

Saúde da população negra: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal

*Health of the black population:
intersectional aspects of race/color in the service of
kidney transplantation*

**Brena Miranda da Silva¹,
Luziana Ramalho Ribeiro²,
Ana Karollyne Queiroz de Lima³**

1. Assistente Social da Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte/CE. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (NCDH/UFPB) <https://orcid.org/0000-0001-8360-3963> **brenamirandaa@gmail.com**

2. Doutora em Sociologia (UFPB), Professora do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (NCDH/UFPB) e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB. <https://orcid.org/0000-0003-1488-5383> **luzianaribeiro.ufpb@gmail.com**

3. Professora do Curso de Graduação em Nutrição da FACENE (Mossoró). Especialista em Saúde da Família/Comunidade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2018). <https://orcid.org/0000-0003-0553-0771> **karollyne.queiroz@gmail.com**

Resumo: O presente estudo, de eminência qualitativa, discorreu sobre a saúde da população negra e as intersecções de raça/cor no serviço de transplante renal. Destaca-se que o intuito da pesquisa se concentrou em compreender como as expressões das desigualdades raciais impactam no processo saúde-doença

dos usuários vinculados ao Centro Transplantador do Hospital Universitário Walter Cantídio, localizado em Fortaleza-CE. Sobre os aspectos metodológicos, utilizou-se as seguintes técnicas de pesquisa: observação simples, entrevista semi-estruturada e análise documental. Em suma, depreendeu-se que existem disparidades no acesso ao serviço de transplantes, sendo a população negra alvo do preconceito, da discriminação e do racismo institucional. Dessa forma, constatou-se que as iniquidades sociais estimulam a violação dos direitos humanos.

Palavras-chave: Racismo. Iniquidade Social. Interseccionalidade. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Transplante de Órgãos.

Abstract: The present study, of qualitative eminence, discussed the health of the black population and the intersections of race/color in the kidney transplant service. It is noteworthy that the research aimed to understand how the expressions of racial inequalities impact on the health-disease process of users linked to the Transplant Center of the Walter Cantídio University Hospital, located in Fortaleza-CE. On the methodological aspects, the following research techniques were used: simple observation, semi-structured interview and documentary analysis. In a way, it was found that there are disparities in access to the transplant service, and the black population is the target of prejudice, discrimination and institutional racism. Thus, it was found that social inequities stimulate the violation of human rights.

Keywords: Racism. Social Iniquity. Intersectionality. African Continental Ancestry Group. Organ transplantation.

Introdução

A partir de 1976, com a criação do Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais da Universidade Federal do Ceará, iniciou-se o embasamento científico, clínico e cirúrgico para a medicina desenvolver a prática do transplante renal, com a criação de um Serviço de Nefrologia, com a junção de ideias do nefrologista, Dr. Roberto Barreto Marques, e do cirurgião-geral, Dr. Antônio Lacerda Machado. Nesse período, a nefrologia passou a ser estudada

de maneira mais abrangente, tendo em vista a realização do transplante renal como forma de cuidado ao doente renal crônico. (GIRÃO, 1994).

Assim, em 1977, foi realizado o primeiro procedimento de doador vivo. Porém, por mais que existam avanços na medicina e tenham sido realizados sete procedimentos cirúrgicos, não constam relatos sobre os aspectos determinantes na escolha dos(as) pacientes que eram eleitos(as) para receber o enxerto. Entrelaçando o surgimento do transplante com a saúde da população negra, é sabido que apenas em 1986, quase dez anos depois do primeiro transplante, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgiu a política de saúde direcionada aos negros e negras do país, constituindo um marco na luta por condições dignas de saúde.

Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas. Na década de 1990, o Governo Federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para denunciar o preconceito, o racismo e a ausência de políticas públicas para a população negra.

Em 1996, apresentaram o Programa Nacional de Direitos Humanos voltados especificadamente para a população negra, com a finalidade de reparação dos direitos sociais, econômicos e culturais (BRASIL, 2010). Entretanto, o debate sobre as relações raciais no Brasil somente tornou-se pauta regulamentada da política brasileira após a Conferência de Revisão de Durban, ocorrida em 2001. Este encontro avaliou o progresso das metas estabelecidas na III Conferência das Nações Unidas contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, na África do Sul.

Somente em 2013, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esta representa um esforço do Ministério da Saúde no sentido de corrigir as iniquidades da atenção à saúde dessa população. Trata-se, portanto de uma política transversal, que envolve todos os órgãos e áreas de ação pactuadas entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (ARAÚJO, 2007; LOPES, 2005).

Nesse contexto, torna-se relevante compreender as disparidades no serviço de transplante, principalmente quando se fala nos aspectos ligados à população negra, esta que é maioria da população do país. Desse modo, o presente estudo teve como principal objetivo analisar como se dão as desigualdades raciais no acesso ao serviço de transplante renal do Hospital Universitário Walter Cântídio vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC).

Destarte, a base teórica para compreender a realidade do estudo foi direcionada em alguns teóricos que estudam as relações étnico-raciais, preconceitos, discriminações, racismo e identidades, tais como: Guimarães (2005), Madeira (2008), Munanga (2006), Schwarcz (1998), Werneck (2007), Funes (2000), Silva (2008) e Almeida (2019). Também foram utilizados os dados do Sistema Nacional de Transplantes e Ambulatório de Transplante Renal do HUWC para construção do perfil socioracial dos transplantados. Em suma, ainda realizou-se entrevista semiestruturada com público alvo da pesquisa.

Especificidades da pesquisa: de onde se fala e onde se quer chegar

A referida pesquisa parte da experiência no Hospital Universitário Walter Cântídio (HUWC), por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde¹, a partir de vivência no serviço de transplante²

1. As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com propósito de realizar a reflexão-ação do profissional de saúde, ou seja, temos de um lado a Instituição formadora composta pela Universidade Federal do Ceará (UFC), local onde estudamos o conteúdo programático das disciplinas, e, do outro lado, temos a Instituição que cede o espaço de atuação no campo/serviço, sendo representado pelo Hospital Universitário Walter Cântídio4 (HUWC). Logo, dentro desse modelo de Pós-graduação temos a integração do tripé ensino, serviço e comunidade.

2. No setor de Serviço Social as profissionais residentes acompanham os três serviços de transplantes disponibilizados no HUWC, sendo estes: renal, hepático e de medula óssea. A organização do serviço se dá em forma de rodízio, ou seja, durante os dois anos de permanência no Programa é dividido uma quantidade de meses para cada profissional atuar em determinado transplante. Depois

renal, no período compreendido entre março e novembro de 2018, totalizando 09 (nove) meses.

No serviço ambulatorial de transplante (TX)³ renal, o Serviço Social do HUWC, realizava o acompanhamento social dos receptores, familiares e acompanhantes antes da realização do TX (PRÉ-TX). Destaca-se que nessa fase realizamos uma entrevista social para compreender a realidade social do(a) usuário(a) e, assim, intervir e encaminhar para programas/serviços/benefícios e acompanhá-lo(a) durante todo o tratamento.

Ainda neste instrumental identificamos os pacientes que estão em hemodiálise; este procedimento acontece de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia⁴ (SBN), indicado para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica graves; ou seja, as principais enfermidades que acometem os(as) usuários(as) do serviço de TX. O segundo momento em que há intervenção do Serviço Social é depois da realização do transplante (Pós-TX). Neste momento o receptor realiza a internação no hospital para realização do transplante.

Prosseguindo, o TX de doador(a) falecido(a) ou morto(a) ocorre apenas após o diagnóstico de morte encefálica, que é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina. Consiste em 02 (dois) médicos diferentes examinarem o(a) paciente, sempre com a comprovação de um exame complementar, que é interpretado por um terceiro médico. Sendo confirmada a morte encefálica, os órgãos são captados para doação apenas quando é feita a autorização da família.

O segundo tipo de TX é o de doador vivo; este pode ser qualquer pessoa que concorde com a doação, desde que não prejudique a sua própria saúde. O doador vivo pode doar um dos rins, parte do fígado, parte da medula óssea ou parte do pulmão. Pela lei, parentes até o quarto grau e cônjuges podem ser doadores. Não parentes apenas serão doadores com autorização judicial (BRASIL,

de passar o tempo estipulado, a profissional segue para o próximo TX e, assim, consecutivamente, até o fim da residência.

3. Em medicina a sigla TX é a abreviatura da palavra transplante, sendo muito utilizada no dia a dia no serviço; portanto, quando me referir à palavra transplante vou também utilizar a sigla.

4. Outras informações sobre o tratamento estão disponíveis em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>. Acesso em: 10 nov. 2018.

2015). No Pós-TX o Serviço Social também realiza o acompanhamento do(a) paciente e acompanhante durante sua permanência do hospital, realizando visitas sociais ao leito para atualização da ficha social e para prosseguir com os atendimentos.

O desenvolvimento deste estudo ocorreu através de metodologias qualitativas, entendidas como “(...) aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais” (MINAYO, 2004, p. 10). Ao longo da pesquisa foram compreendidas as crenças, os valores e, principalmente, as interpretações dos sentidos e significados dos(as) usuários(as) que realizaram transplante renal, destacando suas dimensões coletivas, mas também suas singularidades e, para isso, adentramos em um campo transdisciplinar, envolvendo:

As ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo, adotando multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, e enfim, procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno, quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles (CHIZOTTI, 2003, p.221).

A pesquisa de campo foi realizada no período de setembro a outubro de 2019, no Ambulatório de Transplante Renal vinculado ao Hospital Univesitário Walter Cântidio, localizado em Fortaleza/CE. No mais, os(as) sujeitos(as) elegidos(as) para a entrevista foram os(as) receptores que transplantaram e foram atendidos(as) pelo Serviço Social entre março a agosto/2018. No lócus da pesquisa, realizaram-se 07 (sete) entrevistas semiestruturadas, estas compreendidas como:

[...] um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar

questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha ‘fugido’ ao tema ou tenha dificuldades com ele (QUARESMA, 2005, p. 75).

Ressalta-se, ainda, que as entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador de voz, mas destaca-se que os(as) interlocutores(as) foram avisados(as) antes de iniciar as entrevistas, estas sendo iniciadas após autorização. O fechamento da amostra se deu por saturação teórica, que, conforme Fontanella (2008, p. 17), é “(...) operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.

Utilizou-se também pesquisa documental, que viabilizou a investigação de uma determinada problemática, não em sua interação imediata, mas de forma indireta. Ressalta-se que o estudo de documentos implica em fazê-lo a partir do ponto de vista de quem os produziu, o que requer cuidado e perícia por parte do pesquisador para não comprometer a validade do seu estudo.

Essa discussão também objetiva balizar a pesquisa documental, não como uma técnica ou procedimento de coleta de dados, mas sim como método de pesquisa. Logo, os documentos analisados foram: 1) entrevistas sociais 2) prontuários alocados no ambulatório de transplante renal, 3) dados do Sistema Master, 4) Sistema Nacional de Transplantes e 5) Planilhas quantitativas do setor de enfermagem do ambulatório.

Diante desse cenário, estruturou-se este estudo na esteira do seguinte questionamento: como se dão as desigualdades raciais no serviço de transplante renal? Ainda destaca-se que o principal objetivo foi compreender como as expressões das desigualdades raciais e suas interseccionalidades, estas que focalizam os múltiplos sistemas de opressão, em particular, articulando raça, gênero e classe, impactam no processo saúde-doença dos usuários do serviço de transplante.

De forma breve, o termo interseccionalidade, nas palavras de Carla Akotirene (2018, p. 54), “(...) demarca o paradigma teórico e metodológico

da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam (...).”

Para tanto, percebeu-se que seria necessário realizar uma análise sobre o serviço de transplante com intersecções do quesito raça/cor interligado ao perfil sociorracial dos usuários de transplante renal do HUWC.

Sujeitos da pesquisa

A priori, salienta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), com parecer N° 3.617.022, ancorado no aporte ético e normativo nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplinam normas e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos e em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente.

Nesse ponto do estudo, explicitam-se as informações coletadas com os sujeitos da pesquisa. Destaca-se que o sigilo foi mantido a fim de garantir à todos(as) os(as) interlocutoras(as) que participaram deste ensaio não passem, no futuro, por nenhum problema no que diz respeito à constrangimentos, danos morais ou conflitos na localidade onde residem. Utilizou-se, assim, de nomes fictícios na identidade dos(as) sujeitos sociais pesquisados(as), substituindo por nomes de grandes estudiosos(as) negros(a) que se destacaram no meio acadêmico em pesquisas mundiais, quais sejam: **Teodoro Sampaio, Abdias Nascimento, Sueli Carneiro, Enedina Alves, Carolina Maria de Jesus e Milton Santos.**

No sentido de refletir sobre os breves relatos dos interlocutores, foi possível observar que suas histórias se entrelaçam em uma “trança perversa” de vulnerabilidades. Conforme Sampaio (2011, p. 121), o termo trança:

É bastante apropriado, porque estamos tratando de fenômenos advindos de um complexo e firme sistema de entrelaçamento entre situações contínuas e históricas de falta de atendimento às necessidades básicas dessa população, pelo não cumprimento real dos seus direitos humanos e civis. Além disso, cabe com justeza o adjetivo perversa, pois a falta de atendimento é

historicamente banalizada, silenciada e naturalizada, com impactos deletérios nessa população, resultando, por conseguinte, em uma cadeia de vulnerabilidades.

Analisa-se que todos os sujeitos estão caminhando na mesma direção: em busca do tratamento, do cuidado em saúde, do cuidador e, principalmente, da vida. Quando questionou-se sobre a pertença étnico-racial da interlocutora Sueli Carneiro, deparamo-nos com o esvaziamento de identidade, sendo a cor pautada apenas no seu sentido nativo⁵, este compreendido, conforme Guimarães (2003, p. 95), “(...) como uma categoria que tem sentido no mundo prático, efetivo. (...) possui um sentido histórico, um sentido específico para um determinado grupo humano”. Assim, ela afirmou ser: “(...) preta mesmo, eu acho que antigamente tinha muito preconceito, mas hoje em dia não... Eu não tenho preconceito de ser negro eu acho tudo natural, eu acho comum... que todo mundo é igual (...)” (SUELI CARNEIRO).

A cor no sentido nativo é classificada como encardida. Esta palavra, segundo o dicionário Aurélio, é aquela que carrega sujeira; imundo, sujo. Ainda, considerando que esse corpo-sujeito está em busca de sobrevivência nos serviços de saúde, são discriminados e colocados em último lugar na fila. Sobre a existência de diferenças entre brancos, negros e indígenas, afirma Carolina Maria de Jesus: “Claro que sim doutora (risos) (...) já teve caso comigo mesmo não tô falando aqui no hospital. Mas de clinica particular... porque eu fui fazer um exame (...). Ai, gente toda branquinha, toda arrumadinha passando na minha frente e olhe que lá é por ordem de chegada também”. Destaca-se, portanto, que o racismo e suas expressões alicerçam a população negra nas margens de acesso à vida. A seguir, analisam-se as expressões das desigualdades raciais e seus impactos no processo saúde-doença dos usuários do serviço de transplante renal.

5. Nas ciências sociais, existem dois tipos de conceitos: os analíticos, de um lado, e os que podemos chamar de “nativos”; ou seja, trabalhamos com categorias analíticas ou categorias nativas. Um conceito ou categoria analítica é o que permite a análise de um determinado conjunto de fenômenos, e faz sentido apenas no corpo de uma teoria (GUIMARÃES, 2003, p. 95).

As relações étnico-raciais na assistência em transplante renal

O Brasil é referência mundial na área de transplantes de órgãos e tecidos, possuindo o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 96% dos procedimentos de todo o país são financiados pelo Sistema Único de Saúde (sus). Em números absolutos, o país é o 2º maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos (BRASIL, 2017). Conforme dados da Secretaria Estadual da Saúde (SESA), o estado do Ceará, de 2009 até 2018, lidera um cenário positivo, uma vez que a quantidade de procedimentos efetivados saltou de 760 para 1.535, representando um aumento superior a 100%. De acordo com dados obtidos nos Serviços Ambulatoriais de Transplantes do HWC, sabe-se que no Serviço de Transplante Renal foram realizados, em 2018, 262 transplantes, 112 deles no Hospital Universitário Walter Cantídio (42,7% do total).

O intuito desse estudo foi de correlacionar os dados sobre transplante de órgãos com as relações étnico-raciais, uma vez que não adianta apresentar números absolutos sem reconhecer as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros, negras e indígenas, já que “(...) raça emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil” (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 420). Torna-se necessário analisar como/quem realmente está recebendo o tratamento de saúde necessário. Entretanto, poucos estudos em níveis nacionais apresentam a realidade das minorias nos serviços de transplantes no país.

Uma prova disso é a pesquisa “Desigualdade de Transplantes de Órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor”, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011), um dos poucos estudos realizados sobre transplante de órgãos correlacionando quem são os receptores por sexo e raça ou “cor”. Em aspectos gerais, o estudo demonstrou que a população negra é mais doadora que receptora de órgãos e que isso está associado à falta de acesso aos serviços de saúde especializados, procedimentos

pré-operatórios, exames de alta complexidade e o próprio estado de saúde e, principalmente, fatores raciais.

As políticas de branqueamento (BENTO, 2003) e as da meritocracia, que culpabilizam os sujeitos por sua situação social e legitimam relações de poder (SOUZA, 2009), vêm construindo, há séculos, estratégias para tentar desmerecer, desrespeitar e minar a capacidade de reação, mobilização e autoestima das pessoas negras, sendo que o ideário da meritocracia burguesa ainda se encontra encrustado no imaginário social, conforme aponta o interlocutor Teodoro Sampaio: “Eu acho assim, quando a pessoa é capaz, não importa a pele, se ela é capaz ela vai conseguir de um jeito ou de outro. Há, mas os brancos têm mais diretos... não vejo desse modo. Eu vejo assim: se o negro tiver capacidade de conseguir aquilo ele vai consegue sem precisar de ajuda”.

No discurso do entrevistado é perceptível que uma virada acontece na questão da identidade nacional, momento em que a diversidade cultural e a mistura racial passam a ser positivadas, demonstrando a habilidade e a disposição da cultura brasileira “a articular e unir contrários”, instaurando-se, assim, o mito da democracia racial (SOUZA, 2009, p. 37).

Torna-se emergente analisar os indicadores sociais relacionados à distribuição de riquezas, tais como: renda, escolaridade e ocupação, já que estes são os mais representados para descrever as desigualdades de uma população, não deixando de lado as disparidades raciais no acesso aos serviços de saúde.

A encruzilhada da interseccionalidade: notas para pensar o cuidado e o cuidar em saúde

Refletimos que a categoria interseccionalidade é pensada como um corpo teórico que focaliza múltiplos sistemas de opressão, dentre eles: raça, gênero e classe. Torna-se, portanto, necessário conectar as nuances do racismo⁶ com outras estruturas “presentes discursiva e politicamente” na vida da classe trabalhadora, esta que possui distintas condições etárias, modos de viver e

6.De forma breve Madeira (2008, p. 101), afirma que racismo “é uma doutrina que afirma haver relação entre características raciais e culturais, em que algumas raças são, por natureza, superiores as outras”.

necessidades em saúde (AKOTIRENE, 2018, p. 50).

Apresenta-se a fala de Carolina Maria de Jesus, oriunda de Manaus/AM, residente de uma comunidade indígena. Esta relatou sobre o início do seu tratamento no ambulatório de transplante renal. Vejamos:

“Quando eu cheguei aqui eu encontrei muita dificuldade porque eu não sabia falar português direito, mas ela me ajudou eu posso dizer que ela não foi só minha médica, mas minha professora também. Ela me incentivou muito, ela escrevia as coisas pra mim pra levar pra casa e fazer. Hoje, eu falo português, primeiramente por ela que me ensinou e eu me interessei um pouco porque eu achava bonito vocês falando e eu não entendia nada, só via a boca se mexendo (...). Ela me incentivou um pouco”.

Analisa-se que a profissional, ao atender a interlocutora, percebeu suas dificuldades com a língua portuguesa e, a partir desse contexto, apresentou uma postura de inclusão. Logo, quando se pensa em interseccionar, também se pensa em direcionar ações para melhorar a qualidade do atendimento, uma vez que eu-profissional de saúde compreendo que a dinâmica das discriminações podem gerar desigualdades de acesso e permanência no tratamento de saúde.

Cruzar a interseccionalidade com o cotidiano do cuidado em saúde é construir conhecimento com riqueza epistemológica, saindo da lógica colonizadora. Além disso, segundo Akotirene (2018), trabalhar o conceito “não é narrativa teórica de excluídos” (p. 53) mas, construir formas criativas para cuidar. Reflete-se, então, que as diferenças étnicas e raciais no processo de cuidado, devem ser direcionadas como pilar das políticas públicas de saúde. A interseccionalidade permite visualizar as diferenças, inclusive entre grupos vitimados pelo racismo. Nas falas dos interlocutores Sueli Carneiro e Milton Santos, ambos discorrem sobre a existência de racismo no Brasil e se há a diferença entre brancos e negros:

“Tem sim, a pessoa diz assim aquele negro (tom pejorativo) diz nem o nome da pessoa, diz logo a cor da pessoa isso diz discriminando, associando uma

coisa assim... é vagabundo é isso é aquilo... é como se a pessoa conhecesse aquele indivíduo pela cor, sem nem saber do comportamento dele, como se fosse só esse... só é de vagabundo. Não é toda vez, mas na maioria das vezes (SUELI CARNEIRO).

Existe, o negro é tipo assim... eu não tô falando de mim, mas parece que o negro tem mais desvantagem das coisas. Em tudo que ele vai fazer tem desvantagem. Já o branco é mais... Vamos dizer, tem a vantagem mesmo, tem mais apoio (MILTON SANTOS).

Na fala dos interlocutores, depreende-se que os aspectos do preconceito, este que, segundo Lima (2008, p. 35), "(...) envolve um sentimento ou uma ideia, onde se faz presente uma visão congelada, estereotipada de características individuais ou grupais que correspondem a valores negativos". Por sua vez, gera a discriminação (preconceito em ação), que pode ser materializada no racismo, já que temos uma "primeira dificuldade de defini-lo e assumir sua experiência entre nós advém do fato dele constituir-se uma prática social negativa, cruel, humanamente repreensível, com a qual, ninguém, em sã consciência, (afora os/as racistas declarados/as) quer se identificar" (MADEIRA, 2008, p. 101).

Perfil Socioracial dos Usuários de Transplante Renal

Neste tópico, realizaremos uma breve análise dos dados obtidos no Ambulatório de Transplante Renal do HUWC. Ressalta-se que as informações apresentadas foram obtidas a partir dos prontuários médicos dos pacientes, planilhas do serviço de enfermagem, Sistema Nacional de Transplantes⁷ e Sistema Hospitalar de Controle Interno (MASTER)⁸. Tornou-se, portanto, necessário

7. Sistema que gerencia a lista de transplantes no Brasil, responsável pela lista de espera de pacientes de órgãos e tecidos (córnea), doação de órgãos de doadores vivos e cadáveres e distribuição destes órgãos pelos estados. Sistema com tecnologia cliente/servidor utilizando uma rede exclusiva para que os usuários acessem um servidor centralizado. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/snt-orgaos>. Acesso em: 07 nov. 2019.

8. Esse é um sistema Interno do Hospital onde realizei a pesquisa, constando dados informacionais

mesclar manualmente os dados dos sistemas mencionados, pois não há um sistema ou programa de armazenamento que unifique/filtre as informações dos (as) transplantados no hospital lócus da pesquisa.

Na sequência, os dados foram analisados por: 1) quantitativo de transplantados 2) divisão por sexo/idade e escolaridade 3) raça/cor 4) origem/proveniência. Sobre a realidade do HUWC, analisa-se que entre os meses de março e agosto de 2018 foram transplantadas 44 pessoas. O mês com maior quantitativo foi maio, contabilizando 14 pessoas. A maioria dos transplantes realizados foram de doadores não vivos, consistindo um total de 43, sendo apenas 01 de doador vivo. Em comparação aos dados numéricos do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), veículo oficial da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), de Janeiro/Setembro de 2018. O transplante renal com doador falecido manteve-se instável.

O dado em questão corrobora com os dados da pesquisa realizada, pois visualiza-se a instabilidade dos quantitativos de TX ao longo dos meses de março/agosto de 2010. Em níveis nacionais, a queda no número de transplantes com doador vivo foi de 15,8%, representando apenas 16,5% dos transplantes renais. Houve, também, queda no número de transplantes renais com doador vivo não parente/não cônjuge de 25,9%, tendo passado de 7,1% para 6,3% (ABTO, 2018).

Vale ressaltar que há um paralelo entre o nível crescente da violência no país e a realização de transplantes de órgãos. O estopim para tal fenômeno foi o aumento das mortes de jovens negros por causas externas, visto que se trata, na maioria dos casos, de órgãos sadios. (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2017, on-line), a causa do óbito por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) constitui a principal causa de óbitos e sequelas em pacientes multitraumatizados. “As causas do TCE são muitas, entre as principais destaque acidentes automobilísticos (50%), quedas (21%), assaltos e agressões (12%) e esportes e recreação (10%)”.

O óbito por TCE constituiu-se um dos principais fatores para gerar doação de órgãos. Tais dados, quando são comparados à causa mortis da população

dos pacientes tais como: endereço, telefone, marcação de consultas e exames.

negra temos, de acordo com o Atlas da Violência (IPEA; FBSP, 2016), que entre 2004 e 2014 houve alta na taxa de homicídio de afrodescendentes (18,2%) e diminuição no número de homicídios de outros indivíduos que não de cor preta ou parda (14,6%). Em 2014, para cada não negro assassinado, morreram 2,4 indivíduos negros.

Andrews (2016) e Hasenbalg (1979) afirmam que a população preta e parda têm sido maioria dos que morrem por homicídio na região Nordeste. Essa polarização geográfica foi historicamente condicionada pela dinâmica do sistema escravista no país e, desde a etapa final desse regime, pelas políticas de incentivo e subsídio à imigração europeia no Sudeste e Sul do Brasil. Conclui-se, assim, que a taxa de mortalidade da população negra está estritamente ligada à realização de transplantes de órgãos, uma vez que, na medida em que há aumento da mortalidade de jovens negros, também aumenta o quantitativo de transplantes realizados.

Relacionado ao sexo biológico, entre os receptores tivemos 15 mulheres e 29 homens. O sexo masculino representa aproximadamente 66% dos pacientes que tiveram acesso ao procedimento, contra uma média de 34% do sexo feminino, ou seja, mais que o dobro de procedimentos realizados. Os dados apontam que os homens têm maior acesso ao transplante de órgãos que as mulheres.

Em contrapartida, se analisarmos o perfil de gênero (RBT, 2018), no primeiro semestre, entre janeiro e junho de 2018, ocorreu o cadastro de 107 doadores falecidos do sexo masculino, contra 57 do sexo feminino; logo, o índice de mortalidade de homens é maior que das mulheres, mas de forma contraditória, eles continuam com mais acesso à sobrevida consentida pelo transplante de órgãos.

A priori, destaca-se que compor os dados relacionados à raça/cor foi bastante dificultoso, uma vez que, em muitas fichas do Serviço Social, o(a) Assistente Social não havia marcado a opção que indicava a autodeclaração do usuário. Adiante, quando visualizou-se o Sistema Master de Controle Interno do Hospital (que deveria ter essa informação do paciente), verificou-se que todos os pacientes estavam selecionados com a opção parda. Diante

da situação, informamo-nos com os profissionais do setor administrativo, que o campo “raça/cor” não é um pré-requisito para cadastrar o paciente no sistema hospitalar.

Seguindo, quando nos debruçamos nos prontuários médicos, algumas lacunas da raça/cor não estavam preenchidas, ou seja, não tinha um consolidado para extrair as informações.

Por fim, foram solicitados ao setor de enfermagem do ambulatório de Transplante Renal os dados de alguns receptores que não tinham a informação de pertencimento étnico por meio do Sistema Nacional de Transplantes. Diante dos dados, é perceptível que “são necessárias, para melhor equidade no SNT, correções normativas, especificação clara de princípios de justiça e de critérios de alocação, aperfeiçoamento gerencial, planejamento estratégico, transparência de informações e abordagem sistêmica” (GOMES, 2007, p. 38 *apud* MARINHO, 2012).

Sobre a realidade do perfil de pertença étnica/racial dos receptores, seguindo a metodologia do IBGE, as pessoas são agrupadas por raça/cor a partir das respostas dadas a uma pergunta fechada: “Qual é a sua cor/raça?”, que inclui as seguintes alternativas: branca, parda, preta, amarela e indígena. Analisa-se que, em relação à raça/cor: 26% de indivíduos se autodeclararam Brancos, 7% pretos, 5% indígenas e 63% de Pardos. Sobre esse dado, percebe-se que o movimento de pardalização também transpassa a realidade dos receptores de órgãos. Conforme Andrews (2007, p. 191), a cor pardo/a, é: “Uma categoria racial nascida da mistura de raças, e como uma categoria social intermediária entre a negritude e a brancura, como têm notado muitos observadores, pode servir como um meio para escapar da negritude”.

Em análise quantitativa, a população negra (soma de pretos e pardos) lidera, com 70% de transplantes de rins. Contudo, ainda vale analisar quem são os(as) usuários(as) do serviço de transplantes que estão na fila de espera por um órgão. O Censo de 2017 aponta que a estimativa nacional da taxa de prevalência e de incidência de Insuficiência Renal Crônica em diálise foi de 610 pacientes por milhão da população (pmp) e 193 pmp, respectivamente (SBN, 2018). O número de pacientes que ingressaram na lista de espera de janeiro

à setembro de 2018 foi de 242, com mortalidade de 15 usuários, sendo que ativos na lista de espera já haviam 600 pessoas. Ressalta-se que não há dados que especifiquem o perfil dessas pessoas que estão na fila de espera.

Analizou-se a necessidade de afunilar ainda mais a pesquisa e apresentar quem são as pessoas que estão utilizando o serviço de transplante renal, no intuito de nos aproximarmos da realidade social dos(as) usuários(as). Temos, em primeiro lugar, 44% de homens negros (pretos e pardos), com a maior quantidade de receptores; seguido de mulheres negras e homens brancos. As mulheres negras presentes nesta pesquisa refletem 25% dos receptores de rim e estão em busca de cuidado em saúde. Contudo, existem barreiras de acesso que são refratas nas relações de gênero, conforme o relato de Enedina Alvez:

“Foi muito difícil, eu tinha o menino que tinha dois anos, era pequeno ainda. Minha família mora surper longe de mim só tenho uma cunhada, e era muito difícil pra deixar meu menino. Até que eu disse: é o jeito, vou deixar meu fi aqui. Tenho que conseguir meu tratamento. Enfrentei meu tratamento, ele ficou bem... Já tem 13 anos. Tá rapaizim já”.

Analisamos que os homens interlocutores desse estudo apresentaram outras demandas sociais sobre o acesso (ou não) ao serviço de tx, dentre elas: [...] ausência transporte público, falta rendimentos, inexistência de suporte familiar/acompanhante, apoio emocional. Mas, a interlocutora em tela, trouxe o papel social da mulher, centrado no cuidado à família como uma forma de não realizar o tx. Assim, pondero que o tornar-se homem e o tornar-se mulher tem origem em um conjunto de comportamentos e funções destinados a pessoa por seu sexo específico, são papeis sociais elaborados no decorrer da história, que delimitam o que é considerado feminino e masculino, formando os papeis de gênero (MADEIRA, 2008).

Depreende-se que a incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde possibilita “evidenciar mediante constatações empíricas diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença” (FILHO, 2016, p. 50). Assim, poderiam ser traçadas políticas de igualdade racial

destinadas a superação das iniquidades em saúde, com auxílio da discriminação positiva (Idem).

Relacionado ao quantitativo por escolaridade dos receptores negros e negras, analisou-se que a maioria apenas cursaram o Ensino Fundamental, seguido por Ensino Médio e depois Ensino Superior. De acordo com a PNAD Contínua de 2016, a taxa de analfabetismo é mais que o dobro entre pretos e pardos (9,9%) do que entre brancos (4,2%). Quando se fala no acesso ao Ensino Superior, a situação se inverte. Na PNAD Contínua de 2017, a porcentagem de brancos com 25 anos ou mais que tem Ensino Superior completo é de 22,9%. É mais que o dobro da porcentagem de pretos e pardos com diploma: 9,3%. Já a média de anos de estudo para pessoas de 15 anos ou mais é de 8,7 anos para pretos e pardos e de 10,3 anos para brancos.

O maior percentual de receptores tem entre 31 e 40 anos, sendo aproximadamente 28,2% do quantitativo total. Em seguida temos aqueles entre 51 e 60 anos com 20,45%. O menor número de receptores está entre as pessoas idosas e menores de idade com apenas, respectivamente, uma média de 4,5% (com 2 receptores) e 7% (com 3 receptores).

No que diz respeito à proveniência, tem-se que o maior número de receptores é oriundo da região nordeste, sendo: 19 receptores do Ceará; seguido do estado da Paraíba, com 07 receptores; Rio Grande do Norte com 03; e Maranhão com 02. Em seguida, temos os dados da região norte do país, destacando os estados do Amazonas com 06 receptores, Pará com 02 e Macapá com apenas 01.

A seguir, traz-se um entrançado historiográfico da população negra; depois entrançam-se as categorias raça, discriminação e racismo, correlacionando as expressões das desigualdades raciais na assistência em transplantes.

O limiar da equidade: a plasticidade do racismo institucional no serviço de transplante renal

Por mais de três séculos o processo de escravização e dominação de indígenas e população negra no período colonial avançou na violenta retirada da população africana de suas terras e famílias, para serem escravizados utilizados

como mão-de-obra para exploração das colônias no Novo Mundo:

Foi este o regime escravista que fez do Brasil uma espécie de sociedade dividida e organizada em duas partes desiguais (como uma sociedade de castas): uma parte formada por homens livres que, por coincidência histórica, é branca, e a outra formada por homens e mulheres escravizados que, também por coincidência histórica, é negra (MUNANGA; GOMES, 2006, p. 16).

Por meio de um documento, a abolição da escravidão foi decretada em 1888. Contudo, a Lei Áurea e as demais leis abolicionistas anteriores – Lei do Ventre livre (1871) e Lei dos Sexagenários (1885) –, não concretizaram seu objetivo principal: proporcionar liberdade e vida digna aos ex-escravizados. A Lei Áurea apenas decretou o fim da escravidão sem abordar questões imprescindíveis, dentre estas: Como os(as) ex-escravizados(as) iriam sobreviver? E seu acesso à educação, saúde? Onde estas pessoas iriam morar? E as relações de trabalho, como se efetivariam? Nessa conjuntura, negros e negras foram sendo excluídos, política, social e economicamente; a estes se destinavam os trabalhos precários e a miséria, e foram assim sendo moldadas as desigualdades raciais em nosso país.

Para compreender as nuances do debate das relações étnico-raciais é de fundamental importância delimitar a definição da categoria raça, esta biológica e cientificamente comprovada como não existente. Trata-se de um conceito primeiramente utilizado pela Botânica e Zoologia, para classificar plantas e animais e que, por volta do século XVI, foi apropriado para classificar a variedade humana a partir de suas origens.

Somente no século XIX essa classificação passa a ser definida por aspectos fenotípicos como: cor da pele, formato do crânio ou textura do cabelo, determinando grupos humanos mais inteligentes e melhores que os demais, de forma a validar as relações de superioridade e de sujeição entre classes sociais. É apenas no século XX que a categoria raça é passa a ser entendida como uma elaboração inoperante para explicar a diversidade humana (MUNANGA, 2003).

Em suma, a raça se apresenta como um conceito ideológico, que mascara

a relação de poder e de dominação, onde os indivíduos da raça “branca” são apontados como superiores aos da raça “negra” e “amarela”. Avulta-se, ainda, que ao longo da pesquisa o ideário racista foi identificado no imaginário dos(-das) transplantados quando o interlocutor Teodoro Sampaio diz: “As pessoas brancas querem ser mais, por causa da cor... querem rebaixar mais as pessoas negras”. Já na fala de Sueli Carneiro:

[...] os brancos são muito popular, não são todos... Mas sempre tem muita discriminação com os negros, há diferença, nem sempre, mas aonde você tá tem que ter uma indiferença uma discriminaçãozinha qualquer mais tem. Por exemplo, até numa fila.

Aponta-se nos relatos que há sub-relações entre as raças, sendo prevalência uma superioridade em relação à população branca sobre a população não branca. Se imaginarmos uma escada, analisa-se que os lugares sociais estão demarcados onde os negros e negras estão embaixo e a população branca no topo e subindo os degraus. A consolidação de uma ideologia racista permitiu que fossem sendo naturalizadas tais desigualdades raciais no Brasil, isso permeia o o imaginário dos(as) transplantados:

[...] eu acho que a cor da pele num modifica a pessoa não, eu acho que os pensamentos das pessoas modificam elas. É porque tem muita gente que se acha como é que posso dizer... melhor que aquela pessoa por causa da pele ou por causa do que tem... do dinheiro. Então é o pensamento das pessoas que muda elas, não é a cor da pele. (ABDIAS NASCIMENTO).

Podemos apontar como ocorre a ideologia do racismo na fala da interlocutora Sueli Carneiro: “(...) às vezes você vai num ambiente onde tem gente bem pobrezinha e tem gente mais ou menos ou gente de posição elevada, quando essas pessoas chegam o recebimento dessas pessoas é bem diferente de quando uma pessoa mais humilde é recebido”. A interlocutora apontou a população negra ligada à pobreza ou classe social subalternizada, mas se compararmos os

dados do IBGE (2016), dos 10% mais pobres da população brasileira, 78,5% são negros (pretos ou pardos), contra 20,8% brancos. Já entre os 10% mais ricos, a situação se inverte: 72,9% são brancos e 24,8% são negros. A população não branca está nos mais baixos patamares econômicos.

Após apreendido o conceito de raça, afunilamos, por conseguinte, o conceito de racismo que, conforme Almeida (2019, p. 32), “(...) é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens e privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem”.

A discriminação pode ser materializada no racismo obtendo um caráter sistêmico; não falamos de ações individualizadas, mas de uma estrutura que deixa à margem um grupo racial, sendo para outro grupo atribuídas condições de privilégio que “se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos da política da economia e das relações cotidianas” (ALMEIDA, 2019, p. 34). No relato abaixo, analisamos que o racismo aliado à discriminação permeia o cotidiano dos(as) transplantados(as), quando verificamos o relato de Carolina Maria de Jesus: “Tu é muito é mole índia, se levanta... Tu é acostumada a pegar furada, mordida de cobra, agora tá com frescura de levantar, ela disse que falou brincando, mas aquilo que magoou tanto! Porque tava na frente de um monte de gente no quarto”.

Assim, podemos analisar que o profissional de saúde, ao realizar o atendimento da paciente, cometeu *preconceito racial*, que é “(...) o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias” (p. 32). Na mesma fala, consideramos que também correu *discriminação racial*, compreendida como “atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados” (*Ibidem*).

Verificamos, assim, que o corpo-ser do indígena está ligado ao modo de vida selvagem e que por tal circunstância deveria ser mais resistente à dor; logo, a profissional não ajudaria Carolina a levantar do leito. Na esteira do pensamento de Almeida (2019, p. 34), podemos analisar que discriminação racial

não “se trata, portanto de apenas um ato discriminatório ou mesmo um processo em que condições de subalternidade e de privilégios que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações sociais”.

O racismo gera segregação e marcas profundas, quando seguimos com o relato de Carolina, que diz: “Até hoje, a senhora acredita que eu não esqueço lhe juro, eu tento, eu falo, eu brinco, mas eu não esqueço, então essas coisas assim eu me afasto. Eu não sei se isso é preconceito, mas eu me afasto”. Analisamos que o ato de silenciar ou congelar o ocorrido fere o campo subjetivo, por ventura traz o sentimento de que, às vezes, é melhor deixar pra lá; esses são resultados de uma situação que é, segundo Podkameni e Guimarães (2008), conflitual e traumatizante. O impacto do racismo é percebido no acesso à saúde; ou seja, a equidade ainda não foi obtida na alocação do transplante de órgãos.

“Já aqui mesmo no hospital, (...) a gente tava pegando remédio tinha uma atendente lá da minha cor moreninha... ai a mlr que tava falando com ela bem brancona. Ela queria que desse uma ficha pra ela de prioridade, ai a moça disse que não podia dá, porque ela tava lá, mas não pra entregar senha, mas o rapaz que trabalha com isso estava vindo entregar, ai ela disse você não quer me entregar sua **preta nojenta, sua negra do cão, sua urubu**. Todo mundo no hospital fala disso, a menina chorou que ficou desesperada lá... e foi uma confusão grande. Só porque ela é branquinha ela tem o direito de chamar a menina de preta **todo mundo ficou chateado, mas ninguém falou nada**” (GIOVANA XAVIER).

Ao final do depoimento ela salienta que ninguém direcionou o caso para providências legais. Diante da cena, analisa-se que trabalhar as relações étnico-raciais é perceber que: “(...) o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (CARNEIRO, 2005, p. 36). Sendo assim, o silenciamento é uma forma de materializar o racismo no seio social. Na contemporaneidade, os resquícios do pós-abolição da escravatura, a ideologia da inferioridade da população negra em especial

das mulheres, sobre a qual incide ainda o racismo, o machismo e os padrões de beleza eurocêntricos que se reproduzem na contemporaneidade, delinham as novas expressões das discriminações raciais brasileiras.

Ressaltamos que para o processo de acompanhamento no transplante de órgãos não basta apenas atingir números no acesso aos órgãos e aos procedimentos cirúrgicos, também é necessário garantir no pós-transplante meios para manutenção do tratamento. O autor assevera: “Os pobres não têm as mesmas oportunidades de acesso aos necessários medicamentos imunossuppressivos pós-operatórios para manter e usufruir por completo os benefícios dos transplantes de órgãos” (SIMMERLING, op. cit. p. 10).

Na esteira de pensamento do mesmo autor, entende-se que inter-relacionar o quesito raça com o transplante de órgãos na realidade brasileira é emergencial para planejar políticas que abarquem a realidade da população usuária do serviço para não gerar o racismo institucional, compreendido como:

“[...] o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância (CRI, 2006, p. 17).

Por mais que as populações negra e indígena tenham acesso ao serviço de transplante de órgãos, o racismo institucional “sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (CRI, 2006, p. 2). Em todos os espaços podem ser encontrados, sendo perceptível no relato de Sueli Carneiro: “O racismo acontece na escola comigo mesma... Eu já tive racismo por causa do cabelo no meio social (...) tem sim em qualquer repartição que você tiver. A pessoa não pode dizer pra você, mas ela fica pra si, mas tem”.

Nogueira (2007) salienta um elemento relevante para nossa análise no que

se refere ao tipo de preconceito preponderante nas relações raciais: o preconceito de marca, que se liga aos aspectos fenóticos que definem se o indivíduo é considerado(a) negro(a) ou não, se apresentar maiores aproximações da matriz branca/europeia (nariz afilado, cabelo liso, pele branca, olhos claros, dentre outros) terá maior espaço para a aceitação social. Isto é, em volto a imagem de negro/as foram sendo traçados estereótipos que funcionam como mecanismos de materialização e reprodução do racismo.

Apreende-se que o fato da população negra estar acessando o serviço de TX, não quer dizer que melhorou a qualidade de vida. Pois, de acordo com o “Manual das Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente”, publicado em 2001, debruçou-se sobre as doenças de origem genética comprovada, como doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus e as síndromes hipertensivas na gravidez. Entretanto, deixou de fora aquelas cuja origem genética não foi estabelecida, inclusive aquelas sobre determinação social que: (...) são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas. O acesso ao serviço de saúde é mais difícil e o uso de meios de diagnósticos e terapêuticos é mais precário produzindo, em geral, evolução e prognósticos piores para as doenças que afetam negros no Brasil (BRASIL, 2001, p. 9-10).

Os fatores socioeconômico, cultural e de acesso de bens e serviços rebaixam em quem está no serviço de transplante renal, uma vez que quando não se há ou se tem dificuldade de acesso, expressa a população usuária do serviço.

Destaca-se que a população indígena também sofre com o racismo e as barreiras de acesso ao TX, com raízes mais profundas:

Ai minha mãe me pegou e me trouxe pra cidade. Lá (na aldeia) eles não aceitavam o que eu tinha. (...) precisava fazer diálise só que na cidade não faz, tinha que me transferir pra Manaus em Manaus eu comecei a fazer diálise, (...) eu tinha 15 anos nessa época ai passei 03 anos em Manaus dialisando ai foi minha mãe começando a falar com o povo da diálise, que foram falando sobre (...) passei 3 anos lá e mais 2 anos dialisando. Foram 05 anos de diálise (CAROLINA MARIA DE JESUS).

Werneck (2014) discorre que o nível da utilização dos serviços aponta para a perspectiva da integralidade, ou seja, questiona as possibilidades de acesso e utilização por parte dos usuários. Se refletirmos que negros e indígenas utilizam mais o serviço de transplante não são sabidas as causas biopsicossociais que asseveram esse fato, uma vez que estudos não aprofundam as consequências/ impactos dos determinantes sociais no processo saúde-doença em conjunto com as relações étnico-raciais nos serviços de saúde em geral e, principalmente, no serviço de transplante renal.

Considerações finais

Analisa-se que o racismo opera estruturalmente na formação social capitalista e, estrategicamente, funciona como mecanismo definidor de lugares sociais. Além disso, com a atual ofensiva do conservadorismo, as antigas desigualdades advindas do período colonial escravista são reeditadas e têm resultado em profundas violações de direitos humanos, as quais dilaceram e despotencializam negros e negras.

Desse modo, torna-se urgente a necessidade de incluir a discussão do racismo no currículo formativo dos(as) profissionais de saúde, principalmente, no Programa de Residências em Saúde, pois um hospital que realiza formação dos profissionais e não inclui a discussão do racismo na educação em saúde está incorrendo no racismo institucional.

O racismo regula as relações entre usuários e usuárias, profissionais e gestores de serviços públicos governamentais e não governamentais, assim como impõe fatores de risco extra-biológico às pessoas sobreviventes do processo de exclusão. É sabido, portanto, que o serviço de transplante renal do lócus da pesquisa necessita se organizar para acolher a população negra, esta que representa a expressa maioria dos usuários.

Por fim, debruçamo-nos em inúmeras desigualdades expressas ao longo dos levantamentos estatísticos, dos depoimentos de sujeitos que sofreram racismos por parte das equipes de saúde, da falta de acesso aos serviços, do desinteresse de gestores de saúde em capacitar e treinar a equipe sobre doenças que atingem de forma mais crucial as populações das camadas subalternas,

sendo assim evidências do racismo institucional advindo do acesso e permanência no serviço de transplante de órgãos e tecidos do Sistema Único de Saúde .

Referências

ALMEIDA, Silvío Luiz. **O que é racismo estrutural?** São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade.** São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.

Dados Numéricos da Doação de Órgãos e Transplantes Realizados por Estado e Instituições no Período: janeiro/setembro – 2019. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: SEPPIR, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 10 fev. 2020.

BARROCO, Maria. Lucia. Serviço Social e Pesquisa: implicações éticas e enfrentamentos políticos. **Temporalis**, Brasília, n. 17, ano IX, , p. 130-142, 2009.

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

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, 2005.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **Ameaças à equidade na distribuição de órgãos para transplante: uma análise dos critérios legais de acesso**. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GARCIA, V. D.; ABBUD FILHO, M.; PESTANA, J. O. M. Alocação de órgãos e tecidos. In: GARCIA, V. D.; ABBUD FILHO, M.; NEUMANN, J.; PESTANA, J. O. M. **Transplante de órgãos e tecidos**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2009**. Rio de Janeiro: IBGE: 2009a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE: 2009b.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE

ORGANIZATIONS (JCAHO). **Health care at crossroads: strategies for narrowing the organ donation gap and protecting patients**. Estados Unidos, 2004.

LIMA, Maria Batista. Identidade Étnico/Racial no Brasil: Uma Reflexão Teórico-metodológica. **Revista Fórum Identidades**, Sergipe, ano 2, v. 3, n. 3, p. 33-46, jan./jun. 2008.

MADEIRA, Maria Zelma. **Racismo no mercado de trabalho: reflexões sobre as condições de vida da mulher negra no Brasil**. Texto Mimeo. Fortaleza, nov. 2008.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. de S.; ALMEIDA, V. V. de. **Desigualdade de transplantes**

de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça/cor. Brasília: IPEA, 2011.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO – PENESB RJ, 3., 2003, Rio de Janeiro. **Palestra proferida [...].** Rio de Janeiro: PENESB, 2003. Disponível em: http://www.neab-proafro.uerj.br/arq/txtrrec/uma_abordagem_conceitual.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Célia de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NOGUEIRA, Oracy. “Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem”. In: BALDUS, Herbert (org.). **Anais do XXXI Congresso Internacional de Americanistas.** São Paulo: Editora Anhembi, 1955.

QUARESMA, S. J.; BONI, V. Aprendendo a entrevistar: como Sociologia Política da UFSC. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC,** Santa Catarina, v. 2, n. 1, jan./jul., 2005.

SAMPAIO, A. Ecos da hipertensão: a vivência de mulheres negras. In: SILVÉRIO, V. R.; PINTO, R. P.; ROSEMBERG, F. (orgs.). **Relações raciais no Brasil: pesquisas contemporâneas.** São Paulo: Contexto, 2011.

SILVA, Ivo Fonseca. Acesso a terra “caminho de muitas curvas”: depoimento de um quilombola. In: SILVA, Tatiana Dias; GOES, Fernanda Lira (orgs.). **Igualdade racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes.** Brasília: IPEA, 2013.

SOUZA, Carlos Aurélio Mota de. **Direitos Humanos, Urgente!** São Paulo: Editora Oliveira Mendes, 1998.

THEODORO, Mário (org.). **As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil**

120 anos após a Abolição. Brasília: IPEA, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WASHINGTON, H. A. **Medical apartheid:** The dark history of medical experimentation on black americans from colonial times to the present. New York: Harlem Moon, 2007.

Recebido: 23/04/2021

Aceito: 22/11/2021