das prédicas racistas da ciência eugênica. Por outro lado, os intervencionistas Fernando Tude de Souza e Clodoaldo de Magalhães Avelino não pareceram tão otimistas quanto Luiz Fabrício de Oliveira e Ítala Oliveira; Avelino deixa evidente que havia esterilização no Hospital Santa Izabel, contudo, não quantifica a ordem de gênero, raça e idade das pessoas envolvidas no procedimento, o que dificulta a quantificação de quem teria sido vítima das preocupações eugênicas, mas elas existiram, e, principalmente, é a partir da consolidação de uma medicina especializada (dividida em áreas) que a eugenia assenta suas bases.

¹⁵ Nem todas as pessoas esterilizadas tiveram seus pedidos aceitos, como é o caso de Debora Blackmon, esterilizada em 1972, aos 14 anos (MENNEL, 2014).

Assim, o saber médico produzido durante os anos seguintes estava ligado a essas bases e, portanto, as práticas discursivas e operacionais continuaram a marcar a atuação não só dos médicos (esmagadora maioria de brancos, filhos da elite), mas também do Estado, frente à população negra. Isso ocorre nas mais diversas instâncias, quando falamos em formas diferentes de se acessar a saúde. A população negra sofre mais que a branca, se comparados: violência obstétrica; falta de anestesia em determinados procedimentos cirúrgicos; indução à laqueadura (em especial, durante as décadas de 1970 e 1980) (MOLINA, 1999); tratamento diferenciado entre brancos e negros – no qual a cordialidade do médico atende a estereótipos raciais (LOPES, 2005, p. 19).

Ainda restam muitos questionamentos sobre quais os limites e alcances da eugenia. Entretanto, este texto procura mostrar um caminho que liga eugenia, medicina social e saúde da população negra, a partir da relação entre eugenia e discurso médico, nas produções de matriz eugênica na Bahia.

REFERÊNCIAS

AVELINO, Clodoaldo de Magalhães. *Eugenia e casamento*. Salvador: Imprensa Oficial Salvador, 1924.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo*. 2015. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BLACK, Edwin A. “*A Guerra contra os fracos: eugenia e campanha dos Estados Unidos para criar uma raça dominante*”. Tradução: Tuca Magalhães. São Paulo: A Girafa, 2003. 856p.

CONGRESSO REGIONAL DE MEDICINA DA BAHIA, 1935, 1., Salvador. *Trabalhos*. Salvador: Cia Editora Gráfica da Bahia, 1937.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, 1929, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1929. v. 1.

GOULD, Stephan Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LEITE, Reinaldo César. *A rainha destronada: o discurso das elites sobre a Grandeza e os Infortúnios da Bahia nas Primeiras Décadas Republicanas*. 2005. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 23-40.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 9-49.

MENNEL, Eric. Payments Start For N.C. Eugenics Victims, But Many Won't Qualify. *NPR*, Washington, DC, 31 Oct. 2014. Disponível em: <https://n.pr/3xJx9Eg> . Acesso em: 9 fev. 2021.

MOLINA, Aurélio. Laqueadura tubária: situação nacional internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999. p. 127-146.

MOTA, André. Quem tem medo da eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada. In: MONTEIRO, Yara

Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012. p. 219- 250.

NOGUEIRA, Lucas Carvalho do Nascimento. *Para o bem da raça: a época da eugenia na Bahia (1915-1935)*. 2019. Dissertação (Mestrado em Estudos Afro-orientais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

OLIVEIRA, Ítala Silva de. *Da sexualidade e da educação sexual*. Salvador: Imprensa Oficial, 1927.

OLIVEIRA, Luís Fabrício de. *Da eugenia e do exame pré-nupcial obrigatório*. Salvador: Imprensa Oficial, 1928.

PIERSON, Donald. *Branços e pretos na Bahia: estudo de contato social*. São Paulo: Editora Nacional, 1945.

ROSE, Julie. A Brutal Chapter In North Carolina's Eugenics Past. *NPR*, Washington, DC, 28 Dec. 2011. Disponível em: <https://npr/35RqcVQ>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SKIDMORE, Thomas. *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro 1870-1930*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1994.

SOUZA, Fernando Tude de. *O problema social do aborto*. Salvador: Imprensa Oficial, 1934.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *A política biológica como projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

STEPAN, Nancy. *A hora da eugenia: raça, nação e gênero na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WEGNER, Robert. Dois geneticistas e a miscigenação: Octávio Domingues e Salvador de Toledo Piza no movimento eugenista

brasileiro (1929-1933). *Varia História*, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, p. 79-107, 2017.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2013.



Parte III

**SAÚDE DAS
POPULAÇÕES NEGRAS
NAS (E SOBRE AS)
EXPERIÊNCIAS AFRICANAS:
PENSANDO A PANDEMIA POR
COVID-19, CONCEPÇÕES DE
SAÚDE E DE UM PROJETO
DE LEI COLONIAL**

EL CONFINAMIENTO POR EL COVID-19 Y EL ESPÍRITU DE UBUNTU. REFLEXIONES DESDE EXPERIENCIAS AFRICANAS¹

Jean Bosco Kakozi Kashindi

El virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad bautizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Covid-19”², es el séptimo coronavirus con capacidad de infectar al ser humano.³ Ese tipo de coronavirus empezó en la ciudad china de Wuhan, en el año 2019, verosímilmente por un evento zoonótico, esto es, un proceso de selección natural que permitió el salto del animal de origen (probablemente el pangolín) al ser humano (TORRES-LÓPEZ, 2020)⁴. El médico mexicano, Javier Torres López, citando las recientes investigaciones hechas en Estados Unidos y en China, señala que las investigaciones hechas sobre el genoma del SARS-CoV-2 hallaron que este virus “se ha adaptado óptimamente para reconocer la proteína

¹ Texto mantido em sua forma original.

² Término que se deriva de la expresión en inglés “*corona virus disease*” (enfermedad del coronavirus) y el año de su descubrimiento (2019).

³ Si bien los ancestros más remotos del coronavirus se remontan al s.IX a.C., el familiar común más cercano se remonta a la década de los 50 del siglo XX. Se trata del OC43 que se han encontrado más en murciélagos. La primera vez que el Coronavirus fue detectado en seres humanos en la década de los 1960 (en las fosas nasales). Desde entonces, han sido identificado seis nuevos miembros de esa familia, siendo el del 2019 el último, en este caso, el séptimo (LÁZARO, 2020).

⁴ Disponible: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9> [27/05/2021]; <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.19.950253v1>

humana ACE2 que funciona como receptor para unirse a la membrana de células humanas” y que el pangolín que se comercializa en Huanan (en provincia china de Wuhan) “tiene una proteína que reconoce ACE humano con mayor afinidad, y esta óptima afinidad se debe a que su dominio de seis aminoácidos, responsable de reconocer al receptor en células humanas, tiene una mayor homología con la proteína del SARS-CoV2.

El Covid-19 llegó a África, el 14 de febrero de 2020, por El Cairo, la capital de Egipto. Desde ese momento hasta el día de hoy (mayo de 2021), el continente africano ha tenido menos casos confirmados y menos decesos en comparación con los continentes europeo, asiático y americano. Ha habido predicciones apocalípticas de los “especialistas” de siempre, sobre todo “occidentales” (se ha vaticinado para África una hecatombe con millones de muertos), pero esto no ha acontecido hasta ahora. Asimismo, ha habido varias hipótesis sobre el porqué de la resistencia de las poblaciones africanas al Covid-19; algunas de ellas han subrayado el hecho que África tiene una población más joven, clima más cálido, muchas regiones no conectadas o menos conectadas con la globalización, menos movibilidades intra e interregionales de la población, las personas ancianas viven con sus familiares, la convivencia comunitaria, entre otros factores (PAREDES, 2020).

Los dos últimos factores hacen parte de valores de la ética africana de Ubuntu. Entonces, en este artículo quisiera reflexionar sobre la vivencia de los valores de Ubuntu entre las poblaciones africanas en esta época del confinamiento y señalar lo que podría ser la aportación de Ubuntu al problema de fondo que esta pandemia está poniendo al descubierto. Las poblaciones africanas que tomaré como referencias son las que viven en los países de la región de los grandes lagos africanos (Burundi, Kenia, Ruanda, Tanzania, Uganda, Congo, entre otros). Me interesa más esa región porque, además de

ser nativo de la misma, estoy siguiendo más de cerca la evolución de la situación del Covid-19 en dicha región. Tengo familiares y amigos más cercanos que viven allá (especialmente en Burundi y en el Congo) con los que me comunico directamente y muy a menudo. Aparte, hay que mencionar que los cinco primeros países, junto con Sudán del sur, son miembros de la Comunidad de África del Este (“EAC”, por sus siglas en inglés), que es una comunidad que tiene como objetivo la integración política (creación de un Estado federal), económica (creación del mercado común de bienes) y monetaria (creación de una moneda única).

Mis reflexiones tienen un enfoque analítico y cualitativo. El argumento central que defiendo y demuestro aquí es que las medidas que han tomado los gobiernos de la región de los grandes lagos africanos para luchar contra la pandemia del Covid-19 distan mucho del espíritu de Ubuntu y no favorecen la salud,⁵ entendida aquí en sentido amplio, de sus respectivas poblaciones. Así, guardando todas las proporciones, dichas medidas se asemejan a aquellas adoptadas por países occidentales donde la racionalidad moderna, capitalista e individualista impera.

Organicé estas reflexiones en tres puntos: en el primer momento voy a presentar cómo los gobiernos de los países de los grandes lagos africanos han reaccionado a la pandemia del Covid-19, luego, cómo sus respectivas poblaciones han reaccionado en general; después me voy a dar a la tarea de explicar, en términos generales, la ética Ubuntu y oportunidad y desafíos de su práctica durante el confinamiento; por último, siendo esta pandemia un desafío global, haré algunas reflexiones finales sobre propuestas de solución desde Ubuntu.

⁵ Entiendo aquí la salud desde una perspectiva de la bioética de intervención (llamada también como bioética latinoamericana). Dicha bioética no se limita en lo biológico para pensar la salud, sino que incluye otros aspectos de la vida como la política, la economía, el medioambiente, entre otros (RIVAS-MUÑOS *et al.*, 2015, p. 141-151).

REACCIONES CONTRASTANTES ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

En el continente africano, en general, prácticamente todos los gobiernos tomaron rápidamente medidas urgentes para limitar la propagación del Covid-19 y mitigar sus efectos en sus respectivos países. Así, cerraron las escuelas, las mezquitas, las iglesias, las fronteras terrestres, marítimas, los aeropuertos etc. Las excepciones eran obviamente los lugares con actividades más vitales: hospitales, mercados, permisos para vuelos, camiones o barcos de transporte de comida, insumos médicos o algo que se considere como vital o esencial.

En los países de la región de los grandes lagos, las reacciones de los gobernantes fueron divergentes. Mientras que países como Ruanda, Uganda y Kenya tomaron medidas de confinamiento más restrictivas, en Burundi y Tanzania, en cambio, las autoridades se negaban a reconocer la amenaza del Covid-19. El difunto presidente burundés, Pierre Nkurunziza, decía incluso que el Covid-19 no afectaría a las poblaciones burundesas porque estas últimas eran protegidas por Dios. No vaciló en expulsar a los representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acusándolos de intromisión en la política interior de su país. Su homólogo tanzano, John Magufuli Pombe, a su vez, alentaba a los tanzanos, cristianos y musulmanes, a seguir reuniéndose en las iglesias y mezquitas para hacer oraciones y pedir a Dios que los salve del Covid-19. Al contrario de su homólogo tanzano, el presidente Yoweri Kaguta Museveni, de Uganda, aconsejaba a sus compatriotas de quedarse en casa y no estar “molestando” a Dios.

En el Congo, al inicio de la pandemia, el gobierno titubeó para confinar a la población. Se habló primero del confinamiento de todo el país; luego se pensó llevar a cabo un confinamiento

mixto (alternando un día sí, otro día no; o un barrio hoy, otro barrio mañana); después se consideró mejor hacer apenas el confinamiento de la capital Kinshasa, lugar donde empezó el Covid-19 en el Congo, pero, cuando se dio cuenta de la cruda realidad socio-económica tanto de todo del país como de la capital, el gobierno decidió confinar solamente las ciudades o barrios que fueran focos rojos del Covid-19. Así, en la capital sólo se confinó la *Commune* de La Gombe, que es el barrio más rico y que tenía más casos confirmados.

Ahora bien, el estricto respeto de las medidas del confinamiento entre las poblaciones ha divergido también dependiendo de país y de estrato social. En Ruanda, por ejemplo, cuyo presidente, Paul Kagame, es reconocido como un buen estadista, pero autoritario, la mayoría de las estrictas medidas de confinamiento y “gestos barreras”⁶ han sido respetadas. Incluso, el gobierno ruandés ha organizado la distribución de víveres a las poblaciones más necesitadas. En Uganda y Kenya, en gran medida, también las poblaciones han seguido las recomendaciones de sus respectivos gobiernos, aunque de vez en cuando estos últimos han tenido que usar las “fuerzas del orden” para hacer respetar las medidas decretadas. De hecho, ha habido, en ambos países, algunas denuncias de violación de los derechos humanos acontecida durante los disturbios provocados por el uso de fuerzas excesivas contra la población que incurrió en la “infracción” de no respetar el confinamiento. Considero que en los tres países, en general, la mayoría de la población ha respetado las consignas del confinamiento, aunque ha habido una buena parte de la población, desde luego la más pobre, que ha intentado pasarse por alto dicho confinamiento por necesidad.

En Burundi y Tanzania, la mayoría de la población siguió las posturas oficiales de sus respectivos gobiernos; no obstante, los estratos más ricos, algunos intelectuales y líderes de opiniones han

⁶ Distanciación de uno y dos metros entre las personas, uso de cubrebocas, entre otros.

sido cautelosos, y han advertido que sus países estaban corriendo grandes riesgos de contagios masivos. Es importante recalcar que en ambos países, si bien ha habido algunas autoridades estatales o sus allegados⁷ y algunas personas de familias acomodadas que han sido víctimas del Covid-19, la mayoría de la gente con pocos recursos ha sido la más afectada. En Buyumbura, la capital económica de Burundi, por ejemplo, mucha gente que vive de pequeños negocios fue duramente afectada con el cierre de las fronteras entre Burundi-Congo y Burundi-Tanzania.

Hay una similitud en la República Democrática del Congo respecto al contraste entre personas pudientes (incluyen a políticos y hombres o mujeres de negocios) y la capa social de pocos recursos. Como mencionado arriba, el Covid-19 entró al Congo por el barrio más rico de la capital. En este sentido, las primeras víctimas mortales de esa pandemia, en el Congo, no fueron personas empobrecidas, sino gente de familias relativamente ricas o acostumbradas a viajar al extranjero. Sin embargo, las medidas de confinamiento han impactado más a las personas de pocos recursos, aquellas personas que viven al día. El Congo tiene fronteras con nueve países (Burundi, Ruanda, Uganda, Tanzania, Zambia, Sudán del sur, República Centroafricana, Congo Brazzaville y Angola) y hay mucha gente que depende de pequeños negocios transfronterizos (comprar alimentos, ropas u otros productos de primera necesidad en países vecinos y venderlos en el Congo etc.); además, hay muchas personas que tienen familiares que viven en el otro lado de las fronteras. El cierre de esas fronteras ha conllevado a una ruptura de solidaridad informal, pero muchas veces vital, entre muchas familias que viven en ambos lados. Hay

⁷ El caso burundés es más elocuente: La evacuación de urgencia de la ex-Primera Dama, Denise Bucumi-Nkurunziza, a Nairobi (Kenia); y la hospitalización y muerte súbita de su esposo, Pierre Nkurunziza, en Karuzi (Burundi). Oficialmente, el deceso de Nkurunziza fue por un paro cardíaco, pero se sospecha que haya sido por el Covid-19.

que mencionar también que el Congo importa la mayoría de los bienes de consumo. De ahí, el cierre de fronteras no ha afectado apenas a la gente que vive en las provincias que tienen fronteras con países vecinos, sino también a los habitantes del interior.

La divergencia de respuestas de los países arriba mencionados ante la pandemia del Covid-19 provocó también distintas reacciones intrarregionales. Primero se puede observar que, a pesar de las restricciones de viajar porque todas las fronteras siguen cerradas, algunas autoridades políticas o sus familiares han podido viajar ya sea por algo bien circunstancial (por ejemplo, el presidente del Congo, Félix Tshisekedi, fue a rendir su último homenaje al cuerpo del difunto presidente burundés, Pierre Nkurunziza; lo mismo hizo el ex-presidente tanzano, Jakaya Kikwete, pero él fue a la ceremonia de inhumación de Nkurunziza) o por motivos de salud (el caso de la evacuación a Nairobi de la ex –Primera Dama burundesa, Denise Bucumi-Nkurunziza). Mientras que ellos pueden viajar, por motivos “excepcionales”, la mayoría de la población no lo puede hacer bajo ningún motivo. En efecto, conocí algunos casos en el Congo y Burundi de personas que necesitaban ser operadas, o personas que querían atravesar la frontera para ir al entierro de sus seres queridos, pero no lograron desplazarse por el cierre de la misma. ¡En África es un doler inmenso no poder despedir a un ser querido que murió! No obstante, en la misma frontera del Congo y Burundi, ha habido casos parecidos que fueron resueltos mediante “influyentismo”⁸ o corrupción (hacer algunas excepciones para dejar pasar a personas que tienen influencias políticas o económicas, pagar una buena suma de dinero a los agentes de servicios migratorios y/o a policías de fronteras para poder cruzar la frontera).

⁸ Práctica de influir, en alguna decisión o cargo, en favor de personas próximas.

Ahora, en todos los países de la región, hubo un pragmatismo⁹ en cuanto a dejar circular, de forma controlada, los productos esenciales, tales como comida, productos manufacturados, insumos médicos, productos de la industria de la construcción, entre otros. No obstante, la circulación de los camiones y tráileres¹⁰ ha sido afectada por el miedo, a veces infundado o influido por noticias falsas, a la propagación del Covid-19. Así, debido a que en Tanzania, como hemos visto más arriba, ha habido menos restricciones respecto del confinamiento, muchos camioneros tanzanos han sido blanco de la estigmatización y rechazo en los países vecinos. Tanto en Ruanda como en Kenia y Zambia, los camioneros tanzanos han sido discriminados, incluso insultados, con el argumento que estaban propagando el Covid-19 en esos países. Ese caso provocó de hecho una crisis diplomática entre Tanzania y sus vecinos. Tanzania amenazó¹¹ tomar medidas de represalias contra los camiones que entran a su territorio desde Ruanda, Kenia y Zambia. Es más, bloqueó algunos camiones de los dos últimos países. Esos incidentes se resolvieron diplomáticamente.

Las reacciones contrastantes que hemos visto hasta aquí muestran una constante interesante: el Covid-19 se ha detectado primero en los estratos más ricos; éstos han sido más propensos a aceptar o, incluso, exigir medidas más estrictas del confinamiento. En cuanto a las poblaciones empobrecidas, aunque no fueron las “importadoras” del Covid-19, son las más expuestas, ya que por necesidad

⁹ En algunos casos, hubo negociaciones informales para abrir algo parecido a “corredor humanitario”. Es el caso, por ejemplo, de la frontera entre el Congo y Burundi, donde algunos hombres de negocios pidieron al gobierno congolés negociar con sus homólogos burundeses para permitir la entrada y la salida de ciertas mercancías.

¹⁰ Un tipo de remolque que transporta mercancías. Esa palabra es un anglicismo, pues viene del inglés “trailer”.

¹¹ Es menester señalar que el puerto de Dar-es-Salam (la capital económica de Tanzania) es uno de los puertos vitales para la economía de la región. Muchas mercancías para la importación y la exportación pasan por ese puerto.

están más propensos a incumplir las medidas del confinamiento. Otro aspecto que hay que subrayar es que el arribo de la pandemia a África desde fuera, principalmente desde Europa, suscitó también mucha burla que las personas marginadas de la sociedad les han hecho a las personas privilegiadas. En el Congo, por ejemplo, se escuchaban algunas personas decir que ¡antes, ir a Europa era un lujo, un prestigio, pero hoy viajar a dicho continente se ha vuelto una maldición!

Debe mencionarse también que, casi en toda África, la pandemia del Covid-19 puso al descubierto los graves problemas de los sistemas de salud de prácticamente todos los países africanos subsaharianos. Una de las causas de esa situación se relaciona con las prácticas muy comunes de lo que el pensador camerunés, Achille Mbembe, ha llamado “la necropolítica” (MBEMBE, 2006, p. 16-75), esto es, un poder que deja morir aquellos cuyas vidas son consideradas como menos valiosas, descartables. En efecto, el espíritu del estado colonial o, en términos del sociólogo peruano, Aníbal Quijano (2007, p. 93-127), la colonialidad del poder sigue imperando en varios países africanos. Así, la mayoría de los políticos y hombres o mujeres de negocios, en África, prefieren más ir a atenderse en hospitales de fuera de sus países (en Europa, India, China, Singapur, entre otros) que invertir en el sistema de salud de sus propios países. África, según la OMS, es el continente que menos presupuesto destina a la salud; apenas 6 países de los 54 que conforman el continente destinan el 15% de su presupuesto a la salud (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2018).

Ese panorama no reluciente para África muestra un problema serio de ruptura con valores africanos. Si bien durante esta pandemia se ha hablado de que varios países del continente han sido solidarios (Etiopía permitió que sus aviones de la compañía “Ethiopian Airlines” distribuyeran los productos médicos a otros países; Madagascar mandó gratuitamente sus productos “covid organics” a

otros países que los solicitaron; Marruecos envió ayuda médica y de víveres a diferentes países subsaharianos etc.). Desafortunadamente la mayoría de los dirigentes africanos hace mucho tiempo que se ha aliado a la oligarquía nordatlántica¹² (Europa, Estados Unidos y Canadá) y así han perpetuado la necropolítica en África.

Al inicio de estas reflexiones, he mencionado que, entre las razones de la resistencia de las poblaciones africanas a esta pandemia, se ha avanzado las hipótesis de la importancia de la vida en comunidad y del cuidado de las personas ancianas dentro de la misma. A mi modo de ver, ese aspecto es intrínseco a la ética africana de Ubuntu. Quisiera seguir estas reflexiones trayendo a colación Ubuntu. Me interesa, por un lado, observar y criticar la vivencia o no de esa ética durante esta pandemia, y, por otro lado, manifestar las enseñanzas que se podrían desprender de esa ética africana para enfrentar los desafíos de la pandemia del Covid-19.

UBUNTU EN EL CONFINAMIENTO: ¿ESTAMOS JUNTOS?

El concepto Ubuntu tiene una amplia extensión semántica y una profunda relevancia ético-política. En varios textos anteriores al fin del siglo XX, se aprecia Ubuntu como “cualidad humana”, “filosofía de la vida”, “base ética de todos los bantú”, “humanismo africano”, “filosofía o ética africana” (GADE, 2011, traducción propia). A postrimerías de la década de los 1990 y a inicios del año 2000, según Gade, se da un importante salto conceptual de Ubuntu: de “cualidad humana” a “cosmovisión africana”. Hoy en día se reconoce Ubuntu principalmente como “[...] base de todo el edificio filosófico africano [...]” (RAMOSE, 2002, traducción

¹² Retomo ese concepto de los pensadores descoloniales (CASTRO-GÓMEZ; GROSFUGUEL, 2007).

propia), la “ética africana” (MUROVE, 2009) y la “[...] cosmovisión africana [...]” (TUTU, 1999, traducción propia).

Las definiciones más desarrolladas y más recurrentes de Ubuntu presentan este concepto como: una humanidad incluyente dentro de una comunidad biocéntrica y de interdependencia vital (MUROVE, 2009; RAMOSE, 2002); humanidad como valor (cualidad humana) y como el conjunto no apenas de todos los seres humanos, sino también de todos los demás seres no humanos (animados e inanimados) que constituyen la totalidad de la realidad (RAMOSE, 2002); praxis cotidiana local (africana) de los valores que unifican el ser y el pertenecer (‘economía local de obligación’) (PRAEG, 2014); una humanidad que se expresa cabalmente en el aforismo xhosa¹³ “*Umuntu ungamuntu ngabanye abantu*” (una persona es persona en medio de o a través de otras personas); la verdadera esencia del ser humano, mismo que se define no desde el “yo pienso luego existo”, sino desde el “yo soy porque pertenezco” o “yo soy porque somos” (TUTU, 1999, traducción propia).

“Yo soy porque pertenezco” asienta la concepción del ser como pertenecer. En el mundo de vida africano sería prácticamente imposible pensar el ser como “ser en sí”. El ser se concibe siempre desde lo relacional. Se es porque se relaciona a, se pertenece a; en otros términos, una persona es como tal porque hay un nosotros vital, una comunidad de vida. Ésta no puede existir sin ser vitalmente interdependiente. Para sustentar su vida, el ser humano u otro ser animado necesita del aire, el agua, el calor, los alimentos etc. Es decir que el ser humano no puede vivir sin otros seres. En esa línea, se puede observar que esos otros seres que son vitales al ser humano constituyen, junto con este último, una “comunidad

¹³ Una de las etnias del grupo étnico nguni que se encuentra en Sudáfrica, Eswatini, Zimbabue y Mozambique, principalmente.

cósmica de vida” (KAKOZI KASHINDI, 2015, p. 22) o, en otras palabras, una “comunidad cósmica de interdependencia vital”.

Ahora bien, la situación actual del confinamiento por el Covid-19 ha puesto más al descubierto cómo el sistema político y económico de hoy está muy lejos del espíritu de Ubuntu. Pues cuando el Covid-19 se convirtió en pandemia, asistimos a un pánico mundial y la mayoría de los países recurrió al “*chacun pour soi*” (¡sálvese quien pueda!). Así, se ordenaron el cierre hermético de las fronteras, cada país preocupándose primero por los suyos. Ahí se cayeron las máscaras de la ideología de la globalización que pregona a los cuatro vientos que todo el mundo iba a beneficiarse de la era de la globalización. ¡Se acabaron los sueños mesiánicos de una humanidad más feliz que nunca, una humanidad conectada y perteneciente a la famosa “aldea global”! ¡Ahí se cayeron las máscaras y el monstruo, vestido de piel de cordero, quedó desnudo!

A nivel local, en la región de los grandes lagos africanos específicamente, pese a las muestras de algunos actos de solidaridad, la postura general de los Estados ha sido de pensar primero a “salvar” a sus respectivas poblaciones. Lo paradójico de esto es que se copió parcialmente lo que se hizo en otros países no africanos (países europeos, China, Corea del sur...). Pero, nadie¹⁴ tomó en cuenta el hecho que los ingresos per cápita de los/as ciudadanos/as de esos últimos países son bien superiores a los de las poblaciones de la región de los grandes lagos; además, la mayoría de esos países no africanos tiene gobiernos más eficaces y sistemas de salud mejores que en los países de la región de los grandes lagos africanos. Obviamente, en los primeros países (no africanos) es menos pesado resistir un confinamiento estricto y más o menos prolongado que en los países de la región

¹⁴ El gobierno ruandés, hasta donde sepa, ha sido la única excepción, porque ha podido distribuir víveres a las personas más necesitadas o más afectadas por las estrictas medidas del confinamiento.

de los grandes lagos. Si se parte desde ese ángulo, se puede aseverar que las medidas estrictas del confinamiento se tomaron sin pensar en la mayoría de la población. De ahí la paradoja encubiertamente necropolítica: se ha querido mostrar que se trabaja por el bien de toda la población, aunque realmente las medidas del confinamiento han sido pensadas en función de un estrato social minoritario, esto es, personas que el necropoder debe hacer vivir.

Durante el confinamiento, entonces, se ha dado de alguna forma un supuesto sentimiento de comunión nacional en la desdicha que está amenazando a toda la nación. Varias veces se ha escuchado a los dirigentes de la región repetir los mismos vocablos bélicos que usan algunas autoridades europeas cuando se refieren al combate que hay que librar contra un enemigo común, pero invisible, que está amenazando a Estados soberanos etc. Sin embargo, no se les escucha a esos mismos dirigentes usar ese lenguaje bélico y esmerarse en combatir las enfermedades que cobran más vidas en la mayoría de la población (paludismo, neumonía, ébola, fiebre tifoidea, cólera etc.). Ante ese panorama, uno puede preguntarse sobre el estar juntos de los Estados-nación de la región de los grandes lagos. En casi todas las constituciones de dichos Estados existen expresiones de la voluntad de forjar un destino común y un vivir juntos, no obstante, la realidad del día a día dista mucho de la voluntad plasmada en las constituciones y las leyes emanadas de dichas constituciones. De ahí se puede observar que, a nivel de las políticas prioritarias relacionadas con el “hacer vivir”, el espíritu de Ubuntu, esto es, la vivencia del “ser como pertenecer” o el “yo soy porque somos” brilla por su ausencia.

Empero, entre la mayoría de las poblaciones empobrecidas está más presente el Ubuntu. Es dable encontrar más solidaridad, más empatía para con la otra persona, más consciencia del vivir juntos o del destino común... dentro de las poblaciones llamadas “humildes”, las poblaciones de bajo recursos de Ruanda, Burundi,

Congo, Uganda, Kenia y Tanzania. Algunos hechos o episodios ilustran lo anterior: por ejemplo, ante las carencias causadas por el cierre de las fronteras, la des/reorganización de la circulación de bienes y personas, se ha podido notar menos miedo en la mayoría de las poblaciones que viven el día a día. Pareciera que las personas que han estado continuamente expuesta a la precariedad y carestía, personas que han vivido ingeniándose las para resistir a la muerte programada, no les preocuparía mucho ser contagiado por el Covid-19, pues la preocupación aquí no es el Covid-19, sino vivir a toda costa.

En la voluntad de vivir se encuentran actos de solidaridad y fortalecimiento. Así, la pandemia no ha impedido la celebración de la vida, pues a pesar de las restricciones, mucha gente siguió reuniéndose para celebrar eventos importantes como casamientos, nacimientos, funerarios etc., y procurar así estar felices en las adversidades. El hecho de reunirse, encontrarse, verse uno al otro ha evitado, en mi opinión, a que se cayera en una tristeza o depresión colectiva; por tanto, esto, de alguna manera, ha fortalecido las defensas inmunológicas de varias personas contra la pandemia. Hay que mencionar también que, afortunadamente, en África, en general, y en la región de los grandes lagos, en particular, las personas ancianas, una de las poblaciones más vulnerables en esta pandemia, viven con sus familiares. Ellas también han fortalecido, por sus experiencias vitales, a sus familiares o comunidades; de igual forma, han sido fortalecidas por sus familiares o miembros de sus comunidades. Todo lo cual no es sino la manifestación de la vivencia de la interdependencia vital, esto es, de Ubuntu.

Obviamente ha habido casos de falta de Ubuntu, por ejemplo, casos de robos, asesinatos, rechazo de choferes tanzanos en Ruanda, etc. Asimismo, algunos políticos o personas de familias acomodadas suelen considerar a las personas o barrios empobrecidos como

violentos, peligrosos...Concuerdo parcialmente con esto, para no caer justamente en la trampa de sociedades binarias, o en el esencialismo moral (las personas empobrecidas serían mejores y las personas ricas, peores). No obstante, desde mi parecer, en ambos lados (estratos sociales empobrecidos y estratos sociales ricos) hay personas buenas y malas. Más allá de esto, lo que sostengo aquí, a la luz de la realidad social, política y económica de los países de la región de los grandes lagos africanos, es que la vivencia de los valores de Ubuntu está más presente en las comunidades rurales y/o empobrecidas, marginadas, desfavorecidas por los que han sido muy favorecidos por el sistema político-económico vigente, ya sea a nivel local o global.

CONSIDERACIONES FINALES

Pensar el confinamiento actual por la pandemia del Covid-19 a partir del espíritu de Ubuntu es denunciar sin tapujos el engaño de los ideales, tanto de la globalización como de los Estados-nación que el continente africano heredó de la colonización europea. Las reacciones de la mayoría de los países occidentales, corifeos por excelencia de la globalización, han sido profundamente individualistas (¡Sálvese quien pueda!). Hoy en día, varios de esos países entraron en la carrera para encontrar una vacuna, y algunos ya han empezado a vacunar su población (Gran Bretaña, Estados Unidos, entre otros). Al principio puede sonar una cosa muy buena, muy humana, pero no se puede olvidar que la mayoría de los que están investigando sobre la vacuna tienen también otras intenciones, mismas que podrían relacionarse con el individualismo “colectivo” (salvar primero a los míos), la fama (ser reconocido mundialmente como el primer en descubrir la vacuna contra un enemigo invisible y poderoso que

amenaza a todo el planeta) y el dinero (el que descubra primero la dichosa vacuna, va a ganar mucho dinero, porque todo el planeta está desesperado y aún no hay competencia en el mercado).

En los países de los grandes lagos africanos vimos que las medidas del confinamiento que la mayoría de los gobiernos tomó, aunque saludables, podrían ser consideradas como veladamente anti-ubuntu. Se privilegió más la visión de una capa social acomodada en detrimento de la mayoría empobrecida. Si esas medidas hubiesen sido acompañadas con políticas de intervención humanitaria para con las personas más necesitadas, como lo hizo el gobierno ruandés, la situación sería diferente y muchas personas necesitadas no correrían el riesgo de exponerse al contagio del Covid-19. En vez de ayudar a la gente necesitada, algunos gobiernos (Kenia y Uganda, por ejemplo) mandaban a la policía a reprimir a las personas que no respetaban el confinamiento. En el caso de Kinshasa, la capital congoleña, la policía dejaba pasar a las personas del barrio rico de La Gombe, con tal de que pagaran el “pase”.

Tanto a nivel global como local, se puede notar entonces que las reacciones que se dieron respecto a esta pandemia no han sido del espíritu de Ubuntu. El “ser como pertenecer” o el “yo soy porque somos” debe interpelar hoy en día a toda la humanidad. Pues, este mundo en el que vivimos es mundo de vida, es nuestra “casa común”. Hablar del mundo de vida, desde Ubuntu, es hablar de una “comunidad biocéntrica” o una “comunidad de interdependencia vital”. El Covid-19 nos vino a recordar que nadie está exento de amenaza contra su vida. En efecto, ese nuevo coronavirus empezó en la región de Wuhan, China, pero en poco tiempo se propagó rápido y está amenazando a todo el planeta. Quizás también ese virus nos vino a prevenir contra los sistemas políticos y económicos, globales y locales, que son profundamente desiguales y excluyentes. Sea lo que fuere, nadie en su sano juicio puede negar que al menos esa pandemia

vino a cambiar algo en este planeta, vino a dejarnos algún mensaje y una tarea para una profunda reflexión sobre el futuro de la existencia de la vida en este planeta, nuestra única “casa común”. En consonancia con esto, ¡ojalá que pueda resonar cada vez más fuerte la voz de Ubuntu que murmura siempre el “yo soy porque pertenezco”!

REFERENCIAS

- CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón (org.). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre, 2007.
- GADE, Christian. The Historical Development of the Written Discourses on Ubuntu. *South African Journal of Philosophy*, Johannesburgo, v. 30, n. 3, 2011. Disponible en: <https://bit.ly/35EgtlO>. Acceso en: 26 jun. 2020.
- KAKOZI, K. Jean Bosco. *La dimensión ético-política de ubuntu y la superación del racismo en “nuestra américa”*. 2015. Tesis (Doctorado en Estudios Latinoamericanos) – Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2015.
- LÁZARO, Àlex. Historia del coronavirus: un familiar conocido en el 3.300 a.C. *Redacción Médica*, [s. l.], 13 marzo 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3zzSvG9>. Acceso en: 27 mayo 2021.
- MBEMBE, Achille. *Necropolítica In: MBEMBE, Achille. Necropolítica seguido de Sobre el Poder Privado Indirecto*. Santa Cruz de Tenerife: Melusina, 2006.
- MUROVE, M. Felix. An African Environmental Ethic Based on the Concepts of Ukama and Ubuntu. *In: MUROVE, M. Felix (org.). African Ethics: An anthology of comparative and applied ethics*. Pietermaritzburg: University of KwaZulu-Natal, 2009. p. 315-331.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *État de la santé dans la région africaine de l'OMS: analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*. Cité du Djoué: OMS, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3j93Bmp>. Acceso en: 25 jun. 2020.

PAREDES, Norberto. Coronavirus en África: qué hay detrás de la aparente resistencia del continente africano a la pandemia. *BBC News*, [s. l.], 11 mayo 2020. Disponible en: <https://bbc.in/35PGLle>. Acceso en: 15 jun. 2020.

PRAEG, Leonhard. *A report on Ubuntu*. Pietermaritzburg: University of KwaZulu-Natal Press, 2014.

QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder y clasificación social. In: CASTRO-GOMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón (comp.). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007. p. 93-126.

RAMOSE, Mogobe, B. *African Philosophy through Ubuntu*. Harare: Mond Books, 2002.

RIVAS-MUÑOZ, Fábio. *et al.* Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, p. 141-151, 2015. Suplemento 1.

TORRES LÓPEZ, Javier, “¿Cuál es el origen del SARS-CoV2?”. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. COVID-19*. Ciudad de México, 2020.

TUTU, M. Desmond. *No Future Without Forgiveness*. New York: Doubleday, 1999.

UM OLHAR SOBRE AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA DE ACORDO COM O SABER LOCAL NAS COMUNIDADES COSTEIRAS DO NORTE DE MOÇAMBIQUE¹

Chapane Mutiua

O norte de Moçambique foi durante séculos palco de interação de diferentes povos oriundos dos mais diversos lugares. Esta interação deixou como legado uma rica e diversificada herança cultural tangível e intangível, cujas características básicas denunciam a sua consistente relação com o Oceano Índico ocidental. É sobre uma das principais dimensões deste legado cultural, o “saber” (para uns, local, e para outros, tradicional) que o presente capítulo se propõe a analisar.

Com efeito, alguns rituais praticados na região costeira do norte de Moçambique representam uma simbiose cultural que resulta desses milenares contatos entre África e Ásia no contexto do Oceano Índico. Desse complexo de rituais destacam-se os que desempenham o papel de cura, tais como *majini*² (possessão de

¹ Texto mantido em sua forma original.

² O termo *majini* é o plural de *jini* ou *jinni*, adaptado de *jinn* que em árabe significa gênios (no sentido restrito) ou espíritos/demónios (no sentido mais amplo). No norte de Moçambique, assim como na costa Swahili, o termo no plural, tal como usado neste texto, significa ritos de posseção de espíritos.

espíritos), *lomba* ou *omba*³ (intercessão aos Deuses e aos antepassados) e *zinguo*⁴ (exorcismo).

O presente trabalho parte de uma abordagem histórica sobre o fenómeno *Naparama*⁵ ou *Watu Wapya*⁶, observado durante o trabalho de campo realizado em Quissanga, na região costeira de Cabo Delgado. Com base no cruzamento de fontes orais e secundárias, procura-se compreender as alternativas comunitárias desta região, baseadas no saber local ou tradicional, para resolver problemas como doenças (individuais, epidémicas ou endémicas), a falta de emprego, a mudança nos sistemas de valores, gestão ambiental e (in)segurança alimentar.

O presente capítulo começa por analisar a ocorrência na história, e nesta região, deste tipo de fenómenos, que têm por objetivo o combate ao feitiço e todos os males a ele relacionados, embora se apresente em diferentes momentos e formatos, desde o *Ningore*⁷, no período 1992-1994, passando pelo *Naparama*, também conhecido na região por “Pergunta Bem”, terminando e concentrando a atenção no mais recente *Watu Wapia*, *Gipia* ou *Naparama*, que decorreu entre 2013 a 2014 na costa de Cabo Delgado, principalmente

³ *Omba* (em Kimwani e Kiswahili) ou *lomba* (em Ekoti) é a designação que se dá aos rituais de intercessão aos Deuses e/ou aos espíritos dos antepassados.

⁴ O termo *zinguo*, seja em Kiswahili ou em Ekoti e outras línguas da costa do norte de Moçambique significa o ato de exorcismo. O *zinguo* é quase sempre parte dos rituais de *lomba* para cura, prevenção e proteção.

⁵ O termo *Naparama* surgiu durante a guerra civil (1976-1992) como título do vidente Manuel António. O termo passou a designar também os grupos de milícias por ele criados. Em Cabo Delgado, o termo designa um grupo de curandeiros que passaram pela região entre 1997 e 1998. Ortograficamente, prefiro o *Naparama*, embora *Namparama* seja também aceito na área de pesquisa.

⁶ De acordo com os membros dos grupos que assim se chamam encontrados em Quissanga, Ibo e Pemba entre 2013 e 2014, *Watu Wapya* que também se designam *Gipia*, significa gente nova.

⁷ Grupo de curandeiros que atuaram na região de Nampula e Cabo Delgado no início da década de 1990.

no Arquipélago das Quirimbas e continente contíguo, incluindo a cidade de Pemba.

Em seguida, realiza-se uma análise social do fenómeno com base nas percepções locais (saber local) e na literatura que aborda questões relacionadas em Moçambique. Faz-se depois um olhar sobre a forma como as autoridades administrativas locais lidaram com isso, e, por fim, procura-se fazer um enquadramento do fenómeno nos conceitos e concepções práticas sobre a modernidade e tradição.

EM BUSCA DE *UCHAWI*⁸: DESDE *NINGORE*, *NAMPARAMA* ATÉ *WATU WAPIA* OU *MAPEPE*

O fenómeno *Naparama* é uma iniciativa comunitária que visa curar as “enfermidades” biológicas e sociais, económicas e “metafísicas” das comunidades, e é aqui visto como uma reconfiguração sociocultural do *zinguo* (POUWELS, 1987), que faz parte da cultura Swahili na costa oriental de África. Argumenta-se que o *zinguo*, tal como vários outros rituais comunitários que desempenhavam um importante papel na manutenção da ordem social nas sociedades costeiras do norte de Moçambique, foi gradualmente marginalizado como reflexo das críticas advindas do discurso de modernidade, por um lado, e dos debates sobre a ortodoxia no Islã, por outro. Contudo, a incapacidade do Estado em suprir algumas necessidades básicas faz com que as comunidades recorram a alternativas locais, tais como a reconfiguração desses mesmos rituais. Tal prática, enquanto na percepção das comunidades, apresenta soluções, embora temporárias e “irracionais”, e impõe também vários debates

⁸ *Uchawi* em Kiswahili e Kimwani significa feitiço. A pessoa que possui *uchawi* toma o título de *mchawi*. O conceito de feitiço usado neste trabalho é baseado nas interpretações e explicações dadas localmente, e sustentada pelo trabalho de Harry West no contexto do planalto de Mueda (WEST, 2005, p. 10).

de âmbito religioso e das relações sociais, assim como desafia as conceções modernistas sobre o papel e valor do saber local.

Mapepe é o nome com o qual se identificou o *fundi* ou mestre de um tipo de práticas que se situam entre o religioso e a medicina “tradicional” africana, a que designam *Watu Wapia* (gente nova). Mapepe, assim como todos os *mafundi*⁹ (mestres) de *Watu Wapia*, tem por objetivo a cura de doenças biológicas, sociais e espirituais, cujo centro se localiza na pessoa de *Mchawi* (feiticeiro), que com o recurso ao *uchawi* (feitizo), espalha doenças e mal-estar nas comunidades.

Este tipo de fenómeno que, como *bola de neve* se espalhou por toda a costa da província de Cabo Delgado entre 2013 e 2014, não é novo. Aliás, o nome com o qual se popularizou no arquipélago das Quirimbas e no distrito de Quissanga, *Namparama* ou *Naparama*, sustenta o carácter repetitivo de um fenómeno cuja origem ainda está por esclarecer. Entretanto, importa salientar que o nome *Namparama* ou *Naparama* está intimamente ligado à guerra civil que assolou o país entre 1976 e 1992. Os *Naparamas* surgem como um movimento messiânico liderado por Manuel António, no distrito de Alto Molócue, província da Zambézia, com o objetivo de acabar a guerra e libertar o povo. O seu fundador afirmava ter recebido uma missão divina (CHICHAHA, 2007, p. 25; LEMIA, 2001, p. 32-33). A ação dos *Naparamas* começou na província da Zambézia, mas o seu sucesso militar cedo o expandiu para Nampula (LEMIA, 2001, p. 33).

Watu Wapia vem suceder ao *Naparama* que passou pela região, entre 1998 e 2000, com o cognome de *Pergunta Bem*, atribuído devido ao som ecoado pelo seu “bataque mágico”. Tal como *Watu Wapia*, *Naparama* também expandiu suas atividades por quase toda a região costeira de Cabo Delgado. Antes do *Naparama*, a região testemunhou outra “campanha de curas” levada a cabo

⁹ Plural de *fundi*, que significa mestre em Kiswahili, Kimwani e Ekoti.

por um outro *fundi* (mestre), o *Ningore*, entre os anos 1992 e 1994. Portanto, *Ningore*, *Naparama* e *Watu Wapia*, apesar de diferentes em seus métodos de operação, têm o mesmo objetivo: trazer a cura física, social e espiritual às comunidades, e são todos classificados como “médicos tradicionais” e “grandes feiticeiros do bem”. Esta classificação se afigura problemática na medida em que uns preferem o termo “médico tradicional” pelo discurso modernista que expressa ao invés de curandeiro, por exemplo. Enquanto outros olham o feiticeiro como alguém que, munido de conhecimento sobre-humano e de ambição, é incapaz de praticar o bem, dedicando-se pura e simplesmente a praticar o mal.

Para Meneses (2004, p. 85), trata-se de figuras diferentes, pois o feiticeiro mata e o curandeiro cura. Nesta perspetiva, o curandeiro é que detém o estatuto de “médico tradicional”, cujo papel na sociedade é “acabar o azar e a má sorte”. Contudo, o mesmo médico tradicional ou curandeiro que deve desempenhar o papel de “protetor”, também pode ser arrastado pelo ódio e pela ambição a usar o seu conhecimento para a prática do mal – a “feitiçaria” (MENESES, 2004, p. 87).

Esta perspetiva não foge muito da que encontrei em Quissanga, seja pela apresentação do próprio Mapepe e seus colaboradores ou pelas interpretações feitas pelas comunidades. Com efeito, Mapepe, o mestre *Watu Wapia* que operou em Quissanga, Quirimba, Mefunvo e várias outras comunidades do distrito, considera-se “o Maior de entre os Feiticeiros” – *Mchawi Mkubwa*¹⁰ –, e não “curandeiro”. Entretanto, seu papel é praticar o bem: curar as pessoas em todas as perspetivas e ajudar a comunidade a progredir, retirando todos os feitiços malignos que tenham sido colocados para contrariar a boa vontade e o trabalho das comunidades. Assim, Mapepe apresenta dois tipos de feitiço, o que faz mal e o

¹⁰ O Grande Feiticeiro.

que protege. Tal percepção foi também partilhada pelos membros da comunidade entrevistados, embora muitos outros se mostrem cautelosos em aceitar a validade do trabalho feito pelo Mapepe.

Assim, o feitiço tal como é apresentado e representado nestas comunidades, configura-se em forma de um “poder que permite ao seu detentor a participação em uma comunidade secreta e devidamente hierarquizada”.

Com efeito, em Quissanga, por exemplo, Mapepe várias vezes deixou a ideia de uma sociedade secreta que só funciona à calada da noite com o objetivo de criar a desordem, a pobreza, o ódio e causar doenças. Em tal sociedade, segundo Mapepe, há governantes e governados. Existem grandes centros de conferências e até grandes negócios. Também os ricos que têm propriedades sofisticadas como aviões e fazem parte da elite. Existem escravos (os que são apenas sinalizados pelos verdadeiros feiticeiros proprietário dos escravos), e os usam para vários trabalhos; e existem os que só podem ver e proteger os seus familiares e mais próximos sem fazer mal a ninguém (os pequenos protetores, já que esses não se podem comparar com os grandes protetores como Mapepe).

Esta perspetiva chama atenção sobre as noções de saúde e de cura nestas comunidades. Assim, os *Watu Wapya* e outros rituais equiparados têm por objetivo combater as ações malignas perpetradas por essas sociedades e os seus efeitos. Ou seja, o feitiço e os feiticeiros causam doenças e mal-estar social, gerando a ausência de saúde nos indivíduos ou nas comunidades. No entanto, os feiticeiros não são os únicos agentes causadores do mal nestas sociedades, pois o demónio e os maus espíritos (*majini*), assim como a insatisfação dos antepassados podem causar doenças e quebrar a harmonia social (WHITE, 2015, p. 6). Nestes termos, a conceção de saúde de acordo com a perspetiva local corresponde ao estado de “[...] razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542).

Logo, a cura trazida através de rituais como *zinguo* e *lomba* reproduzidos ou reconfigurados sob a forma dos *Naparamas*, *Ningore* ou *Watu Wapya* consiste em repor essa harmonia localmente concebida, que se deve combater a ação dos feiticeiros, do demónio e dos maus espíritos, e promover a reconciliação entre os antepassados e a comunidade.

O SIGNIFICADO SOCIAL DO FENÓMENO MAPEPE: LINCHAMENTO SOCIAL? VIOLÊNCIA? OU RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS?

O trabalho de Mapepe ou *Watu Wapia* desempenha um grande papel social nas comunidades, o que não quer dizer que seja aceito em todos os “tipos de racionalidades”. Muitos dos cidadãos entrevistados em Quissanga, Mocimboa da Praia e Ibo sustentaram esta ideia, enquanto muitos outros deixavam claro que tinham dúvidas quanto a capacidade de resolver os problemas alegados no momento da solicitação daqueles serviços.

A falta de emprego, a escassez de recursos pesqueiros, bem como de outras fontes de rendimentos foram apontados como os principais motivos que levaram os jovens a reunir esforços e fundos para solicitar os trabalhos dos *Watu Wapia*. O depoimento de A. B., motorista de profissão, ajuda a esclarecer este facto:

Fomos chamar porque vimos que ali no bairro as coisas não estavam a andar bem. Por exemplo, eu aqui podia ter meus dois mil meticais, mas não sabia o que fazer. Desaparecia mesmo. E questionávamo-nos, mas como isto! E como ouvimos falar de Naparama fomos atrás dele. E outras pessoas também ouvíamos dizer que levam o nosso dinheiro, e nós não podíamos permitir aquelas coisas, por isso fomos atrás de Naparama. (A.B., 2014, informação verbal).

Um comerciante de Quissanga, que preferiu falar no anonimato, corroborou a opinião de A.B., ao afirmar que: “[...] *nós fomos contratar o Naparama para vir tirar feitiço. Sabia-se que havia feitiço porque os velhotes ameaçavam com feitiço.*” (2014, informação verbal).

A opinião sobre a ação dos *Watu Wapia* é divergente quando se fala dos resultados alcançados com o seu trabalho. Para muitos, houve mudanças, porque muita gente ficou com medo e os que tentam brincar com o feitiço acabam morrendo. Para outros, não mudou nada em termos materiais, pois toda a gente continua na mesma situação em que se encontravam antes do aparecimento do “Grande Feiticeiro”. Os entrevistados com algum nível de escolaridade apontam o analfabetismo como um dos principais motivos que faz as pessoas pensarem que só não têm emprego porque os velhos os enfeitizam, tal como disse H.A., de Tandanhange: “[...] *isso de dizer que não tem emprego por causa dos velhos é errado. Uma pessoa não pode ter emprego sem procurar emprego.*” (2014, informação verbal).

Contudo, os demais membros da comunidade que solicitaram os trabalhos dos *Watu Wapia* são os que acreditam que a vida só não melhora devidos aos feitiços e feiticeiros que enfermam a comunidade toda, além de que o próprio Mapepe deixou passar essa mensagem. Durante o trabalho na frente da Secretaria da Administração Distrital de Quissanga, disse ele que “havia um amuleto enterrado que roubava o dinheiro dos funcionários daquela instituição e fazia as pessoas pensar que a Administradora local não era competente”. E disse ainda: “vocês já deviam ter comprado motorizadas, mas não conseguem. Assim que eu tirar isto vocês comprarão motorizadas”.

Pode-se, assim, afirmar que o trabalho dos *Watu Wapia* desempenha um papel muito importante na medida em que traz

uma espécie de equilíbrio na ordem social, tal como o trabalho de curandeiro ou médico tradicional (MENESES, 2004, p. 88). Contudo, há duas discussões importantes a ter em conta, que ajudam a fazer o enquadramento social deste fenómeno. A primeira diz respeito à forma como as instituições governamentais lidaram com o caso, e a segunda, à forma como os feiticeiros são identificados e curados.

A REACÇÃO DAS AUTORIDADES GOVERNAMENTAIS AO FENÓMENO *WATU WAPIA*

Para chegar à reacção das autoridades administrativas com relação a este fenómeno popular, vou me concentrar no processo que conduziu a sua autorização para levar a cabo o seu trabalho. Tal como me referi anteriormente, é por uma iniciativa popular, normalmente dos jovens da comunidade que se organizam e vão solicitar o trabalho do mestre *Watu Wapia*. A solicitação é feita apresentando uma declaração do bairro e um pagamento de um valor inicial que, de acordo com os entrevistados, está fixado em dois mil meticais (2.000,00Mtn), e da promessa de cobrança de cinquenta meticais (50,00Mtn) a cada casa por onde o mestre passar, independentemente de ter feitiço ou não.

Entretanto, para iniciar o seu trabalho, o mestre ou *fundu*, como localmente se chamam, necessita de ter a autorização das autoridades administrativas do distrito, a declaração e reconhecimento da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (Ametramo), a nível do Posto Administrativo ou na representação mais próxima da comunidade onde pretende trabalhar.

Em quase todas as comunidades por onde passaram estes *fundis* foi-lhes barrado o início do exercício do seu trabalho, mesmo

com toda esta documentação apresentada, tal como ilustra a entrevista de A.B. (2014, informação verbal):

Nós chamamos a ele [o fundi], só que o presidente do bairro não queria. Não queria mesmo. Eles com o grupo dele não queriam que ele trabalhasse ali. De repente ali, nós andamos com aquilo [documentos] [...] o senhor Caruso, conhece? Tem ali onde se vende peixe [mercado de peixe do bairro de Paquitequete, cidade de Pemba], um homem chamado senhor Caruso. Esse andou com aqueles documentos, foi ao Município, foi ao governador, foi ao comando. Requisitou todos os documentos necessários, já tinha. Mas mesmo assim, os chefes do bairro não aceitavam.

O mesmo tipo de problema surgiu em Quissanga, onde a população da aldeia de Tandanhague chegou a amotinar-se em frente à secretaria distrital, e a polícia precisou ser acionada para conter os amotinados. No caso de Quissanga, o próprio Mapepe, o *fundi* teve de ser recebido em audiência pelo Secretário Permanente do distrito para obter a autorização, depois de ter obtido a declaração da Ametramo do Posto administrativo de Bilibiza.

É verdade que, em ambos os casos aqui narrados, tanto no bairro de Paquitequete (cidade de Pemba), como na aldeia de Tandanhague (distrito de Quissanga), as autoridades administrativas viram-se obrigadas a ceder à vontade popular, deixando assim os *Watu Wapia* trabalhar nas comunidades.

Apesar desse aparato todo e de grande aderência popular, houve dentro das comunidades um considerável número de pessoas opostas ao trabalho realizado pelos *Watu Wapia*, chegando mesmo a gerar situações de violência física, como aconteceu em Tandanhague, em Bilibiza e no bairro Unidade (cidade de Pemba), só para citar uns exemplos. Neste último exemplo, no bairro Unidade, o *fundi* chegou até a ser agredido com recurso a catana, criando-lhe graves lesões na cabeça e em algumas partes do corpo. Em todos os casos

em que apoiantes e contrários ao trabalho de *Watu Wapia* entraram em confrontos violentos, a polícia viu-se incapaz de intervir, devido ao grande número de pessoas envolvidas, mas também devido à ambiguidade que as autoridades têm no julgamento deste tipo de ocorrência como foi provado quando um *sheikh* de Quissanga, acusado pelo Mapepe de praticar o feitiço com textos religiosos, foi ostracizado e humilhado em público. O *sheikh* foi queixar-se à polícia que, contra as suas expectativas, prometeu o prender se continuasse com tal atitude de querer contrariar a vontade popular.

As reações das instituições administrativas do Estado podem também ser vistas através da passividade e falta de controle sobre como o processo da cura dos feitiços e feiticeiros foi levado a cabo pelo Mapepe. Um processo humilhante que conduziu quase sempre à violência, que se resume em danos físicos, psicológicos ou morais, e, muitas vezes, com consequências muito graves, aspetos que, segundo Serra (2012, p. 227), caracterizam o conceito de violência.

A violência que simboliza todo o processo de identificação e cura de feitiços e feiticeiros conduziu, quase sempre, a uma espécie de linchamento, onde a comunidade, liderada pelo *fundu*, decide o destino dos acusados, chamando para si o dever da penalização e sem dar hipóteses de defesas aos penalizados, ou seja, levando-nos a assistir ao exercício privado de justiça contra o olhar impávido das autoridades (SERRA, 2012, p. 135-136).

Serra desagrega o fenómeno linchamento em três tipos: 1) o linchamento físico por acusação de roubo ou estupro, com maior incidência nos bairros periféricos das principais cidades do país, cujas vítimas são, normalmente, jovens desempregados; 2) o linchamento físico por acusação de feitiçaria, com maior incidência nas zonas rurais, cujas vítimas são normalmente mulheres na terceira idade; 3) o linchamento psico-moral decorrente do

linchamento por acusação de feitiçaria, em que a vítima é moralmente humilhada e fisicamente marcada, de modo a tornar visível o “sinal de feitiçaria”, sem no entanto significar a eliminação física do acusado (SERRA, 2012, p. 136). É este terceiro tipo de linchamento que é praticado pelos *Watu Wapia*, em que os acusados são obrigados a cortar parcialmente o cabelo em forma de cruz, por onde são colocados remédios e, posteriormente, incendiados sem danos físicos de vulto. Outros acusados de homicídio com recursos a feitiçaria são embrulhados da mesma maneira como os muçulmanos preparam o cadáver para o funeral.

No linchamento físico por acusação de feitiçaria, bem como no linchamento psico-moral, o alvo é uma força maléfica extra-humana e invisível que se serve de um ser fisicamente real (tal como nas campanhas do *Watu Wapia*), no caso vertente, regra geral, de uma mulher (SERRA, 2012, p. 136).

A matriz das motivações dos casos de linchamentos apresentados pelas pesquisas efetuadas pela equipa liderada por Carlos Serra, apesar do seu foco ter sido as zonas urbanas e periurbanas, com destaque para as cidades do Maputo e Matola, encaixa como uma luva à matriz encontrada nas zonas rurais da região costeira de Cabo Delgado, particularmente em Quissanga. Assim, o desemprego é o principal problema que assola, na sua maior parte, os jovens. Os comerciantes razoavelmente bem-sucedidos, alguns líderes religiosos e as mulheres idosas são os principais culpados.

O tratamento ainda levanta outros problemas relacionados com a saúde. Com efeito, as vítimas são obrigadas a cortar o cabelo de forma parcial e com recurso à uma lâmina, ao que tudo indica não esterilizada. Na observação ao trabalho do Mapepe, em Quissanga, verificou-se que uma lâmina podia ser usada para o tratamento de vários acusados, expondo-os ao risco de doenças contagiosas, tal como o HIV/AIDS, por exemplo. Além do uso de lâminas sem a

devida segurança, Mapepe e o seu grupo obrigam os seus acusados a tomarem um remédio por si preparado através de uma única garrafa, o que também não é recomendável de acordo com os padrões de higiene e saúde pública, em zonas onde em pouco menos de um ano ocorreu a epidemia de cólera.

A tudo isto soma-se os conflitos latentes entre membros da mesma família e vizinhança, que passam a olhar os acusados com outro tratamento, de forma depreciativa, acelerando ou precipitando a sua morte social (SERRA, 2012).

A PROCURA DE SOLUÇÕES “TRADICIONAIS” PARA PROBLEMAS “MODERNOS”

Apesar de todos os problemas levantados na secção anterior, é importante realçar que o aparecimento dos *Watu Wapia* não pode ser visto de forma muito simplista. Primeiro pelo seu valor histórico, como uma continuação de uma prática já estabelecida nestas comunidades. Referimos anteriormente ao facto de o norte de Moçambique, e fundamentalmente as comunidades costeiras de Cabo Delgado, fazerem parte, desde séculos, da chamada área de cultura Swahili, onde o *zinguo* e o *olomba* ou *kuomba* (rituais comunitários de purificação, cura e proteção contra males previamente identificados, passados em curso ou futuros) estão há séculos estabelecidos. Talvez aqui se ancore a razão do ambíguo posicionamento das autoridades administrativas diante do fenómeno e os riscos de saúde e instabilidade moral e social a ele relacionados. No entanto, importa referir que tais rituais coletivos ou comunitários virados para a purificação, prevenção, cura e proteção representam a prática local de saúde pública. Segundo, pelo seu papel social e terapêutica, na medida em que além de servir cura aparente dos

diversos problemas biológicos e sociais é, acima de tudo, visto como a solução para questões como o desemprego, a escassez de recursos naturais que servem de fontes de rendimentos para muitas pessoas nestas comunidades rurais.

Nesta perspetiva, os *Watu Wapia* aparecem como solução de problemas criados pelos efeitos da globalização e do chamado desenvolvimento. Assim, problemas como a falta de emprego que estão muito relacionados com as políticas de desenvolvimento e níveis de escolaridade, os problemas de gestão ambiental e dos recursos naturais que influenciam os níveis das produções agrícola e pesqueira, em suma, os problemas relacionados com a industrialização e integração de tais sociedades nas práticas discursivas de “modernidade” são propostos a resolver por via de práticas “tradicionais”.

É na relação entre a análise dos conceitos de “tradição” e “modernidade” que se situam todos os problemas levantados entre a sociedade, as autoridades e os próprios *Watu Wapia*. É que a noção de modernidade se situa entre a conceção do normal e a objetividade nas ciências sociais, e de acordo com a experiência africana, tem como principais características a secularização, a industrialização, o capitalismo, a preponderância da racionalidade na organização da vida, a autonomia e a individualização (MACAMO, 2001, p. 363). Por outras palavras, esta noção de modernidade descreve África como uma sociedade tradicional e resulta de uma conceção linear da história (SANTOS, 2002 *apud* MACAMO, 2001, p. 363).

O fenómeno aqui descrito e analisado vem de facto con-substanciar a tese defendida pelo professor Boaventura de Sousa Santos, segundo a qual “[...] há além das ciências modernas, muitos outros conhecimentos que se validam por outros critérios que não o serem científicos ou serem modernos, o que torna a diversidade epistemológica do mundo potencialmente infinita.” (SANTOS, 2004, p. 6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de persistir em algumas áreas, os ritos de *lomba* e *zinguo*, que no passado desempenhavam um grande papel na perspectiva local de prevenção de calamidades e doenças, na manutenção da ordem e da harmonia social nas sociedades Swahili e seus vizinhos makhuwas no norte de Moçambique, perderam muito do seu fulgor devido à constante marginalização e contestação a que foram sujeitos desde o início do Estado “moderno” em Moçambique, imposto primeiro pelo colonialismo e depois pelo governo de regime marxista da Frelimo, nos primeiros anos da independência. Ambos regimes viram a cultura africana como retrógrada e obscurantista, e por isso inimiga do desenvolvimento e da modernidade.

A segunda onda de contestação a estes rituais veio de *ulamas* de orientação *wahabita* que, formados em países como o Sudão, a Arábia Saudita e outros, começaram a chegar a Moçambique no último quartel do colonialismo, e olharam a prática destes rituais como uma inovação entre os muçulmanos – *bid'a* (BONATE, 2005, 2006, 2007).

Diante disso, da degradação da moral das condições de vida e de habitabilidade, que resultam em parte da guerra civil que assolou o país durante 16 anos, assim como dos efeitos da implantação do sistema capitalista em Moçambique, aliado à incapacidade das instituições governamentais em fazer frente a tais problemas, a sociedade viu-se obrigada a procurar outros meios, neste caso, baseados no saber local ou “tradicional”, para resolver os problemas que as concepções de modernidade criaram.

Assim, *Ningore* (1992-1994), *Naparama* (1998-2000) e *Watu Wapia* (2013-2014) representam uma reconfiguração social do *zinguo* e *lomba* e, além de oferecerem a crença sobre a cura, desafiam não apenas os limites da modernidade e da tradicionalidade, mas,

acima de tudo, colocam em causa o discurso e a prática sobre o secularismo em Moçambique. Numa perspetiva em que o secularismo se manifesta através de discursos sistematizados e ideologicamente orientados para moldar padrões de valores e práticas sociais, as reações ao fenómeno *Watu Wapia* ilustram que tais padrões são contrários ao saber local partilhado pelas comunidades e até mesmo pelas autoridades locais.

REFERÊNCIAS

- BONATE, Liazzat. From Ssirazi into Monhé: Angoche and the Mainland in the context of the nineteenth century slave of northern Mozambique. In: ZIMBA, Benigna; ALPERS, Edward; ISAACMAN, Allen. *Slaves Routes and Oral Tradition in Southeastern Africa*. Maputo: Filsom Entertainment, 2005. p. 195-218.
- BONATE, Liazzat. Matriliney, Islam and Gender in Northern Mozambique. *Journal of Religion in Africa*, Leiden, v. 36, n. II, p. 139-166, 2006.
- BONATE, Liazzat. *Tradition and Transition: Islam and Chiefship in Northern Mozambique, ca. 1850-1975*. 2007. Dissertation (PhD) – University of Cape Town, Cape Town, 2007.
- CHICHAVA, Sérgio. “*Uma provincial rebelde*”: o significado do voto Zambeziano a favor da Renamo. Maputo: IESE, 2007. (Conference Paper, n. 8).
- LEMIA, Rosário Jaime. *Pós-independência, guerra e reassentamento da população no distrito de Namacurra (1975-1989/9)*. 2001. Tese (Licenciatura em História) Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2001.
- MACAMO, Elísio. Modernidade e tradição. In: SANSONE, Livio.; FURTADO, Cláudio Alves. (org.). *Dicionário crítico de ciências*

sociais dos países de fala oficial portuguesa. Salvador: EDUFBA, 2001. p. 59-73.

MENESES, Maria Paula. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória de saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura de Sousa.; SILVA, Teresa Cruz. (org.). *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004. p. 77-110.

POUWELS, Randall. *Horn and Crescent: cultural change and traditional Islam on the East African coast, 800-1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Introdução geral. In: SANTOS, Boaventura de Sousa.; SILVA, Teresa Cruz. (org.). *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004. p. 5-18.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SERRA, Carlos. (dir.). *A construção social do outro – perspectivas cruzadas sobre estrangeiros e moçambicanos*. Maputo: Imprensa Universitária, 2012.

WEST, Harry G. *Kapilikula: governance and the invisible realm in Mozambique*. Chicago: The University of Chicago Press, 2005.

WHITE, Peter. The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. *HTS Theologiese Studies/Theological Studies*, [s. l.], v. 71, n. 3, 22 Jul. 2015. DOI: 10.4102/hts.v71i3.2762.

SAÚDE E RELIGIOSIDADE AFRICANA: O CONTROLE DOS CORPOS NATIVOS ATRAVÉS DO *PROJECTO DEFINITIVO DO CÓDIGO PENAL DOS INDÍGENAS DA COLÔNIA DE MOÇAMBIQUE*

Cristiane Soares de Santana

No contexto colonial, a realização de pesquisas de cunho etnográfico e linguístico sobre as populações nativas era o caminho para se conhecer e melhor “administrar” o *outro*, nascendo assim um saber que justificaria a dominação.

Para Saïd (1990), colonizar era um ato ligado à prática da identificação. Por meio de processo de conhecimento, o imaginário europeu elaborou características dicotômicas em relação ao colonizado e ao colonizador.

As interpretações dos modos de vida africanos como “primitivos” foram introduzidas pela antropologia. Segundo Mudimbe (2013), várias escolas antropológicas deram início à construção de modelos e técnicas de descrição do *outro*, baseados em tendências explicativas em transformação no Ocidente. Em relação a esses saberes coloniais produzidos, o próprio autor afirmava que se distinguiram dois tipos de etnocentrismo: o de filiação epistemológica e o de ligação ideológica.

A primeira é uma ligação à *episteme*, ou seja, uma atmosfera intelectual que confere à antropologia o seu estatuto como discurso, o seu significado como disciplina e a sua credibilidade como ciência no campo da experiência humana. A segunda é uma atividade intelectual e comportamental que varia de indivíduo para indivíduo. Esta atitude é basicamente uma consequência e uma expressão de uma ligação complexa entre a projecção da consciência dos académicos, os modelos científicos do momento e as normas culturais e sociais desta sociedade. (MUDIMBE, 2013, p. 37).

Esse mesmo autor vai ressaltar que a experiência da colonização estaria pautada nesses dois aspectos do etnocentrismo, ou seja, a *episteme* e a ideologia justificariam o discurso de poder e do conhecimento sobre o outro. Esse discurso construído visava justificar a presença europeia via leitura etnocentrista.

A emissão dos discursos dos europeus sobre o outro tendeu a configurar-se em uma projecção criativa de alteridade, que legitimava a autoridade política e científica do Ocidente sobre o resto do mundo.

Nesse processo de produção de saberes sobre o outro se inseria o *Projecto definitivo do código penal dos indígenas da colônia de Moçambique*, objeto de análise deste artigo. Essa obra foi uma das produções provenientes das pesquisas realizadas pelo jurista José Gonçalves Cotta, que chefiou a Missão Etnográfica de Moçambique. Esta foi criada em 31 de julho de 1941 por meio de um despacho do governador-geral, Tristão de Bettencourt, e tinha como objetivo realizar um estudo etnográfico da colônia para a elaboração de um código penal e civil para as populações nativas.

As pesquisas desenvolvidas pela missão, ao longo do trabalho de campo, deram origem ao código e outras duas obras. As três

foram publicadas pela Imprensa Nacional de Moçambique: o *Projecto definitivo do código penal dos indígenas da colônia de Moçambique*, em 1946, acompanhado de um relatório e de um estudo sobre direito criminal indígena e o *Projecto definitivo do estatuto do direito privado dos indígenas da colônia de Moçambique*, precedido de um estudo sumário do direito gentílico. Porém, além desses títulos, em 1944, foi publicada a obra *Mitologia e direito consuetudinário dos indígenas de Moçambique* (COTTA, 1944).

A Missão Etagnósica tinha como objetivo percorrer o território da colônia e realizar uma pesquisa *in loco* sobre cada um dos grupos étnicos que ali existiam, buscando analisar aspectos relativos ao direito, à moral e à mentalidade dessas populações. A elaboração de um projeto de Código Penal e de um Estatuto do Direito Privado tornou-se necessária para auxiliar a administração local na gestão das queixas entre as populações locais, ampliando o seu conhecimento sobre as mesmas.

Cotta se utilizou de processos crimes e da tradição oral, através da realização de *banjas* com autoridades locais contando com o auxílio de intérpretes. Sendo este último, uma importante fonte de informações utilizada pelos membros da Missão como caminhos para conhecerem os costumes dos povos estudados. Vários distritos das províncias de Moçambique foram percorridos pelo jurista e a equipe da missão, a fim de levantar informações para a elaboração do código, aqui entendido como mecanismo de controle. Com base na documentação da Missão Etagnósica foi possível mapear os seguintes distritos percorridos: Sul do Save (Maxixe, Alto Changane, Magude, Panda, Homóine, Chibuto); Zambézia (Inhassunge, Mopéia, Mutarara, Charre, Inharruca-Sena, Ancuaze, Mocuba, Massingire, Lugela, Nhamarroi, Ile, Gurué, Alto Molócue, Alto Ligonha); Niassa (Palma, Muêda, Mocimba da Praia, Macomia, Monterrupez e Quissanga, o posto administrativo de Quionga e o Concelho de Ibo);

Manica e Sofala (Changara, Chicoa, Maravia, Macanga, Matundo, Benga, Borama, Tete (vila), Dondo, Vila Machado, Neves Ferreira, Chimoio, Inhaminga, Macequece, Mossurize).

No contexto do colonialismo, as formas de subjugação usadas pelo colonizador poderiam ser de vários tipos. Campanhas militares, por exemplo, foram estratégias utilizadas até as primeiras décadas do século XX. Porém, o enfrentamento indireto também foi empregado como forma de controle da população local, sendo isto feito através do enquadramento jurídico (MOUTINHO, 2000).

Os regimes coloniais se encarregaram de nomear e classificar, visando instaurar uma ideia de singularidade, para impor a tais categorias valores que sustentassem a sua prática de dominação. Os termos colonizado e colonizador foram criados a partir desse processo de categorização imposto pelo colonialismo, que marcou várias instâncias da vida do sujeito colonial.

O colonizado, segundo Fanon (1968), tem sua existência marcada por um processo de violência sistemática do regime colonial, cujo elo de comunicação se faz via aparato repressor. A criação de tribunais, leis, códigos e regulamentos especiais para as populações nativas se insere nessa estrutura criada com a intenção de exercer um controle mais efetivo sobre os colonizados.

O *Projecto definitivo do código penal dos indígenas da colônia de Moçambique* é compreendido como um instrumento jurídico que iria tentar e/ou incidir nas diferentes instâncias da vida da população indígena. O ato de codificar era uma estratégia que visava normatizar os comportamentos via combate das práticas culturais dessas populações. Desse modo, o lobolo, os ritos de iniciação, as festas, as crenças religiosas e os cuidados de saúde constituíram espaços de combate entre o poder do colonizador e a resistência dos nativos. Segundo Moutinho (2000, p. 124):

[...] o enquadramento jurídico assume a plenitude das suas funções, cimentando o controle militar e assegurando a paz colonial, possibilitando deste modo a colheita dos frutos. O enquadramento jurídico não é, no entanto, uma questão de burocracia pacífica. E, antes de tudo, uma burocracia armada; é uma das formas pela qual se manifesta o controle dos nativos.

Esse enquadramento jurídico será foco da nossa análise neste artigo, tomando como fonte principal o *Projecto Definitivo do Código Penal* de José Gonçalves, abordando o código como um dos mecanismos da extensão do poder colonial. Esta proposta de Código Judiciário era caracterizada pela presença de coerções disciplinares, que se manifestavam por meio de mecanismos de dominação, ao mesmo tempo em que se camuflavam como um poder efetivo.

O Código representaria esse mecanismo de poder que incidia em várias instâncias, sendo as práticas culturais indígenas os objetos de controle via, primeiro, disciplinarização e, depois, através da criminalização de determinadas práticas culturais das populações nativas, normalizando-as. O uso das práticas religiosas para solucionar de problemas e a manipulação do corpo via escarificação foram alguns dos elementos tornados crimes no contexto da conjuntura colonial, como forma de exercer o controle sobre o outro via elaboração do Código.

O CÓDIGO E CONTROLE DE PRÁTICAS CULTURAIS

Cultura e religiosidade são elementos que moldam a concepção de mundo africano, sendo a religião algo muito maior do que um simples conjunto de crenças. Seria ela um modo de vida, a base cultural da formação de identidades e de valores morais (TSHIBANGU TSHISHIKU; AJAYI; SANNEH, 2010). Estando viva em vários

setores da vida africana, a religião é apresentada por Obiechina como possuidora de uma amplitude, sendo que no mundo africano:

Não existe qualquer dimensão importante da experiência humana que não esteja ligada ao sobrenatural, ao sentimento popular religioso e à piedade [...] Tudo isso constitui parte integrante da estrutura ideológica da sociedade tradicional. (OBIECHINA, 1978 *apud* OPOKU, 2010, p. 208).

No setor da saúde e da cura, em Moçambique, temos a figura da/do *nyanga*, que pode ser traduzido no sul de Moçambique como curandeiro ou médico tradicional. É uma designação utilizada largamente para aquele que cura usando a força dos remédios, apoiando-se nos espíritos ancestrais (MENESES, 2010). Essas crenças não eram impedidas de forma direta, mas todas as ações indiretamente ligadas a tal figura eram criminalizadas por parte da legislação proposta por Cotta. Em *Mitologia e direito consuetudinário dos indígenas de Moçambique*, publicada em 1944, Cotta descrevia essas práticas afirmando que:

[...] entende-se por magia dos negros da Colônia de Moçambique o conjunto de ritos e práticas que certos indígenas, supostos possessores de demônios, usam a título lucrativo, com o fim de, pela interferência de almas de antepassados dos clientes ou dos espíritos seus possesores, preescrevem a terapêutica a seguir nas doenças, adivinharem acontecimentos futuros, causas misteriosas de acontecimentos pretéritos e de removerem os infortúnios das pessoas. (COTTA, 1944, p. 61).

Na tentativa de convencer o leitor das razões pelas quais tais práticas deveriam ser criminalizadas, tal crença era colocada pelo autor como um dos flagelos morais dos indígenas, sendo isso

reflexo do seu atraso social. Tal ideia que marcava o discurso de Cotta era reflexo de um trabalho de desqualificação dos saberes endógenos realizado por missionários, administradores e médicos do período colonial.

Porém, mesmo trazendo em *Mitologia e direito consuetudinário dos indígenas de Moçambique* termos como “mágicos”, “feiticeiros” ou “adivinhos” para designar os sujeitos responsáveis pelas práticas religiosas endógenas, Cotta ressalta que eles seriam pertencentes a um grupo privilegiado, detentores de grande conhecimento sobre o mundo sobrenatural, sendo eles venerados pelo seu saber e sua utilidade social.

Em relação a essas designações, Meneses (2010) aponta que curandeiro, feiticeiro e médico/terapeuta tradicional seriam definições mescladas. Com efeito, haveriam diferenças entre o terapeuta tradicional e o feiticeiro. Contudo, a autora pontua que a palavra curandeiro sofreria um processo de descrédito, na medida em que, para muitos praticantes, ela seria sinônimo de feiticeiro. O reflexo disso seria a reivindicação dos praticantes da medicina tradicional na busca pela representação e demarcação de espaço de poder através da exigência da designação para si de médico tradicional.

Feitas essas diferenciações, o “feiticeiro” aparecia no Código como réu, sendo que sua ação poderia “[...] atingir a todos sem distinção, sem se saber o meio empregado, e muitas vezes, sem se saber de quem ele veio.” (COTTA, 1946, p. 97). O autor descreveu que estes exerciam seu poder através de meios físicos, como ofertar água, comida ou outro tipo de bebida envenenada.

Tornar crime ações advindas da cultura dos povos da colônia foi algo feito logo nos primeiros artigos do *Projecto definitivo*, já que, para o etnógrafo:

Consideram-se crimes gentílicos para os efeitos deste Código os que forem cometidos por indígenas, sob a influência directa das crenças e superstições peculiares da raça negra e que levam o criminoso à persuasão da legitimidade do fim ou dos motivos que determinaram o facto punível. (COTTA, 1946, p. 55).

A criminalização dessas atividades apareceu no título II do Código Penal, mais especificamente no capítulo I, nomeado “Dos crimes cometidos no exercício da magia e da medicina gentílica. Da assistência aos partos e das mutilações e tatuagens deformatórias”. O autor dedicou a seção número 1 para designar o que seria entendido como crime.

O uso do *muave*, por exemplo, foi citado pelo autor como crime praticado pelas/os nyangas. O *muave*, segundo o próprio Cotta relatou na *Monografia etnográfica da província do Niassa (Porto Amélia)*, era um líquido preparado pelo adivinho com base na casca de uma planta chamada *erithrophoeum guineensis*. Estes usavam esta bebida para provar a inocência ou a culpa dos acusados, podendo ser considerado como peça de execução da justiça local.

Da ingestão do monjo ou muave podem resultar três efeitos: o vomito, o delírio ou a morte. Qualquer destes fenômenos constitui por si, prova irrefragável não só de que o acusado é feiticeiro, mas também de que ele é o autor do feitiço em causa. Pode dar-se uma outra hipótese, mais rara: não produzir a mistela ingerida quaisquer efeitos tóxicos, deixando o acusado em seu estado normal anterior. Este facto traduz então a inocência do acusado. Ao vômito dá-se uma interpretação gravosa. (COTTA, 1946, p. 99).

Existia a crença de que, ao vomitar, o acusado estaria expelindo a sua culpa, ou seja, era visto como a prova do crime; ao delirar,

o sujeito se autodeclarava; e, por fim, após o culpado aparecer, ofertava-lhe outra bebida para fazê-lo recuperar a consciência, que o levaria a esquecer todo esse procedimento anteriormente sofrido, sendo esse processo realizado por meio de uma cerimônia pública.

No artigo 66 ficaria designado que, qualquer indígena, ao desenvolver a função de *nyanga* utilizando substâncias para provar ou não a inocência do acusado, sofreria punições, as quais variavam de acordo com as consequências sofridas após a administração do *muave*:

1º Se da administração das referidas substâncias não tiver resultado o envenenamento do ofendido ou outro mal físico verificável, será o réu chamado à presença do juiz competente e aí primeiramente esclarecido sobre as inconveniências graves de tais práticas e falsidade das crenças que as inspiraram e intimado, depois, a abster-se, para o futuro, de repetir o acto, sob a pena de prisão correcional até de um ano. 2º Se resultar o envenenamento do ofendido, sem contudo lhe causar a morte e não houver reincidência, será o réu condenado na pena de prisão correcional nunca inferior a um ano. 3º. Se da referida prática resultar a morte do ofendido e provado for que só houve da parte do agente a intenção de obter a confissão ou as supostas provas aludidas no corpo deste artigo, será aplicada a pena 2º do artigo nº 30. (COTTA, 1946, p. 96).

O uso do *mondjo* ou *muave* era um método judicial usado pelas populações que habitavam Moçambique. Em relação ao norte, Thomaz (2012, p. 81) afirma que, “Era um método legítimo em algumas sociedades em Cabo Delgado, pertencente ao imaginário social, e que as pessoas usavam por acreditar na sua eficácia.” Essa forma de descobrir o culpado de crimes entre esses povos acabou sendo interpretada pelas forças judiciais como um ato criminoso, passível de severa punição pela legislação elaborada por Cotta.

O trabalho da/do *nyanga* possuía uma dimensão cultural muito ampla, estando no limiar entre a saúde e a religião. Isso estava diretamente ligado ao conceito de saúde que os africanos possuem, o qual é bem diferenciado da noção ocidental. Para Meneses (2010, p. 81)

[...] as chamadas “medicinas tradicionais” estão imbricadas em muitos outros setores da vida social- neste sentido, elas obrigam ao redimensionamento dos conceitos de “doença” e “mal”, que ultrapassam a categoria de infelicidade, e que se traduzem em aspectos de ordem cognitiva, simbólica e institucional próprios da sociedade [...].

Segundo Honwana (2002), a saúde seria um conjunto baseado na harmonia entre os humanos, o meio ambiente e os antepassados. No momento em que esse tripé não estivesse em equilíbrio, surgiriam doenças e infortúnios. Haveria a crença de que a ruptura com alguma norma social ou feitiçaria enviadas por inveja ou vingança causariam problemas de saúde e espirituais no indivíduo afetado.

A sociedade tradicional africana tinha uma visão muito ampla de saúde, envolvendo o bem estar na vida cotidiana, o sucesso em sua propriedade rural ou em seu trabalho, qualquer fosse ele, a saúde das crianças, a sua felicidade na escolha do parceiro para a vida, e assim, sucessivamente. Na religião tradicional, os males físicos não representam senão um sintoma de saúde deficiente que pode derivar da cólera de uma força malévola a qual pode, ela mesma, provir de algum malefício ou da má qualidade das relações do interessado com os seus vizinhos, com um ancestral ou com uma divindade. (TSHIBANGU TSHISHIKU; AJAYI; SANNEH, 1998, p. 605).

Buscando, através das suas pesquisas de campo, entender as razões que motivariam uma ação maléfica do/da *nyanga*, Cotta elençou a inveja da riqueza e do bem-estar alheio, assim como a vingança, como espaços de atuação. De acordo com Cotta (1946, p. 100),

Ainda hoje é muito frequente um indivíduo acusar sua mulher de matar os filhos à nascença por parte da feitiçaria, constituindo o facto de um dos principais fatores do divórcio. [...] Se um indivíduo, dias depois de uma polémica ou de uma briga com outrem, é acometido por doença interna, entra logo a magicar numa causa misteriosa do seu mal e toda a tendência do seu espírito será relacionar o facto da doença com o do ódio que o seu contendor lhe vota.

O papel da/do *nyanga* não era somente resolver conflitos relacionados à vida pessoal do indivíduo, mas também cuidar da saúde. Esses saberes intitulados de “medicina tradicional” sofreram um processo de desqualificação por parte de médicos europeus e autoridades administrativas, que a viam como uma prática primitiva e embasada em superstições. Esse processo teve como intuito fornecer o estatuto de saber hegemônico ao conhecimento médico europeu. De modo que,

Apesar das repetidas tentativas de epistemicídio de que estas formas de saber sobre a saúde têm sido alvo, tal facto poderá ajudar a explicar a enorme vitalidade e persistências dessas práticas, quer no período colonial, quer nos dias de hoje. (MENESES, 2010, p. 78).

O governo português, após o domínio efetivo, iniciou a oferta de uma assistência à saúde para a população africana. Essa preocupação estava marcada pela intenção econômica, pois os colonizadores precisavam proteger a mão-de-obra da qual eles tinham se

apropriado. Um dos relatórios utilizados por Santana (2014) mostra que os portugueses possuíam uma preocupação mais econômica do que sanitária:

[...] Trata-se nesta nova reorganização, de estender practica e eficazmente a todo o território da colônia, a assistência médico-sanitária ao indígena. A todos os governos, de há uns tempos para cá se vinha impondo a obrigação de resolver este importante problema, como assunto da mais actualidade e de mais urgente necessidade [...]. *Está provado pela experiência, que o europeu não pode impunemente entregar-se ao trabalho de cultivar a terra, devendo por isso de recorrer a seu auxiliar, o indígena sem o trabalho do qual toda a nossa obra de colonização corre o risco certo de perder-se [...].* [...] Sem ele nem S. Tomé e Príncipe teria chegado a grande florescência e riqueza que hoje disfrutam, nem a Província de Moçambique poderá caminhar na senda que precisa trilhar para atingir a sua inteira prosperidade [...]. (Relatório da Repartição de Saúde da Província de Moçambique *apud* SANTANA, 2014, p. 197, grifo nosso).

A partir do trecho destacado da citação anterior, vemos o discurso da não aptidão do europeu a esse tipo de trabalho, devendo, então, a mão de obra indígena assumir tal papel no empreendimento colonial. Desse modo, a assistência médica sanitária elencada como algo oferecido, não era simplesmente cuidado com o indígena e sim com a força de trabalho ofertada por ele, visando seu crescimento e conservação.

No período do Estado Novo, o governo português deu continuidade ao trabalho de assistência à saúde do indígena. Assim, como a legislação, as medidas de prevenção higiênicas e profiláticas de natureza privativa continuaram a ser aplicadas. Muitas missões

de estudo foram organizadas a colônia de Moçambique com a intenção de conhecer as doenças mais comuns para o combate a essas epidemias. As doenças mais comuns entre eles eram a tuberculose, a lepra, as infecções cutâneas (micoses) e a sífilis, sendo que esta última propagou-se partir da fixação europeia no interior (SANTANA, 2018).

Os portugueses tentavam impor a medicina ocidental, enquanto que os africanos resistiam em aceitar, continuando a fazer uso dos serviços das/dos *nyangas*. As autoridades coloniais tentaram controlar suas atividades, pois estas acreditavam que sua ação dificultava a realização da assistência religiosa à saúde dessas populações (SANTANA, 2018).

Santana (2018) aponta que os chefes africanos eram orientados a informar aos funcionários da administração colonial uma série de dados, como o surgimento de doenças e números de óbitos; além de orientarem noções sobre higiene, os modos ocidentais de viver e a busca por atendimento médico oferecido pelos portugueses ao invés de procurarem os serviços da/do *nyanga*. Isso se insere no quadro de negação dos saberes endógenos de cura, os quais eram desqualificados pelas autoridades coloniais.

Sobre essa resistência em buscar a assistência médica ofertada, podemos citar Zamparoni (2017). Segundo ele, baseando-se em relatórios redigidos por delegados da saúde, existia uma resistência por parte das populações nativas em aceitar a oferta da medicina ocidental para tratar a lepra, sendo este recurso usado em último caso, quando as *nyangas* não conseguissem mais resolver a questão. No entanto,

Mesmo quando os médicos usavam da estrutura administrativa – leia-se o recurso à força dos cipaios a serviço dos administradores das circunscrições – a fim de conseguir reunir os leprosos para os submeter às triagens, o “diálogo” entre as partes não era fácil.

Barreiras culturais mais amplas, além das linguísticas, se interpunham. As diferentes maneiras de conceber o que fosse saúde e doença existentes entre o mundo ocidental, e o dos praticantes da ciência médica em particular, e o mundo dos seus pretensos pacientes geravam mal entendidos difíceis de contornar. Um deles ocorria logo no primeiro contato, e os médicos diziam que era “muito difícil” e “muito confuso” realizar a anamnésia. Às vezes, o doente se referia a longínquo antepassado leproso em sua família alargada; outras, a um leproso em sua povoação [...]. (ZAMPARONI, 2017, p. 12).

A medicina ocidental e a tradicional, conforme Meneses (2010), foram saberes que coexistiram e as populações africanas fizeram e ainda fazem como forma de cuidar da saúde.

A dicotomia oficial/não-oficial é definida pelo Estado, sendo este quem estabelece, pelo direito, no seio da multiplicidade do pluralismo terapêutico presente em Moçambique, uma distinção mais ou menos explícita entre o que é legal e o que é ilícito, senão mesmo ilegal. No caso da medicina, tudo o que é reconhecido como medicina oficial é alvo de apoio por parte do Estado. Toda a medicina que não é reconhecida como “estatal” é tolerada, mas continua sendo mais frequentemente ignorada, por que pouco permeável a imposições do controlo por parte da biomedicina. (MENESES, 2010, p. 80).

No *Projecto definitivo*, Cotta trazia um tom de tolerância, mas com algumas restrições, marcadas pelas ideias de primitivismo e pelo discurso higienista, ao mesmo passo que o papel da/do *nyanga* era ressaltado pelo autor como algo de relevância naquele contexto para a realização dos partos, por exemplo. Segundo ele,

Destarte, a medicina indígena tem sido tolerada e deverá continuar a sê-lo, enquanto a assistência médica não puder chegar plenamente, como se pretende, a todos os pontos povoados do interior, muito embora, desde já se empreenda muito justificadamente, a repressão de algumas práticas terapêuticas gravemente nefastas à saúde, como sejam as imun-das das parteiras do mato que tanta culpa têm da mortalidade infantil. (COTTA, 1946, p. 106).

Além das/dos *nyangas*, o governo colonial formou africanos como enfermeiros, que eram os únicos profissionais de saúde que a população africana de locais mais afastados dos centros urbanos podia contar. As autoridades coloniais, notando a inexistência de uma assistência à saúde devidamente estruturada, resolveram ser mais coniventes com a atuação das/dos *nyangas* e aceitaram, também, a presença desses enfermeiros africanos, os quais, possivelmente, conseguiam inserir-se junto às populações com muito mais facilidade (SANTANA, 2014).

Apesar disso, as autoridades coloniais portuguesas se utilizavam de estratégias por meio da lei para tentar proibir ou orientar como essa atuação seria feita. Veremos isso na segunda seção do *Projecto definitivo* de Cotta, que foi intitulada “Da assistência aos partos”. No primeiro artigo dessa seção, o autor propõe pena de um a três meses de prisão para o indígena que, mesmo com a intenção de auxiliar sua mulher no momento do parto, usasse de meios violentos e que atentem contra a sua saúde ou a do bebê.

No propósito de se coadjuvar o parto cometem-se por toda a colônia barbaridades incríveis. Uma vez o marido ajoelha sobre o ventre da mulher parturiente e pratica movimentos de pressão, ora com um, ora com outro joelho, movimentos que ele supõem

indispensáveis para facilitar a expulsão do feto. (COTTA, 1946, p. 110).

Essas ações eram vistas por Cotta, homem português e que possivelmente nunca presenciou um parto, como um exemplo do estágio primitivo no qual se encontravam esses povos. Exemplificando a forma como o parto era visto, comparava-se a mulher africana em procedimento de parto a um animal:

[...] um grito de dor golpeou o silêncio e o eco repercutiu-o pelo mato dentro. Depois outro, e outro, e muitos mais, anavalhando a noite. Eram gritos de animal ferido a distorcer-se aflito (REIS, 1965, p. 205 *apud* MOUTINHO, 2000, p. 60).

Inspetores de saúde e outros funcionários do governo incentivavam as populações locais a aderirem às noções de higiene orientadas pelos europeus, assim como a procurarem os serviços hospitalares oferecidos pelo governo colonial, o que era feito como uma forma de combate aos serviços das/dos *nyangas*. As tentativas de fazer essa medicina do Estado atingir as populações foram feitas através da formação dos enfermeiros africanos e também das parteiras visitadoras, mulheres que realizavam um trabalho de acompanhamento de gestantes. Essa categoria foi criada com o intuito de controlar as atividades das parteiras, devendo todas as mulheres gestantes serem encaminhadas para as maternidades coloniais, a fim de realizarem os partos em condições de assepsia adequada (SANTANA, 2014).

O parto foi um tema recorrente nas monografias etnográficas de Cotta. As especificidades desse rito apareceram ao longo da descrição de cada vila/circunscrição que a equipe da Missão Etnográfica visitou na busca de compreender os costumes de cada um daqueles povos. Como o próprio autor relatou na monografia da circunscrição

da Vila do Tete, os estágios da gestação, o parto e a infância eram permeados por elementos culturais, os quais possuíam significados específicos no seio daquela etnia:

Quando se manifestam as primeiras dores, o marido chama a parteira (Daia). Esta acompanhada de duas ou três auxiliares (não tem designação especial), pertencentes a família da parturiente corre logo a prestar os seus serviços. Os homens quem é absolutamente interdita a assistência ao parto e a quem suas mulheres jamais revelam o que se passa durante esse acto, não nos podem informar da técnica da parteira. Sabem contudo que o recém nascido é logo lavado com água tirada de uma panelinha nova de barro (Xibobue ou taxo) que foi levado para a palhota propositalmente para esse fim e que servirá unicamente para as abluções da criança até a sua desmama. É tabu utilizar a Xibosue para outros fins. A mãe guarde-a, depois da desmama do primeiro filho, para servir aos que, porventura, lhe nascerem. Concluída aquela eblução, a parteira corta um pedaço do seu cordão (kuzi), que traz a cintura e ata-se à cintura da criança. Parece que este acto tem por fim simbolizar os votos da parteira pela longa vida do recém-nascido que a criança viva pelo menos tantas luas quantas as que passaram sobre a própria parteira que é, em regra, uma velha! [...] A parteira não abandona a cliente duas semanas. É ela quem vai buscar água, quem lhe faz a comida, quem lhe arranja a casa e trata da criança. (Missão Etnográfica da Colônia de Moçambique - Monografias da Província de Manica e Sofala, 1942).

Para combater tais costumes, o autor sugeria a participação das parteiras indígenas, as quais receberiam a preparação profissional em hospitais ou enfermarias regionais e, por essa razão, deveriam

colocar em prática as normas de higiene e obstétricas em contraposição aos métodos primitivos e tradicionais usados.

As autoridades administrativas empreenderão por intermédio de seus auxiliares indígenas, a perseguição a tais costumes, usarão a principio de meios suasórios, depois recorrerão à repressão, ainda que pouco rigorosa, em harmonia com os preceitos do próprio Código [...] Acima da própria incriminação do facto, estará sem dúvida a propaganda, a assistência médica, a substituição dos erros e violências antigas pelos conhecimentos adquiridos pelas mulheres indígenas preparadas como estão sendo já para o exercício da obstetrícia fácil. (COTTA, 1946, p. 110)

Vemos que o controle sobre o corpo e a saúde se manifestavam não somente por meio da instrumentalização do parto, mas por meio do combate às escarificações e outras práticas culturais voltadas para o corpo. Na IV seção do Código Penal, intitulada “Das tatuagens e outras práticas deformatórias”, o autor tratou em dois artigos os aspectos relacionados ao corpo do homem/mulher indígena, que estavam diretamente ligados às práticas culturais e crenças religiosas dessas populações.

No artigo 76 fica estabelecido que, um ano após a publicação do Código, tatuagens em qualquer parte do tronco ficariam proibidas, sendo que o indígena que realizasse o ato seria punido com multa. A tatuagem à qual Cotta se referiu era a prática da escarificação, que pode ser definida como uma técnica de marcação do corpo amplamente utilizada no continente africano.

As manipulações no corpo eram usadas como uma expressão de pertencimento a um determinado grupo ou como uma representação da passagem para outro estágio da vida durante os processos dos ritos de iniciação. De acordo com Genep (2011, p. 78),

Observo apenas que cada tipo de mutilação, sendo um procedimento de diferenciação coletiva, o empréstimo não pode fazer-se entre tribos limítrofes, mas somente se esta forma, ainda desconhecida, pode servir para diferenciar melhor um grupo determinado em relação a seus vizinhos. As mutilações são um meio de diferenciações definitivas. Outras há, porém, como o uso de um vestuário especial ou de uma máscara, ou ainda as pinturas no corpo (sobretudo com minerais coloridos) que marcam uma diferenciação temporária. São estas que vêm desempenhar considerável papel nos ritos de passagem por que se repetem a cada mudança na vida do indivíduo.

Medicalizar o indígena e tentar controlar os saberes em torno da cura foram estratégias utilizadas pelo colonizador para disciplinar os hábitos e os comportamentos das populações locais. Esse controle não estava somente ligado à escarificação, mas também às práticas das/dos *nyangas* e sua atuação dos partos. Para Cotta (1946, p. 111) era preciso proibir, pois,

Todos os sistemas de tatuagem podem provocar infecções mais ou menos graves, como aliás qualquer incisão ou ferimentos cometidos sem cuidados anti-sépticos. Mas as tatuagens que certos grupos, como os bitongas, v.g. praticam nas costas das mulheres e que ocupam toda a superfície da pele desde as espáduas até à cintura, tornam-se particularmente perigosas, pela grande extensão de pele ferida e posta em contacto, repetidas vezes, durante o dia com as impurezas do solo.

O *'Projecto' definitivo* propôs o controle dos corpos na colônia de Moçambique a partir das proibições e das criminalizações citadas, sendo isto uma ação do colonialismo por meio da tentativa de apropriação dos corpos indígenas via várias instâncias de poder.

Conforme Comaroff e Comaroff (1991), o poder colonial operou de maneira difusa e indireta, sendo que ele se ramificou além do campo da política institucionalizada, se incorporando nos padrões e valores. A análise da proposta de código elaborada por Cotta traz à tona a necessidade de compreender o espectro amplo de dominação do colonialismo, o qual buscava pelas mais variadas estratégias atingir o domínio das práticas cotidianas via enquadramento jurídico, sendo o *Projecto Definitivo* um exemplo disto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de dominação colonial foi marcado pela presença de vários mecanismos de exploração. A Missão Etnográfica de Moçambique surgiu embasada na máxima conhecer para melhor dominar. A produção de um código civil e penal para as populações locais nos permite compreender os meandros dessa tentativa de controle dos corpos nativos através da elaboração deste instrumento de poder.

A leitura do *Projecto Definitivo do Código Penal dos Indígenas da Colônia de Moçambique* permite a compreensão dos vários âmbitos que o poder colonial desejava atuar dentro do campo da saúde e da religiosidade. Isto foi apontado, neste artigo, através das visões do jurista José Gonçalves Cotta sobre o parto, a atuação das/dos *nyangas* no universo físico e espiritual, a prática das escarificações e o rito de passagem do parto.

A obra de José Gonçalves Cotta traz à tona informações sobre a cultura, economia e os sentidos de justiça das populações autóctones da colônia de Moçambique, elementos estes que foram utilizados para criminalizar práticas ancestrais destes povos compreendidos como bárbaros e atrasados a partir da ótica do colonizador.

FONTES

Arquivo Histórico de Moçambique. Fundo de Direção dos Serviços e Negócios Indígenas. Missão Etnográfica da Colônia de Moçambique – Monografias da Província de Manica e Sofala, 1942.

REFERÊNCIAS

COMAROFF, John L.; COMAROFF, Jean. *Of revelation and revolution: Christianity, colonialism and consciousness in South Africa*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. v. 1.

COTTA, José Gonçalves. *Mitologia e direito consuetudinário dos indígenas de Moçambique: estudo de etnologia* mandado elaborar pelo Governo Geral da colônia de Moçambique. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1944.

COTTA, Gonçalves. *Projecto definitivo do código penal dos indígenas da colônia de Moçambique*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1946a.

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

GENNEP, Arnold Van. *Os ritos de passagem: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações etc.* 2. ed. Tradução: Marian Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

HONWANA, Alcinda Manuel. *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*. Maputo: Promédia, 2002.

MENESES, Maria Paula. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória

da saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura Sousa; SILVA, Teresa Cruz e. *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2010. p. 77-110.

MOUTINHO, Mário. *Indígena no pensamento colonial: 1895-1961*. Lisboa: Universitárias Lusófonas, 2000.

MUDIMBE, Valentin-Yves. *A invenção de África: gnose, filosofia e a ordem do conhecimento*. Tradução Ana Medeiros. Mangualde: Pedago; Luanda: Mulemba, 2013.

OPOKU, Kofi Asare. A religião na África durante a época colonial. In: BOAHEN, AlbertAdu (coord.). *História geral da África, VII: África sob dominação colonial 1800-1935*. São Paulo: Unesco, 2010. p. 591-624.

SAÏD, Edward W. *Orientalismo: o oriente como invenção do Ocidente*. Tradução Tómas Rosa Bueno. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

SANTANA, Jacimara Sousa. *A experiência dos Tinyanga, médicos-sacerdotes, ao sul do Moçambique: identidades, culturas e relações de poder*. (C. 1937-1988). 2014. Tese (Doutorado em História Social) –Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SANTANA, Jacimara Souza. *Médicas-Sacerdotisas: religiosidades ancestrais e contestação ao sul de Moçambique (c. 1927-1988)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2018.

THOMAZ, Fernanda Nascimento. *Casaco que se despe pelas cotas: a formação da justiça colonial e a (re)ação dos africanos no norte de Moçambique: 1894-c. 1940*. 2012. Tese (Doutorado em História) –Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

TSHIBANGU TSHISHIKU, Tharcisse; AJAYI, J. F. Ade; SANNEH, Lemim. Religião e a evolução social. In: MAZRUI, Ali; WONDJI, Cristhophe (ed.). *História geral da África, VIII: África desde 1935*. Brasília, DF: Unesco, 2010. p. 605-629.

ZAMPARONI, Valdemir D. Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 13-39, 2017.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Chapane Mutiua

Doutor em Estudos Históricos pela Universidade de Cidade do Cabo (África do Sul) e formado em História pela Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Investigador no CEA desde 2010. Seus interesses de pesquisa são transversais ao fenômeno religioso, com maior enfoque no islã e cultura islâmica de Moçambique, escravidão, tráfico de escravos e história intelectual no oceano Índico Ocidental, o que inclui estudos de manuscritos Ajami do norte de Moçambique. Tem pesquisado também sobre migração e saúde no sul de Moçambique e aspectos relacionados com saber local, espaço público e gestão e exploração de recursos naturais. Atualmente, dedica a maior parte do seu tempo em pesquisa sobre a cultura de manuscritos Swahili do norte de Moçambique enquadrado no seu projeto/plano de formação.

Cristiane Soares de Santana

Doutora e mestre em História pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus XIV, Conceição do Coité. Tem experiência em história da África, história da Ásia e história do Brasil. É autora do livro *Maoísmo na Bahia* (Sagga, 2020) e de artigos e capítulos de livro sobre história da África, a exemplo de “Quem é prostituta?: uma análise sobre a concepção de prostituição empregada pela operação Produção no Moçambique Pós-independente”, na coletânea *Encontros e desencontros*

de lá e de cá do Atlântico: mulheres africanas e afro-brasileiras em perspectiva de gênero (Edufba, 2017).

Destiny C. Casson

Pós-graduada em Estudos Africanos pela Howard University e bacharela em Psicologia pela Summa Cum Laude (Idianópolis/ Estados Unidos). Embaixadora da National Alliance on Mental Illness (NAMI); membro da Association of Black Psychologists (ABPsi), da Phi Beta Kappa Society (Gamma Chapter) e da Fulbright Alumni Association; premiada com bolsa de estudos de línguas e áreas estrangeiras (FLAS) para Zulu e o Prêmio Fulbright de estudo/pesquisa de 2019-2020 para o Brasil. Dançarina profissional, com especialização em técnicas de dança moderna e da África Ocidental; tem experiências de trabalho de intervenção psicossocial com jovens sem-teto, negros americanos, bem como crianças, adolescentes e adultos passando por crises de saúde mental e comportamental.

Jean Bosco Kakozi Kashindi

Doutor e mestre em Estudos Latino-Americanos (área de conhecimento: filosofias, história das ideias e ideologia na América Latina) pela Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM). Graduado em Filosofia e Ciências Humanas na cidade de Bukavu (Leste do Congo). Tem pesquisa sobre temas relacionados à filosofia africana de ubuntu, discriminação racial e exclusão social da população de ascendência africana na América Latina e no Caribe. É originário da República Democrática do Congo e naturalizado mexicano.

Jeane Saskya Campos Tavares

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA), mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA)

pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é professora adjunta da UFRB, lotada no Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB). Líder do grupo interdisciplinar de pesquisa e extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Pesquisadora associada do grupo de pesquisa e cooperação técnica FA-SA: Comunidade, Família e Saúde (FASA- ISC/UFBA). Coordenadora do Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC/UFRB). Concentra-se em temáticas relacionadas às redes sociais, família e saúde, itinerários terapêuticos, cuidado de pessoas com condições crônicas (doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas persistentes), saúde mental da população negra, formação e rompimento de vínculos afetivos, terapia cognitiva comportamental. Tem experiência em psicologia clínica com pessoas com adoecimento de longa duração.

Karine de Souza de Oliveira Santana

Doutoranda em Medicina e Saúde e mestre em Ciência Animal dos Trópicos, com concentração na área de epidemiologia, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sanitarista com especialização em Saúde Coletiva e Sociedade. Especialização nas áreas de Gestão Ambiental e em Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas. Atualmente é professora de Saúde Coletiva na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e na Residência Multiprofissional em Clínica da Pessoa e da Família (EBMSP/SESAB). Tem experiência na área de saúde coletiva, atuando principalmente nos temas políticas públicas de saúde, determinantes sociais da saúde, epidemiologia social, vigilância em saúde, saúde da população negra e educação em saúde.

Keith Valéria de Oliveira Barbosa

Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e mestre em História pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Possui graduação em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Amazonas, atuando em pesquisa, ensino e extensão nas áreas da História, com ênfase na história da África e na história da saúde e das doenças.

Liliane de Jesus Bittencourt

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco e bacharela em Nutrição pela Universidade do Estado da Bahia. Professora adjunta da UFBA, tem experiência na área de saúde coletiva, trabalhando com saúde da população negra, transtornos alimentares, atenção básica à saúde, políticas de saúde, segurança alimentar e nutricional, entre outros. É vice-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS).

Lucas Carvalho do Nascimento Nogueira

Mestre em Estudos Étnicos e Africanos e licenciado e bacharel em História pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foi membro e colaborador do projeto do Museu Afro Digital da UFBA. É autor de duas exposições no sítio digital: *Anos 20, a ascensão da eugenia* e *As representações dos negros nas páginas do Malho – 1903-1910*.

Muller Sampaio dos Santos Silva

Mestrando em História pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus II, Alagoinhas. Licenciado em História pela UNEB, na qual

foi bolsista CNPq de iniciação científica. Atualmente desenvolve pesquisa sobre a lepra em Salvador.

Ricardo dos Santos Batista

Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e pós-doutorando na Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Mestre e doutor em História pela Universidade Federal da Bahia. Possui graduação em História pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Autor de *Mulheres livres: uma história sobre prostituição, sífilis, relações de gênero e sexualidade* (Edufba, 2014) e de *Sífilis e reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)* (Eduneb, 2017). Organizou coletâneas como *História e saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia* (Eduneb, 2018) e *Quando a história encontra a saúde* (Hucitec, 2020). Desenvolve pesquisa sobre a história das relações entre Brasil e Estados Unidos, com ênfase nas trocas realizadas no campo da saúde internacional e é professor permanente no Programa de Pós-Graduação em História da UNEB, Campus II, Alagoinhas.

Formato: 150 x 210 mm
Fonte: Swiss 721 Cn BT, 25, 18, 15, 12 e 11; Minion Pro, 11, 10, 9 e 8
Miolo: papel Pólen Soft, 80 g/m²
Capa: papel Supremo, 300 g/m²
Impressão: outubro 2021
Gráfica: ImpressãoBigraf

Jacimara Souza Santana

Pós-doutoranda no Programa Multidisciplinar em Estudos Étnicos e Africanos na Universidade Federal da Bahia (Pós-Afro/UFBA) com apoio do Centro de Estudos Africanos da UEM. Doutora em História Social da África pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com estágio na Universidade Eduardo Mondlane (UEM-Moçambique). Graduada em História pela Universidade Católica de Salvador. Docente de História da África na Universidade do Estado da Bahia (UNEB/DCH V), atuando nos cursos de graduação e pós-graduação. Coordenadora do Malungu-Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão de África e suas Diásporas (UNEB/CNPq) e membro do NEGRAS-Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça e Saúde (UFBA/UFRB). Autora dos livros “*Mulheres Africanas de Moçambique na Revista Tempo*” (2014); *Médicas-Sacerdotisas. Religiosidades Ancestrais e Contestação ao Sul de Moçambique* (2018) e organizadora do *História, Saúde e Culturas em África e Brasil* (2016) e da *Cartilha Práticas de Saúde do Povo de Axé contra a disseminação do Covid-19* (2020).

Resumo

O livro *Saúde das populações negras na América e África* não se centra na “doença do povo negro”, antes leva em conta as interações sociais, políticas e culturais, mostrando o racismo como determinante no processo saúde-doença. Em relação aos países da África, ainda que essa expressão seja raramente utilizada, a experiência de enfrentar condições mais vulneráveis de saúde e de desigualdades sociais associadas ao racismo não é estranha à história de seus povos, do processo de escravização à (neo)colonização de seus territórios. Trata-se de uma contribuição para o avanço dos estudos da história (e) da saúde. Esta coletânea resulta da parceria entre os grupos de pesquisa Malungu-Núcleo de pesquisa, estudo e extensão de África e suas diásporas (UNEB) e NEGRAS-Núcleo de estudos e pesquisa

em gênero, raça e saúde (UFBA/UFRB) e é destinada ao público em geral, a acadêmicos e profissionais, sobretudo, das áreas de história, saúde e ciências sociais, bem como ativistas do assunto.

O livro *Saúde das populações negras na América e África* aborda o tema saúde, considerando a condição determinante que o fator racismo exerce nas condições de vida desse segmento social, nas políticas públicas e no acesso à assistência, sem desprezar as experiências e concepções locais dos sujeitos. Suas análises partem de uma perspectiva histórica do tema, expondo, inclusive, alguns de seus impactos na atualidade, como os desafios oriundos da pandemia por Covid-19 e o agravamento da violência de base racial. A obra mostra que pensar a saúde das populações negras de África às suas diásporas implica a imersão de uma história de longa duração, interconectada com pesquisas de múltiplas áreas do conhecimento. Isso possibilita a identificação de problemas comuns e crônicos que atingem essas populações em diferentes períodos e lugares do mundo, a exemplo dos países inclusos nesta edição: Brasil, Estados Unidos, República Democrática do Congo, Burundi, Ruanda, Uganda e Moçambique.

