

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS
DIASPÓRICAS AMARELAS

STELLA NAOMI TANAKA

SÃO CARLOS - SP
2023

STELLA NAOMI TANAKA

OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS
DIASPÓRICAS AMARELAS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Medicina pela
Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Prof^a. Dra. Maristela Schiabel Adler
Co-orientador: Prof^o. Dr. Willian Fernandes Luna

São Carlos

2023

Tanaka, Stella Naomi

Os Determinantes Sociais de Saúde: Reflexões e
Perspectivas Diaspóricas Amarelas / Stella Naomi
Tanaka -- 2023.
44f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Maristela Schiabel Adler

Banca Examinadora: Maristela Schiabel Adler, Willian
Fernandes Luna

Bibliografia

1. Vieses raciais em Medicina. 2. Saúde da população
asiática amarela. 3. Determinante Sociais em Saúde. I.
Tanaka, Stella Naomi. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Departamento de Medicina

Folha de aprovação

O Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Stella Naomi Tanaka, do curso de Medicina, intitulado OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS DIÁSPÓRICAS AMARELAS, foi aprovada pela comissão examinadora em 26/01/2023.



Prof. Dra. Maristela Schiabel Adler
DMed - UFSCar

Documento assinado digitalmente
 WILLIAN FERNANDES LUNA
Data: 26/01/2023 09:43:05-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Willian Fernandes Luna

DMed - UFSCar

Agradecimentos

Àqueles que não citarei diretamente, pacientes, professores, amigos, preceptores, residentes e funcionários com quem tive o prazer de ter o convívio em diferentes períodos da minha vida e durante o curso de medicina. Obrigada pelos ensinamentos e pelas transformações nessas breves experiências que tivemos.

Ao meu amigo Yonghui, por ter me encorajado a abraçar este trabalho. Nossas conversas pelas madrugadas a respeito das nossas amarelidades ainda ecoam dentro de mim. Você é a inspiração e a influência de tudo que estudei neste pequeno espaço, por onde nossas palavras correm, livres, até encontrarem também outro local para ressoar.

Ao meu grupo de internato, obrigada por todo o dia. Pelas risadas e pelo carinho que eu tão desengonçadamente retribuo, pelos momentos aflitos compartilhados, pelos intervalos de descanso seja com comida ou sem. Obrigada pelas memórias e pelo privilégio da companhia. E principalmente, obrigada por me ensinarem, todos os dias, a persistir diante das intempéries, sempre guiada por princípios, pela ética e pelo humanismo.

À minha família, por terem abdicado de tantos confortos para nos dar um futuro, por todo o suporte para me manter em uma universidade longe de casa. Por me ensinarem a valorizar nossas origens e nossa história. Sei que os fiz terem muitas preocupações. E eu também me preocupei muito com vocês. São minha base e referência, mais do que tenho capacidade de perceber.

Ao Mauricio, por me erguer o olhar quando meus olhos encontram o chão. Por escolher, todos os dias, caminhar ao meu lado, mesmo que pelas minhas ruas tortas. E eu escolheria caminhar ao seu lado em mais tantas mil vidas, por quaisquer ruas que sejam. Estou ansiosa para seguir em nossa jornada e descobrir quantos outros formatos o amor é capaz de tomar.

Aos meu ancestrais, por me completarem sempre que minha alma é preenchida pelo nada. Pelas respostas das tantas dúvidas e anseios. Pelas conexões em tempos de tanta solidão. E pela lembrança do que fomos, do que podemos ser e do que sou hoje.

In memoriam

Talvez tudo tenha começado por você.

Para além da minha primeira morada. Para além do meu primeiro alimento. Para além de estar presente em todos os meus começos. Talvez, tudo tenha começado a partir do seu além, a sua primeira ausência que permanece desde então.

Foram muitas escuridões até aqui, mas, em frente, observo duas portinholas que se abrem, por onde entrevejo um feixe morno de uma luz que se ergue no horizonte.

“Naomi, encontre seu lugar ao sol”

(MAKI, 2015)

“I am writing to reach you — even if each word I put down is one word
further from where you are”
(VUONG, 2021, p. 30)

Resumo

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre os Determinantes Sociais em Saúde com foco nos vieses raciais da prática médica e da pesquisa em saúde na Medicina Baseada em Evidências, além do resgate histórico a respeito da presença asiática em países ocidentais e suas implicações na saúde pública e na saúde desses indivíduos. O objetivo do trabalho é criar fundamentação teórica para a elaboração de um memorial crítico-reflexivo a respeito dos processos de saúde e doença da população asiática imigrante decorrentes principalmente das opressões de raça, com foco nos descendentes do Leste Asiático.

Palavras-chave: vieses raciais da medicina, saúde da população amarela, asiáticos-brasileiros, Perigo Amarelo, mito da minoria-modelo, COVID-19.

Abstract

This is a bibliographic review about the Social Determinants of Health. We aim to focus on racial biases in medical practice and research in Evidence-Based Medicine, as well as a historical review of the Asian people in Western countries and the implications on public health and on the health of these individuals. The goal of this study is to create a theoretical basis for a critical-reflective memorial about the effects of racial oppression in asian's processes on disease development, focusing on East Asian immigrants and descendants.

Keywords: racial biases in medicine, asian health, asians in Brazil, Yellow Peril, model-minority, COVID-19.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 – Representatividade em relação a distribuição global

Lista de Siglas

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

CDC: Center for Disease Control and Prevention

Anti-AAPI Hate: Anti-Asian American Pacific Islander Hate

CAA: Chinese for Affirmative Action

FDA: Food and Drug Administration's Center

EUA: Estados Unidos da América

NIH: National Institutes of Health

NLAAS: National Latino and Asian American Study

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ITU: Infecção do trato urinário

iECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

BRA: Bloqueadores de Receptores da Angiotensina

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 12 |
| 2. Metodologia | 14 |
| 3. Referencial teórico | 15 |
| 3.1. Determinantes Sociais de Saúde..... | 15 |
| 3.2. Raça e Etnia..... | 16 |
| 3.3. Perigo Amarelo | 18 |
| 3.4. COVID-19 e o Perigo Amarelo Biológico | 20 |
| 3.5. O Não-Lugar | 21 |
| 3.6. Implicações na pesquisa em saúde..... | 23 |
| 3.7. Disparidades em Saúde..... | 26 |
| 4. Discussão | 27 |
| 4.1. Saúde asiática: um problema intrínseco ou consequência? | 27 |
| 4.1.1. Aspectos intrínsecos..... | 27 |
| 4.1.2. Aspectos modificáveis | 27 |
| 4.1.2.1. Mito da minoria-modelo..... | 27 |
| 4.2. Saúde Mental | 29 |
| 5. Memorial Reflexivo | 31 |
| Considerações Finais | 38 |
| Referências | 41 |

1. Introdução

Neste trabalho, faço menção a asiáticos amarelos e marrons, com maior volume de referências ao Japão e aos nikkeis¹, pelo fato de fazer parte desse grupo. Incluo asiáticos de primeira à quarta geração fora do país de origem dos antepassados, isto é, no contexto da vida como imigrantes ou descendentes desses imigrantes em um país ocidental, visto que a diáspora traz experiências distintas e cria vulnerabilidades próprias do processo de imigração.

É comum que, ao falar sobre o ser asiático-brasileiro, faça-se o paralelo com ser asiático nos países do continente asiático, sendo um grande equívoco acreditar que tais condições são coincidentes. Ou seja, ser nikkei é experiência distinta de ser nihonjin², apesar do compartilhamento de determinadas similaridades. Essa lógica resulta da crença de que nós, asiáticos nascidos e criados no Brasil, somos menos brasileiros que o restante da população e eternos estrangeiros nessa terra. Assim, iniciarei esta reflexão me reafirmando como asiática amarela, neta de japoneses e, sobretudo, brasileira, condições que não se excluem entre si e que, torço, algum dia serão vistas como apenas mais uma expressão do ser brasileiro.

Ao leitor, espero que receba este trabalho de coração aberto e que entenda que ao falar sobre o racismo estrutural como uma criação da branquitude, refiro-me a uma sequela histórica, cultural, política e econômica de séculos, gerando consequências que reverberam até os dias de hoje. Nossa função como sociedade em busca do bem-estar comum é trabalhar esses fenômenos munidos de referências teóricas, consciência de identidade e senso de responsabilidade, o que significa desenvolver a noção dos papéis ocupados por cada grupo num sistema hierárquico e violento.

Aqui, utilizo o conceito ampliado de saúde para me referir à saúde da população asiática em países do Ocidente, além dos Determinantes Sociais em Saúde para discorrer sobre os processos de saúde e doença desse grupo ao qual pertenço.

¹ Palavra escrita com 日系. O primeiro ideograma 日 representa o sol, fazendo referência ao país Japão - 日本. O segundo ideograma 系 representa um sistema, linhagem ou grupo. Sendo assim, a escrita romanizada é lida como “nikkei” e refere-se aos imigrantes japoneses e seus descendentes.

² Palavra escrita com 日本人. Os primeiros dois ideogramas 日本 representam Japão. O último ideograma 人 representa uma pessoa. Sendo assim, a escrita romanizada é lida como “nihonjin” (pronuncia-se “nihondin”) e refere-se aos japoneses do Japão.

Por fim, registro meu memorial crítico reflexivo sobre minhas vivências nos tópicos estudados, com os quais com pesar me identifico e que ao mesmo tempo me acolhem em um senso de pertencimento e validação das minhas reflexões e experiências.

Pretendo, neste trabalho, me colocar como sujeito ativo em um estudo a respeito da saúde asiática diaspórica, em contraposição a ser colocada como objeto a ser estudado e observado. Ao leitor, o objetivo desse trabalho também é expor as diferenças entre ser Sujeito e ser Objeto, além dos efeitos dessas posições na pesquisa em saúde e na saúde do grupo ao qual pertencço.

2. Metodologia

Esse trabalho tem como base os paradigmas da Medicina Baseada em Evidências, da Aprendizagem Baseada em Problemas e do Modelo Biopsicossocial da medicina, conceitos que cercaram toda a formação médica na UFSCar (DMed, 2007), sendo quase natural que as reflexões aqui contidas partam desses conceitos.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os Determinantes Sociais do processo saúde-doença, tendo como objetivo trazer contribuições no assunto com o foco na raça/etnia, a partir da perspectiva de uma graduanda de medicina descendente da diáspora asiática, quanto à ancestralidade, cultura, imigração e os desafios socioeconômicos, institucionais e políticos que se relacionam com a saúde e o adoecimento desses indivíduos com quem compartilho mais do que a raça.

A maior parte da bibliografia utilizada sobre os aspectos raciais na área da saúde e na Medicina Baseada em Evidências são de autoria internacional, visto que a discussão no Brasil segue ainda incipiente. Foi possível, no entanto, realizar uma revisão bibliográfica com trabalhos de autorias asiático-brasileiras sobre as opressões de raça às quais a população da diáspora asiática está submetida, obtidos a partir do projeto Outra Coluna (MIYAZAKI et al., 2015) e referências citadas por esses autores. Foram utilizados, também, livros-texto teóricos a respeito da questão asiática.

As plataformas utilizadas para pesquisas foram SciELO, UpToDate e Portal de Periódicos da Capes, além de referências coletadas pelo site *CARE - Stanford Center for Asian Health Research and Education*. Priorizou-se estudos datados de 2015 ou depois, exceto em casos em que os estudos eram limitados. A preferência foram estudos em que houvesse autores asiáticos envolvidos, além de estudos de revisão sistemática.

3. Referencial teórico

3.1. Determinantes Sociais de Saúde

“Os Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e FILHO, 2007, p. 78).

De maneira geral e em maior ou menor detalhamento, as condições de vida e trabalho de um grupo ou indivíduo estão relacionados ao seu processo de saúde/doença. Este conceito se baseia na definição ampliada de saúde, um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 1).

Essa definição está sujeita a críticas e reflexões de pesquisadores e profissionais na área da saúde, sendo um processo constante na medicina que acompanha o processo de rupturas paradigmáticas em saúde.

Didaticamente, alguns autores descrevem a saúde como a soma dos planos subindividual, individual e coletivo (NARVAI e PEDRO, 2008). O plano subindividual corresponde ao orgânico, estando entre a funcionalidade e disfunções com base no conhecimento da fisiologia humana. Já o plano individual corresponde às condições de existência do indivíduo e o que o cerca. E o plano coletivo corresponde à expressão do processo social desse indivíduo nos grupos, ambientes e instituições.

Outros autores propõem ainda outro conceito de saúde como “o contínuo agir do ser humano ante o universo físico, mental e social em que vive, sem limitar um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado” (FERRARA et al., 1976; VIANNA, 2012, p. 8), criando uma dimensão de autonomia, liberdade e corresponsabilização do cuidado com o indivíduo.

Pode-se traduzir essa busca por um conceito ampliado de saúde como um dos resultados da ruptura do paradigma curativista e biomédico, descrito como um modelo de medicina mecanicista e centrado na doença, para um paradigma biopsicossocial.

“O cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá

além do saber-fazer científico/tecnológico. Isso permite o olhar para a pessoa além da doença que apresenta, considerando-se o conhecimento que possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável nos seus diversos aspectos” (PEREIRA; BARRO e AUGUSTO, 2011, p. 9).

Assim, o fazer em saúde ocorre a partir da apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas pelos profissionais de saúde e usuários desses serviços. Nesse sentido, a sociedade, por meio da produção social, ganha a capacidade de gerar tanto a saúde como a doença, e a compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas (PEREIRA, BARRO e AUGUSTO, 2011; MANDÚ, 2004).

Em outras palavras, a saúde é um conceito amplo, senão filosófico, que integra a vida em sua essência, sendo um desafio tanto existencial quanto operacional percebê-la e executá-la em toda sua plenitude.

3.2. Raça e Etnia

A humanidade foi dividida em grupos raciais a partir do conceito de raça como uma teoria científica, sendo essencialmente um sistema de classificação. A primeira proposta de divisão racial foi documentada em 1684, por François Bernier e, ao longo do século XVIII, diversas outras teorias a respeito da raça classificaram as civilizações de acordo com seu fenótipo, atribuindo até mesmo valores morais aos diferentes grupos (ALVES, FORTUNA e TORALLES, 2005; SILVA e SOARES, 2011). O homem branco europeu estaria no topo da hierarquia, sendo caracterizado como civilizado, gentil, forte e governado por leis. Logo abaixo estariam os asiáticos amarelos, gananciosos, perversos, dissimulados e governados por costumes. Em terceiro, o americano vermelho, subjuguável e com mau temperamento. Abaixo de todos estava o homem africano preto, selvagem, preguiçoso e governado por caprichos. Carl Von Linne, ou Linnaeus, ainda criou uma quinta raça, definida como *Monstruosa*, com aqueles que não poderiam ser incluídos em nenhuma das quatro categorias. Posteriormente, Conde de Gobineau dissemina também o conceito de que

determinadas raças não tinham capacidade de progredir tanto como outras (ALVES; FORTUNA e TORALLES, 2005; SILVA e SOARES, 2011).

Essas teorias raciais possuíam um ponto de intersecção: uma estrutura racial hierárquica onde os brancos ocupavam o topo como modelo ideal de humanidade. Deve-se ressaltar que essas teorias foram desenvolvidas, estruturadas e institucionalizadas pela branquitude, onde o Sujeito pesquisador era o branco e o Objeto de estudo eram os Outros. Posteriormente, convencidos de sua superioridade cultural, intelectual, física e civilizacional, essas teorias foram usadas como justificativa para interesses imperialistas e comerciais. Assim, sob o pretexto de levar a modernidade, civilidade e salvação espiritual para os sub-humanos e selvagens, justificaram-se empreitadas coloniais e diversos crimes contra a humanidade, como genocídios, escravização e apagamentos histórico e cultural de povos considerados inferiores (QIO, 2020).

O fenômeno que se segue à essa pseudociência das teorias raciais é a instalação de um sistema racista à nível estrutural onde o branco é a referência e o modelo, preservando sua liberdade nos processos de subjetivação, sendo isento da qualidade de ser Objeto de estudo. O branco então, pela narrativa da branquitude, é o sujeito neutro em que todos os caminhos de existência lhe são permitidos e possíveis, como uma página em branco que tudo pode ser.

Já o termo “etnia” tem origem do grego *ethnos*, que significa “gente” ou “nação estrangeira”, sendo um conjunto de pessoas de uma comunidade. Envolve também a sensação de pertencimento e construção de ações coletivas independente dos laços consanguíneos. É, portanto, um termo polivalente, em que as características morfológicas são secundárias à noção do universo sociocultural do indivíduo e às experiências semelhantes que ligam indivíduos, povos e sociedades no mesmo grupo (SILVA e SOARES, 2011).

Opto por iniciar este estudo demarcando a grande diferença entre os termos raça e etnia, onde falarei de raça pressupondo um sistema de opressão que tem como base as teorias das raças, e etnia como um fenômeno de identificação e pertencimento dentro dos grupos aqui trabalhados.

3.3. Perigo Amarelo

Em uma estrutura racial hierárquica onde a branquitude ocupa o lugar de Sujeito, nós, o Outro, ocupamos o lugar de ora fascínio, ora medo. Duas facetas igualmente violentas do racismo. O fascínio se expressa por meio da apropriação cultural, da fetichização da mulher amarela e da ideia mística sobre nossa cultura, religião e costumes. Já o medo é expresso pelo conceito do Perigo Amarelo, um imaginário sobre os asiáticos constituírem uma ameaça para o mundo ocidental. O Perigo Amarelo é altamente mutável, pois depende da conjuntura econômica e política da época, mas visa sempre favorecer o Ocidente como modelo ideal e atribuindo papéis racializados de inimigo comum aos países asiáticos, historicamente em especial China, Japão e Coreias. É, sobretudo, um recurso de manipulação com o objetivo de manter a hegemonia euro-americana ao incitar o medo coletivo de forma sistemática (SAID, 2007; SHIMABUKU, 2016; UENO, 2019).

Alguns dos primeiros registros dos asiáticos como ameaça foi descrita no século XIII, sobre a invasão mongol da Europa como “o maior Perigo Amarelo na Idade Média” (CHEN, 2012, p. 6). Porém, foi no final do século XIX e começo do XX que a noção de Perigo Amarelo ganhou a conotação que perdura até os dias de hoje. O Imperador da Alemanha, Guilherme II, ameaçado pelo crescimento econômico chinês, aumento demográfico, território extenso e riqueza de recursos naturais, instrumentalizou o medo do Perigo Amarelo ao construir uma ameaça no imaginário da população, utilizando-se da imprensa e apoiado por estudiosos da época. Ao fim do século XIX, esse sentimento racista e xenofóbico estaria amadurecido o suficiente para justificar políticas imperialistas no Leste Asiático, legitimando invasões, guerras, ocupações e massacres nesses territórios com a narrativa de combater uma ameaça iminente, levando à uma paranoia coletiva e culminando até mesmo em eventos como o massacre de 1871 em Chinatown, Los Angeles, onde 500 homens brancos torturaram e assassinaram vinte imigrantes chineses. Ainda nos EUA, também seria criado o Ato de Exclusão a Chineses de 1882, uma das primeiras leis federais a proibir a imigração com base na raça e que posteriormente influenciaria outros países a fazerem o mesmo (SHIMABUKU, 2016).

No início do século XX, a China sai do foco do Perigo Amarelo após as investidas militares britânicas e francesas de 1856 a 1885 e a Primeira Guerra do Ópio, que levaram ao seu enfraquecimento e posterior perda da posição como potência, que

se seguiu após o fim da Guerra Sino-Japonesa de 1894 a 1895. O Japão, então, cresceria como nova potência e, conseqüentemente, como novo ponto focal no medo do Perigo Amarelo. Eclode a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o Japão se alia ao Eixo e o novo Perigo Amarelo japonês se fortalece no imaginário popular, sendo descrito como um povo traiçoeiro e extremamente inteligente por trás de uma máscara dócil. Semelhante ao que ocorreu com o povo chinês, instala-se uma política anti-nipônica transcontinental, com proibição da língua, fechamento de escolas, veto à circulação de jornais japoneses e instalação de campos de concentração para japoneses (SHIMABUKU, 2016).

Nos EUA, Roosevelt ordenou a realocação de 110 a 120 mil nipo-americanos para campos de concentração. No Canadá, nipo-canadenses foram exilados para o interior da província da Colômbia Britânica. No Peru, nipo-peruanos foram obrigados a evacuar o país, levados para os EUA em navios militares. No Brasil, estima-se que cerca de 6.500 nipo-brasileiros foram expulsos de Santos — SP, além de terem seus bens congelados para serem usados como indenização, caso as nações do Eixo causassem prejuízo ao Estado brasileiro (SHIMABUKU, 2016; UENO, 2019).

Com a devastação causada pelos EUA após o lançamento de bombas atômicas em Hiroshima e Nagasaki, resultando na morte estimada de 110 mil a até mais de 210 mil pessoas, e a rendição do Japão em 1945, surge o terror comunista com a emergência da República Popular da China e a formação da Coreia do Norte comunista, acompanhando o período de Guerra Fria (1947 e 1991). Novamente, a história se repete, agora com outros trajes, e o mundo pode observar o ressurgimento do sentimento sinofóbico, além da Coreia também ganhando foco como Perigo Amarelo (SHIMABUKU, 2016; UENO, 2019).

Ao final da década de 70, o Japão renasce como nova potência industrializada, voltando ao foco do ocidente como ameaça econômica até a década de 90, quando se alia aos EUA seguindo a lógica capitalista ocidental. Nesse momento, devido a interesses econômicos e diplomáticos, a imagem do nikkei é suavizada e ganha outro papel, falsamente positivo: o mito da minoria-modelo, descrito com maior detalhamento mais adiante no trabalho (SHIMABUKU, 2016; UENO, 2019).

3.4. COVID-19 e o Perigo Amarelo Biológico

No momento em que escrevo este trabalho, o mundo se recupera da pandemia do SARS-CoV-19, vírus causador da doença COVID-19, sendo ainda pejorativamente descrito como “vírus chinês”, acompanhado do ressurgimento do fenômeno do Perigo Amarelo e do crescimento do sentimento anti-asiático, que atravessa o racismo violento e recreativo, a xenofobia e a sinofobia. No Brasil, foram noticiados casos de crime de ódio contra asiáticos entre os anos de 2019-2022 (GOVER, HARPER e LANGTON, 2020; HORSE e CHEN, 2022), como o consulado da China que foi alvo de um explosivo caseiro (BRITO, 2021) e o caso do casal de idosos asiáticos e sua filha na zona Sul de São Paulo que foram espancados na própria residência, levando a morte de uma senhora de 81 anos, pela autoria de uma quadrilha especializada em assaltar famílias de origem asiática-amarela, casal este conhecido da minha própria família (BALBINO, 2022).

No mundo, também no mesmo período, tivemos o caso do atirador de Atlanta, nos EUA, onde quatro mulheres asiáticas foram mortas e duas ficaram gravemente feridas; o estudante de Singapura espancado em Londres, na Inglaterra, por um grupo de homens que gritavam “não queremos o seu coronavírus no nosso país” (BBC, 2020); e um professor universitário chinês espancado em Southampton, no Reino Unido, por um grupo de homens que gritavam “vírus chinês, saia deste país” (QIONGFANG, 2021, p. 1).

Além dos casos documentados, existem também aqueles não relatados, que tanto tive a experiência quanto ouvi de amigos e conhecidos: uma garota asiática espancada dentro do metrô; desconhecidos espirrando álcool em nossos rostos; agressões verbais como “volta para seu país”, “saia daqui coronavírus”, “isso tudo é culpa sua e do seu povo imundo”; e pessoas nos diversos espaços evitando conversar conosco e nos tocar.

Diante disso, a *AAPI Equity Alliance*, *CAA* e a *Asian American Studies Department of San Francisco State University* criaram o movimento *Anti-AAPI Hate* em 19 de março de 2020, que luta contra os crimes de ódio raciais, em solidariedade antirracista juntamente ao movimento negro e indígena. Segundo relatório que compreende o período de 19 de março de 2020 a 31 de março de 2022, foram reportados 11.467 incidentes de crimes raciais contra asiáticos, sendo que a estimativa é de que um em cada cinco asiáticos e um em cada cinco *pacific islanders*

sofrem algum tipo de violência. Outros dados são os que seguem: 65% dos casos têm como vítimas as mulheres, dois em cada três incidentes envolvem violência verbal ou por gestos inapropriados; um em cada seis ocorre por meio de agressão física; um em cada seis ocorrem por evitação; mais de um em cada nove incidentes ocorre por meio de violações de direitos civis, principalmente em locais de trabalho. Em relação aos locais, 40% dos incidentes ocorreram em espaços públicos, mais de 27% ocorre dentro de comércios e cerca de um em cada 10 ocorrem online e no transporte público (HORSE e CHEN, 2022; PILLAI, HORSE e JEUNG, 2021).

3.5. O Não-Lugar

Ao longo dos séculos XIX e XX, discutiam-se as teorias da hipodescendência e da eugenia sobre um indivíduo fruto do cruzamento de raças diferentes, em que se dizia que esse cruzamento resultaria em um indivíduo de raça inferior e que, para ocorrer o melhoramento genético, a população deveria se embranquecer. Tal teoria, iniciada na Europa, levada aos EUA e que influenciaria o Brasil, culminou com o início da vinda de imigrantes europeus para o Brasil, tendo como justificativa tanto a de melhorar geneticamente e moralmente a população quanto a de trazer a modernidade para o país. Já a vinda de negros e asiáticos amarelos e marrons era vista por eugenistas brasileiros como causadora de uma degradação racial (UENO, 2019).

No início do século XX, devido à deficiência de mão-de-obra pelo déficit imigratório de europeus no Brasil, cafeicultores paulistas passaram a considerar a vinda de imigrantes não-brancos ao país. No mesmo período, o governo japonês passou a se interessar pelo Brasil como um país de destino devido ao fechamento à imigração de japoneses para os países da América do Norte e Peru, barreiras impostas pelo fortalecimento do discurso eugenista da época, que se concretizou em medidas oficiais de veto à imigração asiática, especialmente a nipônica, a exemplo dos EUA, onde foi criado o *Gentlemen's Agreement* em 1908, em que se estabeleceu que o Japão deveria assumir a função de proibir a imigração de seus cidadãos para os EUA, evitando uma proibição explícita por parte dos norteamericanos (UENO, 2019).

Em 1992, o antropólogo francês Marc Augé introduz seu neologismo “não-lugar” em seu livro *Non-lieux* (Não Lugares - Introdução a uma Antropologia da

Supermodernidade), onde relaciona o fenômeno da supermodernidade com a criação de espaços denominados não-lugares, diametralmente opostos ao lar.

A supermodernidade descrita por Augé ocorre por categorias marcadas pelo excesso: tempo, espaço e individualidade. Ocorre o aceleração da história pelo excesso de informações, visualizado pelo grande volume e alta velocidade dos sistemas digitais; o encolhimento do mundo pelo excesso de espaços disponíveis, facilidade de acesso e aumento das migrações e concentrações urbanas, materializadas em aeroportos, estações de metrô e supermercados, locais de transição com alta circulação de pessoas, em que as relações são incapazes de criarem identidade de grupo; e a individualidade, em que há tendência de se traduzir individualmente as informações que chegam, não possuindo potencial para se tornarem representações coletivas. Esse fenômeno ultrapassa as matrizes espaciais e leva a uma mutação nas interações entre os indivíduos e suas relações de identidade. Assim, Augé descreve o não-lugar como um espaço que não contém significado suficiente para ser considerado um lugar e, portanto, não cria identidade singular nem relação, apenas “solidão e similitude” (AUGÉ, 2007; SAADI TOSI, 2015, p. 5).

Os movimentos raciais se apropriam desse conceito para discorrer sobre o não-lugar dos corpos racializados, que compreende todo corpo não-branco. De forma resumida e superficial, dentro do movimento negro, discute-se a situação de não-lugar no sistema jurídico, no acesso à educação e à saúde e entre outros processos. Para o movimento indígena, o não-lugar se expressa na invisibilização dos indígenas e da sua luta por direitos básicos. E paralelamente, para os corpos asiáticos, o mesmo fenômeno ocorre de forma distinta. O não-lugar está no fenômeno do eterno estrangeiro, em que o pertencimento não ocorre nem no país onde vivemos, nem no país de origem dos nossos antepassados. Está na ideia do “Orientalismo”, como descrito pelo historiador Edward Said (2007), em que o “Oriente” e seus habitantes “orientais” estão nesse lugar místico e desconhecido a ser desbravado pela branquitude. O termo é inapropriado para se referir aos asiáticos pois carrega a ideia do Oriente em contraposição ao Ocidente, considerado moderno e civilizado. Um exemplo desse fenômeno é a divisão da Alemanha em Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental no período da Guerra Fria, entre 1947 e 1991 (SAID, 2007).

Como corpos racializados, também ocupamos o não-lugar. Podemos não só interpretar, como também viver a experiência de não termos significado suficiente para

sermos considerados Sujeitos, por vezes nem seres humanos, sendo essa a maior e mais cruel consequência do racismo estrutural: o banimento da possibilidade de ser Sujeito, como descrito por Grada Kilomba (KILOMBA, 2008; QIO, 2020).

3.6. Implicações na pesquisa em saúde

No mundo, os asiáticos constituem 60% da população mundial. Sabe-se que a Ásia é o maior continente do globo, historicamente marcada por três civilizações originárias: Sínica, Hindu e Islâmica. Geograficamente, pode ser dividida em seis regiões: ásia central, meridional e setentrional; e leste, sudeste e oeste asiático. Do ponto de vista antropológico, possui mais de 2.500 grupos étnicos, com o maior número absoluto de indígenas do globo e abriga algumas das maiores diásporas no mundo, sendo elas a Índia, China e Síria (ONU, 2021). É o grande berço de diversas religiões, como judaísmo, budismo, cristianismo e confucionismo (TEIXEIRA, 2011). Outras propostas de divisões e classificações estão disponíveis, sob diferentes perspectivas a depender do que se pretende avaliar. Em suma, pode-se afirmar que a Ásia é um grande continente que abriga diversos grupos, cada qual com culturas riquíssimas e distintas entre si.

No Brasil, em 2010, os autodeclarados amarelos constituíam cerca de duas milhões de pessoas, cerca de 1,1% da população (IBGE, 2010). O Brasil abriga a maior colônia de japoneses fora do Japão, além da maior colônia libanesa, sendo que o número de descendentes libaneses no Brasil é maior do que a própria população no Líbano (SENADO, 2010). Na América do Norte, esse número sobe para 6%, onde também são escassos os estudos sobre a saúde da população asiática norteamericana, e menos de 1% do *NIH funding* é destinado para a pesquisa em saúde asiática, embora sejam o grupo racial de maior crescimento nos EUA (HOLLAND e PALANIAPPAN, 2012).

Holland e Palaniappan (2012) classificaram os problemas relacionados aos dados de saúde de asiático-americanos em três categorias: omissão, agregação e extrapolação.

A omissão ocorre ainda que a coleta de dados a respeito da saúde asiática tenha sido realizada, pois muitas vezes resulta em uma amostra pequena e os autores optam por omitir as informações. Amostras pequenas podem ocorrer por critérios de inclusão restritos, como limitada proficiência na língua inglesa, por menor nível

socioeconômico de determinados grupos asiático-americanos e por contato realizado via telefônica, considerando que o perfil de pessoas que possuem apenas o celular são pessoas jovens, pobres e novos imigrantes, nem chegando a serem contactadas.

A maior parte do conhecimento em saúde asiática imigrante foi determinado por estudos que agrupam os asiáticos norteamericanos como um grupo único, o qual Holland e Palaniappan (2012) denominam como agregação, criando vieses de documentação e interpretação acerca do assunto, obscurecendo fatores de risco, padrões de tratamento e desfechos de doenças nessa população e em seus subgrupos.

A maior parte dos estudos utilizam-se dos conceitos de raça, etnia e ancestralidade de forma inconsistente, não descrevendo os critérios utilizados para estabelecer as categorias raciais ou étnicas e não permitindo que o leitor extrapole os dados para sua própria realidade.

“Não é possível usar como sinônimos os termos branco/caucasiano/europeu/anglo, porque a cor da pele não se iguala à ancestralidade ou a etnia. Do mesmo modo, a origem geográfica não permite definir uma população específica, pois essas regiões são formadas por centenas de grupos diferentes; e grupos linguísticos não podem ser classificados como raça ou mesmo como grupos étnicos porque a maioria deles contém inúmeras etnias” (ALVES; FORTUNA; TORALLES, 2005, p. 104).

Algumas das poucas evidências científicas podem ser coletadas no *CDC*, como dados sobre a mortalidade da população de origem asiática, sendo alguns deles: um em cada três *sul* asiáticos irão morrer por doença cardíaca antes dos 65 anos; um em cada quatro *leste* asiáticos morrerão por câncer; e um em cada três asiáticos do *sudeste* irão morrer por doenças não comunicadas. Além disso, já existem diferenças conhecidas no metabolismo farmacológico, efeitos adversos a medicamentos e complicações específicas desses grupos que, no entanto, ainda não são suficientes para definir condutas na prática médica (HOLLAND; PALANIAPPAN, 2012). Um exemplo emblemático dessas diferenças raciais é a menor eficácia dos iECAs e BRAs para o controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra, e as diferenças entre as medidas de circunferência abdominal como preditoras de risco para síndrome

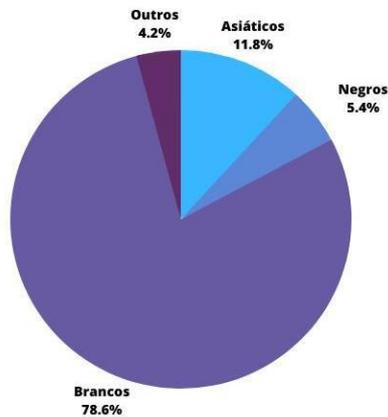
metabólica (HELMER, SLATER e SMITHGALL, 2018; TANIGUCHI, GIMENO e FERREIRA, 2004).

A extrapolação dos dados documentados ocorre quando, ao chegar a uma conclusão a respeito de um grupo agregado de asiático-americanos, ou até mesmo ao estudar um subgrupo isolado, o pesquisador presume que essa conclusão se aplica para toda a comunidade asiática, como ocorreu com um dos primeiros estudos sobre doenças cardiovasculares em nipo-americanos. O estudo *Ni-Hon-San* incluiu homens japoneses vivendo no Japão, Havaí e São Francisco, na Califórnia – EUA e concluiu que os fatores ambientais têm grande influência no desenvolvimento da doença ao notar que japoneses tinham taxas bem menores do que nipo-americanos e nipo-havaianos (MARMOT et al., 1975). Muitos dos relatórios e notícias extrapolaram a informação para todos os grupos asiáticos, levando a uma interpretação equivocada de que asiáticos têm menor risco para essas doenças. Sabe-se hoje, no entanto, que asiáticos indianos e filipinos possuem risco substancialmente maior para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em comparação a outros grupos asiáticos (HOLLAND; PALANIAPPAN, 2012).

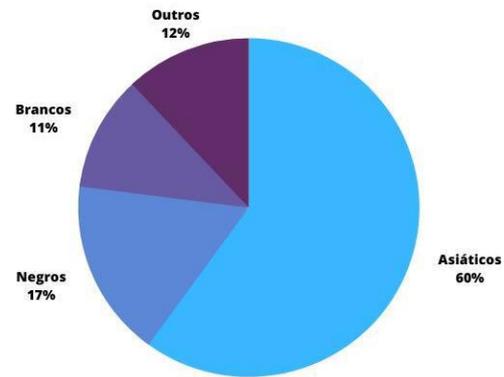
Visando avaliar a extensão da segurança e da efetividade dos tratamentos e condutas guiados pela medicina baseada em evidências, a *FDA* publicou dados demográficos dos ensaios clínicos realizados no mundo no período de 2015 a 2016, utilizando-se de fatores como sexo, idade e raça. O perfil da população utilizada nos estudos é majoritariamente masculina, correspondendo a 57% de participação. Quanto à distribuição racial, a desproporção se aprofunda: brancos possuem 78,6% da participação e outros grupos são distribuídos entre os 21,4% restantes (Gráfico 1) (FDA, 2016).

Esses dados nos permitem concluir que a prática médica baseada em evidências, quando se trata do cuidado de minorias raciais, utiliza-se de dados em que essas populações não estão ou estão pouco representadas. Sendo assim, até onde nossas condutas são universalmente seguras e efetivas e para quem a saúde se destina?

Gráfico 1 – Representatividade em relação a distribuição global

Representação em
ensaios clínicos

Composição global



*Outros incluem: indígenas das américas, Alaska, Havaí, ilhas do pacífico e entre outros.

Participação Global em Ensaios Clínicos 2015-2016 (Imagem: FDA/Relatórios)

3.7. Disparidades em Saúde

As disparidades em saúde se referem às lacunas da qualidade da assistência e são classificadas em três categorias: fatores do paciente, fatores do prestador e fatores da instituição. Até este momento no trabalho, expus os vários determinantes que tornam asiáticos uma população vulnerável, em suma: choque cultural, barreiras de linguagem, segregação e condição socioeconômica, limitação de recursos e entre outros fatores. Porém, gostaria de aqui ressaltar os fatores dos profissionais e das instituições que muitas vezes se traduz em incompetência cultural, estereotipação capaz de influenciar a tomada de decisão clínica, vieses raciais e étnicos e, por fim, a própria medicina estruturada por e para um grupo específico que não inclui populações racializadas.

4. Discussão

4.1. Saúde asiática: um problema intrínseco ou consequência?

4.1.1. Aspectos intrínsecos

Aspectos intrínsecos podem ser agrupado quanto ao fenótipo, ao genótipo e à farmacogenômica. A relação da doença ao fenótipo tem como um exemplo o maior risco de câncer de pele em pessoas claras do que em pessoas escuras.

Quanto ao aspecto do genótipo, podem ser citados: a hipótese da maior incidência de anemia falciforme em determinadas etnias do continente africano resultar da seleção da mutação como proteção contra formas graves da malária *falciparum*; em populações do nordeste da Europa, o polimorfismo do receptor CCR5 resulta na ausência desses receptores e confere maior resistência à infecção pelo HIV; e a maior incidência de mutação no gene BRCA1 em mulheres judias Ashkenazi, aumentando o risco para cânceres de mama e ovário em idade precoce.

E quanto à farmacogenômica, Holland e Palaniappan (2012), em estudo sobre os vieses raciais das pesquisas da área médica, verificaram que alguns subgrupos asiático-americanos respondem de maneira distinta a determinados medicamentos, incluindo quimioterapia, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e anticonvulsivantes. Um desses casos é a menor capacidade de chineses metabolizarem narcóticos devido aos menores níveis da enzima CYP2D6, o que os faz necessitar de dose menores para obter o mesmo efeito terapêutico, além da maior incidência de deficiência da enzima ALDH2 em leste asiáticos, dificultando a metabolização de bebidas alcoólicas e associada à síndrome do rubor facial induzida pelo álcool (ALVE, FORTUNA e TORALLES, 2005; HOLLAND e PALANIAPPAN, 2012).

4.1.2. Aspectos modificáveis

4.1.2.1. Mito da minoria-modelo

Estereótipo falsamente positivo em que os asiáticos são colocados pela branquitude, o mito da minoria modelo é uma construção discursiva para descrever asiáticos como uma minoria racial que alcançou sucesso a partir do trabalho árduo e das características intrínsecas à cultura da disciplina e do sacrifício. Já em posse desse breve resgate histórico, pode-se afirmar que o mito da minoria modelo constitui

uma ferramenta imperialista, elaborada nesse contexto em que os EUA se aliam economicamente ao Japão, visando boas relações diplomáticas, com o imaginário de que o trabalhador asiático é extremamente habilidoso, sério, com conhecimentos acima da média em matemática e tecnologia e trabalha de maneira tão eficiente quanto uma máquina.

O mito da minoria modelo, no entanto, tem efeitos deletérios que pouco são documentados. Os estereótipos raciais são processos de desumanização em que um grupo racial se torna uma massa amorfa e única de indivíduos iguais entre si. É sempre definido pelo outro. Sempre tem sua história contada pelo outro. Sempre é estudado pelo outro. A condição de não-lugar onde, assim como afirmou Augé (2007) e Saadi Tosi (2015), o indivíduo precisa constantemente afirmar sua inocência, podendo ser, estar e transitar apenas dentro do que lhe é permitido por outro (SAADI TOSI, 2015). Na prática, um indivíduo racializado tem duas opções de existência: estar dentro dos padrões estereotípicos definidos pela branquitude e ter seus processos de subjetivação constantemente justificados e definidos pela branquitude; ou estar fora dos estereótipos e ter que constantemente se justificar por estar fora do que a branquitude espera deles.

O mito da minoria modelo, então, provoca o aumento da vulnerabilidade desse grupo ao pressionar os asiáticos a se encaixarem nesse estereótipo, por ser uma porta de entrada para aceitação pela branquitude e obtenção de ganhos secundários, que também nos coloca em posição de racializados domesticados, nos deixando em um estado hiperalerta constante, visto que ao menor sinal de ameaça seremos interpretados novamente como Perigo Amarelo, a exemplo de uma fala recreativa lamentavelmente atual do “mate um japonês e ganhe uma vaga na universidade” (SANTOS e ACEVEDO, 2013). Pergunto-me como tal frase pode ter se tornado cômica ao fazer alusão à morte de um indivíduo apenas pela sua maneira de existir.

Por fim, o uso mais cruel do mito da minoria modelo pela branquitude é o contraponto à outras minorias raciais como ferramenta para deslegitimar e silenciar a sua luta por direitos civis, consistindo em um discurso meritocrático para realidades desproporcionais (QIO, 2020).

Tal discurso criado e utilizado pela branquitude também é reproduzido por pessoas racializadas em todas as minorias raciais, sendo essa narrativa especialmente presente entre os asiáticos amarelos.

4.2. Saúde Mental

Não foram encontradas referências substanciais para uma discussão em saúde mental relativa à realidade dos asiáticos-brasileiros, porém, nas referências internacionais, pode-se perceber similaridades à realidade brasileira, com às quais sinto grande identificação. Segundo dados de 2010 da *NLAAS* (HORSE e CHEN, 2022), asiáticos-americanos possuem 17,30% de desenvolver doenças psiquiátricas ao longo da vida, além de uma chance de 9,12% em 12 meses. Ao mesmo tempo, asiáticos-americanos são três vezes menos propensos a procurar serviço médico em comparação aos brancos, sendo reportado reduzido uso dos serviços nos cenários de emergência, internação e procura ambulatorial, mesmo para aqueles que possuem cobertura por convênios.

Em um período de 12 meses, a utilização de serviços especializados em saúde mental pelos asiáticos-americanos foi de 3,1%, em comparação a 5,59% de afro-americanos, 5,94% de negros caribenhos, 4,44% dos mexicanos, 5,5% de cubanos e 8,8% da população geral. Apenas 8,6% dos asiáticos-americanos buscou qualquer serviço de saúde mental, comparado a 17,9% da população geral (CDC, 2017).

Segundo relatório de 2017 do *CDC*, o suicídio é a principal causa de morte entre asiáticos-americanos e *pacific islanders*, tanto para homens quanto para mulheres, na faixa de 15-24 anos. Dos 30-34 anos, o suicídio é a segunda causa de morte. E dos 35-49 anos, é a quarta causa. É o único grupo racial em que o suicídio ocupa a primeira causa de morte na mesma faixa etária, sendo que para a população geral de todas as idades, o suicídio ocupa a 10ª posição (CDC, 2017).

Dentro daqueles que procuram assistência, a maior parte desses indivíduos procura colegas, familiares ou líderes religiosos de confiança. Uma menor porcentagem procura médicos na área. Algumas explicações para o fato são as barreiras culturais e o medo do estigma de doenças mentais, ausência de prestadores bilíngues e de identificação cultural com o cuidador, conhecimento limitado sobre os serviços disponíveis e, principalmente discriminação sistemática, com políticas e práticas do próprio Estado contra asiáticos-americanos por toda a história dos EUA (SPENCER et al., 2010).

Existe um imaginário coletivo de que o asiático amarelo é como enxofre, insolúvel e com uma cultura inassimilável, que somos uma comunidade fechada e que não nos misturamos aos ocidentais, porém, a retórica que proponho é perguntar se

realmente nós que nos fechamos para as instituições que deveriam cuidar de todos, ou se foram as instituições que se fecharam para nós (FILHO, 2016).

Evidentemente, cada vez mais, pesquisadores têm conseguido demonstrar uma associação entre discriminação racial e o desenvolvimento de desordens psiquiátricas entre os asiáticos-americanos. Outros fatores de risco são a pressão para se encaixar no mito da minoria modelo, aspectos culturais de exigências familiares e dificuldade de balancear duas culturas de aspectos incongruentes entre si (SPENCER et al., 2010).

Não pude encontrar dados oficiais durante a atual pandemia, porém, já existem estudos que reportam o aumento da incidência de doenças psiquiátricas em asiáticos-americanos, que constituem um grupo ainda mais vulnerável não só pelo isolamento social causado pela pandemia da COVID-19, como também pelas características supracitadas e, especialmente, pelo aumento da violência contra asiáticos no mundo todo. Segundo relatório da iniciativa *Anti-AAPI*, em dois anos de pandemia, 51% dos asiáticos não se sentiam seguros para sair de casa, dois em três asiáticos estavam preocupados com a segurança da família e dos idosos e um a cada três pais expressaram medo de que seus filhos se tornassem vítimas de violências anti-asiáticas quando não supervisionados. Além disso, metade dos entrevistados reportou ansiedade ou depressão e quase 72% relatou a discriminação como maior fonte de estresse no período, acima até mesmo das preocupações sanitárias em relação à pandemia (HORSE; CHEN, 2022; TIWARI; ZHANG, 2022).

5. Memorial Reflexivo

“Mudanças profundas na forma como pensamos e agimos precisam acontecer se quisermos criar uma cultura baseada no amor”
(HOOKS, 1952, p. 29)

“Não pode haver amor sem justiça”
(HOOKS, 1952, p. 44)

Muito precocemente na vida, entre as coisas que não sabia nomear estava o fato de descobrir que antes de tudo, eu era amarela. A reação das pessoas para comigo partia sempre do meu fenótipo. As expectativas sobre mim também partiam sempre do meu fenótipo. Até mesmo a disposição de ânimo para comigo partia sempre do meu fenótipo.

A verdade é que carrego, crônica e incurável, um sentimento de não pertencimento. Minha aparência motiva os mais diversos comentários e minha biculturalidade e costumes, o racismo recreativo. Crônica e incurável está a minha falta de identificação com os pares. E percebi então que o normal não era ser como eu. Fui ensinada a suportar, pelos meus pais, pelos meus avós, pelos meus amigos e, principalmente, pela branquitude. Racializados aprendem muito cedo que não têm a mesma liberdade de ser e agir. Ou somos rebeldes, às vezes desagradando alguém, e ficamos sujeitos a humilhações, como ter que ouvir que devemos voltar para o nosso país ou ofensas a respeito dos nossos costumes, do nosso fenótipo e até das nossas genitais; ou nos calamos e desistimos de expressar a vida livremente, abdicando de nós mesmos.

Sou de um lar e criação essencialmente japoneses. Estudei em escolas nipo-brasileiras. Ao sair desses locais protegidos, entendi que para além da curiosidade e questionamento a toda minha maneira natural de existir, meu rosto era sindrômico, minha religião era demonizada e o que eu comia e tanto amava era intragável. Hoje tento recuperar o que gradualmente passei a suprimir pela vergonha de não ser normal: minha existência e identidade que remetiam a tudo que para mim tinha de mais acolhedor e afetivo.

Esses processos subjetivos passam despercebidos até mesmo dentro da militância. O movimento amarelo, apesar de ter ganhado força na última década, ainda

enfrenta discursos de invalidação devido ao argumento de que acumulamos privilégios demais para sermos considerados racializados, como ocorrido na recente polêmica norte-americana em que afirmavam que asiáticos somos na verdade brancos. É verdade que podemos nos camuflar dentro da branquitude, mas também é verdade que o racismo estrutural foi construído de forma que um racializado será sempre um indivíduo em posição inferior ao branco. O próprio movimento asiático discute a questão do privilégio, onde os asiáticos estamos assumindo a responsabilidade de ocupar essa posição opressora nesse sistema hierárquico, e os asiáticos estamos procurando soluções para esse problema que prejudica toda uma comunidade racializada. Nossos pais e avós não tinham condições de debaterem o assunto por estarem focados em sobreviver em um país hostil, e é nossa função como asiáticos adaptados, dominadores da língua que nossos pais e avós não puderam dominar, expor as dores que ainda carregamos de nossos ancestrais e dos quais compartilhamos como comunidade, em busca de uma transformação para o bem-comum.

De fato, acumulamos muitos privilégios por ocuparmos uma posição favorecida na hierarquia racial e, por isso, escrevo. Escrevo, principalmente, para conscientizar meus semelhantes, pois temos também o privilégio de escolher o lado em que desejamos ficar: ao lado da branquitude, opressora, ainda como racializado domesticado e em favor do benefício individual, ou ao lado da solidariedade antirracista, como sujeito consciente de sua identidade, lutando pelo bem-comum e liberdade das pessoas racializadas.

Minha mãe era uma mulher nikkei da segunda geração. Tinha síndrome dispéptica refratária ao tratamento. Uma dieta rica em conservas de legumes e vegetais que tanto comprávamos quanto produzíamos em casa. Conservava ainda muitos hábitos dos japoneses e preocupou-se em passá-los adiante. Por isso mantinha os costumes mesmo após criar o seu próprio núcleo familiar.

Faleceu por um adenocarcinoma gástrico com carcinomatose peritoneal não associado ao *H. pylori*. Antes de adoecer, nunca realizou uma endoscopia digestiva alta.

Descobri muito depois, já na universidade, que há rastreamento para o diagnóstico precoce desse câncer no Japão, onde as taxas de incidência são expressivas o suficiente para justificar essa política. Já no Brasil, as taxas não

justificam a instalação de uma política de rastreamento, porém, não consigo evitar de pensar que o sofrimento pelo qual ela passou poderia ter sido evitado com um exame.

Nossa medicina é baseada em resolução de problemas. Lembro de, no ciclo clínico do curso, me perder em consultas onde os pacientes não traziam problemas para que eu pudesse resolvê-los. E tenho medo, pois sei que entre meus semelhantes nikkeis, principalmente de primeira e segunda geração, existe a cultura da resiliência. É a cultura do gaman - 我慢, sobre ser perseverante e paciente nas situações difíceis.

A cultura do ganbaru - 頑張る, que toda criança nipo-brasileira cresce ouvindo dos mais velhos, algo como “esforce-se ao máximo” ou “dedique-se ao máximo”. É comum que essa expressão seja usada antes de qualquer evento importante em famílias nipo-brasileiras.

Entendo esses aspectos da cultura como um dos motivos pelos quais asiáticos pouco procuram serviços de saúde, em conformação com os dados encontrados no CDC e explorados por Gover, Harper e Langton (2020), Holland e Palaniappan (2012), Hong (2010) e Spencer et al. (2010). Essa realidade também se reproduz dentro da minha família e no meu círculo social. Meus parentes quase nunca procuram ajuda pois acreditam que todo o seu desconforto é algo que não podem evitar, e que se não se resolvem espontaneamente, então são desconfortos com as quais devem aprender a conviver. Uma forma muito budista de se pensar, o que não é justificativa para a falha no cuidado. Por muito tempo eu pensei que alguns dos meus parentes só não tiveram a sorte de encontrar um profissional que tivesse se apropriado do debate racial dentro da medicina, mas hoje vejo que não deveria depender de sorte. Deveria estar no currículo da graduação.

Meus avós eram japoneses nascidos no Japão, com limitada proficiência em português, e lembro da preocupação de meus pais em buscar médicos falantes de japonês para cuidar deles, pois de alguma forma sabiam que sem entender o contexto cultural, o profissional não é capaz de criar vínculo. Sem o vínculo, o cuidado é prejudicado, pois é um dos quatro principais componentes para a prática do Método Clínico Centrado na Pessoa (RIBEIRO e AMARAL, 2008), que tem como principal objetivo o cuidado integrado a partir da compreensão da experiência da doença e do entendimento do indivíduo e seu contexto, visando direcionar um cuidado integrado e ampliar a autonomia dos pacientes (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Chegaram a encontrar um profissional falante de japonês. E lembro do meu avô ter passado informações que não contava nem mesmo para nós, pois não queria que nos preocupássemos. A comunicação é a base de uma boa medicina e deve ser constantemente desenvolvida, pois para bem nos comunicarmos, precisamos entender o contexto socioeconômico e cultural de quem nos propomos a cuidar.

Sonhei em ter atividades, dentro da medicina, sobre os perfis culturais brasileiros. Terminei a graduação sem concretizá-lo. De certo, uma das estratégias é buscar conhecer nossos pacientes e escutá-los mais do que informá-los. É diferente de pressupor com base na estereotipação. Não é obrigatório ser bilingue ou trilingue, mas é importante buscar estratégias para que a prática do cuidado seja inclusiva e sem discriminações, não dependente de queixas trazidas pelos pacientes, como estudou Hong (2010) em sua tese de mestrado a respeito do envelhecimento de um grupo de coreanos em São Paulo, no Brasil.

De fato, ao se pensar em cuidados em saúde, deve-se sempre levar em conta a língua, a cultura e os costumes, o que inclui também a alimentação, que tem um poder de cuidado maior do que valorizamos. É nutrição, é preventivo, é terapêutico. E também é cuidado psicológico e emocional. Todos conhecemos a sensação de comer um prato que desperte a memória afetiva. Minha avó materna era diabética em uma cidade pequena e nunca seguiu as recomendações terapêuticas. Além das dificuldades da língua, o que limitava a comunicação e conseqüentemente a compreensão da sua condição, recebíamos orientações difíceis de se aplicar à culinária japonesa. Naquela época, muitos profissionais não conheciam ingredientes além do arroz, shoyu e missô (pasta de soja fermentada). Alguns até acreditavam que comidas japonesas são extremamente saudáveis, realizando orientações equivocadas a respeito da nossa culinária que é muito mais do que “sushi”, que inclusive é temperado com grandes quantidades de açúcar e sal.

A comida deixou de ser prazerosa para minha avó. Meu pai e tios eram rígidos e bastante preocupados em relação ao cuidado da família, uma maneira muito confucionista de viver a vida. Lembro de flagrá-la na madrugada comendo conservas e sobremesas com doce de feijão, ou de ver o meu avô levando pratos para ela escondido. Passou a ficar isolada durante as refeições. Via, frequentemente, a família discutindo com ela. Lembro o quanto ela me dizia que achava que seus filhos gostavam menos dela e que ela já estava cansada de viver. Essa comida que poderia

ter sido terapêutica. Essa comida que aos poucos adoeceu a minha obaa-chan³. Penso que tudo poderia ter sido diferente, talvez não perfeito, mas quem sabe menos difícil e adocedor para ela e para a minha família.

Hong (2010), em sua tese, discute a questão das instituições de longa permanência, onde muitas vezes há padronização do cuidado. Para isso, ela exemplifica que a hiporexia ou recusa alimentar de alguns pacientes nesses locais muitas vezes não decorre de uma doença, mas da falta de opção de alimentos das suas realidades culturais (HONG, 2010).

Com a progressão da doença, gradualmente perde-se o apetite até a recusa absoluta. Minha mãe, já em cuidados paliativos, recebeu uma dieta de conforto, que tem como objetivo principal ser prazerosa. Lembro que um dos poucos alimentos aceitos por ela eram o missoshiro (sopa de soja fermentada), ou o ochazuke (sopa de arroz), que só foram disponíveis enquanto ela esteve internada em um hospital nipo-brasileiro. Muito se fala a respeito da qualidade de vida, mas também devemos dar atenção especial para a qualidade de morte, que deve ser o mais confortável e digna possível, o que inclui adaptação dos serviços para receber indivíduos das mais diversas realidades culturais.

É importante discutir morte, pois esse processo carrega a necessidade de discutir diversos outros temas que são tabu tanto quanto a própria morte, entre eles a raça e etnia.

E assim são os meus interesses. Até o quarto ano na medicina, adquiri o hábito de buscar conhecimentos a respeito da morte, do morrer, da espiritualidade e dos vieses raciais na pesquisa e no cuidado em saúde, processo pelo qual passei bastante solitária tanto entre meus colegas quanto entre os docentes, pois as discussões raciais eram escassas e a questão do amarelo praticamente inexistente. As discussões sobre as minorias são temas mais buscados por aqueles que fazem parte dessas minorias e, muitas vezes, como minorias, somos colocados como principais responsáveis pelos nossos próprios problemas. Assim como afirmou Grada Kilomba (2008), o privilégio existe quando o indivíduo que ocupa um local favorecido – como ser homem, cis, branco, hétero e de classe média a alta – pode manter a tripla ignorância: “não sabe, não quer saber e não precisa saber”, pois não é afetado negativamente por seu fenótipo ou maneira de expressar a vida.

³ Maneira informal e carinhosa de se referir à avó.

É válida a preocupação com o “lugar de fala” das minorias, pois significa dar protagonismo para esses grupos, permitir que sejam sujeitos e se colocar como ouvinte para escutar e aprender com cuidado, despido de defesas ou culpa paralisante. No entanto, permitir o protagonismo não é se isentar de estudar as opressões de classe, gênero, sexualidade e raça, pois isentar-se também é oprimir e compactuar. Devemos assumir a responsabilidade e não abdicar de compreender os lugares ocupados pelos indivíduos dentro desse sistema. O branco não é “neutro” e não é igual a “nada”. Assim como nós, o branco é uma raça e uma peça dentro de um sistema artificial, e possui uma função que também deve ser observada, estudada e discutida para progredir.

Em 26 de fevereiro de 2020, a COVID-19 chega no Brasil.

Ser asiático no ocidente nesse período foi especialmente aterrorizador. Diante desse medo coletivo, participei de atividades de coletivos asiático-brasileiros, como o Dinamene, Brecha, Ásia Ativa e entre outros, onde pude dividir experiências e reflexões que outros amarelos também compartilhavam. Não só pude compartilhar como também ter os meus sentimentos e reflexões validados. A pandemia trouxe implicações em saúde mental em todo o mundo e, nesse período, antes mesmo da iniciativa *Anti-AAPI Hate* emitir seus relatórios já citados neste trabalho, os asiáticos-brasileiros estávamos nos reunindo em terapias em grupo para discutir o crescente medo coletivo que desenvolvíamos na mesma medida em que o sentimento sinofóbico crescia no mundo, culminando em discussões sobre estratégias para prevenir violências, como não reagir às agressões verbais e procurarmos sempre andar em grupos, algo que acreditava que era um privilégio como asiática não precisar me preocupar.

A pandemia e a participação nos grupos de militância asiática-brasileira me fizeram entender que essa construção precisa ser coletiva para progredir e, por isso, transmito minhas reflexões por meio deste trabalho. Apesar de ter tido oportunidade de discutir vivências semelhantes com pessoas como eu durante a pandemia, dentro da medicina, sigo bastante solitária em minhas preocupações com a saúde racializada, principalmente a asiática, mesmo no período que se seguiu após 2020.

A questão da raça é ainda muito indigesta e desconfortável. E me pergunto o motivo. Se é pelo perfil de indivíduos dentro da medicina, majoritariamente branco; se é pelo privilégio de não saber, não querer saber e não precisar saber; se é por medo

de se despir, de se observar e de ser observado; ou se é por, no fundo, sabermos que não estamos fazendo o suficiente para desconstruir conceitos que se relacionam às opressões de classe, gênero, sexualidade e, enfatizo, raça.

Considerações Finais

“Nunca conseguirá compreender totalmente uma pessoa se não ver as
coisas do seu ponto de vista”
(LEE, 2006, p. 34)

O sistema de escrita dos kanjis⁴ tem algumas diferenças fundamentais com o sistema romano, em que os símbolos representam sons. Os kanjis consistem em ideogramas que representam tanto ideias concretas quanto abstratas. Para melhor compreensão do leitor que não tem familiaridade com essa estrutura, utilizarei a palavra Japão - 日本 já citada antes nesse trabalho. O primeiro ideograma 日 representa o sol e pode ser lido de diferentes formas, por exemplo: domingo (にち – “nichi”) e dia (ひ – “hi”). Note que o som difere apesar da escrita ser igual. O segundo ideograma 本, pode ser lido como ほん – “hon” e possui mais de um significado, podendo ser livro ou origem. A leitura combinada 日本 é uma representação que pode ser lido como “terra do sol nascente”, ou de forma mais literal “origem do sol”.

A palavra japonesa Ma - 間 é uma expressão de algo muito próximo do senso comum japonês, mas difícil de se explicar com exatidão. O paralelo com a língua portuguesa é a palavra “saudade”, que só é possível entender seu sentido da forma mais fiel estando inserido no Brasil e em sua cultura. O mesmo acontece com Ma.

“A lei aristotélica da não contradição traz em si a impossibilidade de uma proposição verdadeira ser falsa ou de uma proposição falsa ser verdadeira e, dessa forma, nenhuma proposição poderia estar nessas duas categorias ao mesmo tempo. Assim, o que era “um e outro” ou “nem um, nem o outro” ficava fora do sistema lógico racional bipolar criado para o desenvolvimento do conhecimento científico” (OKANO, 2014, p. 150).

A cultura ocidental é regida pela dualidade do “ser ou não ser”, com a omissão da terceira opção do “nem ser, nem não ser”. Ma, então, expressa essa contradição

⁴ Um dos três sistemas de escrita japonês, que consiste em hiragana, katakana e kanji.

de ser simultaneamente um e outro, expressando um caráter de possibilidade, ambivalência e potencialidade.

Só é possível entender Ma abdicando da lógica dual e admitindo a possibilidade de que “tudo por ser”. É um conceito muito amplamente aproveitado nas artes, em que se materializa em espaços em branco, no silêncio do tempo musical e no espaço de não-ação de uma dança. Assim, a representação do Ma é o vazio⁵, mas que não tem o mesmo significado de “nada” como no Ocidente.

“O Ma origina-se da ideia de um espaço vazio demarcado por quatro pilastras no qual poderia haver a descida e a consequente aparição do divino. O espaço seria, assim, o da disponibilidade de acontecer e, como toda possibilidade, o fato poderia concretizar-se ou não” (OKANO, 2014, p. 151).

O ideograma Ma - 間 é a aglutinação de outros dois kanjis: 門 – “to”, representa um portão. E 日 – “hi”, que representa sol ou dia, como descrito anteriormente. Assim, semanticamente, Ma 間 representa um espaço entre duas portinholas por onde se entrevê o sol (OKANO, 2014). É a valorização do processo e da contemplação. É subir as escadarias do templo que ligam o profano ao divino. É o eco que ressoa em uma batida de tambor no silêncio da pausa. É o breve intervalo entre uma pergunta despretensiosa e uma resposta sincera. É o ying e o yang convivendo nos lugares, nas coisas e nos corpos. É o conceito de que é no intervalo entre grandes acontecimentos que a vida se expressa na sua forma mais verdadeira.

E é o não-lugar onde meu corpo habita.

“O silêncio, eu descobri, é algo que você na verdade ouve”
(MURAKAMI, 2008, p. 141)

Ora, e não sou eu a perfeita combinação contraditória do ocidente com o “orientes”? Mulher nipo-brasileira e bicultural, não sendo brasileira, nem japonesa, mas sendo as duas coisas ao mesmo tempo.

⁵ Contudo, não é qualquer sobre do espaço ou silêncio que pode gerar a estética do Ma, mas aquela na qual o som ou a figura se sustenta e se valoriza justamente pela existência dessa espacialidade.

Nesses lugares por onde existo, desconhecida. Onde mora a pausa das vidas todas, nas ruas, nos aeroportos, nas estações de metrô e nos supermercados. Nesses não-lugares onde tudo e nada acontece. No silêncio da madrugada antes do adormecer. No silêncio onde a manhã canta em vento soprando folhagens. Nessas pessoas de significados além da compreensão por onde meu cuidado transitará. Nesse vazio entre duas portinholas por onde entra um raio de sol, a minha vida se expressa.

O meu lugar ao sol.

Referências

AGÊNCIA SENADO. Comunidade libanesa no Brasil é maior que população do Líbano. Fonte: Agência Senado. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2010/04/22/comunidade-libanesa-no-brasil-e-maior-que-populacao-do-libano>>. Acesso em: 22 jan. 2023.

ALVES, C.; FORTUNA, C. M. M.; TORALLES, M. B. P. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. *Gazeta Médica da Bahia*, p. 92–115, 2005.

AUGÉ, Marc. *Não Lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade*. 9 ed. Tradução de Maria Lúcia Pereira. Campinas: Papirus, 2012.

BALBINO, R. Em SP, idosa de 81 anos morre enforcada durante assalto em casa. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/sao-paulo/em-sp-idosa-de-81-anos-morre-enforcada-durante-assalto-em-casa-22102022>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BBC. Coronavirus: Student from Singapore hurt in Oxford Street attack. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/uk-england-london-51722686>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRITO, C. Polícia diz que explosivo artesanal foi utilizado por homem que atacou o Consulado-Geral da China no Rio. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/09/21/explosivo-artesanal-consulado-geral-da-china-no-rio.ghtml>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Deaths, percent of total deaths, and death rates for the 15 leading causes of death in 5-year age groups, by race and Hispanic origin, and sex: United States, 2017. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/lcwk/lcwk1_hr_2017-a.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CHEN, A. On the Source, Essence of “Yellow Peril” Doctrine and Its Latest Hegemony “Variant” – the “China Threat” Doctrine: From the Perspective of Historical Mainstream of Sino-Foreign Economic Interactions and Their Inherent Jurisprudential Principles. *The Journal of World Investment & Trade*, v. 13, 2012.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UFSCar. *Projeto Político Pedagógico*. São Carlos, 2007.

FERRARA, F.; ET AL. *Medicina de la comunidad*. 2. ed. Buenos Aires: Intermédica, 1976.

FILHO, F. A. 1º Ato – “O japonês é como o enxofre... insolúvel”: identidade nacional, raça e violência de estado. Disponível em:

<<https://outracoluna.wordpress.com/2016/08/23/1-ato-o-japones-e-como-o-enxofre-insolavel-identidade-nacional-raca-e-violencia-de-estado/>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. GLOBAL PARTICIPATION IN CLINICAL TRIALS REPORT 2015-2016. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.fda.gov/files/drugs/published/2015---2016-Global-Clinical-Trials-Report.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2023.

GOVER, A. R.; HARPER, S. B.; LANGTON, L. Anti-Asian Hate Crime During the COVID-19 Pandemic: Exploring the Reproduction of Inequality. *American Journal of Criminal Justice*, v. 45, n. 4, p. 647–667, 7 ago. 2020.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

HELMER, A.; SLATER, N.; SMITHGALL, S. A Review of ACE Inhibitors and ARBs in Black Patients With Hypertension. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 52, n. 11, p. 1143–1151, 29 nov. 2018.

HOLLAND, A. T.; PALANIAPPAN, L. P. Problems With the Collection and Interpretation of Asian-American Health Data: Omission, Aggregation, and Extrapolation. *Annals of Epidemiology*, v. 22, n. 6, p. 397–405, jun. 2012.

HONG, H. J. *Imigração e envelhecimento em São Paulo*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2010.

HOOKS, Bell. *Tudo Sobre o Amor*. Tradução de Stephanie Borges. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2021.

HORSE, A. J. Y.; CHEN, T. Two Years and Thousands of Voices: What Community-Generated Data Tells Us About Anti-AAPI Hate. [s.l.]. 2022.

IBGE. *População Brasileira – 2010 (Censo IBGE)*. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/responsabilidade-social/oel/panorama-nacional/populacao-brasileira>>. Acesso em: 22 jan. 2023.

KILOMBA, Grada. *Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano*. [s.l.] Editora Cobogó, 2008.

LEE, H. *O Sol é Para Todos*. 49. ed. [s.l.] José Olympio, 2006.

MARMOT, M.G.; SYME, S.L.; KAGAN, A.; KATO, H.; COHEN, J. B.; BELSKY, J. *Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors*. *Am J Epidemiol*. 1975;102(6):514-25.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 665–675, ago. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>> Acesso em: 20 dez. 2022.

MIYAZAKI, L. E. et al. Outra Coluna. Disponível em: <<https://outracoluna.wordpress.com/>>. Acesso em: 22 jan. 2023.

MURAKAMI, H. Kafka à beira-mar. 1. ed. [s.l.] Alfaguara, 2008.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. Práticas de saúde pública. São Paulo: Atheneu, 2008.

OKANO, Michiko. Ma - a estética do “entre”. Revista USP, v. 100, p. 150–164, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Crescimento da migração internacional desacelerou em 27%. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/01/1738822#:~:text=A%20%C3%8Dndia%20lidera%20a%20lista,milh%C3%B5es%20e%20S%C3%ADria%208%20milh%C3%B5es.>>. Acesso em: 8 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Documentos Básicos. Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARRO, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental, p. 523–536, 2011.

PILLAI, D.; HORSE, A. J. Y.; JEUNG, R. The Rising Tide of Violence and Discrimination Against Asian American and Pacific Islander Women and Girls. [s.l.: s.n.].

QIO, Yonghui. Você caiu no rio e eu te salvei: raça, identidade e literatura sino-americana. [s.l.] UERJ, 2020.

QIONGFANG, Du. Racist attack against Chinese lecturer at UK university arouses safety concerns. Disponível em: <<https://www.globaltimes.cn/page/202103/1217112.shtml>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

RIBEIRO, MMF e AMARAL, CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Rio de Janeiro, 32(1): 90-97, 2008.

SAID, E. W. Orientalismo: O Oriente como invenção do Ocidente. [s.l.] Companhia das Letras, 2007.

SANTOS, C. C.; ACEVEDO, C. R. A minoria modelo: uma análise das representações de indivíduos orientais em propagandas no Brasil. Rev. psicol. polít., v. 13, p. 281–300, 2013.

SHIMABUKU, G. A. A origem do Perigo Amarelo: orientalismo, colonialismo e a hegemonia euro-americana. Araraquara: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/08/the-future-belongs-to-the-white->>.

SILVA, M. A. L.; SOARES, R. L. S. Reflexões sobre os conceitos de raça e etnia. *Revista Eletrônica de Culturas e Educação*, nov. 2011.

SPENCER, M. S. et al. Discrimination and Mental Health–Related Service Use in a National Study of Asian Americans. *American Journal of Public Health*, v. 100, n. 12, p. 2410–2417, dez. 2010.

TANIGUCHI, C.; GIMENO, S. G. A.; FERREIRA, S. R. G. Características antropométricas de nipo-brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 4, p. 423–433, dez. 2004.

TEIXEIRA, F. Teologia Asiática e o Pluralismo Religioso. *Perspectiva Teológica*, v. 43, n. 120, p. 193, 24 out. 2011.

TIWARI, B. B.; ZHANG, D. “STACY”. Differences in Mental Health Status Among Asian Americans During the COVID-19 Pandemic: Findings from the Health, Ethnicity, and Pandemic Study. *Health Equity*, v. 6, n. 1, p. 448–453, 1 jun. 2022.

SAADI TOSI, L. J. AUGÉ, MARC. NÃO LUGARES: INTRODUÇÃO A UMA ANTROPOLOGIA DA SUPERMODERNIDADE. *Revista Aurora*, v. 8, n. 01, 13 fev. 2015.

UENO, L. M. M. O DUPLO PERIGO AMARELO: O DISCURSO ANTINIPÔNICO NO BRASIL (1908-1934). [s.l.] UEL, 2019.

VIANNA, L. A. C. Processo saúde-doença. [s.l.] UNIFESP, 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_01/unidade01.pdf>

VUONG, O. Sobre a Terra Somos Belos por um Instante. Tradução de Rogério W. Galindo. 1. ed. [s.l.] Rocco digital, 2021.