



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS

PRISCILA DE OLIVEIRA

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
ANÁLISE DAS AÇÕES E PERSPECTIVAS PARA O ALCANCE DA EQUIDADE
NO SUS**

Palmas - TO

2021

Priscila de Oliveira

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: análise das ações e perspectivas para o alcance da equidade no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins avaliada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Héber Rogério Grácio.

Palmas - TO

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- O48p Oliveira, Priscila de.
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: análise das ações e perspectivas para o alcance da equidade no SUS. / Priscila de Oliveira. – Palmas, TO, 2021.
154 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.
Orientador: Héber Rogério Grácio
1. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). 2. Iniquidades. 3. Vulnerabilidade. 4. Racismo. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Priscila de Oliveira

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: análise das ações e perspectivas para o alcance da equidade no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins avaliada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Data de aprovação: 05/08/2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Héber Rogério Grácio, UFT

Prof.ª Dr.ª Tânia Mara Campos de Almeida, UNB

Prof.ª Dr.ª Helga Midori Iwamoto, UFT

Prof.ª Dr.ª Monica Aparecida da Rocha Silva, UFT

Palmas - TO

2021

*Às que vieram antes de mim e me ensinaram
a lutar, a viver, a sonhar e a perseverar, e
sobretudo, me mostraram como amar.*

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, por conceder-me a oportunidade de realizar o curso de mestrado.

Ao meu querido orientador, Professor Doutor Héber Grácio, pela tranquilidade, generosidade e sabedoria na condução por todo percurso para a produção deste trabalho.

À minha querida Professora Doutora Helga Midori Iwamoto, pelo acolhimento e sabedoria.

Aos coordenadores e professores do curso, que contribuíram significativamente para o meu aprendizado.

Aos meus colegas de curso, que compartilharam suas experiências, anseios e apoio durante essa jornada.

Às minhas amigas do peito e de luta, que contribuíram com indicação de leituras, diálogos sobre o tema, leitura desta pesquisa e pelo ombro amigo.

À minha família, pela paciência e apoio.

*Nossas vidas começam a terminar no dia em
que permanecemos em silêncio sobre as
coisas que importam.*

(Martin Luther King)

RESUMO

Esta dissertação discute o racismo como causa principal das vulnerabilidades sofridas pela população negra com impactos diretos na saúde, ainda, traz uma análise de dados, ratificando as constatações de iniquidades dessa população. Com vistas à redução das disparidades raciais, no enfrentamento do racismo e na busca pela promoção integral da saúde, foi institucionalizada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Nesse contexto, buscou-se mapear e avaliar as ações desenvolvidas e apoiadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) para a implementação da PNSIPN, considerando as ações estratégicas previstas em seu 3.º Plano Operativo, que compreendeu o período de 2017 a 2019. Os resultados apontaram que, embora a PNSIPN tenha avançado em sua implementação, as ações desenvolvidas ainda não foram suficientes para mudanças substanciais nas condições de saúde da população negra, verificou-se que, para a PNSIPN cumprir o seu propósito de reduzir as iniquidades raciais em saúde, será necessária a adoção de ações mais efetivas, como as priorizadas nos planos operativos. Para além, observou-se a necessidade da construção de indicadores de saúde da população negra e a definição de metas quantificáveis como ferramentas primordiais para o monitoramento e para a avaliação da PNSIPN. Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se a abordagem da triangulação metodológica, tendo a pesquisa bibliográfica e a análise documental como instrumentos de coleta de dados. Os dados foram analisados à luz dos pressupostos da análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Por fim, foram apresentadas sugestões de ações estratégicas que poderão subsidiar o processo de implementação da PNSIPN, no âmbito do MS.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Iniquidades. Vulnerabilidade. Racismo. Monitoramento. Avaliação.

ABSTRACT

This dissertation discusses the racism as the principal cause of the vulnerabilities suffered by the black population with direct impact in the health, it also brings a data analysis, ratifying the inequities observation of this population. With a view to reducing racial disparities, confronting racism and seeking integral Health Promotion, the Comprehensive Health Care National Policy of Negro Population (PNSIPN) was institutionalized. In this context, we sought to map and evaluate the actions developed and supported within the Ministry of Health (MS) for the implementation of PNSIPN, considering the strategic actions foreseen in its 3rd Operational Plan, which covered the period from 2017 to 2019. The results indicated that, although the PNSIPN has advanced in its implementation, the actions developed have not yet been sufficient for substantial changes in the health conditions of the black population, it was found that, for the PNSIPN to fulfill its purpose of reducing racial inequities in health, it will be necessary to adopt more effective actions, such as those prioritized in the operational plans. In addition, it was observed the need for the construction of health indicators of the black population and the definition of quantifiable goals as primary tools for the monitoring and evaluation of PNSIPN. For the development of this research, the methodological triangulation approach was used, with bibliographic research and documentary analysis as data collection instruments. The data were analyzed in light of the assumptions of content analysis according to Bardin (1977). Finally, suggestions were presented for strategic actions that could subsidize the implementation process of PNSIPN, within the framework of Ministry of Health (MS).

Keywords: Comprehensive Health Care National Policy of Negro Population (PNSIPN). Inequities. Vulnerability. Racism. Monitoring. Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nuvem de palavras da Obra “O Quarto de Despejo”	43
Figura 2 - Alcance do índice ideal de incompletude, 2001 a 2018.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Mapeamento das ações desenvolvidas pelo MS para operacionalização da PNSIPN, por eixo estratégico do 3º Plano Operativo. (Continua)	84
Quadro 2 - Resultados das Metas previstas no PNS 2016 – 2019, referentes às políticas de equidade.	93
Quadro 3 - Matriz SWOT da implementação da PNSIPN no âmbito do MS.	100

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Casos de gestantes com sífilis segundo raça/cor, por ano de diagnóstico, de 2008 a 2019.....	55
Tabela 2 - Número de notificações de violência cujo motivo principal foi “situação de rua”, segundo ano da ocorrência, faixa etária e sexo da vítima, Brasil, 2015 a 2017.....	60
Tabela 3 - Transplantes de órgãos: coração, fígado, rim, pulmão, pâncreas e rim, pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.	65
Tabela 4 - Transplantes de córneas pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.	66
Tabela 5 - Transplantes de medula óssea pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.....	66
Tabela 6 - atendimentos em saúde mental, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.....	90
Tabela 7 - atendimentos em saúde mental nos CAPS, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.....	91
Tabela 8 - Número total de notificações realizadas, número total e percentual de notificações com preenchimento do campo raça/cor no Sinan, como ignorado ou em branco, no Brasil, no período de 2001 a 2018.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BE	Boletim Epidemiológico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho de Secretários Municipais de saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social
e-Car	Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
ESF	Equipes da Estratégia de Saúde da Família
FENAFIA	Federação Nacional de Anemia Falciforme
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEPIIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação sobre Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Organização dos capítulos.....	22
2 METODOLOGIA DA PESQUISA	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 Raça, racismo e seus construtos	29
3.2 O racismo e seus efeitos na saúde	38
3.3 Interseccionalidade de raça, gênero e classe na saúde	49
3.4 Constatações das iniquidades em saúde	57
3.5 A PNSIPN e a luta pela sua construção	71
3.6 A PNSIPN no âmbito do MS	78
4 RESULTADOS	83
4.1 Mapeamento e avaliação das ações desenvolvidas para implementação da PNSIPN no âmbito do MS.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	119
APÊNDICE B – Relatório Técnico	119
ANEXO I – Envio do roteiro de entrevista pela Lei de Acesso à Informação (LAI) .	122

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, no Brasil, a população negra apresenta indicadores sociais inferiores quando comparados aos da população branca. Os resultados são frutos de um somatório de elementos estruturantes da sociedade brasileira que colocam os negros em desvantagem social, seja no acesso desigual a bens e serviços, seja nas dificuldades ampliadas ou, até mesmo, sob a negação ao acesso de seus direitos garantidos por lei (BRASIL, 2016b; CARNEIRO, 2011; SCHWARCZ, 2019).

Essa afirmação é retratada quando, em 2015, o Brasil deixava de apresentar índices que o caracterizavam como um país de alta vulnerabilidade social. Todavia, apesar dos avanços, quando se observa, por exemplo, os dados gerais sobre a vulnerabilidade com o recorte por raça/cor, constata-se o retrato permanente das desigualdades sociais entre negros e brancos. O índice de vulnerabilidade social (IVS) é medido por um conjunto de indicadores que demonstram a condição de vulnerabilidade social no Brasil, tendo como eixos: infraestrutura urbana, renda e trabalho e capital humano. O eixo capital humano envolve as condições de saúde e acesso à educação da população brasileira (IPEA, 2015).

Para elucidar, em 2000, a vulnerabilidade social de pessoas negras era 49% maior que a de pessoas brancas e, mesmo após 10 anos, essa diferença permaneceu expressiva, equivalente a 48%. No mesmo período, dentre os eixos do IVS, o capital humano, ou seja, as condições de saúde e acesso à educação, foi o eixo que apresentou a maior diferença entre negros e brancos (52%) (IPEA, 2015).

No âmbito da saúde, a desvantagem social enfrentada pela população negra reflete nitidamente, em seu modo de adoecer, morrer e nos indicadores de saúde que demarcam a sua condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2018a). Pinto e Souza (2002) confirmam essa afirmação quando expressam que as desigualdades sociais vivenciadas pela população negra refletem na condição de vida e saúde, na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos acessados. No mesmo sentido, Souto *et al.* (2016) complementam afirmando que, ao se realizar o cruzamento dos dados de saúde com os dados socioeconômicos, obtém-se um resultado expressivo sobre a relação entre a saúde e seus determinantes sociais.

Santos e Andrade (2011) apontam que o Estado deve ser o promotor da saúde, adotando políticas sociais e econômicas que evitem o risco da doença, no entendimento de que o processo saúde-doença não é resultado apenas de condições biológicas, mas que fatores ambientais, sociais e econômicos incidem nesse resultado. No decorrer desta pesquisa, essa breve explanação será ratificada por meio dos dados apresentados: a população negra

apresenta o menor índice de acesso aos serviços saúde e possui os maiores índices de violências, suicídios, mortalidade materna, sífilis em gestantes, maior exposição à insegurança alimentar, dentre outros.

Somente para apresentar um panorama, em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram em negras, no período de 2008 a 2019, 60,5% dos casos notificados de sífilis em gestantes também eram em negras; os índices também são alarmantes em relação à violência letal na população negra, sendo os homens 75,7%, e as mulheres, 68% das vítimas de homicídios no ano de 2018. Os adolescentes negros também são as principais vítimas de suicídio, apresentando um índice de risco de 67% maior de suicídio do que entre os adolescentes brancos (BRASIL, 2018b, 2019, 2020; IPEA, 2020). Entretanto, a situação inverte quando o assunto é o acesso aos serviços de saúde, em 2019, 47,9% dos transplantes de órgãos foram realizados em pessoas que se identificaram como brancas, 30,7% como negras, 1,07% como indígenas e amarelas, e 20% não identificadas (BRASIL, 2020b).

No decurso desta pesquisa, haverá mais discussões sobre esses dados, contudo, diante desse breve relato, que demonstra as disparidades nos índices de saúde e nos demais contextos de vulnerabilidade e iniquidades em que o negro está inserido, constata-se que o fator cor da pele incide como um protagonista nas barreiras, obstáculos e, até mesmo, na letalidade que assolam essa população.

As vulnerabilidades sociais decorrem de amplos processos estruturais. Podem ser traduzidas como a ausência ou insuficiência de ofertas de bens e serviços públicos, que somente o Estado, por meio de políticas públicas, tem os meios para prover ações que alterem a condição do indivíduo vulnerável (IPEA, 2015). Dialogando com essa definição, Vignoli (2001) afirma que a vulnerabilidade social é a carência de acesso às estruturas de oportunidade oferecidas pelo mercado, estado ou sociedade e, ainda, como a insuficiência e irrelevância de serviços e bens ofertados para o indivíduo.

Com o intuito de reduzir a problemática exposta, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Há de se mencionar que essa Política nasceu após uma longa jornada de reivindicações e pressão por parte do movimento negro em busca de soluções para o contexto de vulnerabilidades e iniquidades em saúde vivido pela população negra. Dessa forma, a PNSIPN veio com o propósito de “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e

serviços do SUS”, conforme expresso na Seção 2 do Capítulo II do Anexo que acompanha a Portaria MS nº 992/2009 (BRASIL, 2009).

Seus princípios gerais estão ancorados nos “direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, “nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade” (BRASIL, 2009). Estão, ainda, alinhados ao objetivo fundamental da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que busca promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, Art. 3º, inciso IV; Art. 194).

A PNSIPN tem como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde” (BRASIL, 2009, Anexo, Capítulo I, Seção 2). O reconhecimento do racismo como um determinante social que impacta negativamente na vida da população negra é o primeiro passo em rumo de uma mudança. Em consonância ao exposto, Neves (2005) aborda que, no campo das políticas públicas, o reconhecimento do racismo torna-se peça fundamental no combate às desigualdades étnico-raciais, ao racismo institucional e às injustiças sociais.

No decorrer do trabalho, serão percebidos os efeitos que o racismo causa na vida de quem o sofre, será visto que ele pode trazer consequências cruéis e brutais tanto no campo individual quanto para a coletividade. Sem dúvidas, o racismo é o principal entrave no alcance da equidade e justiça social. Dessa forma, depreende-se a importância de uma política pública que, além de reconhecer o racismo como determinante social nas condições de saúde da população negra, traz o seu combate como proposição nos serviços de saúde.

A proposta da PNSIPN não traz inovações, nem tampouco se caracteriza como uma política que visa excluir outros grupos populacionais, pelo contrário, seu propósito é reafirmar que a população negra também tenha a garantia de atendimento igual e humanizado nos serviços de saúde. Todos os seus princípios estão alinhados às diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sem dúvidas, a criação do SUS, em 1988, além de representar um avanço no campo das políticas públicas, pode ser entendida como uma conquista social importantíssima, uma vez que garante o direito à saúde de toda a população. O Art.196 da Constituição Federal Brasileira versa que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso **universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196. Grifo nosso).

Contudo, para que o acesso universal e igualitário realmente saia do papel e se concretize, é necessário mecanismos que promovam a equidade em saúde. Com base nas informações de saúde disponíveis, visualiza-se que a equidade **racial** em saúde é um ponto que precisará de mais esforço para se alcançar. Essa é uma das propostas da PNSIPN também consonantes aos princípios e às diretrizes do SUS “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, Art. 7º, inciso IV).

Para que a igualdade seja garantida, antes, é necessário alcançar a equidade, parece dúbio, porém, conforme afirma Lima (2018), a equidade busca fazer com que os diferentes pontos de partida dos sujeitos possam ser equalizados, dito de outro modo, a igualdade só poderá ser alcançada se todos os sujeitos estiverem no mesmo ponto de partida, caso essa não seja a realidade, deve-se buscar primeiramente a equidade.

Para melhor elucidar, Barata (2009) expressa que todos devem ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver as suas demandas de saúde, e aqueles que apresentam maior vulnerabilidade devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada. No mesmo sentido, Cunha e Cunha (2001, p. 301) afirmam que a equidade é um “princípio de justiça social” primando pela diminuição das desigualdades em saúde.

Lima (2018) menciona, ainda, que a equidade deve tornar-se uma prática cotidiana no SUS e acrescenta que o modelo de Estado ideal é o que está atento às necessidades sociais e apto para suprir as carências de grupos vulneráveis com ações de equidade em saúde.

Outro ponto relevante para a saúde da população negra e que a PNSIPN busca atender é a integralidade à saúde. Para Fracoli *et al.* (2011, p. 3), “a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema”. Para as autoras, a integralidade também é compreendida como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde e pela busca da compreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Cunha e Cunha (2001, p. 301) sustentam que o princípio da integralidade visa atender a todas as necessidades do indivíduo, considerando a “pessoa como um todo”.

Barata (2009) assevera que o processo de identificação do perfil de saúde dos diferentes grupos sociais, o reconhecimento das desigualdades em saúde e a compreensão de como se constitui o seu processo de produção e manutenção é parte imprescindível à formulação de estratégias que visam ao enfrentamento dessa problemática. Nesse sentido, o MS publicou um documento com vista a fornecer orientações sobre a implementação da

PNSIPN, em que apresenta um panorama da situação de saúde, bem como as doenças e os agravos mais comuns na população negra.

Desse modo, percebe-se o quão necessário são os princípios da equidade e da integralidade nos serviços de saúde. Estes devem ser assegurados a toda população de forma a diminuir as desigualdades, empregando mais recursos onde exista uma carência maior, abarcando as múltiplas e diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, para isso, deve-se considerar a articulação das políticas de saúde com outras políticas públicas, para que possam impactar na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (CUNHA; CUNHA, 2001).

Mediante o exposto e por tudo que a PNSIPN representa na luta pela equidade, por suas preposições, princípios e diretrizes, este estudo mostra-se relevante, na medida em que propõe realizar a avaliação de sua implementação e, ainda, traz algumas recomendações que poderão servir de subsídios à gestão.

De uma forma geral, avaliar uma política pública consiste em uma atividade fundamental, pois envolve a avaliação do grau em que uma política pública está atingindo os seus objetivos e, se não estiver, o que pode ser feito para melhorá-la (WU *et al.*, 2014, p. 24). Para isso, faz-se necessário realizar o mapeamento das ações desenvolvidas ou apoiadas para a implementação da PNSIPN, a fim de identificar seu alcance, sua efetividade, entender seus limites e os principais desafios enfrentados em sua operacionalização. O mapeamento das ações é uma etapa fundamental para a avaliação de uma política pública.

Trevisan e Van Bellen (2008) afirmam que o resultado da avaliação de uma política pública pode servir tanto para divulgação quanto para fomento do debate público em torno das alternativas de intervenção governamental em uma dada realidade social, e que o interessado final na avaliação de uma política pública é o público em geral ou a sociedade civil. Dessa forma, o resultado da avaliação da PNSIPN poderá ser utilizado como um instrumento democrático, além de fornecer subsídios à gestão, poderá munir a população negra de informação para reivindicações e defesa ao acesso integral dos serviços de saúde.

Há de se mencionar que a PNSIPN foi instituída há quase 12 anos, porém muitos cidadãos desconhecem sua existência e, conseqüentemente, os seus direitos, como demonstrado em um estudo realizado entre pessoas pretas e pardas, em que 90,5% dos entrevistados afirmaram desconhecer a existência de uma política de saúde pública específica para a população negra (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015).

Em outro levantamento realizado, também com o intuito de verificar se as pessoas têm ciência sobre a existência da PNSIPN, o resultado mostrou que 32% dos respondentes a

desconheciam. Há de se mencionar que a maior parte respondeu conhecer a PNSIPN (68%), porém infere-se que esse resultado pode ser devido à maior parte dos respondentes ter proximidade às políticas públicas de saúde (informação pessoal).¹

Em 2016, foi realizada uma pesquisa com enfermeiros atuantes em Capão da Canoa, no Estado do Rio Grande do Sul, em que houve predominância no desconhecimento sobre as diretrizes da PNSIPN. É importante destacar que alguns profissionais relataram não ser necessária a existência de uma política específica para a população negra, pois não percebem discriminação e nem racismo nos serviços de saúde (ROSA *et al.*, 2019).

Na mesma direção, Assis (2021) realizou uma pesquisa com gestores de saúde estaduais para verificar a situação das políticas nacionais normatizadas pelo MS. Em relação à PNSIPN, os resultados apontaram que 19% não a conheciam ou não tinham informações sobre sua implantação; 16% afirmaram que não havia sido implantada e 65% informaram que a PNSIPN tinha sido implantada e continuava em execução. No mesmo estudo, ficou evidenciado que mais de 50% de respondentes afirmaram desconhecer a existência ou não ter informações sobre a execução das políticas de equidade em saúde.

Cunha (2012, p. 30) avalia a importância de:

Conscientizar a população em geral, e a negra em particular, sobre seus direitos como cidadãos, sejam eles gerais e/ou os específicos da área da saúde, para assim, torná-los sujeitos protagonistas das melhorias que possam ser alcançadas em seu nível e qualidade de vida.

Para isso, primeiramente, é necessário que a gestão conheça a existência da política, seus objetivos, seu público-alvo e empregue esforços em sua divulgação, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população.

A sistematização dos dados sobre situação de saúde da população negra, evidenciando suas vulnerabilidades e iniquidades decorrentes de um processo histórico, em que a cor da pele foi e continua sendo fator central para essas ocorrências, é outro ponto relevante para este estudo. Dessa forma, só se vislumbra melhorias nas condições de saúde da população negra, por meio da implementação da PNSIPN.

Para que sua implementação aconteça, são necessários o envolvimento e comprometimento de todos os atores-chave (gestores, movimentos sociais, conselheiros e

¹ Levantamento realizado por meio da rede social Instagram, em 23 de maio de 2020.

profissionais de saúde). O ponto de partida para esse engajamento deve-se dar no âmbito da gestão e ir envolvendo os demais atores (BRASIL, 2017a).

A promoção de constantes debates sobre o enfrentamento de barreiras de acesso aos serviços de saúde, o fomento permanente de ações de desenvolvimento para os profissionais de saúde, com foco no acolhimento humanizado e integral da população negra, reconhecendo suas especificidades de saúde, a articulação da PNSIPN às demais políticas existentes no MS e a responsabilidade de sua execução compartilhada entre as três esferas de governo constituem-se como estratégias para sua implementação (BRASIL, 2017a).

É relevante assinalar que a academia também se constitui como uma importante aliada na implementação da PNSIPN, uma vez que pode inserir abordagens sobre o contexto de saúde da população negra em seus espaços pedagógicos, além de estimular reflexões e proposições para o alcance da equidade racial em saúde.

Posto isso, surgiu a necessidade em se obter um panorama de como essa política vem operando, no âmbito do MS. Assim, foi realizado um mapeamento das ações desenvolvidas e apoiadas pelo MS, no período de 2017 a 2019, com o intuito de realizar a avaliação de sua implementação, mesmo sem a pretensão de abranger sua totalidade, por já visualizar limitações cruciais para tal. Entretanto, buscou-se solucionar os problemas norteadores deste estudo: identificar se as ações estratégicas previstas no 3.º Plano Operativo da PNSIPN estão sendo desenvolvidas ou apoiadas pelo MS e se essa política está alcançando seu público-alvo.

Os planos operativos estabelecem ações estratégicas para viabilizar a operacionalização da PNSIPN, considerando eixos primordiais para sua implementação e, conseqüentemente, prioritários à transformação das condições de saúde da população negra, como: “Acesso da população negra às Redes de Atenção à Saúde”; “Promoção e vigilância em saúde”; “Educação permanente em saúde e produção do conhecimento em saúde da população negra”; “Fortalecimento da participação e do controle social e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra” (BRASIL, 2017b, Art. 3º). É importante destacar que o MS dispôs de três planos operativos: o 1.º se deu em duas fases, a primeira compreendeu o período de 2008 a 2009, e a segunda, de 2010 a 2011; o 2.º ocorreu de 2013 a 2015, e o 3.º, de 2017 a 2019, esses planos foram construídos considerando os três níveis de gestão, federal, estadual e municipal.

Mediante ao exposto, justifica-se a realização desta pesquisa, na medida em que abrange os seguintes aspectos: importância, originalidade e viabilidade. Castro (2006) aponta que uma pesquisa deve abranger esses três critérios.

Segundo o autor, a importância de uma pesquisa caracteriza-se quando seu tema está ligado a uma questão que afeta um segmento substancial da sociedade. A partir disso, entende-se que esta pesquisa cumpre esse critério, pois aponta a forma como o racismo opera na situação de saúde da população negra e os efeitos que este pode causar na vida do indivíduo negro.

O critério da originalidade, segundo o autor, está relacionado à forma como os resultados podem ser surpreendentes e não ao fato de existirem estudos semelhantes. Sendo assim, visualiza-se este estudo como original, uma vez que um de seus objetivos foi discutir os dados de saúde da população negra em uma perspectiva histórica, e ainda, buscou apresentar se ações estão sendo realizadas para implementação de uma política que tem, como objetivo, a mudança da situação de saúde apresentada. Esse critério também é atendido uma vez que não foram encontradas pesquisas com o mesmo lócus.

No que tange aos aspectos da viabilidade, o autor aponta que uma pesquisa viável é aquela que dispõe de recursos financeiros, dados, prazos e informações disponíveis. Dessa maneira, considera-se a presente pesquisa viável, pois foi possível levantar os dados necessários para sua construção.

1.1 Organização dos capítulos

Para atender os objetivos propostos, além do capítulo 1, que busca introduzir o tema que será abordado, esta dissertação foi organizada da forma detalhada a seguir.

O capítulo 2 é voltado para descrever os métodos utilizados em cada etapa de desenvolvimento desta pesquisa, quanto à sua natureza, sua abordagem, seus objetivos e os procedimentos técnicos utilizados na sua construção.

O capítulo 3 debruça-se em concepções teóricas essenciais para a compreensão sobre o surgimento da concepção de raça, o lugar imposto ao negro nas estruturas sociais, o racismo estrutural, institucional, a discriminação e os seus efeitos na saúde. Trouxe, ainda, um enfoque sobre a interseccionalidade de raça, gênero e classe como elementos simultâneos capazes de potencializar as opressões, além de evidenciar, por meio dos dados apresentados, as iniquidades na saúde das mulheres negras. Traz uma breve discussão sobre a importância do adequado preenchimento do campo raça/cor nos formulários utilizados nos serviços de

saúde, principalmente, como forma de evidenciar as iniquidades em saúde. Faz a apresentação e discussão dos dados de saúde da população negra em uma perspectiva histórica, abordando as seguintes temáticas: COVID-19; violências; acidentes de trabalho entre trabalhadores do ramo da agropecuária; transplantes; diabetes mellitus tipo II; hipertensão arterial; anemia falciforme. Também, no capítulo 3, contempla-se sobre a trajetória para a construção da PNSIPN, sua importância para a equidade racial, as lutas enfrentadas para sua regulamentação, os principais atores envolvidos em sua formulação, seus avanços, lacunas e desafios.

O capítulo 4 é dedicado à apresentação das ações realizadas e apoiadas pelo MS para a operacionalização da PNSIPN, informações que serviram como base para verificar se as ações estratégicas previstas em seu 3.º Plano Operativo estão sendo executadas. Para além, este capítulo também contempla sugestões que poderão ser utilizadas como subsídios para os gestores de saúde.

Por fim, o capítulo 5 traz a síntese dos resultados alcançados na pesquisa e contempla as reflexões finais.

A construção de todos os componentes desta pesquisa foi fundamental para a compreensão do racismo como um fenômeno social capaz de impactar diretamente na saúde, bem como para reafirmar que mecanismos, como as políticas públicas, podem ser utilizados para o combate ao racismo e, por consequência, para a minimização das problemáticas provenientes de suas práticas.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Tendo em vista a importância da PNSIPN para o alcance da equidade racial em saúde e, ainda, por seu compromisso em desenvolver mecanismo de combate ao racismo nos serviços de saúde, faz-se necessária a realização de uma pesquisa que retrate os problemas sociais enfrentados pela população-alvo da política e que evidencie quais as medidas estão sendo tomadas para a mudança do quadro apresentado, portanto, esta pesquisa foi desenvolvida nessa perspectiva.

Para a consecução de todos os propósitos da pesquisa, é necessário seguir algumas etapas, denominadas percurso metodológico ou metodologia da pesquisa. Para Lakatos e Marconi (2003), a metodologia é conceituada como a apresentação de métodos de abordagem e de procedimentos e a exposição das técnicas empregadas. Diante desse conceito, utilizou-se, em sua construção, a abordagem da triangulação metodológica, tendo a pesquisa bibliográfica, análise documental e a aplicação de entrevista semiestruturada como instrumentos de coleta de dados.

Zappellini e Feuerschütte (2015) afirmam que a triangulação metodológica consiste na combinação de métodos e fontes de coleta de dados qualitativos e quantitativos (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, além de outras). Utilizando-se também de distintas populações ou amostras, diferentes perspectivas teóricas e diferentes momentos no tempo, para consolidar suas conclusões a respeito do fenômeno que está sendo investigado, dito de outra forma, é olhar para a questão de pesquisa a partir de mais de uma fonte de dados.

Quanto ao seu caráter qualitativo, Creswell (2014) afirma que este tipo de pesquisa tem natureza transformadora, em que o conhecimento não é isento e retrata as relações sociais de poder dentro de uma sociedade, já no tocante à pesquisa quantitativa, esta pode gerar explicações gerais à relação entre as variáveis.

A respeito da pesquisa quantitativa, Esperón (2017) aduz que essa é capaz de identificar a realidade de uma população. Uma importante argumentação da autora gira em torno de que as pesquisas dessa natureza são necessárias no campo das investigações epidemiológicas, permitindo a identificação dos grupos mais vulneráveis da população, dos fatores de risco, dentre outros.

Quanto aos objetivos de pesquisa, esta tem caráter descritivo, já que se dedicou a retratar a situação de saúde de uma população específica e a relação de elementos sociais como determinantes de saúde da população. Também, tem esse caráter por se propor a

investigar o cenário de implementação da PNSIPN no âmbito do MS. Gil (2002) afirma que esse tipo de pesquisa empenha-se em descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou busca estabelecer relações entre as variáveis, utilizando-se de técnicas de coleta de dados padronizadas.

A pesquisa também traz um enfoque explicativo, na medida em que busca elucidar que o racismo estrutural é o principal elemento gerador das iniquidades em saúde. Conforme aponta Gil (2002, p. 42), as pesquisas que possuem esse caráter, dedicam-se na tarefa de explicar o porquê ou a razão das coisas, tendo como ponto central “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para ocorrência dos fenômenos”.

Além disso, utilizou-se fontes bibliográficas e documentais como: artigos, livros, teses de doutorado e dissertações de mestrado, leis, portarias institucionais, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, documentos institucionais internos, além de consulta nos sistemas de informações utilizados no SUS. Autores como Gil (2002), Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) afirmam que a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica assemelham-se muito e identificam que a diferença mais marcante entre ambas está na natureza das fontes.

O referencial teórico foi construído à luz do pensamento de autores de várias áreas de estudo, como a antropologia, sociologia, saúde coletiva, psicologia, dentre outras. Além da pesquisa em livros impressos, foram realizadas buscas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), banco de Teses & Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), repositórios institucionais da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e da Universidade de Brasília (UNB), utilizando-se os seguintes descritores: “saúde da população negra”; “política de saúde da população negra”; “políticas de equidade”; “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”; “racismo na saúde”; “racismo estrutural”; “racismo institucional”; “racismo e seus efeitos na saúde”; “discriminação na saúde”; “iniquidades em saúde”; “equidade em saúde”; “Avaliação de políticas públicas” e “Avaliação da PNSIPN”.

Para a construção da nuvem de palavras da Obra “O Quarto de Despejo”, utilizou-se o site <https://www.wordclouds.com/>. Foram consideradas as palavras com frequência superior a 20 e as que mantinham alguma relação com a temática deste trabalho, como saúde e seus determinantes sociais. Desconsideraram-se os artigos, nomes próprios, pronomes e datas. Há de se mencionar que, quanto maior a palavra na nuvem de palavras, maior sua

frequência na Obra. Dessa maneira foi possível construir uma representação visual das palavras presentes no contexto em que Carolina Maria de Jesus estava inserida.

O mapeamento das ações realizadas pelo MS para implementação da PNSIPN foi realizado a partir da análise documental, tendo os dados e as informações constantes nos relatórios anuais de gestão do MS e outros documentos internos, referentes ao período de 2017 a 2019, como principal fonte. Com isso, buscou-se verificar se as ações desenvolvidas ou apoiadas pelo MS para a implementação da política correspondem às estratégias previstas no 3.º Plano Operativo da PNSIPN.

Ainda, com o intuito de sanar possíveis lacunas e de forma complementar, foi enviada uma entrevista semiestruturada ao coordenador da área responsável pela operacionalização da PNSIPN no MS. Devido ao contexto de emergência em saúde pública trazido pela COVID-19, não foi possível realizar a entrevista presencialmente. Dessa forma, o instrumento foi enviado, à área responsável pela PNSIPN, por meio do Módulo Acesso à Informação integrado à Plataforma Fala.BR, no dia 3 de fevereiro de 2021.

Decorrido o prazo para a resposta, o MS solicitou a prorrogação de 10 dias para a manifestação:

O Ministério da Saúde não dispõe da informação solicitada no prazo estabelecido pela Lei nº 12.527, de 16 de Junho de 2012. Solicitamos prorrogação de 10 dias, para emissão da resposta pelo nosso Serviço de Informação ao Cidadão, conforme artigo 16 do Decreto 7.724, de 16 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Contudo, mesmo com a dilatação do prazo, não houve resposta por parte do MS. Há de se mencionar que a plataforma utilizada para o envio da entrevista é um canal para o encaminhamento de pedidos de acesso à informação, denúncias, reclamações, solicitações, dentre outros, aos órgãos e às entidades do poder público. Dessa forma, o conteúdo da entrevista é totalmente pertinente ao rol de solicitações cabíveis, pois as questões abordadas giraram em torno das ações desenvolvidas pelo MS para a implementação da PNSIPN, conforme o que foi planejado em seu 3.º Plano Operativo, ou seja, foram solicitadas informações de acesso público.

Entretanto, após algumas tentativas por outros canais, a área técnica enviou resposta, por e-mail. Contudo, há de se considerar que o não pronunciamento por parte do órgão ou a demora na emissão de resposta também constitui-se como um fator de análise para esta pesquisa, uma vez que, a partir dessa ação, infere-se que as informações referentes à

implementação da PNSIPN, no âmbito do MS, não estão sendo sistematizadas periodicamente. Vale mencionar que as ações do poder público devem ser organizadas de forma a prestar contas à sociedade.

Ao todo, foram feitas 18 perguntas semiestruturadas, sendo 4 referentes ao eixo “Acesso”; 3 relativas ao eixo “Promoção e Vigilância em Saúde”; 4 pertinentes ao eixo “Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra”; 2 em relação ao “Fortalecimento da participação e do controle social” e 5 relacionadas ao eixo “Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra”. Goldenberg (2004) assinala que, para se obter uma boa resposta, o pesquisador deverá fazer uma boa pergunta, para isso, deve ter a ciência que a pergunta é uma importante ferramenta para o sucesso da pesquisa.

O método combinatório de análise documental, entrevista e a utilização de dados qualitativos e quantitativos, para realizar a avaliação da implementação de uma política, estão consonantes à proposição realizada no Guia Prático de Avaliação *ex post*, elaborado pela Casa Civil da Presidência da República. Este Guia traz a premissa de que a avaliação de uma política pública busca verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, com vistas à melhoria dos processos, dos resultados e da gestão, considerando a forma como a política está sendo implementada, seus efeitos desejados e adversos e os principais envolvidos (BRASIL, 2018).

Há de se mencionar que, para cumprir totalmente esse objetivo, no sentido de mensurar o grau de implementação da PNSIPN, no âmbito do MS, a pesquisa apresentou limitações pela ausência de indicadores disponíveis e pela falta de definição de metas quantificáveis. Nesse sentido, Vargas e Mancia (2019) relatam que os fatos que surgem no decorrer da pesquisa, a ausência de dados ou o fato destes não se mostrarem confiáveis podem ser apontados como limitação da pesquisa. Os autores, ainda, afirmam que as limitações encontradas poderão ser utilizadas para justificar a necessidade de futuras pesquisas.

Creswell e Clark (2013) afirmam que o primeiro passo para avaliar uma política que foi implementada é a coleta de dados qualitativos, seguido pelo planejamento de um instrumento para mensurar o impacto da política. Para eles, “os dados qualitativos proporcionam um entendimento detalhado de um problema, enquanto os dados quantitativos proporcionam um entendimento mais geral” (CRESWELL; CLARK, 2013, p. 23).

As análises e reflexões foram realizadas à luz do método de análise de conteúdo, abordada por Bardin (1977), em que se utilizam procedimentos técnicos para realizar a análise do que está sendo transmitido, seja na forma verbal ou escrita. Para a autora, a intenção dessa técnica é a “inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção” das comunicações, ou por outras palavras, permitindo que o pesquisador interprete tanto os conteúdos implícitos quanto os explícitos contidos na comunicação e os coloquem em evidência, sejam nas comunicações de cunho quantitativo ou não (BARDIN, 1977, p. 38).

Creswell (2014) aponta que os pesquisadores devem explicitar suas reflexões, interpretações dos problemas, contribuições para literatura ou um apelo à mudança. Foi para esse sentido que a pesquisa apontou.

No tocante aos aspectos éticos, é importante destacar que esta pesquisa não foi submetida ao Conselho de Ética e Pesquisa/Conselho Nacional de Ética e Pesquisa – CEP/CONEP, entretanto, seguiu os procedimentos metodológicos e parâmetros desejáveis. Conforme a Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, não necessitam de registro e nem de avaliação do sistema CEP/CONEP as pesquisas: de opinião pública com participantes não identificados; que utilizem informações de acesso público; que utilizem informações de domínio público; censitária; que utilizam bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual e as realizadas, exclusivamente, com textos científicos para revisão da literatura científica (BRASIL, 2016a).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Raça, racismo e seus construtos

A ideia de que há uma raça dominante é um construto social, marcado pela opressão, violência, violação de direitos e exclusão social. As populações postas na condição de subalternas, principalmente, em decorrência de raça, carregam indicadores sociais de desigualdades, discriminações e injustiças em diversas áreas interligadas em seu histórico. Após essa breve explanação, surgem as seguintes inquietações: a partir de qual concepção emerge a suposição da existência de uma raça superior capaz de subjugar outras raças? Por que, até os dias atuais, existe a perpetuação de iniquidades com forte demarcação no campo racial?

Com o descobrimento da América e da África, os povos autóctones recém descobertos receberam identidades coletivas de “índios” e “negros”. A questão colocada tanto pelos teólogos ocidentais dos séculos XVI e XVII quanto pelos filósofos iluministas do século XVIII, era saber se esses índios e negros eram bestas ou seres humanos como os europeus. Questão cuja resposta desembocou numa classificação absurda da diversidade humana em raças superiores e inferiores (MUNANGA, 2013, p. 5).

A concepção de raças originou-se a partir de supostas diferenças de estrutura biológicas, a partir disso, instituiu-se o processo denominado por Quijano (2005) como “codificação da diferença”, em que as hierarquias foram definidas, supostamente, por fatores de ordem biológica. Segundo o autor, esse mecanismo cumpriu a função de legitimar o processo de dominação que se estabeleceu com a colonização das Américas.

Com o passar do tempo, os colonizadores codificaram as cores, com base nos traços fenotípicos dos colonizados. Outra forma de classificação, baseada em teorias deterministas, era realizada em pressupostos de diferenças de capacidades físicas, intelectuais e morais. De acordo com o modelo, o homem branco e ocidental ocuparia o topo da pirâmide social, sendo os demais considerados inferiores e de menor potencial (QUIJANO, 2005; SCHWARCZ, 2019). Em consonância, Fanon (1960, p.12) deixou assentado que a colonização dividiu o mundo em duas partes: “em uma, vive o colonizador, a régua, o cânone, a imagem da humanidade, o branco; em outra, o inverso, o negativo”.

Os trazidos da África, chamados de negros, representavam os explorados, ou melhor dizendo, os escravizados mais importantes, tendo em vista que, naquela época, a economia era movida, principalmente, pela sua força de trabalho não remunerada. O trabalho forçado e não remunerado já era automaticamente imposto às raças denominadas como inferiores,

essa prática reforçava ainda mais as relações de superioridade/inferioridade entre escravizadores e escravizados, uma vez em que o homem branco já ocupava lugares de destaques na sociedade e colhia, injustamente, o fruto do trabalho do negro. A partir daí, o conceito de raça foi um poderoso instrumento de demarcação de posições sociais e relações de poder e, até hoje, tem demonstrado seu eficaz poder de reprodução de desigualdades sociais, baseadas, principalmente, pela cor da pele (QUIJANO, 1999, 2005).

Essa concepção de superioridade/inferioridade atribuída às raças, concebida no campo biológico, foi refutada por diversos estudiosos, a partir da realização de estudos antropológicos no século XX, voltados à investigação sobre essas determinações, desse modo, constatou-se a inexistência de aspecto natural capaz de justificar a sua hierarquização (ALMEIDA, 2019). Guimarães (1999) e Schwarcz (2019) expõem que a definição de raça centrada no campo biológico, além de ter sido utilizada como justificativa à permanência do domínio do homem branco sobre as demais populações, também é uma estratégia eficaz para a construção, manutenção e reprodução de desigualdades e privilégios.

Hasenbalg (2005) relata que a raça exerceu um papel de divisor nos estratos sociais, em que o preconceito e a discriminação racial foram utilizados pelos grupos dominantes como instrumentos de manipulação e exploração. Para além das consequências vividas durante o período da escravidão, a divisão social marcada pela raça constituiu-se como um projeto necessário à manutenção do capitalismo.

Seja como for, a população negra tem sido explorada economicamente; os exploradores foram principalmente classes ou frações de classe economicamente dominantes brancas, indo de rentista da terra até o capital monopolista. Os beneficiários da exploração econômica foram identificados. Estes resultados podem ser facilmente incorporados às mais simples versões do modelo dicotômico da teoria das classes. Contudo, a teoria colonial afirma que a opressão racial beneficia não apenas os capitalistas, mas também a maioria da população branca – isto é, aqueles brancos sem propriedade dos meios de produção (HASENLBALG, 2005, p. 121).

A concepção das raças foi estruturalmente associada à demarcação de papéis na sociedade e no controle do trabalho. Desse modo, a base do capitalismo foi erguida, fundamentalmente, pela sistemática divisão racial do trabalho, pautada na escravidão, servidão e exploração, em que o papel de negros e índios estava destinado ao trabalho forçado e mão de obra gratuita. Por outro lado, o homem branco era apto a receber salários, comercializar mercadorias e, quando este era considerado nobre, podia ocupar médios e altos postos da administração colonial, civil ou militar. Essa forma de controle de trabalho associada à raça foi tão bem articulada que acabou por ser naturalizada, resultando em uma

racista distribuição de trabalho. Lamentavelmente, essa estratégia foi e continua sendo bem-sucedida para manutenção das desigualdades raciais (QUIJANO, 2005).

Schwarcz (2019) relembra-nos que o Brasil admitiu o sistema de escravidão, marcado por todas as formas de violência, por mais de trezentos anos, sendo o último país a abolir tal forma de trabalho forçado nas Américas, trabalho este utilizado não apenas pelos senhores de engenho, mas, também, por padres, militares, funcionários públicos, todo tipo de comerciante, até mesmo, pela população mais pobre.

Para se ter uma dimensão dessa barbárie, a expectativa de vida dos escravizados homens era de 25 anos. Estes enfrentavam longas jornadas de trabalho com acesso escasso de comida e água. A situação das mulheres escravizadas também não era muito diferente, além das árduas tarefas, eram submetidas à violência sexual e obrigadas a abandonar seus filhos. No dizer tão expressivo de Schwarcz (2019, p.19), “um sistema como esse só poderia originar uma sociedade violenta e consolidar uma desigualdade estrutural no país”.

Nota-se, nitidamente, que a construção da ideia de raça pautada na estrutura biológica formou-se como justificativa ideológica social de superioridade, dominação e exploração, em que seu aspecto ideológico de hierarquização perpetua-se até hoje, separando negros e brancos do ponto de vista social, enraizado por privilégios e desfavorecimentos, inclusão e exclusão, acesso e obstáculo. Fatores antagônicos como esses, que separam grupos raciais, podem ser denominados como racismo, que será abordado mais adiante.

Mesmo após o período da escravidão, constata-se a persistência da hierarquização racial, em que não só o acesso aos privilégios econômicos, políticos e sociais encontra barreiras, mas, muitas vezes, os direitos são negados ou dificultados à população negra (MONAGREDA, 2017). Em complementariedade, Almeida (2019) afirma:

Os eventos da Segunda Guerra Mundial e o genocídio perpetrado pela Alemanha nazista reforçaram o fato de que a raça é um elemento essencialmente político, sem qualquer sentido fora do âmbito socioantropológico. Ainda que hoje seja quase um lugar comum a afirmação de que a antropologia surgida no início do século XX e a biologia – especialmente a partir do sequenciamento do genoma - tenham há muito demonstrado que não existem diferenças biológicas ou culturais que justifiquem um tratamento discriminatório entre seres humanos, o fato é que a noção de raça ainda é fator político importante, utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários (ALMEIDA, 2019, p. 6).

Inegavelmente, a definição de raça foi construída no aspecto social e ideológico, construção esta que estabeleceu e estabelece, ainda hoje, as estruturas sociais, imprime as desigualdades sociais e econômicas e, também, expõem os sujeitos a atos discriminatórios

com base na cor da pele, que resultam na exclusão e barreiras de acessos aos direitos, bens e serviços, compreendidos, assim, como racismo. Bento (2019, p. 24) afirma que “a visão de raça – prioritariamente no fenótipo cor – afetou a sociedade brasileira como um todo, repercutindo desde as relações sociais mais básicas até as mais complexas, afetando todas as áreas da vida do indivíduo, inclusive a saúde”.

Contudo, Guimarães (1999) expressa que é necessário reinvocar o conceito de raça, no campo sociológico, como meio de “desmascarar” o entendimento errôneo de raça biológica, no qual o fundamento das práticas de discriminação baseia-se na cor. O conceito de raça, como forma de classificar e identificar determinados grupos, faz-se como uma ferramenta para expor irresponsáveis ações políticas e institucionais, que produz e mantém a discriminação sistemática e a desigualdade de oportunidades e de tratamento entre grupo de cor.

Desse modo, as iniquidades sociais inerentes às questões raciais somente foram percebidas e evidenciadas quando as pesquisas e os estudos sociais, principalmente, censos e pesquisas amostrais por domicílios realizados pelo governo, passaram a apresentar os dados da população desagregados em dois grupos: brancos e não brancos. Os grupos foram categorizados assim porque as diferenças sociais entre os não brancos eram ínfimas, em principal, entre pardos e pretos (GUIMARÃES, 1999).

Essa forma tão desigual em relação aos aspectos econômicos, geográficos, educação e saúde, em que as diferenças são obtidas pela cor da pele, aqui usada como sinônimo de raça, pode ser entendida como racismo. Almeida (2019) aponta que o racismo é uma forma sistemática de discriminação, exclusão e desvantagens impostas a um grupo racial, podendo manifestar-se por meio de práticas conscientes ou não.

Não são raros os episódios de racismo, discriminação e injúria racial, em que o indivíduo é posto em situação humilhante e vexatória em razão de sua cor e outras características físicas, em muitos casos, os atos evoluem para violências físicas e, até mesmo, à morte. Carneiro (2011) afirma que a função do racismo é matar, se não for a vida, tudo o que estiver atrelado ao negro, sua cultura, sua identidade, sua linguagem, seus vínculos, sua criatividade e sua história.

No século XIX, filósofos como Hegel referiam-se aos africanos como seres “sem história, bestiais e envoltos em ferocidade e superstição”. Essas associações discriminatórias perpetuam-se até hoje, fazendo parte do processo de desumanização e genocídios (ALMEIDA, 2019, p.26). Nesse sentido, cabe, por oportuno, destacar:

O racismo é sinônimo de sofrimento e que não há aspectos da vida dos negros que não contenham o seu atravessamento direto ou indireto, mesmo com a dificuldade de o racismo ser reconhecido socialmente enquanto uma violência, diferentemente de outras formas de violência existentes. O racismo vai delimitar como os negros podem se sentir, desejar, morar, circular e se relacionar com outras pessoas em espaços simbólicos ou não. Ele caminha ao lado do verbo viver, como uma companhia que pode até fechar um dos olhos, mas que nunca dorme. O racismo permanece como uma herança passada de geração em geração, por meio de alianças e pactos inconscientes (BENEDITO, 2018, p. 90).

No campo estrutural e institucional, observa-se, evidentemente, a manifestação sistemática dos efeitos do racismo quando a população negra apresenta os maiores índices de pobreza, de analfabetismo, de mortalidade de jovens, de mortalidade materna, de desemprego; quando os espaços de notória relevância nas instituições são ocupados, em sua maioria, por brancos; quando as cadeiras das universidades ainda são ocupadas, na maioria das vezes, por brancos; quando os guetos e bairros de periferias são habitados pela maioria de negros, dentre outros exemplos. Santos (2009) afirma que resultados como esses são brutais, na medida em que atingem a dignidade humana.

Dessa forma, o racismo constitui-se como um processo de produção e reprodução de desigualdades, iniquidades e subalternidade em vários campos, como economia, política, saúde e nas relações cotidianas (ALMEIDA, 2019).

Conforme apontado por Goes, Ramos e Ferreira (2020), o processo histórico relativo à escravidão no Brasil demarcou as posições sociais de acordo com a cor da pele dos indivíduos, no qual o racismo é o principal elemento estruturante das desigualdades.

A respeito desse tema, Jaccoud, Guerreiro e Soares (2008) conclui que a posição hierárquica social dos negros e brancos não foi consideravelmente alterada com modernização econômica. A raça permaneceu sendo ponto central na determinação das relações sociais, oportunidades e subalternidade. A autora, ainda, afirma que houve uma piora nas posições hierárquicas ocupadas pelos negros. Em consonância, López (2012) expõe que, mesmo após ocorridas significativas mudanças sociais vivenciadas no país, no século XX, elas não se estenderam no campo da redução das desigualdades raciais.

As iniquidades e injustiças geradas pelo racismo impõem, à população negra, a vivência desigual de recursos e oportunidades. Por outro lado, a população branca, em sua maioria, continua desfrutando de seus privilégios concebidos desde o período da escravidão, amparada por um sistema de “atitudes, crenças, comportamentos, leis, normas, práticas, padrões estéticos, bens, serviços, educação, emprego, entre outros” (ROSA, 2018, p. 45).

Esse cenário de desigualdades, iniquidades e injustiças pode ser observado ainda de forma marcante nos dias atuais. Desse modo, convém a seguinte indagação: qual justificativa plausível, se não o racismo, para explicar a posição linear do negro nos estratos sociais? Nessa perspectiva, Madeira e Gomes (2018, p. 468) discorrem que o racismo se constitui como um abismo social entre negros e não negros. A demarcação de lugares na sociedade, imposta pelo racismo, vai muito além das relações interpessoais e comportamentais, ela se desenvolve e se mantém no campo estrutural.

Fanon (1960) afirma que o racismo integra um complexo sócio-histórico, funciona para a opressão sistemática de um povo, uma opressão que passa por instâncias políticas, jurídicas, econômicas e psicológicas e, ainda, determina quem deve ser excluído da sociedade. Dito isso, convém destacar o exposto pelo autor (2008, p.90): “é o racista que cria o inferiorizado”.

Existem várias facetas do racismo, ele pode apresentar-se como sutil, explícito, velado, entre outras formas. Quando se trata de racismo institucional, os atos empregados são mais difíceis de serem identificados por carregarem a “sutileza” em suas ações, e torna-se quase impossível de culpabilizar os responsáveis, no entanto, de acordo com López (2012, p 127), esse tipo de racismo pode ser “destrutivo de vidas humanas”.

O racismo velado ou sutil foi tratado em uma pesquisa realizada por Nunes (2014), em que teve, como ponto central, analisar a percepção dos entrevistados sobre o racismo no Brasil. A autora concluiu que há existência do racismo velado e constante.

Quando os entrevistados foram questionados a respeito da presença do racismo no país, admitiram-no em unanimidade, entretanto, a minoria assumiu-se como praticante de atos racistas. A prática de apontar somente o outro como racista e não se reconhecer como tal constitui-se como barreira para o avanço no processo de desconstrução do racismo. Nesse sentido, Gouveia (2019) sustenta que, no Brasil, alguns admitem a existência do racismo, no entanto, existe uma enorme dificuldade em se reconhecer como protagonista.

Outro achado relevante na pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados que emitiu falas consideradas como racistas culpabilizou a sociedade, a escravidão e, até mesmo, o negro como responsável pelo racismo. Para a autora, esse comportamento aparece como artifício fundamental para que os sujeitos mantenham seus privilégios, eximindo-se da responsabilidade moral. Corroborando a pesquisa relatada, Garcia (2015) destaca que o ato de não se reconhecer como racista dificulta a diminuição da desigualdade racial e social no Brasil.

A esse respeito, Fanon (2008, p.85) defende que “uma sociedade é racista ou não o é”, não existe meio-termo, não existe grau de racismo, não existe atribuir a obra do racismo a apenas a elite ou a classe trabalhadora. É essencial, para uma sociedade, a compreensão dessa evidência para que os problemas gerados em razão do racismo sejam combatidos.

Retomando o entendimento sobre o racismo institucional, Jaccoud (2009) diz que ele se instaura nas instituições, contribuindo para a “naturalização e reprodução da hierarquia racial”, opera ainda de forma desigual na oferta de oportunidades, bens e serviços entre brancos e negros. Com base no pensamento de Goes (2018), nas instituições, o racismo sustenta-se na medida em que não incorpora, em suas diretrizes e metas, ações que visam eliminar as barreiras de acesso a bens, serviços e oportunidades à população negra.

Como já mencionado, o racismo institucional é um racismo silencioso, velado, “sutil”, o termo sutil aparece entre aspas como forma conotativa, pois não existe sutileza na geração dos efeitos e resultados desse racismo. Quando perpetuado nas instituições, consegue alcançar grandes dimensões de exclusão, desvantagens, barreiras, ineficiência e descaso. Theodoro (2013) afirma que a atuação do racismo institucional dá-se no nível macro, umas das razões desse tipo de racismo ser considerado como um dos principais responsáveis pela reprodução ampliada de desigualdades no Brasil.

A omissão por parte do Estado, no combate às práticas que limitam, dificultam e excluem o acesso de certos grupos em razão da raça/cor, também pode ser caracterizada como racismo institucional. Essas práticas não são impostas por normas e regras visíveis, mas são produzidas nas interações sociais e legitimadas pelas instituições.

A respeito dessa temática, é importante assinalar, sobretudo, o exposto por López (2012), que o racismo institucional foi legitimado historicamente pelo Estado e, dessa maneira, somente o Estado, por meio de políticas públicas e efetivas ações governamentais, tem o poder de dismantelar toda a estrutura de desigualdades e iniquidades advindas do racismo.

Há de se reconhecer que o rompimento da perpetuação do racismo e seus efeitos no campo estrutural constitui-se como um desafio de âmbito mundial, tendo em vista que muitos subterfúgios são utilizados para o encobertar.

Um dos mecanismos mais potentes utilizado para encobertar o racismo e, assim preservar os privilégios e presar pela manutenção das desigualdades é negação de sua existência, pois como se elimina ou combate algo que não existe? O mito da democracia racial foi um importante aparato para esse negacionismo, idealizado a partir do falso discurso

de que, no Brasil, todos são iguais, tomando como justificativa, principalmente, a miscigenação, motivo pelo qual a discriminação por raça e cor tornaria-se inexistente. Essa ideia tinha, como intenção, garantir a manutenção da hierarquização racial, na medida em que se pretendia o embranquecimento da nação (JACCOUD, 2008; LOPEZ, 2012).

O mito da democracia racial foi uma tese disseminada pelo antropólogo Gilberto Freyre e que tomou expressivas proporções. Na ocasião, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), imbuída de ânimo por sua tese, já que se tratando de harmonia racial, o Brasil era considerado como um país de referência, financiou uma pesquisa voltada a corroborar os pressupostos de Freyre sobre a inexistência de discriminação racial e étnica no país. Na contramão, Florestan Fernandes concluía que as desigualdades sociais eram fortemente demarcadas no campo racial (SCHWARCZ, 2019).

Teorias como essas são facilmente tragadas pelo senso comum. É muito mais fácil comprar uma ideia bonita, onde todos vivem felizes para sempre, aceitando o seu próprio destino, a ter que lidar com problemas que, para serem resolvidos, será preciso uma mudança na estrutura social. Schwarcz (2019, p.14) diz que essas teorias são sustentadas por quatro pressupostos básicos e falaciosos: o Brasil é um país harmonioso e sem conflitos; avesso a qualquer forma de hierarquia, enfrentando as adversidades de forma igualitária; que exerce a democracia de forma plena, sem a existência de preconceitos raciais, de religião e de gênero e, por último, é que a nossa natureza é tão especial que fomos postos em um paraíso, afinal, “Deus (também) é brasileiro”.

Discursos como esses ocasionaram atrasos nos debates para a implementação de políticas públicas para o combate do racismo e a redução das desigualdades ocasionadas por ele (LOPEZ, 2012; GOUVEIA, 2019). Esses subterfúgios são entendidos como racismo à brasileira, em que a sociedade ocupa-se em encontrar soluções e justificativas para culpabilizar o negro por toda sua trajetória, porque afinal “somos todos iguais”. Munanga (2017, p. 41) resume esse racismo como “difuso, sutil, evasivo, camuflado, silenciado em suas expressões e manifestações, porém eficiente em seus objetivos, e algumas pessoas talvez suponham que seja mais sofisticado e inteligente do que o de outros povos”.

Embora o debate sobre o racismo no Brasil tenha sido ampliado, ainda não é possível a visualização de um futuro livre de suas práticas e seus efeitos; estes são resultados históricos que se perpetuam até os dias atuais. Primeiramente, torna-se indispensável o reconhecimento do racismo para o seu combate e seu desmantelamento, assim como para o rompimento das estruturas formadas por ele (MONAGREDA, 2017).

Diante disso, Nunes (2014) assevera que a consciência sobre a existência do racismo tem feito parte do cotidiano dos brasileiros, a temática tem sido incluída na academia, nas instituições, na televisão e nas redes sociais, porém abordar mais o tema não significa sua resolução, haja vista que o racismo é um problema enraizado na sociedade brasileira, e sua persistência é alimentada por muitos argumentos, quer sejam racionais ou irracionais.

A negação do racismo impõe a invisibilidade de atos discriminatórios desferidos contra a população negra, de forma a legitimar as práticas de diversas situações de violências, a naturalização das exclusões e barreiras e, até mesmo, a aceitação limitada do exercício pleno da cidadania (GUIMARÃES, 1999). O autor ainda exprime que:

Tais práticas racistas são quase sempre encobertas para aqueles que as perpetuam por uma conjunção entre senso de diferenciação hierárquica e informalidade das relações sociais, o que torna permissíveis diferentes tipos de comportamentos verbais ofensivos e condutas que ameaçam os direitos individuais. Trata-se de um racismo às vezes sem intenção, às vezes "de brincadeira", mas sempre com consequências sobre os direitos e as oportunidades de vida dos atingidos (GUIMARÃES, 1999, p. 155).

Com base no pensamento de Santos (2009), essa abordagem remete ao juízo de que os reprodutores do racismo talvez não tenham a consciência das consequências de seu racismo, muitas vezes, essas mesmas pessoas militam com discursos antirracistas, atitude que tem, como propósito, dissociar sua imagem de um indivíduo racista, ou até mesmo, como uma forma de se compadecer das dificuldades do outro, porém basta que seus privilégios sejam ameaçados para que o discurso se volte às questões meritocráticas.

Diante do contexto apresentado, é necessária a desconstrução do pensamento racista. Só será possível alcançá-la a partir do reconhecimento de que qualquer indivíduo é um potencial reprodutor de atos racistas e discriminatórios, capaz de ser mantenedor de privilégios, em todos os campos, adquiridos unicamente pela cor de sua pele, no caso, a pele branca. Provavelmente, esse não seria o único passo para o combate ao racismo, mas um reforço a mais na luta de reivindicações e apoio às políticas públicas e ações afirmativas voltadas à diminuição das desigualdades de populações historicamente discriminadas.

É desumano esperar que as mudanças nas condições sociais da população negra ocorram de forma espontânea ou normalizar e naturalizar que, por meio do empenho e dedicação individual, o negro consiga seu espaço. Nesse aspecto, as instituições, principalmente as públicas, necessitam centrar esforços contra o racismo institucional e direcionar ações com vistas à equidade racial.

Conforme aponta Silvério (2002, p. 227), a ausência de políticas públicas, nos campos da “habitação popular de qualidade, ao atendimento à saúde e à educação”, reflete o descaso com a população negra, subjugada como inferior, segundo o juízo de superioridade das elites, compostas majoritariamente por brancos. O autor expressa que as políticas públicas compensatórias têm o poder de solucionar, ainda que temporariamente e parcialmente, os problemas gerados pelas desigualdades sociais, com base no pertencimento a um grupo racial.

Nesse sentido, a PNSIPN tem um importante papel na busca pela equidade no âmbito da saúde, tendo em vista que, em tal campo, o racismo também tem operado de forma concludente na produção de iniquidades.

3.2 O racismo e seus efeitos na saúde

No campo da saúde, o racismo também esteve presente ao longo do tempo. Na década de 1930, o paradigma da Escola Nina Rodrigues dava-se em torno de que os aspectos psicológicos dos negros continham “elementos perigosos” e, por esse motivo, essa população deveria estar sujeita ao “controle e à exclusão social”. O idealizador da Escola, Raimundo Nina Rodrigues (2006, p.86), associava as várias psicopatologias, “temperamentos nervosos”, “tendência sanguinária”, “alienação mental”, à população negra. Em seu estudo, o estado mental de Antônio Conselheiro foi posto em pauta e sua condição de “mestiço” foi a principal justificativa para considerá-lo como “degenerado” e de natureza “vesânica”.

O autor, ainda, asseverava que a raça inferior, atribuída aos negros, era um fator explicativo tanto para o retrocesso econômico quanto para as epidemias psíquicas ocorridas na Bahia. Para ele, a predominância de negros e “mestiços” instigava o restante da população, com suas doenças, religião, danças e costumes.

[...] as danças e sobretudo as danças sagradas a que se entregam tão apaixonadamente os negros, constituem em poderoso agente provocador da histeria. As contorções que se apoderam dos negros durante essas danças já por si mesmas têm em caráter coréico, e sabe-se que em mais de um ponto da cidade foram estes exercícios coreográficos a fonte do desenvolvimento ou do recrudescimento da doença; não se deve esquecer, aliás, que nas duas cidades brasileiras onde a doença tomou grandes proporções, é muito elevado o número dos negros e seus mestiços (RODRIGUES, 2006, p. 83).

A respeito do tema, de forma muito objetiva, Fanon (1960) aduz que a diversidade cultural não pode ser tomada como loucura. O autor aponta que, em muitas regiões do mundo,

a população negra era submetida à internação psiquiátrica sem uma escuta e investigação profunda do caso.

Cunha (1986), em seu livro “O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo”, retrata a história do Hospital Psiquiátrico do Juquery, localizado em São Paulo. Logo na introdução, é possível perceber o tratamento desumanizado utilizado como prática no local. A autora menciona relatos de pacientes que descreveram o local como “habitação do diabo”, “casa infernal”, “desterro”, “lugar de prisão”, “bastilha”, “lugar de malucos”, “estabelecimento de vingança” e “espelho do mundo”. A situação de desumanização dos pacientes logo era acentuada, quando se tratava de pacientes negros:

Também em termos de composição étnica o hospício é um espaço dos brancos. Os negros, embora constituam uma parcela imensa da população do hospício, merecem pouca atenção e despertam pouco interesse científico, na medida em que portariam por nascimento "traços de degeneração" que o organicismo atribuía atavicamente à sua raça: beócios, primitivos e pouco dignos de interesse humano, social ou médico. O silêncio, nestes casos, diz mais que o discurso e os milhares de prontuários referentes aos negros vêm praticamente em branco, preenchidos quase telegraficamente em diagnósticos que apontam, em sua maioria, para a "idiotia", a "imbecilidade" e outras rubricas da degeneração "inferior" inscrita em sua própria condição racial: "Os estigmas de degeneração física que apresenta são os comuns da sua teça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes, pés chatos.

Na base da pirâmide, ocupando a posição de mais radical aniquilamento, estão as mulheres negras. Portadoras desta dupla condição, são vistas e tratadas pela medicina alienista como portadoras de uma dupla inferioridade que as torna mais próximas da natureza que da condição humana. "Estigmas físicos de degeneração muito acentuados: é um perfeito tipo de símio" (CUNHA, 1986, p. 124).

Fanon (1960) deixou assentado que, além dos efeitos estruturais ocasionados pela colonização na população explorada, houve também consequências de ordens psíquicas, baixa autoestima, sentimentos nefastos, tensão nervosa e permanência de autocontrole; todos esses fatores podem levar o indivíduo a um rápido esgotamento.

No Brasil, predominantemente, a população negra foi a explorada e exposta a todas as injustiças sociais e violências. Todas essas teorias caracterizam, de forma contundente, a presença do racismo, em que o negro e tudo que é advindo dele sempre são postos como inferior, inútil, degradador, vexatório e, por isso, passível de exclusão, rejeição e anulação.

Freire Costa (1984) traz a reflexão de que a concepção do branco, como belo, bom, justo e verdadeiro e, ainda, como sinônimo do progresso e desenvolvimento da humanidade, impôs ao negro o desejo de projetar uma imagem de si próprio antagônica à realidade de seu corpo e de sua história. Esse movimento de apagamento cultural, histórico e da própria negritude expõe o sujeito a uma tensão mental, que resulta em uma tentativa de eliminar os sinais de sua cor. Para o autor, essa ideologia de cor se traduz como uma forma de racismo violento exercido sobre o corpo negro e sua identidade. Para Fanon (1960), um mundo em que a verdade do homem branco é a única e onde tudo é formado a partir de suas concepções e valores impõe patologias psicológicas às pessoas negras.

Ainda com base nos apontamentos de Fanon (1960, p.29), os sentimentos de não pertencimento, rejeição e de segregação podem acarretar “tensão psicológica e muscular intensa”, que “ocasionará cefaleias e úlceras orgânicas” por consequência. O autor afirma que a “rejeição provoca complexos de inferioridade”, o indivíduo fica mais exposto à suscetibilidade, mais sensível e tem mais dificuldade na valorização do amor-próprio, ou seja, o racismo adoece.

Molina e James (2016) realizaram um estudo no qual apontaram a estreita relação entre o racismo e a saúde mental. O racismo foi considerado como um agente estressor que aumenta, consideravelmente, o risco de depressão nas pessoas negras, pois pode gerar sentimentos de desmoralização e desvalorização. Da mesma forma, Nazroo, Bhui e Rhodes (2020) apontaram que o racismo impacta na saúde mental das pessoas negras.

Na mesma direção, no documentário *The Eyes of the Storm*²(olhos azuis), produzido em 1968, nos EUA, a professora Jane Elliot realizou um experimento em que foi possível perceber os efeitos que o racismo pode causar na saúde. Os participantes foram separados em dois grupos: pessoas de olhos azuis e olhos castanhos. Os que tinham olhos azuis foram submetidos, por aproximadamente 2 horas e 30 minutos, a um tratamento hostil e discriminatório, semelhante ao vivenciado, constantemente, pela população negra. Ao final, a maioria dos participantes demonstrou nervosismo, tristeza e até náuseas.

Mostra-se imperioso destacar que o documentário foi apenas uma demonstração, com hora certa de terminar, de como é se sentir insultado, discriminado e injustiçado, o que, evidentemente, distancia a comparação com o real contexto vivido, todos os dias, pelo negro na sociedade.

² Central do Brasil. Direção: Walter Salles Júnior. Produção: Martire de Clermont-Tonnerre e Arthur Cohn. [S.l.]: Le Studio Canal; Riofilme; MACT Productions, 1998. 1 DVD (106 min).

Por todos os argumentos apresentados, conclui-se que todos os tipos de racismo, estrutural, institucional, interpessoal, dentre outros, podem produzir severos impactos na saúde e desencadear sofrimentos de todas as ordens, inclusive, o sofrimento psíquico, que se caracteriza como uma de suas formas perversas (CARNEIRO, 2011; TAVARES, 2019; WERNECK, 2016).

Um importante aspecto a ser mencionado diz respeito à estreita relação entre o racismo, a desigualdade socioeconômica e o nível de escolaridade. Como já mencionado, o racismo demarca a posição do negro na sociedade, impondo barreiras no acesso à educação, traduzido aqui como nível de escolaridade, e à distribuição de renda. O indivíduo sem educação já está quase que, automaticamente, condicionado a ocupar baixos postos de trabalhos ou desenvolver atividades na informalidade, por consequência, sua rentabilidade será baixa, o que o colocará na base da pirâmide socioeconômica. Desse modo, o fator socioeconômico pode constituir-se como barreiras ao acesso à educação e à saúde.

No que tange à saúde, questões que impactam diretamente em suas condições, como saneamento básico, distância entre a habitação e o serviço de saúde, transporte para o acesso a esses serviços, compra dos medicamentos (caso não disponível pelo SUS), práticas de hábitos e rotinas alimentares saudáveis, dentre outros, estão atreladas ao fator socioeconômico.

A educação também tem seu impacto na saúde, pois para acessar os serviços de saúde, o indivíduo necessita compreender, minimamente, o seu fluxo e as orientações médicas, que, muitas vezes, são passadas de forma pomposa e técnica, sem considerar o contexto no qual a pessoa está inserida. Este é um fator capaz de facilitar a fluidez ao acesso às informações sobre comportamentos que minimizam os riscos para saúde.

Complementar a essas questões, Barata *et.al* (1997) aponta que a ausência da educação, na infância, é fator determinante à futura inserção no mercado formal de trabalho, além de ser um relevante indicador capaz de influenciar, diretamente, a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.

Para ilustrar o exposto, a escritora Carolina Maria de Jesus nasceu em Sacramento, em Minas Gerais, era uma mulher negra, de origem pobre, descendente de escravizados, mãe solo, estudou até o segundo ano do ensino fundamental. Para o seu sustento, exercia trabalho braçal nas fazendas e serviços domésticos e, no período em que morava na favela Canindé, foi catadora de papel (JESUS, 2014a).

Na época, Carolina já escrevia suas experiências, poesias e até peças para circos, porém ao apresentá-las para os diretores, sempre recebia a seguinte negativa: “- É uma pena você ser preta!” (JESUS, 2014b, p.64). Discursos como esses, emitidos pelos diretores à Carolina, são utilizados para minimizar os feitos e as produções dos negros e externar o desprezo pela negritude. Geralmente, essas falas nunca são consideradas racistas, no máximo, são entendidas como infelizes, inocentes, ou não intencionais (CARNEIRO, 2011).

Ao receber essa resposta, Carolina reafirmava a si própria, que o seu ser, negra, trazia-lhe satisfação e não a colocava em lugar de inferioridade, a autora acreditava que as situações vividas por ela eram em decorrência de sua posição econômica: “[...] Se é que existe reencarnações [sic], eu quero voltar sempre preta. [...] O branco é que diz ser superior. Mas que superioridade apresenta o branco? [...] A enfermidade que atinge o preto, atinge o branco. Se o branco sente fome, o negro também. A natureza não seleciona ninguém” (JESUS, 2014b, p. 64-65; ANDRADE, 2018).

Os questionamentos de Carolina a respeito da superioridade do branco vão ao encontro das indagações feitas no início deste capítulo: *a partir de qual concepção emerge a suposição da existência de uma raça superior capaz de subjugar outras raças? Por que, até os dias atuais, existe a perpetuação de iniquidades com forte demarcação no campo racial?*

Não existe outra resposta, a não ser o racismo, para justificar o abismo social entre negros e brancos. Sim, Carolina! A negritude deve ser valorizada e desvencilhada da posição de subalternidade e da representação negativada, entretanto, a cor da pele ainda é o principal demarcador de sofrimentos e desigualdades. Desse modo, Carolina, infere-se que todo o sofrimento vivido por você foi o resultado mais recorrente trazido pelo racismo, inclusive a sua condição econômica.

Em seu livro “Quarto de Despejo”, traz as narrativas de diversas situações precárias vivenciadas por ela e mostra como a saúde está intimamente ligada aos fatores sociais, econômicos, culturais e raciais, como demonstrado nos trechos³ abaixo:

[...] Eu não tinha um tostão para comprar pão. Então eu lavei 3 litros e troquei com o Arnaldo. Ele ficou com os litros e deu-me pão. Fui receber o dinheiro do papel. Recebi 65 cruzeiros. Comprei 20 de carne. 1 quilo de toucinho e 1 quilo de açúcar e seis cruzeiros de queijo. E o dinheiro acabou-se.

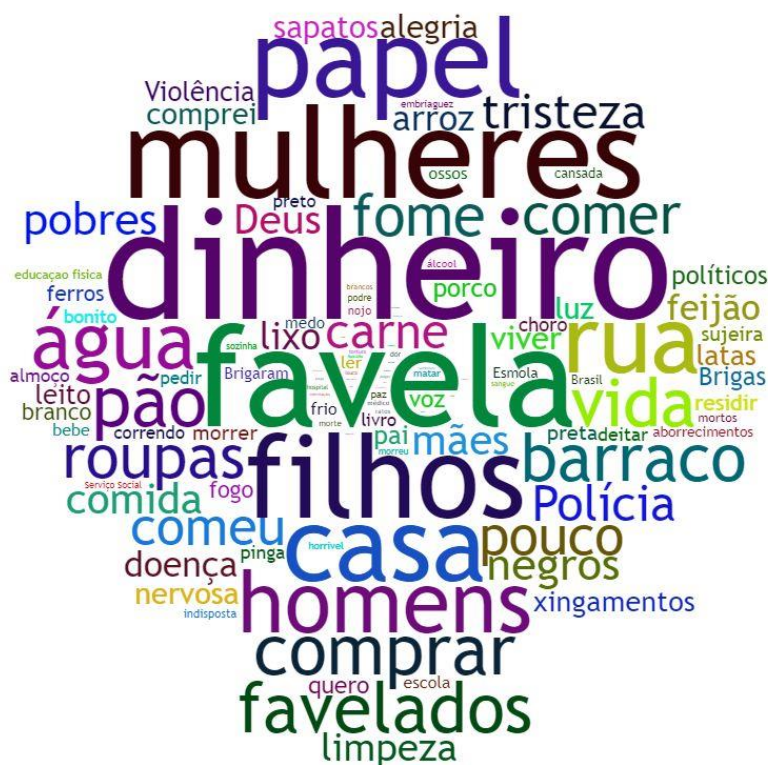
³ Não é possível se ter uma real dimensão da vivência de Carolina, se não por meio dos trechos citados na íntegra.

Passei o dia indisposta. Percebi que estava resfriada. A noite o peito doia-me [*sic*]. Comecei tossir. Resolvi não sair a noite para catar papel.

[...] Avisei as crianças que não tinha pão. Que tomassem café simples e comesse carne com farinha. Eu estava indisposta, resolvi benzer-me. Abri a boca duas vezes, certifiquei-me que estava com mau olhado. A indisposição desapareceu sai e fui ao seu Manoel levar umas latas para vender. [...] Cheguei em casa, aliás no meu barracão, nervosa e exausta. Pensei na vida atribulada que eu levo [...] Saí indisposta, com vontade de deitar. Mas, o pobre não repousa. Não tem o privilegio de gosar descanso [*sic*]. Eu estava nervosa interiormente, ia maldizendo a sorte (JESUS, 2014b, p.11-12).

Nota-se, pelos trechos acima, que Carolina e sua família não tinham acesso às condições básicas para a subsistência. A nuvem de palavras apresentada abaixo, permite uma rápida visualização do contexto social em que Carolina estava inserida, bem como alguns dos sentimentos presentes em suas narrativas.

Figura 1 - Nuvem de palavras da Obra “O Quarto de Despejo”.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Mediante uma breve análise, na figura 1, observa-se que as palavras mais frequentes nos textos, ou seja, aquelas que aparecem em maior tamanho, estão relacionadas: à habitação, o que se pode inferir condições de moradia precárias; aos meios que Carolina utilizava para o seu sustento; às pessoas que integravam aquele contexto, sendo expressiva a presença de

mulheres, negros e crianças (apresentadas como filhos); aos itens básicos para a subsistência, como roupas, sapatos, luz e comida; além dos episódios de violência, xingamentos, insultos, brigas e ocorrência de mortes. Embora os sentimentos de tristeza e medo rondassem aquelas pessoas, a alegria também se fazia presente, mesmo com todos os relatos de sofrimento.

Em sua obra, Carolina queixava-se constantemente de nervoso, mal-estar, indisposição e dores pelo corpo, porém sua atual conjuntura não lhe permitia repouso e autocuidado. A autora conta que pensou em se suicidar devido à falta de recursos para o tratamento de uma doença não mencionada (JESUS, 2014b).

Conforme relata Farias (2018, p.81), existia um quadro agravado de feridas nas pernas de Carolina, que ela trazia consigo desde jovem. Para minimizar as feridas, ela usava um remédio “tão fedido” que faziam com que todos mantivessem distância dela.

Ao chegar em outra cidade, em busca da cura, ela conseguiu uma consulta na Santa Casa de Misericórdia, que resultou em um simples curativo, com indicação de retorno após 3 dias.

Além de todos os obstáculos enfrentados por Carolina até chegar ao serviço médico, ainda teve que permanecer em um lugar desconhecido, sem apoio e, também, sem dinheiro para suas necessidades básicas. O autor conta que, por essa situação, Carolina teve que pedir esmolas, recebendo diversos xingamentos, grosserias e preconceitos. Isso teve como principal motivo o fato dela ser mulher, pobre, negra e indefesa.

Ela só conseguiu ser operada em sua fase adulta, após uma longa jornada por várias cidades, a pé, em busca da cura. As pernas melhoraram, porém, as feridas deixaram fortes cicatrizes em suas pernas, causando-lhes constrangimento e vergonha.

Carolina relata que, em 1957, sentiu dores nos rins, atribuiu as dores ao fato de ter carregado muito peso. Procurou o serviço social para conseguir algum auxílio, já que estava impossibilitada de trabalhar, porém, a resposta que obteve foi o descaso e um truculento atendimento, além de várias barreiras de acesso:

Fui no Palacio [*sic passim*], o Palacio mandou-me para a sede na Av. Brigadeiro Luís Antonio [*sic passim*]. Avenida Brigadeiro me enviou para o Serviço Social da Santa Casa. Falei com a Dona Maria Aparecida que ouviu-me e respondeu-me tantas coisas e não disse nada. Resolvi ir no Palacio e entrei na fila. Falei com o senhor Alcides. [...]

– Eu vim aqui pedir um auxílio porque estou doente. O senhor mandou-me ir na Avenida Brigadeiro Luís Antonio, eu fui. Avenida Brigadeiro mandou-me ir na Santa Casa. E eu gastei o único [*sic*] dinheiro que eu tinha com as conduções.

– Prende ela! (JESUS, 2014b, p.42).

Há de se mencionar que, na época de Carolina, não existia uma política pública de saúde universal, como ocorre atualmente com o SUS, o que aumentou, exponencialmente, a dificuldade em achar o tratamento adequado para sua doença. A partir daí, reafirma-se a importância da manutenção e do fortalecimento das políticas públicas de equidade em saúde.

Lima (2018) traz uma reflexão à luz da trajetória de saúde e socioeconômica de Carolina. Para a autora, as relações raciais, no Brasil, são permeadas por injustiças e iniquidades, que resultam na prolongação das doenças e determinam o modo de se alimentar.

A fome era um aspecto marcante, não só na vida de Carolina, mas, também, nas demais vidas que dividiam o mesmo cenário com ela, conforme demonstrado nos relatos abaixo:

Eu ontem **comi aquele macarrão do lixo com receio de morrer**, porque em 1953 eu vendia ferro lá no Zinho. Havia um **pretinho** bonitinho. Ele ia vender ferro lá no Zinho. Ele era jovem e dizia que quem deve catar papel são os velhos. Um dia eu ia vender ferro quando parei na Avenida Bom Jardim. No Lixão, como é denominado o local. Os lixeiros haviam jogado **carne no lixo**. E ele escolhia uns pedaços: Disse-me: – Leva, Carolina. Dá para comer.

Deu-me uns pedaços. Para não maguá-lo [*sic*] aceitei. Procurei convencê-lo a não comer aquela carne. Para **comer os pães duros ruidos [*sic*] pelos ratos**. Ele disse-me que não. Que há dois dias não comia. Acendeu o fogo e assou a carne. **A fome era tanta** que ele não pode [*sic*] deixar assar a carne. Esquentou-a e comeu. Para não presenciar aquele quadro, saí pensando: faz de conta que eu não presenciei esta cena. Isto não pode ser real num paiz [*sic*] fértil [*sic*] igual ao meu. Revoltei contra o tal Serviço Social que diz ter sido criado para reajustar os desajustados, mas não toma conhecimento da existência [*sic*] infausta dos marginais. [...]

No outro dia **encontraram o pretinho morto**. Os dedos do seu pé abriram. O espaço era de vinte centímetros [*sic*]. Ele aumentou-se como se fosse de borracha. Os dedos do pé parecia [*sic*] leque. Não trazia documentos. Foi sepultado como um Zé qualquer. Ninguém [*sic*] procurou saber seu nome. Marginal não tem nome.

... De quatro em quatro anos muda-se os políticos [*sic*] e não soluciona a fome, que tem a sua matriz nas favelas e as sucursais nos lares dos operários [*sic*].

... Quando eu fui buscar água [*sic passim*] **vi uma infeliz caída [*sic*] perto da torneira porque ontem dormiu sem jantar. É que ela está desnutrida.** [...]

... Achei um cará no **lixo**, uma batata doce e uma batata solsa [*sic*]. Cheguei na favela os meus meninos estavam roendo *um* pedaço de pão duro. Pensei: para comer estes pães era preciso que eles tivessem dentes eletrônicos [*sic*].

Não tinha gordura. Puis a carne no fogo com uns tomates que eu catei lá na Fabrica Peixe. Puis o cará e a batata. E água. Assim que ferveu eu puis **o macarrão que os meninos cataram no lixo**. Os favelados aos poucos estão convencendo-se que para viver precisam imitar os corvos. Eu não vejo eficiência [*sic*] no Serviço Social em relação ao favelado. Amanhã não vou ter pão. Vou cozinhar a batata doce.

[...] (JESUS, 2014b, p. 39-40, grifo nosso).

Eu hoje **estou triste. Estou nervosa**. Não sei se choro ou saio correndo sem parar até cair inconsciente [*sic*]. É que hoje amanheceu chovendo. E eu não saí para arranjar dinheiro. [...] (Ibid, p. 41, grifo nosso).

Nós somos pobres, viemos para as margens do rio. As margens do rio são os lugares do lixo e dos marginais. Gente da favela é considerado marginais. Não mais se vê os corvos voando as margens do rio, perto dos lixos. Os homens desempregados substituíram os corvos.

Quando eu fui catar papel encontrei um **preto**. Estava rasgado e sujo que dava pena. Nos seus trajes rotos ele podia representar-se como diretor do sindicato dos miseráveis [*sic*]. O seu olhar era um olhar angustiado como se olhasse o mundo com desprezo [*sic*]. Indigno para um ser humano. **Estava comendo uns doces que a fábrica [*sic*] havia jogado na lama**. Ele limpava o barro e comia os doces. Não estava embriagado, mas vacilava no andar. Cambaleava. **Estava tonto de fome!**

... encontrei ele outra vez, perto do depósito e disse-lhe:

- O senhor espera que eu vou vender este papel e dou-te cinco cruzeiros para o senhor tomar uma media [*sic*]. É bom beber um cafezinho de manhã.

- Eu não quero. A senhora cata estes papeis com tantas dificuldades para manter os teus filhos e deve receber uma migalha e ainda quer dividir comigo. Este serviço que a senhora faz é serviço de cavalo. Eu já sei o que ou fazer da minha vida. Daqui uns dias eu não vou precisar de mais nada deste mundo. Eu não pude viver nas fazendas. Os fazendeiros me explorava [*sic*] muito. Eu não posso trabalhar na cidade porque aqui tudo é a dinheiro e eu não encontro emprego [*sic*] porque já sou idoso. Eu sei que eu vou morrer porque a **fome é a pior das enfermidades** (Ibid, p. 54, grifo nosso).

Muitos dos relatos de Carolina expressaram que aquele grupo populacional, constantemente, era exposto à insegurança alimentar. Essa exposição ocasionava vários problemas de saúde, até mesmo, relatos de morte. É interessante mencionar que a palavra “fome” aparece 70 vezes na mencionada obra de Carolina.

A insegurança alimentar é entendida como a ausência de alimentação regular, e a falta de acesso aos alimentos saudáveis, condicionada, predominantemente, às questões de renda (BEZERRA *et.al*, 2020). Segundo Kepple e Corrêa (2011), essas ocorrências afetam a saúde e o bem-estar, ocasionando o baixo peso e as carências nutricionais. As autoras mencionaram, em seu artigo, um estudo que foi desenvolvido em Nova York, dedicado a investigar a fome, a partir de experiências de pessoas que a tinham vivenciado. As perguntas foram realizadas no intuito de identificar os hábitos alimentares, as sensações físicas e emocionais geradas pela fome, dentre outras.

Com base nos relatos dos entrevistados, o estudo identificou que a fome traz aspectos físicos, psicológicos e sociais. As pessoas que se encontram nessa situação estão, constantemente, preocupadas com qual e quando será sua próxima refeição, se a quantidade

de alimentos disponíveis será suficiente para o consumo, se a forma que os alimentos serão obtidos é socialmente aceitável ou não, além do presente sentimento de privação.

Damasceno e Zanella (2018) afirmam que grande parte da população negra sofre de tensão emocional, angústia e ansiedade, devido ao racismo, que impõe, a essa população, condições de vida precárias, além de desesperança de um futuro diferente. Sentimentos como esses estão tão presentes nas falas de Carolina, que é impossível ler seus relatos sem sentir um *mix* de emoções, como tristeza, revolta, impotência e até indagações sobre o que fazer, no nível individual, para a mudança de situações como as narrativas apresentadas abaixo:

Como é horrível [*sic*] levantar de manhã e não ter nada para comer. Pensei até em suicidar. Eu suicidando-me [*sic*] é por deficiência de alimentação no estomago. E por infelicidade eu amanheci com fome (JESUS, 2014b, p. 99).

Os meninos ganharam uns pães duro, mas estava recheiado [*sic*] com pernas de barata (Ibid).

Hoje não temos nada para comer. Queria convidar os filhos para suicidar-nos. Desisti! Olhei meus filhos e fiquei com dó. Eles estão cheios de vida. Quem vive, precisa comer. [...] (Ibid, p. 174).

Eu estava tonta de fome devido ter levantado muito cedo. Fiz mais café. Depois fui lavar as roupas na lagoa, pensando no Departamento Estadual de Saúde que publicou no jornal que aqui na favela do Canindé há 160 casos positivos de doença caramujo. Mas não deu remédio para os favelados. A mulher que passou o filme com as demonstrações da doença caramujo nos disse que a doença é muito difícil de curar-se. Eu não fiz o exame porque eu não posso comprar os remédios (Ibid, p. 100).

Encontrei com a dona Nenê, a diretora da Escola Municipal, professora do meu filho João José. Disse-lhe que ando muito nervosa e que tem hora que eu penso em suicidar [*sic*]. Ela disse-me para eu acalmar. Eu disse-lhe que tem dia que eu não tenho nada para os meus filhos comer (Ibid, p. 102).

Todos os relatos e argumentos apresentados corroboram a concepção de que os determinantes sociais da saúde, entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam diretamente nos problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A saúde não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade, mas é entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1946/2000). Yoshino (2018, p.17) complementa dizendo que elementos como “saneamento, moradia, segurança alimentar, informação e educação” são fatores determinantes da saúde e, ainda, afirma que os reflexos das desigualdades sociais configuram as desigualdades em saúde.

A respeito da temática, Barata (2009, p.68) discorre que diversos fatores decorrentes do racismo e da discriminação incidem negativamente sobre a saúde da população. Alguns exemplos são a segregação residencial e ocupacional, maior probabilidade de viver em áreas sem acesso a condições mínimas de saneamento; risco de exposições a contaminantes ambientais; sensações de medo e raiva; comportamentos insalubres, como o consumo de álcool, drogas e tabaco; exposição às violências; diagnósticos e tratamentos tardios ocasionados devido às barreiras de acesso aos serviços de saúde; e inclusive a discriminação e o racismo institucional sofridos nos serviços de saúde.

Muito embora os relatos de Carolina tenham sido vivenciados na década de 50, muitos brasileiros ainda passam por situações relacionadas à fome. A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE, 2020a) mostrou que, em 34% dos domicílios brasileiros, há a existência de algum nível de insegurança alimentar, as regiões norte, nordeste e centro-oeste foram as que apresentaram os maiores percentuais. Os níveis de insegurança alimentar foram categorizados da seguinte forma: leve, moderado e grave.

O nível de insegurança alimentar leve é definido quando existe a preocupação com acesso aos alimentos no futuro e nota-se um comprometimento no acesso a alimentos de qualidade, havendo estratégias para se manter uma quantidade mínima de alimentos para todos os integrantes do domicílio. O nível moderado é caracterizado quando, principalmente, os adultos da família passam a ter acesso a quantidades restritas de alimentos. Já o nível grave significa que todos os residentes do domicílio, inclusive as crianças, passaram por privação severa no consumo de alimentos, podendo chegar à sua expressão mais aguda, a fome (IBGE, 2020a).

Quando os dados são desagregados por raça/cor, nitidamente, percebe-se que as desigualdades são fortemente marcadas no campo racial, já que, dos domicílios que apresentaram algum nível de insegurança alimentar, 67,6% eram representados por pessoas negras, 31,3% por pessoas brancas e 1,1% por pessoas amarelas e indígenas. A pesquisa também apontou que 49,7% dos domicílios com insegurança alimentar grave avaliaram os fatores relativos à saúde como ruim (IBGE, 2020a).

Em um estudo realizado por Santos *et.al* (2021) mostrou que no ano de 2020, dos 1550 domicílios entrevistados, 29,4% apresentou algum nível de insegurança alimentar. O percentual foi maior entre os entrevistados negros, os de menor escolaridade, os que residiam em domicílios com maior número de moradores e em domicílios com moradores menores de 18 anos.

Ainda sobre os modos de alimentação, segundo recomendações da OMS, o consumo ideal de frutas e hortaliças é de 5 ou mais dias da semana, em 2018, somente 20,1% de adultos negros fizeram o consumo adequado (BRASIL, 2018b).

3.3 Interseccionalidade de raça, gênero e classe na saúde

No Brasil, os modos de viver, adoecer e morrer da população negra ainda carregam fortes aspectos históricos advindos do sistema escravagista. A sua condição de saúde está diretamente ligada ao seu injusto modo de vida imposto pela estrutura social. O racismo institucional reforça ainda mais a violação dos direitos e mantém as iniquidades e injustiças, principalmente, em relação às mulheres negras, que sofrem com múltiplas discriminações (PACHECO *et al.*, 2018).

Em consonância, Carneiro (2011) expõe que, em decorrência do racismo e do sexismo, as mulheres negras colhem perversos resultados em todos os aspectos da vida, como, por exemplo, sentimentos de solidão, rebaixamento da autoestima e outros danos emocionais, que podem desencadear problemas de saúde e menor expectativa de vida. Ainda, demarcam, para essas mulheres, posições de menores remunerações e prestígio. Do mesmo modo, Lima (2018) afirma que, no Brasil, as mulheres negras vivem em contínua subalternidade.

Se a luta das mulheres brancas por igualdade contra as estruturas impostas pelo patriarcado em todos os campos é árdua, para as mulheres negras, essa luta se intensifica, já que estas estão expostas à tríade da discriminação: raça, gênero e classe (RIOS; SILVA, 2015).

Essas três categorias se manifestam de forma relevante na educação e na divisão social do trabalho, haja vista que o Brasil carrega um histórico de desigualdade salarial e discriminação no trabalho tanto de raça quanto de gênero. Para as mulheres foram reservados, prioritariamente, os trabalhos e demandas domésticas, trabalhos com poucas oportunidades de ascensão na carreira e com baixas remunerações. Quando se trata das mulheres negras, essas são ainda mais afetadas pelas condições de pobreza (ALMEIDA *et al.*, 2020).

No mercado de trabalho, as mulheres negras são as que mais exercem atividades econômicas com os menores rendimentos e ocupam, em grande parte, os postos de trabalhos considerados como os mais vulneráveis no mercado, ou seja, trabalhadoras sem carteira assinada, autônomas e trabalhadoras domésticas. Em 2019, as pessoas brancas ganhavam, em média, 73,4% a mais do que as negras, e os homens ganhavam 29,6% a mais que as

mulheres. Dados como esses são essenciais para fornecer o panorama das desigualdades estruturais que permeiam o Brasil (IBGE, 2020b).

A sociedade racista reservou, como resquícios da escravidão, prioritariamente, para as mulheres negras, os serviços manuais, como trabalho doméstico, serviços de lavadeira, passadeira, cozinheira, serventes e babás. Foi construída a imagem de que essas mulheres são, cuidadoras, doadoras e abnegadas, por natureza. Isso se deu a partir dos cuidados maternais transferidos da mulher branca à mulher escravizada, como os serviços de ama-de-leite, mais tarde, por questões higienistas racistas, como amas-secas ou babás, muitas das vezes, a mulher escravizada era obrigada a abrir mão dos cuidados de seus próprios filhos (CARNEIRO 2011; SEGATO, 2007).

Não é raro nos dias atuais, a presença da continuidade histórica nas relações trabalhistas caracterizada pelo servilismo em troca de baixos salários, ou em alguns casos, de um espaço para habitar e a possibilidade de frequentar a escola. Carneiro (2011) aponta que em muitos lugares, o recrutamento de meninas e jovens é realizado sob encomenda e estas são colocadas em condições consideradas sub-humanas e degradantes.

Condições como essas as quais as mulheres negras são submetidas foram realçadas também por Carneiro (2011), na expressão de “matriarcado da miséria”, para enfatizar como as mulheres negras sofrem com os resultados trazidos da escravidão. Tal termo foi registrado pelo poeta Arnaldo Xavier para retratar as condições de miséria vividas pelas mulheres negras e pelo seu fundamental papel de resistência e liderança em busca da igualdade.

A interseccionalidade de raça, gênero e classe produz modos simultâneos de acentuar as opressões, operando de forma a agravar ainda mais as iniquidades e injustiças presentes na sociedade; Crenshaw (2002) a define como:

[...] uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A autora ainda afirma que as opressões interseccionais, principalmente, as que atravessam a raça, são capazes de motivar os exemplos mais “trágicos” de violências, como as físicas, sexuais e psicológicas.

Santos (2016) expõe que a questão racial, associada às questões de gênero e às desigualdades socioeconômicas, é capaz de gerar efeitos devastadores na saúde das mulheres negras. Segundo a autora, essa combinação, aliada a fatores como a violência sexual e física e a negação do uso da camisinha por parte do parceiro, resulta na alta vulnerabilidade de mulheres negras ao HIV/aids, apresentando o maior risco de adoecimento e morte, quando comparadas às mulheres brancas.

Para ratificar o exposto por Santos (2016), há de se mencionar um estudo realizado em comunidades quilombolas, em Alagoas, sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids, o qual mostrou que um expressivo número de mulheres sofre algum tipo de violência doméstica.

Evidenciou-se que, entre as mulheres, existe um alto grau de vulnerabilidade à infecção por DST/aids. Observou-se, também, que poucas mulheres exigem, de seus parceiros, o uso da camisinha como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada, seja por pouco conhecimento, seja por julgar essa forma de proteção desprazerosa. Contudo, há de se observar que o comportamento da não utilização da camisinha, com a justificativa da não obtenção do prazer, é fruto das relações deixadas na sociedade pelo patriarcado, que confere, ao homem, o poder de negociar o uso da camisinha nas relações sexuais.

Outro achado relevante neste estudo apontou que fatores como a distância entre a moradia ao posto de saúde, a falta de recursos financeiros para custear as passagens, o atendimento desumanizado, o preconceito, dentre outros, impuseram-se, mais uma vez, como obstáculos de acesso aos serviços de saúde enfrentados pela população negra.

Algumas mulheres afirmaram nunca terem realizado exame ginecológico, outras tinham realizado o exame apenas uma vez, seja por sentirem vergonha ou por dificuldade ao acesso. Semelhantemente, ocorreu em relação ao exame de mamografia, em que muitas mulheres desconheciam sua importância e, até mesmo, sobre sua existência. As mulheres que já tinham procurado esse exame relataram as dificuldades enfrentadas para sua realização, como tempo de espera, deslocamento de uma cidade para outra, aparelhos quebrados e falta de profissionais (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

De forma similar, em um estudo realizado em comunidades quilombolas na Bahia, verificou-se que mais de 55% da população avaliou os serviços de saúde como regular ou ruim. As principais razões para tal avaliação foi: deslocamentos, tempo de espera, falta de

realização de exames, falta de medicamentos e, em geral, a não resolubilidade dos serviços (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Para uma análise sobre o acesso a serviços preventivos de saúde do câncer de mama e do colo uterino, por mulheres negras e brancas, Goes e Nascimento (2013) construiu um indicador de acesso, tendo como base o número de exames realizados e o tipo de financiamento utilizado, SUS ou Plano de Saúde. Os indicadores receberam as seguintes classificações: bom, quando houve a realização todos os exames preventivos (clínico das mamas, mamografia e colo de útero); regular, quando foram realizados dois dos três exames preventivos; e ruim, quando ocorreu a realização de somente um dos três exames ou a não realização de qualquer dos três exames.

Os dados encontrados apontaram, mais uma vez, para as desigualdades raciais em saúde, em que 15,4% de mulheres brancas tiveram acesso aos serviços de saúde considerado como bom, enquanto somente 7,9% de mulheres negras o tiveram; 11,8% de mulheres brancas e 13,6% de negras tiveram acesso classificado como regular e 72,8% brancas e 78,6% negras tiveram acesso considerado como ruim.

Em outra pesquisa realizada na comunidade quilombola Kalunga, localizada na região Centro-Oeste, Estado de Goiás, concluiu-se que, embora a assistência à saúde seja realizada pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), há precariedade nos serviços prestados, número reduzido de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Outra questão que se constitui como um grave problema de saúde pública é a mortalidade materna, pode-se traduzi-la como uma penosa e severa violação dos direitos reprodutivos das mulheres, uma vez que a maioria das mortes é evitável. As mortes maternas refletem as iniquidades existentes no Brasil, uma vez que as mulheres pobres, de baixa escolaridade e negras são as mais atingidas (FREITAS-JÚNIOR, 2020).

No Brasil, foram registradas 38.919 mortes maternas no período de 1996 a 2018. As mortes por complicações obstétricas diretas durante gravidez, parto ou puerpério, isto é, mortes obstétricas em razão de intervenções, omissões ou tratamentos incorretos, chegaram a aproximadamente a 67%. Já os óbitos por causas indiretas, ou seja, aqueles relacionados às doenças pré-existentes, ou doenças que se desenvolveram durante o período, resultaram em 29%⁴.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. n° 20. Vol. 51, maio, 2020.

Em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram em negras, esse dado alarmante ratifica o exposto por Freitas-Júnior (2020), no que concerne às iniquidades e evidencia a mortalidade materna como um grave problema de saúde pública, tornando-o, portanto, prioritário para agenda de saúde ⁵.

Nesse sentido, Marinho e Paes (2010) apontam que as mulheres negras são as mais vitimadas de mortes por causas obstétricas diretas. Os autores lançam a hipótese de que as causas das mortes podem estar associadas à predisposição biológica das mulheres negras para doenças como a hipertensão/pré-eclâmpsia, às barreiras de acesso aos serviços de saúde, ao atendimento recebido nos serviços de saúde e à falta de profissionais capacitados para a atenção aos riscos de saúde específicos aos quais as mulheres negras estão sujeitas.

Em relação ao tratamento recebido nos serviços de saúde, Diniz *et.al* (2015) apontam que as mulheres mais vulneráveis, como pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal, sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento, são as que recebem tratamentos rudes, humilhantes, desumanizados e estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. As autoras, ainda, afirmam que esse tipo de tratamento oferecido está incorporado e naturalizado na prática profissional.

Aprofundando essa afirmação, Colomby, Salvagni e Cheron (2020) trazem que atos como os apontados, que se caracterizam como violência obstétrica, perpassam a interseccionalidade de raça, gênero e classe. Ainda, estão relacionados às questões estruturais e institucionais, uma vez que essas práticas são recorrentes e passam por um processo de naturalização, permeando tanto as relações sociais quanto o modo de organização das instituições de saúde e de atuação dos profissionais de saúde.

Os autores trazem um importante ponto de reflexão acerca da violência verbal obstétrica, que não é entendida como violência muitas vezes, pelo fato de ter sido naturalizada tanto nas falas dos profissionais de saúde quanto nas expressões utilizadas pela população brasileira, como, por exemplo: “na hora de fazer, não gritou, não é?”. Essa fala não é rara de ser ouvida no momento em que a mulher manifesta sua dor por meio de gritos, choros e gemidos. Há de se ressaltar que todo tipo de agressão, inclusive a verbal, pode causar dano físico, emocional e mental nas vítimas.

Nesse sentido, Diniz *et.al* (2015, p.4) apontam que a cultura de negligência nos serviços de saúde em atender mulheres que expressam suas dores ou que pedem ajuda insistentemente, por serem vistas como “descompensadas ou malcomportadas”, a violência

⁵ *Ibid.*

verbal, além de outras formas de violências praticadas, pode implicar na morbimortalidade materna. No caso das mulheres negras, além de estarem sujeitas a todas essas violências, soma-se a crença de que o corpo negro é mais resistente e, por isso, capaz de suportar mais dor (COLOMBY; SALVAGNI; CHERON, 2020).

Diversas investigações como as de Leal *et.al* (2005; 2017) retratam práticas inadequadas, para não dizer perversas, empregadas contra mulheres no estágio de gestação e parto, que revelam que as mulheres negras recebem menor aplicação de analgesia pelo mito da mulher negra ser mais resistente à dor. Constatou-se, também, que essas mulheres fizeram menos consultas e exames de pré-natal, receberam menos orientações, maiores peregrinações para parir e foram as que mais tiveram o direito violado sobre a permanência de acompanhante durante o parto.

Em face a mais um retrato das desigualdades raciais e das vulnerabilidades que as mulheres estão expostas no Brasil, Santos *et.al* (2020) mostraram que a mortalidade materna em mulheres negras, em razão da COVID-19, foi quase duas vezes maior do que a observada para as mulheres brancas. Embora fatores como idade e morbidade fossem semelhantes entre as mulheres negra e brancas, as negras foram as que apresentaram os piores quadros de saúde ao serem hospitalizadas, com maior prevalência de dispneia e queda dos níveis de saturação de oxigênio mais acentuada.

A respeito do assunto, Colomby, Salvagni e Cheron (2020) associam o fato de mulheres negras serem as maiores vítimas da mortalidade maternal em razão da COVID-19, por estas estarem mais expostas à contaminação ao vírus devido às condições socioeconômicas que impõem, a essas mulheres, a continuidade de suas rotinas laborais sem acesso aos devidos cuidados.

Outro problema de saúde pública é a sífilis na mulher, que tem forte impacto na saúde reprodutiva e infantil, podendo trazer complicações na gravidez e no parto, ocasionando, até mesmo, a morte fetal e agravos à saúde da criança. Mais uma vez, ao longo do tempo, as mulheres negras gestantes têm sido as mais afetadas por esse problema, conforme mostra a tabela 1, apresentada na próxima página.

Tabela 1 - Casos de gestantes com sífilis segundo raça/cor, por ano de diagnóstico, de 2008 a 2019.

Ano	Raça/cor										Total N
	Branca		Negra		Amarela		Indígena		Ignorado/ branco		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2008	2.170	29,7	4.146	56,7	58	0,8	166	2,3	768	10,5	7.308
2009	2.497	29,8	4.872	58,9	98	1,2	174	2,1	735	8,8	8.376
2010	2.962	29,4	5.922	58,9	67	0,7	149	1,5	959	9,5	10.059
2011	3.923	28,5	8.144	59,3	108	0,8	149	1,1	1.424	10,4	13.748
2012	4.766	29,0	9.731	59,2	135	0,8	133	0,8	1.668	10,2	16.433
2013	6.248	29,9	12.196	58,3	186	0,9	130	0,6	2.152	10,3	20.912
2014	8.005	30,1	15.803	59,3	203	0,8	152	0,6	2.457	9,2	26.620
2015	10.117	30,9	19.285	58,8	262	0,8	226	0,7	2.884	8,8	32.774
2016	11.799	30,8	22.816	59,6	323	0,8	227	0,6	3.103	8,1	38.268
2017	15.285	30,7	30.503	61,3	459	0,9	266	0,5	3.283	6,6	49.796
2018	17.893	28,6	39.423	63,0	604	1,0	330	0,5	4.349	6,9	62.599
2019	7.376	28,6	16.323	63,3	255	1,0	147	0,6	1.693	6,6	25.794
Total	93.041	29,7	189.164	60,5	2.758	0,9	2.249	0,8	25.475	8,1	312.687

Fonte: Ministério da Saúde - Boletim Epidemiológico, N.º Especial, out. 2019.

No período de 2008 a 2019, foram notificados 312.687 casos de sífilis em gestantes, dos quais 60,5% eram em mulheres negras, 29,7% eram em brancas, 0,9% amarelas, 0,8 em indígenas e 8,1% de informações ignoradas ou em branco.

Observou-se que, de 2008 a 2019, houve um aumento de 6,6% nos casos de sífilis em mulheres gestantes negras, quanto às mulheres brancas, houve redução dos casos, passando de 29,7% para 28,6%. Considerando as mulheres amarelas e indígenas separadamente, o percentual não ultrapassou 2,3%. Em relação ao campo raça/cor, houve melhora no preenchimento, cuja proporção de ignorados/em branco passou de 10,5% para 6,6%.

Outro problema grave de saúde pública é a violência que assola as mulheres, principalmente, as de raça/cor negra. Segundo o IPEA (2020), em 2018, 4.519 mulheres foram vítimas de assassinato no Brasil, isso significa que, a cada duas horas, uma foi assassinada. Entre 2008 a 2018, houve uma redução de 11,7% na taxa de homicídios de mulheres não negras, porém quando o dado é desagregado por raça/cor, essa redução não se estende às mulheres negras, pelo contrário, a taxa aumentou em 12,4%.

Não se pode deixar de mencionar, que grande parte das violências praticadas contra mulher ocorre dentro de seu lar, local que deveria ser considerado seguro. Quando a violência contra a mulher não é letal, esta pode deixar marcas irreparáveis tanto físicas quanto

emocionais. Marcondes *et.al* (2013) afirmam que existe uma enorme dificuldade da mulher admitir a violência sofrida a si própria, essa dificuldade aumenta ao expor a situação de violência para outros. A autora, ainda, afirma que, no caso das mulheres negras, a situação se intensifica, tendo em vista as inúmeras violências às quais estão expostas, seja por questões motivadas pelo sexismo, pelo racismo ou, também, pela dupla carga discriminatória.

Carneiro (2003) expõe que, além das violências, doméstica, física, psicológica, sexual às quais todas as mulheres estão expostas, existe uma violência muito específica que atinge as mulheres negras.

[É a violência que] constrange o direito à imagem ou a uma representação positiva, limita as possibilidades de encontro no mercado afetivo, inibe ou compromete o pleno exercício da sexualidade pelo peso dos estigmas seculares, cerceia o acesso ao trabalho, arrefece as aspirações e rebaixa a autoestima (CARNEIRO, 2003, p. 122).

Bandeira e Almeida (2008) trazem uma importante discussão sobre os desafios das políticas públicas e ações em saúde, voltadas para as mulheres vítimas de violência. Para as autoras, é necessária a adoção de um conjunto de estratégias para garantir que o direito à saúde integral das mulheres não seja violado, como, por exemplo, ações de desenvolvimento específicas que sensibilize e aprimore as práticas dos profissionais de saúde para o cuidado integral da saúde da mulher; atendimento humanizado; identificação das diferentes necessidades e demandas de saúde, considerando o gênero, raça e faixas etárias; atendimento igualitário, sem distinção de gênero, raça, condição socioeconômica; atendimento humanizado e igualitário para os casos recorrentes; formulação de estratégias de promoção de igualdade de gênero na saúde, considerando a posição histórica de subordinação da mulher, dentre outras.

Embora todo o contexto já exposto evidencie que as mulheres negras são postas em condições de subalternidade, em que direitos e oportunidades lhes são embaixados, ou negados, essas mulheres não devem ser reconhecidas apenas pelo sofrimento que carregam, gerado por um histórico de exclusão e de opressão, essas mulheres simbolizam resistência, luta e força. Esses adjetivos não devem ser lidos e interpretados como elementos plausíveis para justificar a manutenção de injustiças, violências, vulnerabilidades e desigualdades que assolam essas mulheres, mas devem ser vistos como o poder de vozes uníssonas reivindicando por direitos cerceados.

Faz-se relevante mencionar que as mulheres negras foram as protagonistas de importantes conquistas, principalmente no campo da saúde pública. Uma dessas conquistas

foi a importante contribuição nas discussões da proposição de um Programa Nacional de Anemia Falciforme, assim como a participação na reivindicação de uma política pública de saúde.

Apesar dos avanços, ainda se está distante da redução dos números díspares entre mulheres negras e brancas, em todos os campos sociais. Dessa forma, faz-se mais que urgente o enfrentamento de problemas interligados causadores e intensificadores das desigualdades raciais em saúde. Sobre essa questão, Carneiro faz a seguinte reflexão:

[...] um Brasil para todos que aspira a profundas transformações estruturais tem de romper, em seu planejamento estratégico, com eufemismos ou silêncios que historicamente vêm mascarando as desigualdades raciais e conseqüentemente postergando o seu enfrentamento. A absoluta maioria dos excluídos tem cor e sexo, e a política social tem de expressar essas dimensões (CARNEIRO, 2011, p.161).

Desse modo, não se vislumbra outro meio a não ser pelo comprometimento do Estado em gerir efetivas políticas públicas como instrumento transformador de todas as formas de desigualdades existentes.

3.4 Constatações das iniquidades em saúde

Com intuito de ratificar as evidências das iniquidades em saúde da população negra, reafirmar a necessidade de consolidação do compromisso da PNSIPN no enfrentamento desse problema e a imprescindibilidade do fortalecimento de mecanismos capazes de monitorar os indicadores de saúde, neste capítulo, buscou-se apresentar a discussão dos dados em saúde, desagregados por raça/cor, como: COVID-19; violências; acidentes de trabalho entre trabalhadores do ramo da agropecuária; transplantes; diabetes mellitus tipo II; hipertensão arterial; anemia falciforme. É importante mencionar que as temáticas escolhidas para a discussão estão na pauta prioritária da PNSIPN, com exceção da COVID-19.

No Brasil, são inúmeras as doenças que mais acometem a população negra, elas são classificadas da seguinte forma:

- a) as geneticamente determinadas: doença falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase;
- b) condições adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis e intensa pressão social: desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose e transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);

c) doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais: hipertensão arterial, diabetes mellitus (tipo II), coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses; e

d) condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (BRASIL, 2017a; OLIVEIRA, 2003).

Considerando a qualificação das informações em saúde, em 2020, foi possível visualizar oportunamente o cenário de emergência mundial de saúde pública trazido pela COVID-19. Ao dispor das informações, alguns países organizaram-se prontamente para a implementação de medidas protetivas e de contenção ao COVID-19, entretanto, as medidas tomadas, considerando as especificidades das populações mais vulneráveis ao contágio pelo coronavírus, foram de forma muito tímida ou até inexistente.

Um estudo realizado por Milam *et.al* (2020) apontou que os afro-americanos representam uma expressiva população atingida pela COVID-19. Em Michigan, os afro-americanos representam 14% da população, destes, mais de 40% foram a óbitos por COVID-19. Em Chicago, a situação é mais alarmante ainda, as mortes de afro-americanos chegaram a 70%, sendo que estes representam apenas 29% da população. Para o autor, esses dados apontam as desigualdades raciais na pandemia e, ainda, pode-se relacionar o percentual de morte às condições de saúde comórbidas, como hipertensão e doenças cardiovasculares, assim como às dificuldades de acesso à saúde por parte dessa população⁶.

No Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico⁷ (BE) da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, 755.165 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados foram registrados entre as semanas 1 a 39, que compreende o período de janeiro a setembro de 2020. Desses casos, 404.782 (53,6%) foram confirmados para COVID – 19. Em relação à raça/cor, os casos confirmados de SRAG por COVID 19 apresentou-se da seguinte forma: negra com 155.550 (38,5), branca com 138.409 (34,2%), amarela com 4.343 (1,1%), indígena com 1.418 (0,3%) e um total de 105.112 (25,9%) foram de campo ignorado/em branco.

No tocante aos óbitos de SRAG, 133.902 foram confirmados para COVID-19. Em relação a raça/cor, 56.590 (42,3%) dos óbitos ocorreu na negra, seguidos da branca com 43.154 (32,2%), amarela com 1.533 (1,1%), indígena com 549 (0,4%) e 12.205 (24%) foram de campo ignorado/em branco. Nota-se que, de acordo com a classificação de incompletude,

⁶ Infere-se que os dados apresentados são do início da pandemia a março de 2020.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. N°. 33, set, 2020.

ambos os casos apresentaram um percentual do campo ignorado/em branco considerado como ruim. As diferenças de dados entre os grupos raciais podem indicar, mais uma vez, as iniquidades sociais que permeiam a população negra.

Uma das medidas de prevenção contra a COVID-19 é o distanciamento social, porém algumas atividades, como serviço doméstico, chão de fábrica, transporte, alimentação, trabalhos informais, dentre outras, não foram totalmente paralisadas durante a pandemia, sendo essas exercidas, majoritariamente, pela população negra. Outra medida de prevenção contra a COVID-19 é a higienização das mãos, para muitas pessoas, existem várias limitações para executar esse simples ato, uma vez que muitas moradias não têm acesso à água e ao saneamento básico (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

De acordo com os dados do IBGE, em 2018, a maior proporção de moradias com condições precárias de saneamento básico é habitada pela população negra. Nesta pesquisa, verificou-se a seguinte situação entre negros e brancos respectivamente: 12,5%, e 6,0% para ausência de coleta de lixo; 17,9% e 11,5% sem abastecimento de água por rede geral e 42,8% e 26,5% sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial. Situações como essas aumentam os riscos de várias doenças, além de impedir a correta adoção de medidas preventivas à COVID-19 (IBGE, 2019).

A população em situação de rua também é outro grupo populacional muito suscetível ao contágio pela COVID-19, devido às condições precárias existentes em seu cotidiano (AGUIAR *et.al*, 2020). Essa população pode ser entendida como um grupo que sofre com ausência de moradia convencional, marcado pela extrema pobreza e que utiliza espaços públicos como residência temporária ou permanente (BRASIL, 2009).

Além do aumento de outros riscos à saúde, o indivíduo em situação de rua apresenta uma predisposição ao adoecimento mental, que pode ser correlacionado à própria condição de estar em situação de rua, ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, à fragilidade de redes de apoio, aos vínculos afetivos rompidos, à insegurança alimentar, assim como às outras questões relativas à saúde (BRASIL, 2019).

A exposição a violências também é um fator marcante na vida das pessoas que estão nessa situação. Segundo dados do Boletim Epidemiológico (BE), de 2015 a 2017, 17.386 casos de violência foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tendo a condição de situação de rua da vítima como principal motivação.

Estar em situação de rua pode aumentar o risco a violências, física, psicológica e moral, e ser negro amplia essa exposição. Conforme dados apresentados na tabela 2, das mais

de 17 mil notificações registradas, 50,8% foram observadas em pessoas do sexo feminino, e 54,8%, entre pessoas negras. Há de se mencionar que as mulheres negras em situação de rua sofrem de forma ampliada, no que diz respeito ao preconceito, estigmas e às múltiplas formas de violência nas quais estão expostas (NUNES; SOUSA, 2020).

Tabela 2 - Número de notificações de violência cujo motivo principal foi “situação de rua”, segundo ano da ocorrência, faixa etária e sexo da vítima, Brasil, 2015 a 2017.

Variáveis	2015		2016		2017		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	3.512	58,6	2.355	44,9	2.687	43,6	8.544	49,2
Feminino	2.465	41,2	2.895	55,2	3.467	56,3	8.827	50,8
Raça/cor								
Branca	2.177	36,1	1.876	35,7	2.093	34,0	6.146	35,4
Negra	3.208	53,7	2.881	54,9	3.433	55,8	9.522	54,8
Amarela	48	0,8	32	0,6	47	0,8	127	0,7
Indígena	68	1,1	119	2,3	96	1,6	283	1,6
Ignorado/em branco	477	7,9	342	6,5	489	7,9	1.308	7,5
Total	5.978	100	5.250	100	6.158	100	17.306	100

Fonte: Adaptado de Boletim Epidemiológico, v. 50, nº 14, jun. 2019. (BRASIL, 2019b).

Embora o número de notificações seja expressivo, há de se mencionar a existência de casos não notificados. De acordo com o BE, esses casos podem ser motivados pela não procura dos serviços de saúde, seja por dificuldades financeiras ou por julgar desnecessária. Fatores como mau atendimento recebido, tratamento diferenciado devido ao estigma e exigência indevida de documentação também podem constituir-se como entraves ao acesso (PAIVA *et.al*, 2016). Outro fator para a subnotificação é devido ao não registro desses casos por parte do profissional de saúde e o não preenchimento do campo “motivação da violência” (BRASIL, 2019b).

As violências são constituídas na esfera social, porém guardam estreita relação no campo da saúde, já que são os profissionais dessa área que atuam no atendimento às vítimas das violências e, ainda, têm a função de elaborar estratégias de prevenção e promoção à saúde (MINAYO; SOUZA, 1998). Dessa forma, as violências fazem parte de um grande problema de saúde pública no Brasil. Para se ter uma dimensão de seus impactos na saúde, a autora aponta suas principais consequências:

I) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; II) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; III) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; IV) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e V) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006, p.45).

As violências acarretam custos, às vezes, incalculáveis, como danos emocionais e mentais, podendo estender-se ainda às famílias das vítimas. A violência letal pode deixar marcas devastadoras no círculo social da vítima e, principalmente, em suas famílias (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, a população negra, mais uma vez, apresenta alta nos índices de violência letal. Em 2018, os homens negros representaram 75,7% das vítimas de homicídios, com uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 37,8. Do mesmo modo, as mulheres negras representaram 68% do total das mulheres assassinadas no Brasil, com uma taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de 5,2, quase o dobro quando comparada à das mulheres não negras - soma de brancas, amarelas e indígenas (IPEA, 2020).

A boa notícia é que, entre 2008 e 2018, houve uma redução de 12,9% da taxa de homicídio para os não negros, porém a notícia não se estende para os negros, já que as taxas de homicídio apresentaram um aumento de 11,5% (IPEA, 2020).

Ainda sobre as violências, no período de 2015 a 2017, foram registradas, no SINAN, 24.564 notificações de violências contra LGBT, com o predomínio da raça/cor negra em todas as faixas etárias, chegando a 57% entre adolescentes de 10 a 14 anos (PINTO, *et.al*, 2020).

O suicídio é outra letalidade a qual os jovens negros estão mais vulneráveis, segundo dados do MS (BRASIL, 2018b), no período de 2012 a 2016, foram registradas 15.213 mortes por suicídio entre adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (20 a 29 anos). Nesse período, entre adolescentes e jovens negros, houve um aumento na proporção de suicídios de 53,3%, em 2012, para 55,4%, em 2016; em brancos, de 39%, em 2012, para 40,2%, em 2016; em indígenas, de 2,1%, em 2012, para 2,9%, em 2016; em amarelos, não houve diferença entre os períodos (0,3%). Houve melhoria da qualidade da informação, no campo raça/cor, pela redução do percentual de incompletude de ignorados/em branco, que passou de 4%, em 2012, para 2,4%, em 2016.

Em 2016, no grupo etário entre 10 e 19 anos, observou-se que adolescentes negros são as principais vítimas, apresentando um risco 67% maior de suicídio do que os brancos. Já em jovens negros na faixa etária de 20 a 29, o risco foi de 34% maior do que os brancos (BRASIL, 2018b).

Esses números podem estar ligados ao sofrimento psíquico, físico e social no qual a população negra é submetida devido ao racismo e à discriminação racial (TAVARES, 2017). Os determinantes sociais também podem causar efeitos negativos na vida de jovens negros, principalmente, os relacionados ao acesso e à permanência a educação, assim como às privações. O vínculo familiar fragilizado, o sentimento de não pertencimento a um grupo, os abusos e os maus tratos também são fatores de risco ao suicídio (BRASIL, 2018b).

A respeito de todas as formas letais as quais, majoritariamente, a população negra está mais exposta, convém destacar a análise de biopoder, a partir da ótica de Foucault (1999), o qual atribuiu que o racismo legitimado pelo Estado tem o poder de determinar quem deve viver e quem deve morrer.

O autor menciona que o racismo opera com mecanismos fragmentadores e, ainda, é justificado na ideia de relação positiva, em que a morte do subjugado inferior, traduzido como negro, deixará o mundo melhor e mais sadio. Carneiro (2011) complementa dizendo que a política de extermínio vem crescendo no Brasil e é chancelada pela sociedade, na medida em que é uma forma de livrar-se dos seus indesejados e, pelos números, os indesejáveis são os negros.

Desse modo, somente o Estado pode desfazer os mecanismos que perpetuam todos os modos excludentes, tanto vitais como materiais, inerentes à população negra. O Estado não pode compactuar com as bases estruturais de banalização de violência e mortes de indivíduos pertencentes a um grupo racial e, muito menos, ficar inerte a um grave problema social. Lemos *et.al* (2017) afirmam que diante do cenário de violências praticadas contra a população negra é mais que urgente o enfrentamento deste problema.

Em relação aos acidentes de trabalho entre trabalhadores do ramo da agropecuária, de 2010 a 2019, foram registrados mais de 175 mil casos, sendo: 86.968 casos de acidentes de trabalho por animais peçonhentos; 77.219 casos de acidentes de trabalho graves; e 11.031 casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2020a).

Esses tipos de acidentes podem colocar os trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca expostos ao adoecimento e, até mesmo, à morte, em que grande parte é evitável. As consequências dos acidentes podem comprometer não só a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, como, também, a de seus familiares, podem afetar a força de trabalho na agropecuária e na produção de alimentos, resultar em impactos individuais e coletivos e gerar elevados custos sociais e financeiros aos indivíduos e aos sistemas de saúde e previdência.

Os mais afetados pelos acidentes de trabalho por animais peçonhentos foram homens (84,0%), da raça/cor negra (55,6%), seguida da branca (38,6%), da amarela e indígena 2,7% e 3,1% de ignorado/em branco (BRASIL, 2020a).

Observou-se o mesmo perfil epidemiológico para os acidentes de trabalho graves, em que os homens representaram 93,6% das vítimas, sendo 53,5% de raça/cor negra; 38,0% de branca; 1,3% de amarela e indígena; e 7,2% de ignorado/branco (BRASIL, 2020a).

Já nos casos de acidentes por intoxicação exógena, houve mudança em relação à raça/cor: branca (50,2%); negra (41,9%); amarela e indígena 1,1%; e ignorado/branco (6,7%). Em relação ao sexo, os homens representaram 87,1% dos casos⁸. É relevante destacar que, em todos os casos, o percentual de ignorados/cor esteve dentro do parâmetro considerado como excelente ou bom, o que denota uma melhoria nas informações em saúde.

Fatores como a baixa escolaridade, a falta de apoio técnico e orientações de segurança ocupacional, a desigualdade de gênero e o êxodo rural entre os mais jovens constituem-se como desafios tanto para o setor agropecuário quanto para a saúde, no que diz respeito à adoção de práticas preventivas e ao exercício seguro das atividades.

Nesse sentido, é necessária uma ação intersetorial para o cuidado da saúde desses trabalhadores, bem como ações articuladas de áreas-chave do MS, responsáveis por políticas e programas específicos, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCF), a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos e a PNSIPN, uma vez que os dados apontam que os trabalhadores agropecuários de raça/cor negra são as principais vítimas de acidentes de trabalhos.

Outro dado de saúde que merece atenção ao ser analisado considerando os recortes raciais é o de transplantes realizados no Brasil. Embora o Brasil seja referência mundial na área de transplantes, com o maior sistema público de transplantes do mundo, quando desagregados por raça/cor, conforme mostrados nas tabelas 3, 4 e 5, os dados revelam, mais

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. vol. 51, nº. 39, out, 2020a.

uma vez, as iniquidades raciais em saúde e apontam para a necessidade de monitoramento da política pública de saúde já existente à população negra e para a adoção de ações mais efetivas voltadas para resolução desse enraizado problema (BRASIL, 2020; MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2012).

É conveniente mencionar que, de acordo com a Portaria MS n.º 91/2001 (BRASIL, 2001a), o SUS organiza uma fila única de transplantes para cada órgão, priorizando a ordem de chegada, os critérios técnicos de urgência e de compatibilidade e os aspectos geográficos. Entretanto, fatores diversos relacionados às condições de saúde dos pacientes, inclusive o estilo de vida, impactam diretamente no acesso aos transplantes, e nesse quesito, como já mostrado, a população negra apresenta os piores índices de saúde.

Conforme Almeida e Souza (2014), o tempo de espera para a realização dos transplantes pode causar impactos negativos sobre o bem-estar biopsicossocial, nas probabilidades de cura, na natureza e extensão das sequelas nos pacientes, nos familiares envolvidos e na sociedade. Estudos como o de Almeida e Souza (2014) e Almeida Sobrinho, Negrão e Almeida (2011) apontam divergência entre 6 meses a 3 anos de espera para a realização de transplantes. Esse tempo de espera torna-se também um empecilho para o acesso aos transplantes, na medida em que, quanto mais longo o período de espera, mais despesas financeiras o paciente terá.

Outra possível explicação para as desigualdades gira em torno da distribuição de centros de transplantes entre as regiões geográficas do território brasileiro, concentrados no eixo sul-sudeste, agravando ainda mais os problemas relacionados ao acesso, uma vez que os pacientes, provavelmente, terão que se deslocar para serem listados e para a realização de seus tratamentos em outras cidades ou estados.

Para além, existe a exigência de que o paciente transplantado resida próximo ao centro de transplantes ou tenha disponibilidade de transporte rápido, além da fundamental presença de um cuidador. Para o cumprimento dessas especificidades ligadas ao sucesso do transplante, é necessário que o paciente disponha de mínimas condições socioeconômicas e, nesse quesito, a população negra encontra-se em desvantagem (SOARES, *et.al*, 2020).

No período de 2011 a 2019, foram realizados 62.884 transplantes de órgãos, entre coração, fígado, rim, pulmão, pâncreas e rim, pagos pelo SUS, destes, apenas 19.300 foram realizados em pessoas negras. Observa-se que, em todos os anos, a população negra, ao ser comparada à população branca, apresentou menores percentuais no acesso a esses transplantes. Os dados são apresentados na página a seguir na Tabela 3.

Tabela 3 - Transplantes de órgãos: coração, fígado, rim, pulmão, pâncreas e rim, pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.

Ano	Raça/cor										
	Branca		Negra		Amarela		Indígena		Ignorado/ branco		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2011	3.052	50,2	1.581	26,1	63	0,40	0	0,00	1.385	23,3	6.081
2012	2.803	44,0	1.609	25,3	38	0,60	0	0,00	1.923	30,1	6.373
2013	3.155	48,2	1.844	28,1	31	0,47	2	0,03	1.520	23,2	6.552
2014	3.260	47,2	2.117	30,6	44	0,69	1	0,01	1.492	21,5	6.914
2015	3.390	49,3	2.110	30,7	73	1,0	0	0,00	1.305	19,0	6.878
2016	3.466	49,5	2.088	29,8	120	1,71	1	0,01	1.316	18,9	6.991
2017	3.635	48,4	2.510	33,4	84	1,08	2	0,02	1.278	17,1	7.509
2018	3.727	48,8	2.501	32,7	108	1,50	0	0,00	1.295	17,0	7.631
2019	3.651	45,9	2.940	37,0	107	1,35	1	0,15	1.256	15,6	7.955
Total	30.139	47,9	19.300	30,7	668	1,06	7	0,01	12.770	20,3	62.884

Fonte: Ministério da Saúde - TabWin, extração em 08 de outubro de 2020.

Há de se considerar, também, o acentuado percentual do campo ignorado/branco, que, embora tenha apresentado uma queda ao longo dos anos, no geral, os 20,3% demonstram a qualidade dos dados como ruim, o que pode impactar nos resultados.

Segundo Almeida e Souza (2014), o transplante de córnea apresenta o maior índice de sucesso entre os transplantes teciduais em humanos. As doenças que atingem a córnea são as principais causas de cegueira reversível no mundo, sendo muitas dessas doenças de causas evitáveis ou tratáveis, porém, quando se torna grave, o transplante de córnea é indicado para a restauração visual (CRUZ, et.al, 2017).

No período de 2011 a 2019, foram realizados 75.403 transplantes de córneas no Brasil. Observa-se que, neste período, o maior percentual concentra-se no campo de ignorados/brancos (41,4%), o que revela a baixa qualidade de informações no quesito raça/cor mais uma vez. A maioria dos transplantes foi realizada em pessoas negras (28,9%), seguida de brancas 28,5%, demonstrando uma pequena diferença entre as duas raças/cores. Já os amarelos e indígenas somaram 1,22% dos transplantes.

Tabela 4 - Transplantes de córneas pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.

Ano	Raça/cor										
	Branca		Negra		Amarela		Indígena		Ignorado/ branco		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2011	2.030	23,6	1.580	18,3	11	0,17	1	0,03	4.977	57,9	8.599
2012	1.924	22,3	1.508	17,4	20	0,27	1	0,03	5.182	60,0	8.635
2013	1.894	24,5	1.847	23,9	36	0,50	0	0,00	3.956	51,1	7.733
2014	1.900	24,8	2.178	28,5	56	0,80	0	0,00	3.518	45,9	7.652
2015	1.965	25,7	2.263	29,7	82	1,09	1	0,01	3.318	43,5	7.629
2016	2.038	23,9	2.808	33,0	140	1,74	3	0,06	3.517	41,3	8.506
2017	3.257	33,9	3.468	36,0	171	1,79	4	0,11	2.711	28,2	9.611
2018	2.997	34,8	3.117	36,2	215	2,5	4	0,40	2.267	26,1	8.600
2019	3.457	40,9	3.024	35,8	174	2,0	5	0,05	1.778	21,3	8.438
Total	21.462	28,5	21.793	28,9	905	1,2	19	0,02	31.224	41,4	75.403

Fonte: Ministério da Saúde - TabWin, extração em 08 de outubro de 2020.

Com relação aos transplantes de medula óssea, observam-se as desigualdades acentuadas entre pessoas brancas e pretas, no período de 2011 a 2019. A maioria dos transplantes realizados foi em pessoas brancas (56,8%), contra 28,3% em negras, amarelas e indígenas somaram 1,1% e o campo ignorado/branco totalizou 13,8%, o que qualifica o preenchimento desse campo como regular. Em todos os anos, os dados comportaram-se de forma semelhante, o que requer um estudo mais aprofundado para a investigação das causas das diferenças raciais no campo dos transplantes de medula óssea.

Tabela 5 - Transplantes de medula óssea pagos pelo SUS, por raça/cor, no período de 2011 a 2019.

Ano	Raça/cor										
	Branca		Negra		Amarela		Indígena		Ignorado/ branco		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2011	1.000	62,1	357	22,1	8	0,5	0	0,0	244	15,3	1.609
2012	919	55,1	365	21,9	14	0,8	0	0,0	371	22,2	1.669
2013	1.052	60,8	415	23,9	6	0,4	0	0,0	258	14,9	1.731
2014	978	57,2	500	29,2	3	0,2	0	0,0	230	13,4	1.711
2015	1.030	60,3	437	25,5	19	1,1	0	0,0	225	13,1	1.711
2016	1.092	58,7	529	28,4	24	1,3	1	0,1	213	11,5	1.859
2017	1.011	54,6	619	33,4	28	1,5	0	0,0	193	10,4	1.851
2018	1.191	54,9	661	30,4	21	0,9	1	0,1	296	13,8	2.170
2019	1.276	51,4	864	35,1	44	1,8	0	0,0	290	11,7	2.474
Total	9.549	56,8	4.747	28,3	167	1,0	2	0,1	2.320	13,8	16.785

Fonte: Ministério da Saúde - TabWin, extração em 08 de outubro de 2020.

Outro problema importante de saúde pública mais frequente na população negra é a diabetes mellitus tipo II, sendo os homens negros atingidos 9% a mais do que os brancos, e as mulheres negras, 50% a mais do que as brancas. Segundo o MS, o desenvolvimento desse tipo de diabetes é mais frequente na fase adulta e pode causar muitos danos em todo organismo, podendo comprometer a produtividade e a qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2001b; 2017a).

O diabetes mellitus tipo II é um dos principais responsáveis pela doença renal terminal, o que demanda, frequentemente, transplantes de rins, sendo 4 vezes mais frequentes em negros do que em brancos, porém, o que se observa é que a maior parte dos transplantes de rins foi realizada em pessoas brancas. Para além, esse tipo de diabetes é a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Dessa forma, é fundamental que haja a detecção precoce e o tratamento adequado para prevenção de lesão em órgãos-alvo e consequentes complicações (BRASIL, 2001b; 2017a).

É relevante mencionar que o tratamento adequado do diabetes mellitus inclui a modificação do estilo de vida, como a realização de atividades físicas, o acompanhamento nutricional, a mudança dos hábitos alimentares, a suspensão do uso do tabaco e o uso de medicamentos, se necessário, além de acompanhamento médico (BRASIL, 2001b).

Frisa-se que todos esses cuidados demandam, minimamente, condições socioeconômicas e conhecimento sobre os aspectos da doença e do tratamento, o que está intimamente ligado ao nível de escolaridade e, em principal, a eliminação, ou para ser mais plausível, a minimização de barreiras no acesso aos serviços de saúde.

A hipertensão arterial, também mais frequente na população negra, é um importante fator de risco para o surgimento de complicações do diabetes, assim como para outras doenças. A prevalência e a gravidade dessa condição, na população negra, também estão relacionadas aos fatores socioeconômicos.

Lamentavelmente, as ações destinadas ao controle da hipertensão arterial na população negra carecem de capacitação específica dos profissionais, protocolos terapêuticos adequados e da continuidade sistemática da distribuição de medicamentos disponibilizados pelos SUS. Estudos como os de Vargas e Cardoso e outros apontam que as drogas mais prescritas para o controle da hipertensão arterial, como o Captopril e o Maleato de Enalapril, não são eficazes para pessoas negras hipertensas (VARGA; CARDOSO, 2016).

A doença falciforme é outro agravo prevalente na população negra e que merece enfoque especial, uma vez que se trata de uma doença genética e apresenta alta morbidade e

mortalidade precoce. O MS estima que cerca de 50 mil pessoas tenham a anemia falciforme no Brasil (BRASIL, 2017a).

Os indivíduos acometidos pela doença podem apresentar crises de dores musculares, ossos e articulações e, ainda, existe uma acentuada chance de desenvolverem um quadro de depressão e outros transtornos mentais. Fatores como fortes dores, preconceito, baixa autoestima e expectativa de vida reduzida podem estar relacionados ao desenvolvimento desse quadro (ADZIKA *et al.*, 2017). Um importante apontamento feito por Menezes *et al.* (2013) é que não só os indivíduos acometidos pela doença estão suscetíveis ao desenvolvimento de algum quadro depressivo, como, também, os seus cuidadores.

Tendo em vista quão sofrida pode ser a vida dos que carregam a doença falciforme, como parte das estratégias da PNSIPN, visando à melhoria na qualidade de vida dos pacientes falciformes e à possibilidade de cura, o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico aparentado foi incorporado no tratamento da doença falciforme, por meio da Portaria n.º 30/2015. Essa estratégia de cuidado é um importante avanço na saúde pública, porém as desigualdades raciais insistem em limitar o acesso ao tratamento para a população mais atingida pela doença.

No período de 2017 a 2020, dos transplantes de células-tronco hematopoéticas realizados pelo SUS, 48,8% foram em pessoas brancas, 43,9% em negras e 7,3% sem informação no campo raça/cor, não houve procedimentos em pessoas amarelas e indígenas⁹. Embora a diferença no percentual não seja aparentemente impactante, é, no mínimo, intrigante, tendo em vista que a doença afeta, majoritariamente, a população negra.

Inegavelmente, grande parte da população brasileira enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, porém, quando se trata da população negra, outros fatores limitantes que convergem para a oferta inadequada nos serviços de saúde somam-se a essas dificuldades, como fatores estruturais, sociais, econômicos, além da atuação dos profissionais e do desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial. Embora o acesso não seja o único fator responsável para uma saúde com qualidade, ele contribui, substancialmente, para o cuidado da doença e é um importante fator para a manutenção de uma boa condição de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS) apontou que o número de pessoas negras que consultaram o médico ou o dentista, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, foi inferior à média nacional. Com relação à obtenção de todos os medicamentos prescritos,

⁹ Ministério da Saúde. Lei de Acesso à Informação nº 3895163. Solicitação realizada em 1º de janeiro de 2021.

os dados comportaram-se da mesma forma, já que o percentual de pessoas brancas foi maior do que o observado entre as pessoas negras. Sobre a avaliação do serviço de saúde por pessoas negras, o resultado final (5,9) ficou abaixo do escore que indica uma boa qualidade nos serviços de atenção primária (IBGE, 2020c).

Indubitavelmente, quebrar as barreiras de acesso aos serviços de saúde já se faz um potente instrumento para o alcance da equidade em saúde. Todavia, para a sua total consecução, outros elementos devem ser priorizados no planejamento de ações voltadas para a saúde de populações vulneráveis.

Outro fato a adentrar, que se coloca como um ferrenho obstáculo entre a saúde e o usuário, é a presença da prática discriminatória por parte de profissionais da saúde. Werneck (2016, p. 544) afirma que “visões preconceituosas e estereotipadas por parte de profissionais em relação a integrantes de grupos subordinados, dificulta o estabelecimento de relações de confiança, seja entre profissionais e usuários, ou entre estes e os serviços e todo o sistema de saúde”, além de se tornar como mais um obstáculo para a adesão ao tratamento médico.

Em um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 25 usuárias dos serviços de saúde na cidade de Salvador, com o objetivo de descrever a percepção das mulheres sobre práticas discriminatórias nos serviços de saúde, mais uma vez, observou-se queixas sobre o tratamento desigual, gestos e comportamentos inapropriados por parte dos profissionais de saúde e atendimento desumanizado. Embora os relatos demonstrem a ocorrência de atos discriminatórios, algumas das entrevistadas mostraram dificuldades para perceber suas posições de vítima. Essa dificuldade de percepção pode denotar uma naturalização dessas práticas (DOMINGUES *et al.*, 2013).

No estudo realizado por Kalckmann *et al.* (2007, p. 5), 60% e 44,2% entre os de cor preta e branca, respectivamente, perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde. A autora apresenta falas fragmentadas de histórias relatadas por usuários do SUS que expressam as discriminações raciais sofridas, são elas: “Pessoas negras são mais fortes e resistentes à dor”; “Negro não adoecer”; “Não é uma coisa assim fácil de falar, sinto que somos tratados com mais displicência”; “Eu estava com muita dor e a médica falava: que é isso? Não dói tanto”; “Rapaz! Um negão desse tamanho sentindo dor?”; “No Hospital X o médico me destratou e disse que preto tem que morrer em casa”; “O meu tio foi vítima de assalto, chegou baleado no PS e foi tratado como assaltante”; “Negra é como coelho, só dá cria”. Para a autora, esse tipo de atitude por parte dos profissionais de saúde é posto como uma barreira no acesso à saúde, afastando o usuário dos serviços ofertados.

Massignam, Bastos e Nedel (2015), assim como Martins, Lima e Santos (2020) expõem que as experiências discriminatórias e microagressões raciais sofridas podem gerar condições nocivas à saúde, em especial, em grupos histórica e socialmente estigmatizados. Faz-se imperioso ressaltar que a discriminação nos serviços de saúde torna-se uma potente ferramenta capaz de afetar a garantia do cuidado em saúde. Desse modo, ao se pensar em estratégias para o alcance da equidade na saúde, o elemento discriminação nos serviços de saúde não pode ficar silente nas discussões.

Cabe, por oportuno, destacar o exposto por Silva *et.al* (2020), que as instituições fracassam quando as ofertas de bens e serviços não cumprem o princípio do respeito às diversidades, de cultura, raça, gênero e outras, assim como quando os profissionais expressam qualquer tipo de comportamento e práticas discriminatórias.

O racismo institucional induz e mantém o modo excludente de como o Estado se organiza e a forma como ele promove suas ações, reforçando e reproduzindo a hierarquia racial. Dessa forma, naturaliza a produção e manutenção das iniquidades no campo da saúde, oferecendo barreiras de diversas naturezas a determinados grupos (WERNECK, 2016).

Barbosa (1998, p.100) assinala que “a maioria das doenças que afetam a população negra, são as mesmas que afetam a população de um modo geral. O que diferencia a população negra da população branca é um perfil mais crítico de saúde, que é recorrente em diferentes contextos históricos, recorrência essa que deve ser pautada ao racismo”.

Com âncora no pensamento de Barata (2009), para além do desafio de implementar uma política para a equidade em saúde que seja capaz de abarcar as necessidades específicas de um determinado grupo da população, protegendo este dos efeitos das doenças prevalentes e buscando estratégias de promoção à saúde, há de se enfrentar, também, o desafio no modelo de atuação dos profissionais de saúde, para que não aumentem as desigualdades sociais, por meio de ações que estigmatizem ou discriminem determinados grupos.

Sendo assim, as iniquidades raciais no campo da saúde só serão superadas com a presença de efetivas políticas públicas de saúde, aliadas ao desenvolvimento de trabalhos informativos e educativos voltados para gestores, profissionais da saúde e população. Conforme aponta Santos (2016), outra importante questão a ser priorizada pelo Estado deve estar voltada para o combate ao racismo institucional, reconhecendo que este impõe condições desiguais e injustas à população negra.

Para a autora, a relação entre os equipamentos sociais e a população negra só será modificada por meio da inserção da temática do racismo institucional nas discussões e capacitações voltadas para a sensibilização das práticas profissionais.

Evidenciada a situação de saúde da população negra, torna-se inegável que o racismo tenha protagonismo nas iniquidades articuladas, com reflexo direto na saúde. Desse modo, é preciso insistir no fato de que se faz necessário o monitoramento e a avaliação das políticas já existentes, principalmente, no campo da saúde, o emprego de recursos para a viabilização de ações voltadas para a equidade racial, bem como a articulação permanente, em todas as esferas governamentais e sociedade civil, na busca de efetivas soluções às demandas da população negra.

Embora haja muitos desafios para o alcance da equidade racial em saúde, convém mencionar que é necessário o reconhecimento da PNSIPN como um importante instrumento na luta contra o racismo institucional e como elemento central na busca da redução das disparidades raciais no campo da saúde.

3.5 A PNSIPN e a luta pela sua construção

A PNSIPN nasceu de uma longa luta de reivindicações por políticas públicas que objetivassem reduções das desigualdades da população negra. Por meio do Movimento Negro, essa luta ganhou espaço e voz na Marcha Zumbi, realizada em Brasília, no ano de 1995. Foi um importante movimento de protesto por reparações históricas, de denúncia ao racismo e de reivindicação por políticas públicas para a população negra. Esse protesto resultou na criação imediata de um grupo de trabalho interministerial (GTI), formado por ativistas, pesquisadores e representantes do governo, com o propósito de combater o racismo e desenvolver políticas públicas de equidade¹⁰.

Em continuidade à luta e, especificamente, pensando nas condições de saúde da população negra, em 1996, o GTI promoveu uma mesa redonda para tratar dessa questão. Na ocasião, surgiram importantíssimas proposições para o campo das políticas públicas em saúde, como: inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos; criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) e detecção precoce da doença via triagem neonatal a partir do Programa Nacional a ser criado; reestruturação da atenção à hipertensão

¹⁰ Documento entregue pelo Movimento Negro em novembro de 1995 - <http://memorialdademocracia.com.br/card/marcha-zumbi-reune-30-mil-em-brasilia>.

arterial e ao diabetes mellitus; fortalecimento e extensão do então Programa de Saúde da Família até as comunidades quilombolas (WERNECK, 2016).

Em 2001, foi elaborado outro relevante documento sobre a importância da inclusão da temática racial nas ações de equidade em saúde, intitulado como “Subsídios para o debate sobre a POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: uma Questão de Equidade”. Esse documento registrou, expressamente, a importância da formulação de uma Política Nacional no campo da Saúde da População Negra que valorizasse a medicina popular, as manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras, como forma de promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população, além de fortalecer os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade¹¹.

Outro importante avanço para o alcance da equidade racial foi a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, com o objetivo de articular o desenvolvimento de políticas públicas, em diversas áreas, para enfrentamento ao racismo e para a criação de mecanismos de promoção da igualdade racial. Um de seus grandes feitos foi a elaboração do Estatuto da Igualdade Racial, que busca combater a discriminação e as desigualdades raciais que atingem os afro-brasileiros, incluindo a dimensão racial nas políticas públicas desenvolvidas pelo Estado. Ainda, buscou estabelecer um conjunto de ações específicas voltadas para o direito à saúde da população negra.

Em 2004, foi firmado o termo de compromisso entre o MS, a SEPPIR, a Presidência da República, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho de Secretários Municipais de saúde (CONASEMS), visando à redução da vulnerabilidade da população negra no campo da saúde.

Esse termo reconhece a lacuna existente na produção de conhecimento científico sobre a saúde da população negra brasileira, fruto do conceito equivocado da democracia racial, cabendo, ao MS, na condição de gestor federal, por meio da Política Nacional de Saúde, dispor de ferramentas capazes de promover a saúde de forma integral, observando a implementação das seguintes condições:

- a) produção do conhecimento científico - organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra;

¹¹ Conferência da Américas contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em Santiago do Chile, em 2001.

- b) capacitação dos profissionais de saúde - promoção de mudança de atitudes dos profissionais da área de saúde, por meio de educação permanente, com ações adequadas para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde/doença da população negra;
- c) informação da população - disseminação de informações e conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer e fortalecer sua autonomia e a prevenção de doenças; e
- d) atenção à saúde - inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas de atenção à saúde e garantir acessibilidade em todos os níveis do sistema de saúde". (BATISTA; KALCKMANN, 2005, p. 41).

Também em 2004, no âmbito do MS, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra e promover a articulação do MS entre as demais instâncias do SUS. Na ocasião, foram designados como membros: representantes de todas as Secretarias do MS; Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (CONASEMS); (CONASS); Federação Nacional de Anemia Falciforme (FENAF); SEPPIR e pesquisadores de Saúde da População Negra, indicados pela SEPPIR, com as seguintes atribuições:

- I. sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- II. apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- III. elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e
- IV. colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela Lei nº 10.678, de 22 de maio de 2003 (BRASIL, 2004, Art. 2º).

Foi um longo e difícil caminho até a chegada à PNSIPN. Somente após várias discussões, debates, reflexões, reivindicações e proposições oriundas de seminários, encontros e reuniões técnicas sobre a situação de saúde da população negra, finalmente, em 2006, a PNSIPN foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte. O percurso não termina aí, embora a PNSIPN tenha sido aprovada em 2006 pelo CNS, somente em 2009 foi instituída por meio de Portaria (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

A PNSIPN simboliza uma grande conquista na luta contra a desigualdade racial. Há de se ressaltar que essa conquista é fruto dos espaços participativos e da organização, articulação e protagonismo do movimento negro na defesa de seus direitos. Seus princípios basilares estão ancorados aos da Constituição Federal e aos norteadores do SUS. Sua ênfase está na equidade, concepção que pauta as diretrizes da SEPPIR, importante instância articuladora de políticas e ações voltadas para a redução das desigualdades raciais. Seu objetivo geral está centrado na busca pela promoção da saúde integral da população negra, na redução das desigualdades raciais, no combate ao racismo e à discriminação nos serviços de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016b).

As diretrizes e os objetivos específicos também estão apontados no sentido do alcance à equidade racial em saúde e buscam: a garantia e ampliação do acesso à saúde da população negra, com especial atenção às populações quilombolas; que as ações planejadas e a definição de prioridades sejam com base na identificação das necessidades de saúde da população negra; a inclusão de demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar; e valorização dos saberes e das práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (BRASIL, 2009).

Ainda, foram definidos que os processos de formação e ações de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social abordem temas relacionados ao combate ao racismo e às discriminações, inclusive de gênero e orientação sexual; o fomento de estudos e pesquisas sobre o racismo e a saúde da população negra; o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, buscando fortalecer uma identidade negra positiva; e a identificação, o combate e a prevenção de situações de abusos, assédio moral, exploração e violência no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

Ademais, a PNSIPN preza pelo aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, no que tange ao processamento e à análise dos dados desagregados por raça/cor, dando atenção à garantia de inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados, bem como preconiza sobre a definição e pactuação de indicadores e metas para a promoção da equidade racial na saúde, considerando a articulação das três esferas do governo. Também considera o processo de ampliação e de fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde e de monitoramento, avaliação dos indicadores e metas pactuados (BRASIL, 2009).

Uma das premissas da PNSIPN está relacionada ao acesso universal à saúde, condição garantida pelo SUS, porém, diante de muitas expressões de vulnerabilidades que têm estreita relação na saúde, é necessário dispor de efetivos mecanismos capazes, se não de sanar a problemática de barreiras no acesso, de minimizá-la (BRASIL, 2017a).

Visualiza-se o acesso como a principal entrada para o cuidado à saúde e, no caso da população negra, acrescenta-se o fato de ser um dos meios para a redução das disparidades nos dados de saúde. Dessa forma, ressalta-se a imprescindibilidade de ações voltadas para garantia ao acesso, principalmente, para as populações mais vulneráveis.

Assis e Jesus (2012) expõem muito assertivamente que, para o efetivo funcionamento do SUS, de acordo com os princípios e as diretrizes determinados por lei, deve-se enfrentar um dos principais problemas no campo da saúde: a desigualdade de acesso. Para isso, primeiramente, há de se compreender que o conceito de acesso à saúde engloba múltiplas definições que varia de acordo com o contexto em que é utilizado, mostrando, assim, a sua amplitude, que carrega aspectos sociais e políticos. Para os autores, a definição de acesso aos serviços de saúde está atrelada à acessibilidade, à organização do serviço para o atendimento às demandas, à disponibilidade de serviços, ao acolhimento e à busca constante pela resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema.

Manhães e Costa (2008) o definem como a garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza, ainda, apontam que as necessidades de saúde só serão atendidas, por meio da utilização dos serviços, caso o acesso seja garantido.

Para Unglert (1990), o acesso à saúde está atrelado a fatores que vão além da assistência à saúde, desse modo, o acesso deve ser garantido considerando os seguintes aspectos: **geográfico**, que diz respeito ao planejamento adequado da localização dos serviços de saúde; econômico, no que tange à eliminação de barreiras financeiras entre os serviços e a população e a mercantilização do setor da saúde; **cultural**, no que toca à adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e **funcional**, no que se refere à oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Percebe-se que o conceito de acesso à saúde abrange profusos aspectos, extrapolando seu sentido estrito. Nesse sentido, os múltiplos fatores que incidem no acesso à saúde devem ser considerados para o planejamento das ações que visam ao alcance da equidade.

Ainda nessa perspectiva, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi pensada como estratégia para o aprimoramento do funcionamento do SUS, assegurando um conjunto de

ações e serviços aos usuários, cujo objetivo é “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p.4).

Muito embora a regulamentação de uma política de equidade seja essencial, por si só, ela não garante a consolidação da equidade, é necessária a adoção de ações estratégicas que assegurem o cumprimento de seus objetivos. Acredita-se que o primeiro passo seja a identificação e a compreensão das necessidades e especificidades de saúde da população negra e a articulação dessas necessidades à RAS pelo Estado. É relevante retomar a menção que, dentre as muitas necessidades de saúde da população negra, ainda existem doenças que afetam mais esse grupo populacional, confirmando a existência de demandas específicas dessa população.

Entende-se que, ao se considerar as demandas específicas de um determinado grupo populacional, suas práticas tradicionais e sua cultura devem ser respeitadas e incluídas no processo de atendimento às demandas de saúde. Para melhor entendimento, faz-se relevante fazer um resgate histórico de como se dava o processo de cura.

No século XIX, as parteiras, curandeiros, sangradores, boticários e médicos atuavam nas práticas voltadas para a cura. Todas essas profissões necessitavam de licença para atuação, o que, automaticamente, trazia o reconhecimento das práticas de cura populares como legítimas. Muito embora todos necessitassem de licença para atuação, o prestígio social era concedido somente aos médicos e boticários, em que a maioria era homens brancos. Já as outras profissões eram formadas por pessoas consideradas subalternas, assim como suas práticas, como era o caso dos sangradores, formados, na maior parte, por escravizados e forros (PIMENTA, 2003).

Embora transcorrido o tempo, a população negra que reside no campo, na floresta, em águas, conhecida, também, como áreas ribeirinhas e quilombos, ainda carrega, em seu histórico, a cultura da utilização de saberes e práticas populares como paliativos, seja no enfrentamento de doenças, seja como fator protetivo. Geralmente, esse grupo populacional apresenta situações de iniquidade nas condições de vida e saúde, em que, mais uma vez, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde aparecem como entraves, por sua vez, as práticas populares são utilizadas para suprir as necessidades de saúde.

Rückert, Cunha e Modena (2017) relatam que plantas medicinais, sementes crioulas, rezas, benzimentos, erveiros, raizeiros, massagens, auriculoterapia, acupuntura, homeopatia,

terapia comunitária, o uso dos serviços de parteiras, entre outros, são práticas utilizadas por essas populações no processo doença-saúde. Para as autoras, a prática do cuidado não se desenvolve isoladamente, mas se dá de forma integrada ou simultânea às outras práticas, por exemplo, o uso de plantas medicinais pode ser articulado às crenças religiosas e espirituais, à alimentação saudável e às outras recomendações, passando, inclusive, pelas práticas oferecidas pelos serviços públicos de saúde.

Bem alinhados às diretrizes da PNSIPN, na proposta da valorização dos saberes e práticas tradicionais, Rückert, Cunha e Modena (2017, p. 6) afirmam que as práticas tradicionais são de fundamental importância para todas as questões que envolvem a saúde pública, tendo em vista seu valor cultural e o concreto significado para a vida das pessoas.

Destarte, é essencial incorporar essas temáticas nas ações de desenvolvimento voltadas para os profissionais da saúde, fazendo uma articulação entre os campos teórico e prático. Para além, deve-se formular estratégias para a socialização e disseminação das práticas e saberes populares, bem como incentivar e fomentar estudos aprofundados nesse campo.

Essa perspectiva segue uma das diretrizes da PNSIPN, que invoca a relevância de inclusão de temas relacionados ao racismo e às discriminações nas ações de desenvolvimento voltadas aos trabalhadores da saúde. A promoção de formação, capacitação e aprimoramento técnico, formulados a partir de referenciais teóricos pautados na desconstrução de estereótipos e na compreensão das múltiplas ações que excluem, discriminam, ofendem e invisibilizam o sujeito pela cor de sua pele, pode promover ações transformadoras no serviço de saúde, relacionadas ao acesso e ao atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2009).

Retornando para o núcleo geral, que objetiva o alcance da equidade racial na saúde, entende-se necessária a adoção de algumas ações, como a realização de diagnóstico situacional do território; identificação dos problemas de saúde da comunidade; planejamento e adequação das políticas e programas para o atendimento das especificidades da população negra. Tais ações devem considerar, principalmente, os processos participativos para a construção de propostas reais e efetivas para a melhoria dos serviços de saúde, o apoio ao desenvolvimento de instrumentos inovadores de articulação social, como, por exemplo, a realização de fóruns regionais, de pesquisa de satisfação do usuário dos serviços de saúde e de outros, bem como o primordial apoio técnico e financeiro para a execução dessas ações (BRASIL, 2018a).

Além das diretrizes mencionadas em prol do combate ao racismo e das desigualdades raciais no campo da saúde, a política ainda traz como estratégia, a implementação do processo de monitoramento e avaliação dos indicadores, metas e estratégias pactuadas. Essa perspectiva será abordada no próximo capítulo.

3.6 A PNSIPN no âmbito do MS

A Coordenação de Garantia da Equidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS é a área responsável por fomentar a implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, de forma a acolher e articular as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde, para a superação de desigualdades e vulnerabilidades sociais. Dentro de seu escopo de atuação, encontra-se a PNSIPN, além das Políticas voltadas para as populações LGBT; em situação de rua; campo, floresta, águas e cigana (BRASIL, 2020c).

Até 2019, essas Políticas eram coordenadas pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social (DAGEP/MS), o que proporcionava, a elas, maior visibilidade, maior poder de articulação intersetorial e maior disponibilidade de recursos orçamentários.

Mediante o prenúncio de extinção do DAGEP e a ameaça de não existir mais uma área estratégica voltada para as populações em situação de vulnerabilidade, o corpo técnico atuante nessas políticas, na época, mobilizou-se para a elaboração de uma proposta de criação de uma Coordenação-Geral de Políticas de Equidade em Saúde. Esta seria embasada em uma justificativa técnica sobre a necessidade de manutenção de uma estrutura organizacional que fosse referência na articulação e execução das ações de implementação das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, no fortalecimento da capacidade institucional do MS ao planejamento, à execução, ao acompanhamento, ao monitoramento e à avaliação das ações, dos programas e das políticas voltadas à redução das iniquidades em saúde no SUS, além de dar continuidade no aprimoramento das ações já em curso, no incentivo e apoio técnico aos estados e municípios, na produção, na análise e na disseminação de dados e de informações em saúde.

Ainda, pautou-se na fundamentação de prezar pela continuidade dos compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde tanto nos planos e programas de governo (Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019; Plano Plurianual 2016 - 2019, Planos Operativos das

Políticas de Promoção de Equidade) quanto nas instâncias de participação social (Conselhos e Conferências de Saúde, Conselhos de Direitos) (BRASIL, 2019c).

Além disso, como proposta, apresentou o apoio a estados e municípios com incentivos financeiros aos que obtivessem o Selo de Garantia de Equidade no SUS, ou seja, aqueles estados e municípios que desenvolvessem estratégias em prol da equidade receberiam esse selo e, conseqüentemente, o incentivo financeiro. Também, teve como proposta a produção de materiais da PNSIPN com evidências científicas e uma maior articulação, integração e unicidade com as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, saúde dos adolescentes e jovens, saúde da criança e aleitamento materno, saúde das mulheres, saúde da pessoa com deficiência e saúde da pessoa idosa. Outra proposição foi a de atuar mais ativamente no monitoramento e na avaliação das políticas e ações de equidade e dispor de orçamento prioritário e individualizado por política de equidade no SUS.¹²

Embora todas as propostas não tenham sido acatadas e exista uma percepção de retrocesso na busca da equidade em saúde, houve a reestruturação de uma área específica de políticas de equidade, com o status de coordenação.

Há de se relatar que, meses antes do DAGEP perder o status de diretoria, ocorreu um marcante e intrigante fato que impactou diretamente no fomento e no desenvolvimento dessas Políticas, que foi a devolução dos recursos orçamentários. Na ocasião, as negociações com instituições públicas federais e estaduais para a celebração de projetos voltados para o desenvolvimento de ações alinhadas aos objetivos de cada política tiveram que ser interrompidas. Há de se mencionar que não houve justificativa plausível, por parte da gestão, para a devolução dos recursos, o que mobilizou vários movimentos de pesquisadores e ativistas e, até mesmo, do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR) a solicitarem esclarecimentos ao MS sobre o ocorrido (BATISTA *et al.*, 2020).

Em uma das petições, os envolvidos argumentaram que o contingenciamento desse recurso afetaria diretamente a qualidade do acesso aos serviços de saúde, impactaria na realização de estudos, pesquisas e produção de evidências para o fornecimento de subsídios para a tomada de decisão, bem como enfraqueceria as parcerias entre a academia e os serviços. Ainda, enfatizaram que a população mais afetada por essa ação seria a população

¹² *Ibid.*

negra, tendo em vista que é a que mais utiliza o SUS, em que a omissão sobre o recurso contingenciado por parte do MS expressa-se como racismo institucional¹³.

É fato que a falta de investimento de recursos financeiros expressa a ampliação de barreiras para o alcance dos objetivos de qualquer política, no caso de uma política de equidade, que já possui recursos bem limitados por si só, os impactos disso revelam-se como cruéis obstáculos à garantia de direitos. Consubstancialmente, Souza (2007) expressa que a efetiva operacionalização de uma política requer recursos gerenciais e financeiros. No caso dos recursos financeiros destinados às políticas de equidade, a sua falta ou a distribuição desigual conspira contra o próprio princípio da equidade.

Contudo, Cohen e Franco (1993) asseveram que as políticas sociais, como é o caso da PNSIPN, tem, por costume, não empregar os recursos disponíveis de forma otimizada. Como causa, eles atribuem a ausência de instrumentos adequados para avaliar as alternativas mais econômicas e eficientes para o alcance dos objetivos propostos, bem como monitorar se os objetivos propostos estão sendo alcançados e, caso não estejam, esses instrumentos fornecem elementos capazes de reorientar e readequar as estratégias para o cumprimento dos objetivos.

Não há como negar que as políticas que buscam atender demandas de uma determinada população são necessárias para se fazer justiça social, pois além de possuir demandas específicas, geralmente, essas pessoas partem de uma posição em grande desvantagem social que as acompanham ao longo de sua trajetória, trazendo-lhes barreiras e empecilhos no acesso aos direitos garantidos por lei. Nesse sentido, Souza (2007) traz que as políticas de saúde voltadas para a justiça social representam um importante avanço para a redução das desigualdades no campo da saúde.

Contudo, não basta ter apenas a institucionalização de uma política de equidade, é necessária a adoção de ações para sua operacionalização, bem como de mecanismos capazes de monitorar e avaliar se os recursos estão sendo bem empregados e se os planos e objetivos definidos estão sendo cumpridos. Deve-se considerar, ainda, a realização de análise sistemática dos dados obtidos sobre a situação de determinada população para subsidiar o planejamento e aperfeiçoamento das ações.

A esse respeito, Heidemann e Salm (2009) expõem que a formalização de uma política pública estabelece apenas a comunicação entre governo e cidadania e coloca-se como

¹³ Petição ao MS sobre o contingenciamento de recursos orçamentários, disponível em: https://secure.avaaz.org/community_petitions/po/Ministerio_da_Saude_Recursos_da_Politica_Nacional_d_e_Saude_Integral_da_Populacao_Negra/acesso em 28/01/2021.

base de referência, porém são necessárias ações positivas para que a política seja efetivamente materializada. Levando em conta tudo o que foi mencionado, é primordial entender minimamente as etapas que compõem o ciclo das políticas públicas.

Para os autores, o ciclo das políticas públicas é composto de, pelo menos, 4 (quatro) etapas: I) formulação, que consiste na tomada de decisões políticas para a resolução de problemas sociais previamente estudados; II) implementação, que diz respeito às ações desenvolvidas para o cumprimento dos objetivos propostos pela política; III) atendimento das demandas e satisfação das partes interessadas e IV) avaliação, que visa à continuidade, ao aperfeiçoamento, à reformulação ou à descontinuidade.

Sobre a implementação, os autores tecem um comentário pertinente: uma política pública sem ação não passa de boas intenções. Outra questão relevante apontada por eles aborda que as instituições precisam atentar-se para não agirem em prol dos interesses de um grupo e desfavorecer outros, pois alguns indivíduos ou grupos têm maior acesso às políticas ofertadas. No tocante a isso, há de se voltar especial atenção à implementação de políticas públicas, as quais têm, como premissa, o alcance da equidade para que não incorram na abordagem da teoria das elites. Essa teoria é vista sob o prisma de que as políticas públicas são formuladas para o atendimento das demandas e preferências das elites e não para atender às necessidades do povo, pois este é apático e mal informado quanto às políticas públicas (HEIDEMANN; SALM, 2009).

Seguindo esse raciocínio, a PNSIPN não deve apenas servir para prestar contas sobre a existência de uma política pública de equidade no campo da saúde aos movimentos, aos militantes e à população, mas deve existir e servir para causar reais mudanças na vida de seu público-alvo. Não se vislumbra outro meio para essas mudanças a não ser pelo emprego de efetivas ações públicas voltadas para o atendimento das demandas e necessidades desse público, ou seja, para que haja impacto positivo na saúde da população negra, a PNSIPN precisa ser efetivamente executada.

Cohen e Franco (1993) afirmam que as políticas sociais devem respeitar os princípios que as norteiam, que são a equidade e a eficiência. Portanto, a eficiência na implementação de uma política social é o caminho para o alcance de seu propósito de equidade. Para eles, a avaliação é elemento essencial para incrementar a eficiência na busca da equidade.

A avaliação é uma das principais ferramentas para verificar se a execução da política está ocorrendo conforme estabelecido em seus normativos, se as metas e os objetivos propostos estão sendo atingidos e para fornecer um panorama se a política está alcançando

seu público-alvo. Ainda, na etapa da avaliação de uma política pública, é possível identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (CUNHA, 2018).

A avaliação da implementação de uma política pública não se constitui apenas como um instrumento de subsídio para a tomada de decisão, de redirecionamento ou para o seu aperfeiçoamento, mas, também, como uma ferramenta capaz de prestar contas ao seu público-alvo. Para isso, é imprescindível o compromisso ético e político dos técnicos e, principalmente, dos gestores para que os resultados advindos da avaliação realmente sejam apropriados para um embasamento qualificado na tomada de decisão. Com isso, contempla-se a importância da presença da avaliação para a PNSIPN (COHEN; FRANCO, 1993; TAMAKI *et al.*, 2012).

Para Tamaki *et al.* (2012), o monitoramento é uma importante etapa anterior à avaliação. Trata-se de um processo sistemático e contínuo, que se dedica a acompanhar os indicadores de saúde, das ações, dos serviços e da execução da política. Como possui a característica de ser um instrumento rotineiro, permite que a coleta de informações seja realizada em tempo oportuno para a correção de rumos, caso seja necessário, além de dispor de prontas e organizadas informações para subsidiar rápidas tomadas de decisão.

Pela proximidade, não é raro que os conceitos de monitoramento e avaliação de processos se confundam, pois um é necessário para que os resultados do outro se expressem de forma mais fidedigna. Para Januzzi (2011b), os processos de monitoramento e avaliação são articulados e complementam-se com o objetivo de fornecer informações mais sintéticas e oportunas ao gestor.

Como forma de minimizar as confusões que se dão em torno dos dois conceitos, Januzzi (2011a) propõe o uso do termo de avaliação somativa, a qual é realizada após a implementação da política, servindo de suporte na reflexão sobre a continuidade, ou não, do programa, diferentemente do processo de monitoramento e avaliação, que se constituem como ferramentas a serem utilizadas em qualquer momento do ciclo. Nesse sentido, no próximo capítulo, serão apresentados os resultados e as discussões sobre a implementação da PNSIPN no âmbito do MS.

4 RESULTADOS

4.1 Mapeamento e avaliação das ações desenvolvidas para implementação da PNSIPN no âmbito do MS

Mediante todo o exposto, verifica-se a importância do processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas, principalmente, no que concerne a trazer visibilidade aos problemas de caráter social enfrentados por meio do diagnóstico realizado. A esse respeito, Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 31-2) afirmam:

[...] A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.

Creswell (2014) traz a reflexão de que o conhecimento gerado por meio dos diagnósticos tem, como finalidade, ajudar as pessoas a melhorarem a sociedade, de forma que haja ações que possam modificar a vida do grupo estudado. Nesse sentido, reafirma-se a imprescindibilidade do emprego de ações voltadas para a saúde da população negra, assim o monitoramento e a avaliação da implementação da PNSIPN são ferramentas aliadas na busca pelo alcance da equidade em saúde.

Werneck (2016) propõe que, para o alcance da equidade, é necessário conhecer a situação de saúde da população; conhecer a PNSIPN e seu Plano Operativo; analisar as informações; planejar as ações; e monitorar e avaliar o processo de implementação da política. Creswell e Clark (2013) afirmam que o primeiro passo para avaliar uma política que foi implementada é a coleta de dados qualitativos, pois estes proporcionam um entendimento detalhado de um problema, seguido pelo planejamento de um instrumento para mensurar o impacto da política.

Com base na proposta de Simões (2019), algumas perguntas podem ser feitas para nortear o processo de monitoramento e avaliação de uma política pública, tais como: A implementação segue a estratégia prevista? As estratégias propostas estão sendo aplicadas? As ações desenvolvidas estão alcançando o público-alvo? Há problemas de focalização da

política? Os recursos são aplicados como previstos? Há eficiência nessa aplicação? As metas estão sendo cumpridas? Há desperdícios?

Desse modo, por todas as razões expostas no decorrer desta pesquisa tanto no que se refere às condições de saúde da população negra quanto sobre a importância do monitoramento e da avaliação de políticas públicas, foi realizado, como parte do processo de monitorar e avaliar, o mapeamento das ações realizadas pelo MS para implementação da PNSIPN, com intuito de verificar se a execução da PNSIPN está ocorrendo conforme preconizado em seus normativos e se as ações desenvolvidas ou apoiadas pelo MS correspondem ao que foi planejado no Plano Operativos.

Dessa forma, no quadro 1, foram elencadas as ações estratégicas planejadas para a implementação da PNSIPN, considerando cada eixo estratégico do 3.º Plano Operativo da PNSIPN, que compreendeu o período de 2017 a 2019, e as ações efetivamente desenvolvidas pelo MS. As informações coletadas sobre o desenvolvimento das ações foram extraídas dos Relatórios de Gestão do MS, dos anos de 2017, 2018 e 2019, e da entrevista realizada com o coordenador responsável pela PNSIPN no MS.

Optou-se pela análise desse período por retratar o plano estratégico formalizado mais recente. Essa decisão foi pautada na literatura, a qual traz que o avaliador não deve trabalhar com períodos muito antigos, pois pode retratar um cenário muito diferente do qual atualmente a política está sendo executada, além de tornar a avaliação com base em pesquisa documental mais complexa idealmente. Dessa forma, no caso das políticas continuadas, como a PNSIPN, deve-se selecionar períodos mais recentes, em que há dados disponíveis da execução da política (BRASIL, 2018c).

Quadro 1 - Mapeamento das ações desenvolvidas pelo MS para operacionalização da PNSIPN, por eixo estratégico do 3º Plano Operativo. (Continua)

Eixo estratégico	Estratégia prevista	Ação Realizada		
		2017	2018	2019
Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde	Qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros)	Sem registro de ações realizadas	Classificação e identificação das demandas registradas por quilombolas no disque saúde, considerando as dificuldades no acesso a serviços de saúde por parte dessa população	Classificação e identificação das demandas registradas por quilombolas no disque saúde, considerando as dificuldades no acesso a serviços de saúde por parte dessa população
	Fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas

	de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e as ações de enfrentamento ao racismo institucional			
	Fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme e sua inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Oficina Técnica de Médicos com foco nas doenças prevalentes na População Negra	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas
Promoção e Vigilância em Saúde	Incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra	Sem registro de ações realizadas	Articulação de agendas para a promoção da saúde em comunidades quilombolas	Articulação de agendas para a promoção da saúde em comunidades quilombolas
Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra	Fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS	Publicado o volume N.º 48 do Boletim Epidemiológico	Oficina de apresentação da PNSIPN no curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Campus Ceilândia; Celebração de Termo de Execução Descentralizada com a UNB para o Projeto de Capacitação para Profissionais da Saúde envolvidos com População de Rua, com foco na População Negra; Elaboração e lançamento virtual da Cartilha “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros – 2012 a 2016” Lançamento do “Vigitel Brasil 2018 População Negra”;	Sem registro de ações realizadas

	Estimular o preenchimento do campo raça/cor, nos formulários de saúde, pelos profissionais de saúde	Produção de 2 (dois) vídeos para o preenchimento do quesito raça/cor	Lançamento do Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia	
Fortalecimento da Participação e do Controle Social	Fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS) e nas Mesas de Negociação Permanente existentes nas esferas estadual, municipal e/ou regional	Sem registro de ações realizadas	Fomento à realização de oficinas técnicas de saúde da população negra, por meio do diálogo com gestores de saúde e de promoção da igualdade racial das duas esferas, movimentos sociais e entidades parceiras	Fomento à realização de oficinas técnicas de saúde da população negra, por meio do diálogo com gestores de saúde e de promoção da igualdade racial das duas esferas, movimentos sociais e entidades parceiras; Apresentação do Tema: “Os impactos do Racismo na Saúde da População Negra: Formação para a desconstrução dos Determinantes Sociais em Saúde” na 311ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde
	Estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde	Realização do Encontro Nacional dos Comitês de Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde; Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 1.503 participantes; Pactuação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da	Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 3.733 participantes; Representação nas Reuniões Ordinárias do CNPIR; Participação na elaboração do 2º Plano Nacional de Políticas para os Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Povos de Terreiros,	Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 3.054 participantes

		<p>Educação na Saúde, do MS para a reformulação do Módulo de educação a distância “Saúde da População Negra”;</p> <p>Realização de reuniões internas para o alinhamento de ações que visam ao fortalecimento e à criação de novos comitês municipais e estaduais;</p> <p>Realização de reuniões internas para o alinhamento de ações para visitas técnicas nos territórios e articulações com os gestores e movimentos locais;</p> <p>Oficina de Políticas de Equidade em Saúde com as Corporações dos Corpos de Bombeiros Militares;</p> <p>Lançamento da Campanha Nacional de Saúde Integral da População Negra, intitulada como “O SUS está de Braços Abertos para a Saúde da População Negra”;</p> <p>Impressão da 3ª edição da cartilha “Política Nacional de</p>	<p>promovido pela SEPPIR</p>	
--	--	--	------------------------------	--

		<p>Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS”;</p> <p>Impressão de quatro tipos de cartazes e folder;</p> <p>Impressão do "Manual de Orientações para a implementação da PNSIPN”</p>		
Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra	Incluir o quesito raça/cor na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS	Publicação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que trata da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas
	Qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor	Sem registro de ações realizadas	Elaboração das fichas de qualificação dos primeiros indicadores a serem inseridos no Painel de Indicadores da População Negra, 2012-2016; Construção do Painel com a inserção do primeiro indicador da População Negra, 2012-2016, referente à mortalidade por homicídio	Sem registro de ações realizadas

Fontes: 3.º Plano Operativo (BRASIL, 2017b), Relatórios de Gestão do MS, anos 2017, 2018 e 2019, e entrevista realizada com o coordenador da área técnica responsável pela PNSIPN no MS (adaptado).

Para o eixo estratégico “acesso da população negra às Redes de Atenção à Saúde”, foram previstas três estratégias impulsionadoras para a implementação da PNSIPN. No ano de 2017, foi realizada uma Oficina Técnica de Médicos com foco nas doenças prevalentes na

População Negra, o que pode considerar-se como uma ação voltada para o fortalecimento e apoio à implantação da linha de cuidado em doença falciforme, uma vez que essa doença é prevalente na população negra.

Já nos anos de 2018 e 2019, foram desenvolvidas duas ações (uma em cada ano) com vistas à estratégia de “qualificação e fortalecimento do acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde”. Com relação à estratégia de “fortalecimento e articulação de ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional”, não houve a adoção de nenhuma ação no período.

Não há a pretensão de fazer juízo de valor das ações desenvolvidas, contudo, há de se observar que, para a garantia do acesso à saúde da população negra, principalmente das comunidades tradicionais, é necessária a execução de ações mais arraigadas e articuladas com outras áreas do MS.

Como visto no decorrer desta pesquisa, o acesso da população negra aos serviços de saúde ainda se coloca como um grande entrave para o cuidado à saúde. Embora a ação de classificar e identificar as demandas de saúde de comunidades quilombolas seja uma importante estratégia, somente isso não garante diminuir as barreiras de acesso à saúde dessa população. É necessário que, além de classificar e identificar, sejam empregadas efetivas ações para o atendimento dessas demandas de saúde. Dessa forma, das ações desenvolvidas para esse eixo estratégico, não se vislumbra significativo impacto na vida da população-alvo.

Cardoso, Melo e Freitas (2018) apontam que, para melhorar a questão do acesso à saúde por parte da população negra, principalmente das comunidades quilombolas, é necessário que os serviços de saúde façam uma adequação de seus processos de trabalhos, empregando estratégias de educação permanente e promoção da saúde, com foco no suprimento das reais necessidades dessa população. Os autores, ainda, afirmam que é imprescindível o emprego de ações com vistas à redução das desigualdades raciais, bem como a efetivação das políticas públicas vigentes.

Outro ponto de atenção diz respeito a não adoção de ações para o enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras e violência obstétrica, como já visto nesta pesquisa, em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram em negras.

No que tange ao eixo de “Promoção e Vigilância em Saúde”, embora tenha sido mencionada, na entrevista, a realização de ações voltadas para a juventude, como, por exemplo, elaboração do Boletim Saúde Adolescente e Jovem, curso em fase de elaboração “Juventudes e Participação Social” e representações nos Comitês Nacional de Prevenção do Suicídio, Gestor do Plano Juventude Viva, na Comissão Intersetorial da Política da Juventude e no Conselho Nacional da Juventude, não houve o relato de ações específicas para a promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra. Diante disso, há de se lembrar que a maior taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens está entre os negros, além do maior percentual de mortes por causas externas.

Em 2018 e 2019, foram articuladas agendas com pautas de promoção da saúde em comunidades quilombolas, porém não há registro sobre ações efetivas ou resultados oriundos dessas agendas nos documentos pesquisados e nem no relato da entrevista.

Quando questionada sobre as ações realizadas para atenção à saúde mental da população negra, no período de 2017 a 2019, a área técnica informou que houve um aumento nos atendimentos no SUS e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de 1,4 % e 5,6% respectivamente, conforme as tabelas 6 e 7. Entretanto, não houve menção a respeito das ações realizadas, dessa forma pode-se ter algumas interpretações sobre as causas dos aumentos mencionados nos atendimentos, entre elas: aumento espontâneo de atendimentos; melhoria no percentual de preenchimento do campo raça/cor; maior número de pessoas se autodeclarando como negras; ações focalizadas neste grupo específico, mas não registradas ou mencionadas; dentre outras.

Tabela 6 - Atendimentos em saúde mental no SUS, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.

Raça/Cor	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Branca	4.751.330	31,6	5.199.964	30,3	5.919.352	30,1
Negra	4.766.184	31,7	5.683.063	32,5	6.509.532	33,1
Amarela	582.007	3,9	860.169	5,0	1.081.750	5,5
Indígena	3.106	0,1	6.110	0,1	7.799	0,1
Sem informação	4.948.920	32,7	5.493.691	32,1	6.139.813	31,2
Total	15.051.547	100,0	17.142.997	100,0	19.658.246	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial. Dados obtidos em entrevista com área técnica.

Tabela 7 - atendimentos em saúde mental nos CAPS, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.

Raça/Cor	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Branca	33.864.041	18,0	41.124.468	20,1	58.466.209	26,6
Negra	27.868.137	14,8	32.756.607	15,8	44.913.719	20,4
Amarela	2.689.893	1,4	3.871.654	1,9	5.477.326	2,5
Indígena	24.925	0,1	31.239	0,1	44.953	0,1
Sem informação	123.578.310	65,7	127.291.442	62,1	110.637.839	50,4
Total	188.025.306	100,0	205.075.410	100,0	219.540.046	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial. Dados obtidos em entrevista com área técnica.

Com base nos dados apresentados acima, pode-se observar que, embora o campo sem informação apresente redução no percentual de não preenchimento nos anos que se seguem, ainda sim, traz um número expressivo, o que reafirma a necessidade de ações voltadas para a melhoria da qualidade das informações no quesito, raça/cor.

Em relação ao eixo “Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra”, em 2017, foram produzidos 2 (dois) vídeos voltados aos profissionais com foco no preenchimento do quesito raça/cor e foi publicado o volume n.º 48, do Boletim Epidemiológico, com informações sobre os indicadores de vigilância em saúde, por raça/cor. Em 2018, foi lançado o Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia no Distrito Federal. Ambas as ações tiveram o objetivo de alcançar a estratégia prevista de estimular o preenchimento do campo raça/cor, nos formulários de saúde, pelos profissionais de saúde.

Ainda em 2018, com vistas ao fortalecimento da inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente das equipes de atenção básica, dos trabalhadores e profissionais de saúde do SUS, foi realizada uma oficina de apresentação da PNSIPN no curso de Saúde Coletiva e a celebração de parceria para capacitação desses profissionais, na temática saúde da população em situação de rua, com foco na população negra. Ambas as ações foram realizadas em parceria com a Universidade de Brasília (UNB). Também, ocorreu a elaboração e o lançamento virtual da Cartilha “Óbitos por suicídios entre adolescentes e jovens negros – 2012 a 2016”. Em 2019, aconteceu um seminário de avaliação dos projetos de pesquisas voltados para a saúde da população negra, contemplados em uma chamada pública realizada em 2014.

No tocante ao “Fortalecimento da Participação e do Controle Social”, foi o eixo em que mais ações foram desenvolvidas nos três anos. No que diz respeito à estratégia de

“fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e nas Mesas de Negociação Permanente, existentes nas esferas, estadual, municipal e/ou regional”, em 2018 e 2019, foram realizadas oficinas técnicas de saúde da população negra, com a participação de gestores da saúde, gestores de promoção da igualdade racial, de movimentos sociais e de entidades parceiras. Também em 2019, foi apresentado o tema “Os impactos do Racismo na Saúde da População Negra: Formação para a desconstrução dos Determinantes Sociais em Saúde” na 311.^a Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, da 16.^a Conferência Nacional de Saúde.

Com relação à estratégia “Estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde”, em 2017, houve a realização do Encontro Nacional dos Comitês de Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde, a realização de reuniões internas com o intuito de alinhar estratégias para o fortalecimento e criação de novos comitês técnicos de saúde da população negra, além de da elaboração de estratégias para maior articulação com os gestores e movimentos locais. Entretanto, de acordo com a área técnica responsável pela PNSIPN, atualmente, o MS não dispõe mais de comitê técnico de saúde integral da população negra ativo.

Também, foram realizadas oficinas para as corporações de bombeiros militares, com intuito de sensibilizá-los sobre a importância das políticas de equidade, além da publicação e impressão de materiais com a temática saúde da população negra. Outra ação de praxe é a representação do MS em espaços que visam ao debate sobre questões voltadas para equidade racial, como as reuniões do CNPIR.

No período de 2017 a 2019, foram ofertados cursos voltados para qualificar a atuação técnico-política de lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS. No total, os cursos na temática saúde da população negra tiveram 8.290 participantes.

É importante mencionar que o número de participantes desses cursos corresponde a 12,15% do cumprimento da meta prevista no Plano Nacional de Saúde de 2016 - 2019 (PNS) de “Capacitar 68.215¹⁴ lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens,

¹⁴ A meta inicialmente estabelecida no PNS foi “Capacitar 80.000 pessoas”, entretanto, em 2018, houve pedido de ajuste da meta, por dificuldades na execução orçamentária (SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO – SEI).

mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS” (BRASIL, 2016d, p. 80), conforme mostra o quadro 2

Quadro 2 - Resultados das metas¹⁵ previstas no PNS 2016 – 2019, referentes às políticas de equidade.

Metas PNS	Meta Física 2016		Meta Física 2017		Meta Física 2018		Meta Física 2019	
	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
Capacitar 68.215 lideranças, gestores e trabalhadores da saúde	20.000	12.848	35.000	26.138	50.000	43.266	68.215	54.108
Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade e social	5	6	10	3	5	1	10	0
Realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas	25	0	25	21	50	0	0	0

Fonte: Relatórios de Gestão do MS, anos 2017, 2018 e 2019.

Observa-se que nenhuma das metas estabelecidas no PNS 2016 - 2019 foi alcançada. Em termos percentuais, a meta de “capacitar lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS” atingiu 79,3% de seu objetivo. Ela foi seguida da meta de implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social, que alcançou 50% do estabelecido; por último, a meta realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas alcançou 21% da proposta.

Há de se mencionar que, de acordo com o relatório de gestão de 2019, existem algumas dificuldades no processo de planejamento de ações para o fomento de novos comitês de políticas de promoção de equidade junto às secretarias estaduais e municipais de saúde e aos conselhos, nacional, estaduais e municipais de saúde, o que pode justificar o não alcance

¹⁵ Os resultados anuais a partir de 2017 são apresentados de forma acumulativa.

da meta estabelecida no PNS. Outra questão apontada foi a dificuldade em estabelecer estratégias conjuntas entre esses atores para que objetivos e diretrizes das políticas de promoção de equidade sejam contemplados nos planos de saúde.

No que tange ao eixo de “Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra”, em 2017, houve uma importante ação: a publicação da Portaria MS n.º 344, que trata da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor, nos formulários dos sistemas de informação em saúde, que faz parte da estratégia de “incluir o quesito, raça/cor, na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS”. Tal ação caracteriza-se como um avanço na PNSIPN, na medida em que seu objetivo busca qualificar as informações sobre as demandas de saúde de um grupo específico para um planejamento de políticas públicas mais efetivo.

Por meio de estudos quantitativos, é possível detectar, de maneira contundente, as iniquidades na saúde de uma determinada população. A coleta, o processamento e a análise dos dados por raça/cor, nos formulários de saúde, são potentes instrumentos de qualificação das informações em saúde, principalmente, para se evidenciar as vulnerabilidades específicas de cada grupo racial em saúde e, assim, fornecer subsídios ao planejamento de ações voltadas para redução das iniquidades.

No caso da população negra, a apresentação dos dados desagregados constitui-se como uma ferramenta essencial para evidenciar as iniquidades em saúde e, ainda, como elementos substanciais de denúncia e enfrentamento ao racismo institucional (MORAES, 2016).

No entanto, com base nos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), percebe-se a necessidade de aprimoramento na coleta do campo raça/cor, nos formulários de saúde, tendo em vista um expressivo percentual de incompletude em seu preenchimento, como mostra a tabela 8.

A incompletude diz respeito aos campos sem preenchimento em um sistema de informação, utilizando-se as seguintes referências para avaliá-la: excelente, quando o percentual de campo não preenchido for menor que 5%; bom (de 5 a 10%), regular (de 10 a 20%); ruim (de 20 a 50%) e muito ruim (de 50% ou mais) (ROMERO; CUNHA, 2007).

Tabela 8 - Número total de notificações realizadas, número total e percentual de notificações com preenchimento do campo raça/cor no Sinan, como ignorado ou em branco, no Brasil, no período de 2001 a 2018.

Ano	Brasil		
	Total de notificações	Ignorados/Branco	
		Total (n)	Percentual
2001	137.473	118.715	86,4
2002	148.460	83.594	56,3
2003	155.014	42.332	27,3
2004	152.060	31.885	21,0
2005	150.499	30.089	20,0
2006	149.754	25.991	17,4
2007	2.134.292	401.758	18,8
2008	2.270.184	595.553	26,2
2009	2.001.944	386.940	19,3
2010	2.947.510	672.621	22,8
2011	2.859.910	703.406	24,6
2012	2.969.043	715.999	24,1
2013	6.087.455	1.684.443	27,7
2014	2.984.614	655.876	22,0
2015	4.525.386	1.274.873	28,2
2016	4.857.192	1.447.570	29,8
2017	3.097.778	498.892	16,1
2018	2.954.601	420.110	14,2
Total	40.583.169	9.790.647	24,1

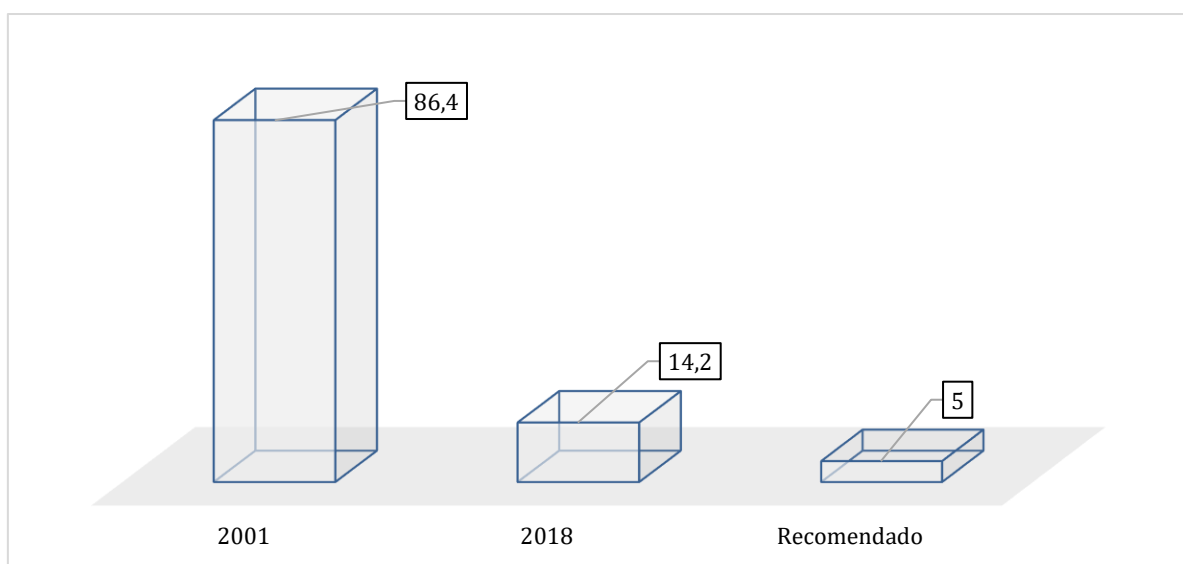
Fonte: Sinan-Net. Base disponível em: 30/01/2019.

Vale ressaltar que as informações apresentadas foram extraídas de um único sistema destinado para a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que compõem a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, logo, não é sensato concluir que essa seja a realidade de todos os sistemas de informação em saúde. Contudo, percebe-se que muitos dados de saúde coletados de diversos sistemas, do campo raça/cor, possuem um alto percentual de incompletude. A exemplo disso, Lino *et.al* (2019) realizaram uma análise da incompletude das variáveis dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), na série temporal 1999 a 2014, em que a variável raça/cor apresentou os maiores percentuais de incompletude.

Atualmente, existem aproximadamente 171 sistemas de informação em saúde, sendo os principais: SINAN; SIM; SINASC; Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Com relação ao SINAN, apesar da notável melhoria no preenchimento do campo raça/cor, principalmente em 2017 (ano da implantação da obrigatoriedade do preenchimento) e 2018, ainda não se alcançou o percentual de incompletude ideal. Isso indica um esforço para a melhoria da qualidade da informação, porém ainda se faz necessário o direcionamento de ações voltadas para a instrução tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do SUS sobre a importância do preenchimento deste campo.

Figura 2 - Alcance do índice ideal de incompletude, 2001 a 2018.



Fonte: Adaptado de apresentação realizada pelo MS, em maio de 2019 (BRASIL, 2019c).

Nesse sentido, Carneiro (2003) afirma que o preenchimento do quesito raça/cor, nos sistemas de informação, tem sido um permanente desafio na luta contra as desigualdades raciais. Desse modo, ressalta-se a importância de capacitação, de forma contínua, dos profissionais de saúde, de campanhas de conscientização da população sobre a importância da correta autodeclaração, assim como do constante monitoramento dos campos raça/cor, nos sistemas de informação em saúde, de modo a garantir a qualificação das informações.

Embora não esteja registrada nos relatórios de gestão analisados e nem mencionada na entrevista, vale informar que, em 2019, foi enviada, a cada UF, uma nota técnica com a situação da incompletude do campo raça/cor do SINAN em sua localidade, referente ao período de 2001 a 2018.

Quanto à estratégia de “qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor”, em 2018, foram elaboradas fichas de qualificação dos primeiros indicadores a serem inseridos no Painel de Indicadores da População Negra, 2012-2016, bem como foi realizada a construção do painel com a inserção do primeiro indicador da População Negra, 2012-2016, referente à mortalidade por homicídio. Ainda em 2018, no Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social (DAGEP), foi implantado um núcleo de evidências, constituído por servidores do MS, com vistas à análise e visualização de dados da situação de saúde das populações vulneráveis e à produção de materiais e de informações oportunas ao apoio à tomada de decisão.

A implantação desse núcleo foi percebida como relevante para o alcance da equidade em saúde. Em 8 meses de sua operacionalização, foram elaboradas publicações, como o “Vigitel Brasil 2018 População Negra” e a cartilha de “Óbitos por suicídios entre adolescente e jovens negros”, foi elaborado o painel de indicadores da população negra e realizado o monitoramento da Portaria MS nº 344/2017. Todas essas ações já foram mencionadas no quadro 1. Lamentavelmente, com a reestruturação da área, o núcleo de evidências não conseguiu espaço na estrutura atual, descontinuando suas atividades.

Quando a área técnica foi questionada sobre a existência de um levantamento sistemático do índice de completude dos sistemas de informação de saúde do campo raça/cor, sobre quais os instrumentos ou as estratégias utilizadas para o monitoramento e avaliação da PNSPIN e sobre a elaboração de relatórios anuais acerca da situação de saúde da população negra no Brasil, informou que:

Existe uma incompatibilidade dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Importa destacar-se, que as competências do SUS são exercidas de forma tripartite pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite as responsáveis pela negociação e pactuação no que diz respeito aos aspectos operacionais do SUS. Concomitantemente, os estados, Distrito Federal e municípios são detentores de autonomia para organizar os serviços de saúde dentro de suas respectivas competências, conforme preconizado na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Com relação a essa resposta, é importante mencionar que, de acordo com o Art. 5.º do III Plano Operativo da PNSIPN (2017- 2019) ao MS, compete apoiar a sua implementação nos estados, Distrito Federal e municípios, estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação e publicar relatório anual, sistematizado acerca da situação de saúde da população negra no Brasil (BRASIL, 2017b). Desse modo, é

imprescindível que a coordenação responsável pela operacionalização da PNSIPN assumira essa responsabilidade, como parte da estratégia de implementação da Política.

Nesse sentido, Vieira-da-Silva (2014) afirma que a realização da avaliação é um dos componentes essenciais do processo de gestão. Assim, o monitoramento e a avaliação dessa política devem ser incluídos como parte do processo de implementação.

Além das dificuldades e barreiras já apontadas ao desenvolvimento e apoios às ações de implementação da PNSIPN, acredita-se na possibilidade de outras, seja pelo contexto político, seja pela ausência de recursos humanos e financeiros, uma vez que, para sua efetiva implementação, é necessário o engajamento de atores-chave com poder decisório.

Batista *et.al* (2020) relatam que, em uma reunião técnica entre representantes das secretarias estaduais e municipais, foi possível identificar as facilidades de dificuldades na implementação da PNSIPN. Dentre as dificuldades descritas, pode-se citar o racismo pessoal e institucional, a falta de apoio político, de recursos humanos e de recursos financeiros e a inexistência de dados desagregados por raça/cor.

É inquestionável que essas barreiras e dificuldades relatadas constituam-se como verdadeiros entraves ao alcance da equidade em saúde, porém esses problemas não devem ser vistos com naturalidade, devem ser enfrentados e superados, principalmente, no âmbito institucional.

Salazar -Vargas (1995) sustenta que as políticas públicas são respostas do Estado aos problemas sociais. Do mesmo modo, Vargas (1999) afirma que as políticas públicas são iniciativas, decisões e ações do Estado para o enfrentamento de problemáticas sociais, buscando a sua resolução ou as levando para níveis administráveis.

Por outro lado, seguindo o pensamento de Pereira (2001), para que a PNSIPN cumpra seus objetivos e suas diretrizes, também torna-se indispensável o engajamento dos movimentos sociais e sociedade, principalmente, de seu público-alvo, na busca por efetivas ações institucionais.

Política pública não é sinônimo de política estatal. A palavra ‘pública’, que acompanha a palavra ‘política’, não tem identificação exclusiva com o Estado, mas sim com o que em latim se expressa com *res publica*, isto é, coisa de todos, e, por isso, algo que compromete simultaneamente, o Estado e a sociedade (PEREIRA, 2001, p. 7).

Corroborando o exposto, Batista e Barros (2017) realizaram uma pesquisa com gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde sobre a implantação da PNSIPN, em que os respondentes relataram que, para a PNSIPN dar certo, é necessário o

comprometimento de gestores e técnicos, a existência de efetiva coordenação da política e o apoio do movimento social à gestão. Da mesma forma, Bastos e Pitta (2016) afirmam que o alcance do público-alvo da PNSIPN depende tanto de estratégias do Estado quanto do nível de organização e pressão dos movimentos sociais e da sociedade pelos seus direitos.

Sendo assim, a avaliação da PNSIPN faz-se um elemento essencial para subsidiar as reivindicações por parte da sociedade e para que a instituição tenha um panorama de seus esforços e resultados alcançados. Entretanto, houve limitação, nesta pesquisa, para mensurar o nível de implementação da PNSIPN pela ausência de indicadores para todas as estratégias previstas no 3.º Plano Operativo.

Para auxiliar na avaliação da implementação da PNSIPN, no âmbito do MS, utilizou-se, também, a matriz SWOT, conforme o quadro 3, apresentado na página seguinte. Sua sigla significa em inglês *Strengths* (força), *Weaknesses* (fraqueza), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças).

O principal objetivo da análise SWOT é estabelecer estratégias para a manutenção dos pontos fortes e reduzir os pontos considerados como frágeis, aproveitando as oportunidades e protegendo-se das ameaças. A partir da identificação desses fatores, pode-se adotar estratégias que busquem a sobrevivência, a manutenção, o crescimento ou o desenvolvimento da organização ou da política. Além disso, essa ferramenta de avaliação permite uma visualização mais objetiva sobre os aspectos internos e externos à operacionalização da política (AZEVEDO e COSTA, 2001).

Quadro 3 - Matriz SWOT da implementação da PNSIPN no âmbito do MS.

		Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
		FORÇAS	FRAQUEZAS
Perspectiva Interna		<p>Área estruturada dentro do MS para operacionalização da PNSIPN;</p> <p>Recurso orçamentário destinado às políticas de equidade, abarcando a PNSIPN;</p> <p>Realização de ações voltadas para a implementação da PNSIPN;</p> <p>Institucionalização de normativos para a operacionalização da PNSIPN.</p>	<p>Descontinuidade de projetos voltados para a capacitação de profissionais de saúde em parceria com instituições de ensino;</p> <p>Falta de monitoramento dos dados de saúde da população negra;</p> <p>Falta de sistematização de relatórios sobre a situação de saúde da população negra;</p> <p>Ausência de indicadores de saúde da população negra;</p> <p>Descontinuidade na elaboração de planos operativos para implementação da PNSIPN;</p> <p>Não cumprimento de todas as estratégias estabelecidas no III Plano Operativo;</p> <p>Metas estabelecidas no PNS não alcançadas;</p> <p>Baixa articulação com outras áreas técnicas do MS para a inclusão do recorte racial em projetos e ações;</p> <p>Ausência de ações específicas voltadas à redução da mortalidade materna entre negras e às violências letais de jovens negros;</p> <p>Descontinuidade dos comitês técnicos de saúde da população negra.</p>
		OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Perspectiva Externa		<p>Rede de parceiros para o apoio na implementação da PNSIPN, como, por exemplo, as instituições de ensino, os movimentos sociais e os conselhos;</p> <p>Redução nos índices de iniquidades raciais, no campo da saúde;</p> <p>Combate ao racismo e à discriminação racial nos serviços de saúde.</p>	<p>Contexto político;</p> <p>Altos índices das iniquidades em saúde da população negra;</p> <p>Política pouco difundida para a população;</p> <p>Falta de articulação com vistas ao fortalecimento do comprometimento por parte de gestores e técnicos responsáveis pela PNSIPN nos estados e municípios.</p>

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Contudo, por todas as ações mapeadas nesta pesquisa, percebe-se um esforço, por parte do MS, para implementação da PNSIPN. Ainda, pelos avanços conquistados ao longo

de seus quase 12 anos e por se tratar de uma política que reconhece o racismo como determinantes sociais, assinala-se a importância de sua continuidade, como já exposto, também, por Batista *et.al* (2020). Porém, constata-se que, pelos dados de saúde da população negra, será necessária a adoção de maior empenho no desenvolvimento de ações estratégicas que contribuam efetivamente para o alcance dos objetivos estabelecidos.

Por todo cenário exposto, seria utópico idealizar a plena efetiva operacionalização de uma política que tem, como marca, o reconhecimento e o combate a um problema estrutural na sociedade brasileira, que é o racismo. Desse modo, considera-se um longo caminho a percorrer. Na concepção de Kalckmann *et al.* (2007), essa é uma árdua tarefa, pois as políticas que visam à equidade racial são mais facilmente identificadas nos documentos e nas recomendações do que por meio de ações práticas.

Esse ciclo necessita e deve ser quebrado, por isso, faz-se necessário o emprego de medidas efetivas voltadas à minimização das iniquidades raciais da saúde. Sendo assim, sugerem-se as seguintes ações para o processo de implementação da PNSIPN:

1. Fortalecer o processo de articulação entre as áreas do MS, visando estabelecer agendas para a inserção da saúde da população negra em projetos e ações desenvolvidas pelas demais áreas;
2. Criar um grupo de trabalho com representantes de áreas do MS responsáveis por coordenar políticas em que a população negra carece de atenção, como, por exemplo, saúde da mulher, do adolescente e do jovem, doença falciforme, saúde mental, promoção da saúde, doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, saúde de pessoas privadas de liberdade, ciência e tecnologia, insumos estratégicos, dentre outras;
3. Realizar ações internas de educação voltadas ao corpo técnico do MS sobre saúde e racismo, como: oficinas, seminários e rodas de diálogos;
4. Fortalecer e promover a articulação intersetorial com vistas a estimular a convergência de ações para o combate ao racismo e aos seus efeitos na vida da população negra;
5. Estimular a denúncia de práticas de racismo e/ou discriminação racial nos serviços de saúde, utilizando-se dos canais de ouvidoria institucional;
6. Intensificar as campanhas contra o racismo no SUS;

7. Fortalecer os processos educativos, para os profissionais de saúde, acerca da importância do correto preenchimento do campo raça/cor, para o mapeamento de saúde e para o fortalecimento de ações e estratégias voltadas à população negra;
8. Monitorar, periodicamente, a qualidade da coleta dos dados e das informações de saúde desagregados por raça/cor;
9. Garantir que todos os dados publicados sobre a situação epidemiológica sejam apresentados de forma desagregada por raça/cor;
10. Incluir a temática Saúde da População Negra em congresso e eventos de saúde promovidos pela instituição;
11. Fazer um mapeamento dos cursos de saúde que não possuem o tema Saúde da População Negra em sua grade curricular, com vistas a propor uma articulação com as instituições de ensino identificadas para a inclusão;
12. Fomentar pesquisas acerca da situação de Saúde da População Negra;
13. Fomentar a criação de novos comitês de saúde da população negra, bem como zelar pela manutenção dos já existentes;
14. Planejar encontros periódicos entre os comitês de saúde da população negra;
15. Fortalecer as estratégias de articulação entre todas as esferas da gestão, bem como com os conselhos de saúde e a participação popular para o planejamento de ações voltadas à população negra;
16. Fazer um levantamento sobre a situação da implementação da PNSIPN nos estados;
17. Articular a inclusão das estratégias, dos objetivos e das diretrizes definidas para a redução das desigualdades raciais nos Planos Nacionais de Saúde;
18. Definir metas quantificáveis para implementação da PNSIPN;
19. Definir indicadores da situação de saúde da população negra;
20. Sistematizar relatórios anuais de monitoramento da implementação da PNSIPN;
e
21. Adotar mecanismos de avaliação como parte do processo de gestão.

Destarte, ressalta-se que, para uma política de equidade em saúde cumprir seu maior propósito, seus objetivos e suas diretrizes, devem estar intimamente alinhados à política do SUS e, conseqüentemente, as pactuações, estratégias e metas devem compor os Planos Nacionais de Saúde.

As sugestões aqui expressas buscam fornecer subsídios para a tomada de decisão, porém, caberá uma análise mais apurada, por parte dos gestores da PNSIPN, a partir de todo o exposto na pesquisa, do contexto temporal e das demais informações que dispuserem para direcionarem as ações decisórias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral mapear e avaliar as ações desenvolvidas e apoiadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) para a implementação da PNSIPN, considerando as ações estratégicas previstas em seu 3.º Plano Operativo.

Os objetivos específicos foram essenciais para entender como o racismo opera nas condições de saúde da população negra, ratificar a iniquidade racial em saúde, por meio dos dados de saúde dessa população e entender a relevância da PNSIPN para a resolução das problemáticas raciais na saúde.

Embora todos os objetivos tenham sido alcançados, encontraram-se limitações na pesquisa, no que diz respeito da necessidade de construção de indicadores de saúde da população negra e a definição de metas quantificáveis como ferramentas primordiais para o monitoramento e para a avaliação da PNSIPN.

Por todo o exposto nesta pesquisa, indubitavelmente, o racismo estrutural é o cerne das iniquidades em todos os campos, em principal, no da saúde, já que este possui interface com outros campos sociais. A perspectiva histórica dos índices de mortalidade, seja materna, por violência letal autoprovocada ou não, seja devido aos acidentes graves de trabalho, dos índices de violência contra as populações em situação de rua e LGBT, dos agravos e do acesso aos serviços de saúde, apresenta consideráveis progressos. Entretanto, o progresso caminha em passos lentos e não é percebido, de forma homogênea, entre os grupos raciais, sendo ainda nítidas as iniquidades quando se trata da população negra. A letalidade pelo fator da cor da pele é a instância mais brutal de operacionalização do racismo, e existem várias formas para alcançá-la, seja por atos violentos, seja pela omissão ou ausência dos meios para a cura da doença, ou para a manutenção da saúde.

Um Estado responsável não deve estar associado ao conceito do biopoder, cunhado por Foucault (1999). Sendo assim, o Estado não pode abster-se da responsabilidade de criar mecanismos para o combate das causas e das consequências dessa problemática. Inegavelmente, a PNSIPN representa um compromisso do Estado com o propósito de minimizar as iniquidades no âmbito da saúde e um avanço no campo das políticas públicas afirmativas.

Embora existam diversos conceitos de políticas públicas, guardam, entre si, estreita relação no que diz respeito ao direcionamento de ações voltadas para responder a um problema, no caso das políticas afirmativas, a centralidade desses problemas está em reduzir

as desigualdades, e isso torna-se um desafio. Quando as desigualdades são geradas pela cor da pele, então, o desafio é potencializado (JACCOUD, 2008).

A respeito disso, Carneiro (2011) expõe que as políticas afirmativas devem ser vistas como uma forma do país reconciliar-se com uma história de persistentes desigualdades, em que o mérito é um argumento utilizado para manter privilégios instituídos pelas clivagens raciais.

Em contraponto, Hofbauer (2006, p.10) afirma que alguns debatedores enxergam as políticas afirmativas como “um ataque perigoso contra a *maneira tradicional brasileira* de se relacionar com as *diferenças humanas* e temem que por meio delas poderiam ser instigados conflitos raciais abertos”. Decerto, a ocorrência desses “conflitos”, ainda que de forma velada, consiste em mais um entrave para o alcance da equidade racial, e o Estado não deve acatar discursos como esses, que visam negar os problemas estruturais causados pelo racismo.

Conforme sustenta Jaccoud (2008), o negacionismo dessa problemática constitui-se como elemento essencial para a manutenção das iniquidades. Dito de outra forma, o reconhecimento é o primeiro passo ao rumo da transformação.

Nesse sentido, a PNSIPN, além de reconhecer a existência do racismo institucional como determinante social das condições de saúde, reconhece as iniquidades raciais na saúde e a prática de atos discriminatórios nos serviços de saúde. Ademais, essa política compromete-se na busca pela promoção da saúde de forma integral e prioriza as ações voltadas à redução das iniquidades em saúde. Todos esses elementos são considerados essenciais para o enfrentamento dos problemas que permeiam as questões raciais, conforme apontado pela literatura.

Por todas as reflexões trazidas nesta pesquisa, pelos dados de saúde da população negra, pelos avanços realizados no campo da equidade da saúde e face à complexidade que gira em torno das questões raciais no Brasil, reafirma-se a relevância da PNSIPN tanto como um avanço para as políticas públicas quanto como uma ferramenta para a redução das iniquidades raciais em saúde.

Inegavelmente, a PNSIPN imprimiu avanços no campo das políticas afirmativas em saúde, como, por exemplo, a pactuação de estratégias para sua implementação definidas nos Planos Operativos e a publicação da Portaria MS nº 344/2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Ainda, seus objetivos mostram-se como um potente instrumento transformador do quadro de

iniquidades em saúde. Contudo, os dados de saúde levantados evidenciam que há um longo percurso a percorrer.

Tendo em vista as análises realizadas sobre as ações para implementação da PNSIPN, percebe-se que serão necessárias ações mais potentes, concretas, efetivas e direcionadas para a consecução das estratégias propostas e que alcancem, efetivamente, a população-alvo. Por ora, não se vislumbra outro meio a não ser pela implementação dessa política, para a redução das iniquidades raciais em saúde, para o combate ao racismo nos serviços de saúde, para o enfrentamento das doenças prevalentes na população negra e para a promoção da saúde de forma integral.

A esse respeito, Assis (2021, p.18) traz uma importante reflexão: as políticas públicas de saúde, no geral, buscam atender demandas de saúde da população, suas estratégias são voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, por quais razões os percursos escolhidos para se alcançar as condições ideais de saúde não sejam trilhados conforme as pactuações realizadas? “Ineficiência? Insignificância? Descontinuidade político-administrativa? Financiamento insuficiente ou ausente? Articulação interfederativa inadequada desde a elaboração até a implementação? Ou agregação de fatores diversos e simultâneos?”.

Com base nesta pesquisa, é possível inferir que múltiplos fatores interferem na consecução das metas planejadas para a operacionalização da PNSIPN no âmbito do MS. Nesse sentido, para estudos futuros, sugere-se a investigação dos principais fatores que interferem em sua execução nos estados e municípios, bem como a realização de estudos voltados para verificar o nível de implementação da PNSIPN nessas esferas de gestão.

As sugestões postas no decorrer da pesquisa poderão ser utilizadas como propulsoras para cumprir o propósito de implementar uma política tão necessária para uma população que sofre há muito tempo com todo o tipo de descaso, de descuidado, de ausências, de dificuldades, dentre outros infortúnios.

Por fim, é importante assinalar, novamente, que as universidades são aliadas estratégicas no combate ao racismo nos serviços de saúde e na redução das iniquidades raciais em saúde. Desse modo, sugere-se que a temática racial seja incluída nas salas de aulas, nos debates e nas pesquisas de forma sistemática, principalmente, nos cursos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADZIKA, V. A. *et al.* Socio-demographic characteristics and psychosocial consequences of sickle cell disease: the case of patients in a public hospital in Ghana. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 36, n. 1, p. 4, 2017.
- AGUIAR, A. *et al.* Covid-19 e as pessoas em situação de sem-abrigo: ninguém pode ser deixado para trás. **Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto**, 2020.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA SOBRINHO, E. F. de; NEGRAO, B. C.; ALMEIDA, H. G. Perfil epidemiológico de pacientes na fila de transplante penetrante de córnea no estado do Pará, Brasil. **Rev. Bras. Oftalmol.** Rio de Janeiro, v. 70, n. 6, p. 384-390, 2011.
- ALMEIDA, H. G.; SOUZA, A. C. D. de. Perfil epidemiológico de pacientes na fila de transplante de córnea no estado de Pernambuco - Brasil. **Rev. Bras. oftalmol.** Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 28-32, 2014.
- ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALMEIDA, T. M. C de; BRASIL, K. T; Viana, D. M; LISNIEWSKI, S; GANEM, V. A passos largos: meninas da periferia rumo à universidade e seus dilemas psicossociais. **Revista Sociedade e Estado**, v. 35, n. 1, 2020.
- ANDRADE, F. C. B de. A diferença é a cor: o racismo como código mito-simbólico a serviço do recalque em “Quarto de despejo”. *In*: BELO, F. (org). **Psicanálise e racismo: interpretações a partir de Quarto de Despejo**. Belo Horizonte: Relicário, 2018.
- ASSIS, E. da C. **A Parceria Interfederativa no Processo de Implementação de Políticas Públicas Nacionais na Área de Saúde: desafios e expectativas de uma governança integrada dos entes federados**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, 2021.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, M. C.; COSTA, H. G. Métodos para Avaliação da Postura Estratégica. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2001.
- BANDEIRA, L; ALMEIDA, T. M. C. de. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **Serviço Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 183-212, 2008.
- BARATA, R. B. *et al.* (orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, M. I. da S. **Racismo e saúde**. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Persona, 1977.

BASTOS, E. S. M; PITTA, A. M. F. A Política de Saúde Integral da População Negra no Município de Salvador. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 236, 2016.

BATISTA, L. E; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Sup 1:e00090516, 2017.

BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (orgs.). **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BATISTA, L. E *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, e190151, 2020.

BENEDITO, M. de S. **A relação entre psicologia e racismo: As heranças da clínica psicológica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BENTO, T. C. **Concepções de mulheres negras sobre autocuidado em saúde reprodutiva**. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, Santos, 2019.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei. n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 91, de 23 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, 24 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, 13 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, 24 maio 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da População: Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, v. VII, 2016b.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **SEPPIR - PROMOVENDO A IGUALDADE RACIAL: Para Um Brasil Sem Racismo**. 1. ed. Brasília, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 16, de 30 de março 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 30 mar. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, v. 2, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n° 14, jun. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. “**Perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Secretaria Nacional de Atenção Primária**” (Apresentação de slides). São Paulo, 2019c. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/05/APRESENTAC%CC%A7A%CC%83O-DAGEP-para-SP-2019_Atual_18_maio.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n.º 20. Vol. 51, maio, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Informativa**: demanda de Acesso a Lei de Informação nº 3782634, out. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Brasília, 2020c.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O. de; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr. 2018.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. Avan.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003.

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CASTRO, C. de M. **A prática da pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>. Acesso em: 23 abr. 2020.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COLOMBY, R. K.; SALVAGNI, J.; CHERON, C. **A Covid-19 em múltiplas perspectivas**. 1. ed. - Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171, jan. 2002.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: Escolhendo Entre Cinco Abordagens. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Tradução Magda França Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

- CRUZ, G. K. P. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes transplantados com córneas em um serviço de referência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017.
- CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**, n. 12, p. 27-57, 2018.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Coleção Estudos brasileiros, v. 96.
- CUNHA, G. de P. da. **Saúde da População Negra**. 2. ed. Brasília, 2012. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates.
- CUNHA, J. P. P. da; CUNHA, R. E. da. **Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, set. 2018.
- DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
- DOMINGUES, P. M. L. *et al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-292, 2013.
- ESPERON, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170027, 2017.
- FANON, F. **Excerto do livro Alienação e liberdade escritos psiquiátricos: Capítulo 2 da parte 3 – Encontro entre a sociedade e a psiquiatria (1959-60)**. Ubu Editora, 2020.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FARIAS, T. **Carolina: uma biografia**. Rio de Janeiro: Malê, 2018.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.
- FREIRE COSTA, J. Da cor ao corpo: a violência do racismo. **Violência e Psicanálise**, Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREITAS-JUNIOR, R. A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020.

GARCIA, A. P. V. **Análise da desigualdade racial entre negros e brancos no cuidado da hipertensão arterial sistêmica no município de Campinas em 2008 e 2009.**

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde:** uma perspectiva interseccional. Tese (Doutorado Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. **Psicol. Estud.** Maringá, v. 24, e42738, 2019.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. **Novos Estudos**, n. 54, 1999.

HASENLBAG, C. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil.** 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

HEIDEMANN, F. G; SALM, J. F. **Políticas públicas e desenvolvimento:** bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009.

HOFBAUER, A. Ações afirmativas e o debate sobre racismo no Brasil. **Lua Nova**, n. 68, p. 9-56, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018:** análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019:** atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Vulnerabilidade Social**: primeiros resultados do índice de vulnerabilidade social para a série histórica da PNAD (2011-2015) e desagregações por sexo, cor e situação de domicílio. Brasília: IPEA, 2015.

JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**: uma análise dos últimos 20 anos. Brasília: IPEA, 2009.

JACCOUD, L.; GUERREIRO, R.; SOARES, O. S. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.

JANUZZI, P. de M. Avaliação de Programas Sociais no Brasil: Repensando Práticas e Metodologias das Pesquisas Avaliativas. **Planejamento e políticas públicas**, n. 36, 2011a.

JANUZZI, P. de M. Monitoramento Analítico como Ferramenta para Aprimoramento da Gestão de Programas Sociais. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 1. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2011b.

JESUS C. M. **Quarto de despejo**: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Ática; 2014b.

JESUS, C. M. **Diário de Bitita**. São Paulo: Sesi, 2014a.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade** v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Sup 1:e00078816, 2017.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005.

LEMOS, F. C. S. *et al.* O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 164-176, São João del Rei, 2017.

LIMA, D. B. de J. **As contribuições de Carolina Maria de Jesus para a formação do profissional de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LINO, R. R. G. *et al.* Tendência da incompletude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do Rio de Janeiro, 1999-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2:e2018131, 2019.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40., p. 121-134, 2012.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 133, p. 463-479, dez. 2018.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 207-218, 2008.

MARCONDES, M. M. *et al.* **Dossiê mulheres negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: Ipea, 2013.

MARINHO, A; CARDOSO, S. S; ALMEIDA, V. V. Desigualdades por sexo e por raça e o direito aos transplantes de órgão no Brasil. **RDisan**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 38 – 54, jun. 2012.

MARINHO, A. C. da N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 732-738, set. 2010.

MASSIGNAM, F. M., BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2015, v. 24, n. 3, p. 541-544.

MENEZES, A. S. de O. da P *et al.* Qualidade de vida em portadores de doença falciforme. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 1, p. 24-29, mar. 2013.

MILAM, Adam J. *et al.* Are clinicians contributing to excess African American COVID-19 deaths? unbeknownst to them, they may be. **Health Equity**, v. 4, n. 1, p. 139-141, 2020.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MOLINA, K. M; JAMES, D. Discrimination, internalized racism, and depression: A comparative study of African American and Afro-Caribbean adults in the US. **Group Processes & Intergroup Relations**, v.19, n.4, 439-461, 2016.

MONAGREDA, J. A raça na construção de uma identidade política: alguns conceitos preliminares. **Mediações**, v. 22, n. 2, p. 366-393, 2017.

MORAES, M. da C. S. **Atendimento às mulheres em situação de violência**: uma questão de gênero e raça/cor na saúde. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2016.

MUNANGA, K. Diversidade, etnicidade, identidade e cidadania. **Movimento - revista de educação**, n. 12, dez. 2013.

MUNANGA, K. **O racismo e o negro no Brasil**: questões para psicanálise. 1 ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

NAZROO, J. Y; BHUI, K. S; RHODES, J. Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, n. 2, p. 262-276, 2020.

NEVES, P. S. da C. Luta Anti-Racista: entre reconhecimento e redistribuição. **Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 81-96, 2005.

NUNES, N. R. A.; SOUSA, P. C. S. Para Ficar em Casa é Preciso ter Casa: desafios para as mulheres em situação de rua em tempos de pandemia. **Rev. Augustus**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 97-112, 2020.

NUNES, S. da S. Racismo Contra Negros: sutileza e persistência. **Psicologia Política**, v.14, n.29, 101-121, 2014.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra**: Uma Questão de Equidade. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. (OMS/WHO), 1946/2000. Disponível em:
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

PACHECO, V. C. *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 125-137, 2018.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

PEREIRA, P. A. P. Sobre política de assistência social no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S. (org.) **Política Social e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, UERJ, 2001.

PIMENTA, T. S. Entre Sangradores e Doutores: Práticas e formação médica na primeira metade do XIX. **Cad Cedes**, Campinas, v. 23, n. 59, p. 91-102, abr. 2003.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Rev. bras. epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 23, e200006, supl. 1, 2020.

PINTO, E. A.; SOUZASR. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1144-1145, 2002.

QUIJANO, A. “¡Qué tal raza!” em **Familia y cambio social**. Lima: CECOSAM, 1999.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RIOS, R. R.; SILVA, R. da. Discriminação múltipla e discriminação interseccional: aportes do feminismo negro e do direito da antidiscriminação. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 16, p. 11-37, abr, 2015.

RISCADO, J. L. de S.; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, Â. M. B. B. de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, dez. 2010.

RODRIGUES, N. **As coletividades anormais**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2006.

ROMERO, D.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 701-714, mar. 2007.

ROSA, L. G. F. *et al.* Percepções e ações dos enfermeiros em relação ao racismo institucional na saúde pública. **Rev. Enferm. da UFSM**, v. 9, e. 8, p. 1-19, 2019.

ROSA, P. L. F. S. **Desenvolvimento e validação do instrumento Percepção sobre Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde (DRISS)**. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface Comunicação e Saúde**, v. 22, n. 66, p. 903-914, 2017.

SALAZAR-VARGAS, C. Las políticas públicas. **Serie Colección Profesores**, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, 1995.

SANTOS, D. de S. *et al.* Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases** [online], p. 1-8, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SANTOS, I. A. A. dos. **Direitos humanos e as práticas de racismo: o que faremos com os brancos racistas?** 2009. 498 f. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, L. P. *et.al.* Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, set. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SCHWARCZ, L. M.. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. Companhia das Letras, 2019.

SEGATO, R. L. O Édipo brasileiro: a dupla negação de gênero e raça. *In*: STEVENS, C. (org.). **Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

SILVA, M. J. G. da; LIMA, F. S. da S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 109-120, dez. 2010.

SILVA, N. N. da *et al.* Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 73, n. 4, e20180834, 2020.

SILVÉRIO, V. R. Ação Afirmativa e o Combate ao Racismo Institucional no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 219-146, 2002.

SIMÕES, A. A. Avaliação de Políticas Públicas: tipologias e técnicas de análise. Brasília: ENAP, 2019.

SOARES, L. S. da S. *et al.* Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, 2020.

SOUTO, K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 49-62, 2016.

SOUZA, R. R. de. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 765-770, dez. 2007.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TAVARES, J. S. C. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, Bahia, 2017.

TAVARES, J. S. C.; KURATANI, S. M. de A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 39, 2019.

THEODORO, M. As Mudanças Sociais Mais Recentes e a Questão Racial. *In*: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; FUNDAÇÃO FRIEDRIC EBERT (orgs.) **Classes? Que Classes?** Ciclo de Debates sobre Classes Sociais. p. 163-172, São Paulo, 2013.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, jun. 2008.

UNGLERT, C. V. de S. O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, 1990.

VARGA, I. van D.; CARDOSO, R. L. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 664-671, set. 2016.

VARGAS, A. **Notas sobre el Estado y las Políticas Públicas**. Bogotá: Almudena, 1999.

VARGAS, M. A. de O.; MANCIA, J. R. A importância e seriedade do pesquisador ao apontar as limitações do estudo. **Rev. Bras. Enfer.** Brasília, v. 72, n. 4, p. 832-833, ago. 2019.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez. 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIGNOLI, J. R. **Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes**. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2001.

WERNECK, J.. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 533-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

WU, X. *et al.* **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Tradução Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014.

YOSHINO, C. A. **Conceito e prática de equidade em saúde: uma revisão sistemática**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2018.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 241-273, 2015.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Prezado (a) Coordenador (a) de Garantia da Equidade, do Ministério da Saúde,

Este instrumento de pesquisa de mestrado tem como objetivo mapear as ações desenvolvidas ou apoiadas pelo Ministério da Saúde para a operacionalização da PNSIPN, no período de 2017 a 2020, conforme as estratégias definidas pelo III Plano Operativo da PNSIPN. Para tanto, solicitamos sua gentileza em respondê-la e, desde já, agradecemos à sua disposição e colaboração para esta pesquisa.

As questões norteadoras desse instrumento de pesquisa foram organizadas por eixos estratégicos do III Plano Operativo da PNSIPN, conforme abaixo:

1. Eixo Acesso

- 1.1. Elenque as ações desenvolvidas e seus respectivos anos (2017 a 2019), para a ampliação do acesso da população negra às Redes de Atenção à Saúde.
- 1.2. Houve a execução de estratégias específicas para as comunidades tradicionais (quilombolas e terreiro) voltadas para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva as estratégias.
- 1.3. Houve a execução de estratégias para a redução da mortalidade materna de mulheres negras, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva as estratégias.
- 1.4. Houve o desenvolvimento de ações voltadas para o apoio da implantação da linha de cuidado em doença falciforme, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva as ações.

2. Eixo Promoção e Vigilância em Saúde

- 2.1. No campo da promoção e vigilância em saúde, descreva as ações que foram desenvolvidas, no período de 2017 a 2019, se houver.
- 2.2. Houve a articulação setorial e intersetorial com vistas ao planejamento de ações estratégicas voltadas para juventude negra, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva-a.
- 2.3. Houve ações voltadas para atenção à saúde mental da população negra, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva-as.

3. Eixo Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra

- 3.1. Foram ofertadas ações de desenvolvimento para os profissionais de saúde, na temática saúde da população negra, no período de 2017 a 2019? Se sim, elenque-as e especifique o total de profissionais participantes.
- 3.2. Foram realizadas articulações com outras áreas do Ministério da Saúde com a finalidade de inclusão da temática “saúde da população negra” nas capacitações desenvolvidas, no período de 2017 a 2019? Se sim, elenque as estratégias para de articulação e quais os resultados oriundos dessas estratégias.
- 3.3. Foram elaborados materiais educativos ou informativos, como vídeo, cartilha, livro, boletins, dentre outros, com a temática saúde da população negra, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva o título, quantidade e, se possível, indique o link de acesso.
- 3.4. Foram realizadas pesquisas voltadas para a saúde da população negra, no período de 2017 a 2019? Se sim, descreva o tema e o objeto da pesquisa.

4. Eixo Fortalecimento da participação e do controle social

- 4.1. Foram adotadas estratégias para o fortalecimento da participação e do controle social da população negra? Se sim, descreva-as.
- 4.2. O Ministério da Saúde ainda dispõe ativamente de comitê técnico de saúde integral da população negra? Se sim, qual a periodicidade dos encontros?

5. Eixo Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra

- 5.1. Atualmente quantos sistemas de informação do SUS utilizam campo raça/cor?
- 5.2. Existe um levantamento sistemático do índice de completude dos sistemas de informação de saúde, do campo raça/cor? Se sim, descreva como é realizado esse monitoramento.
- 5.3. Quais são os instrumentos ou estratégias utilizadas para o monitoramento e avaliação da PNSPIN?
- 5.4. Quais são os indicadores utilizados para o acompanhamento da saúde da população negra?
- 5.5. São elaborados relatórios anuais acerca da situação de saúde da população negra no Brasil? Se sim, aonde eles são disponibilizados e como é realizada a sua divulgação?

Agradeço as suas respostas, pois elas serão determinantes para esta pesquisa. Caso desejar conhecer os resultados dessa pesquisa, quando publicados, poderá solicitar por meio do e-mail: priscila.smtokio@gmail.com.

Atenciosamente,
Priscila de Oliveira

APÊNDICE B – Relatório Técnico

Priscila de Oliveira

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA ANÁLISE DAS AÇÕES E PERSPECTIVAS PARA O ALCANCE DA EQUIDADE NO SUS Relatório Técnico

PALMAS – TO
2021
Priscila de Oliveira

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
ANÁLISE DAS AÇÕES E PERSPECTIVAS PARA O ALCANCE DA EQUIDADE NO SUS

Relatório Técnico elaborado a partir da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins.

Orientador: Prof. Dr. Héber Rogério Grácio

PALMAS – TO
2021

APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta os resultados e recomendações decorrentes da dissertação de mestrado intitulada Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: avaliação das ações e perspectivas para o alcance da equidade no SUS apresentada ao Programa de

Pós-Graduação *stricto sensu* em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins.

O objetivo geral da dissertação em comento foi mapear e avaliar as ações desenvolvidas e apoiadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) para a implementação da PNSIPN, considerando as ações estratégicas previstas em seu 3.º Plano Operativo. Teve ainda como objetivos específicos entender como o racismo opera nas condições de saúde da população negra, ratificar a iniquidade racial em saúde, por meio dos dados de saúde dessa população e entender a relevância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para a resolução das problemáticas raciais na saúde.

A PNSIPN foi institucionalizada pelo MS por meio da Portaria N° 992/2009 com o propósito de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde. Essa política é coordenada pela Coordenação de Garantia da Equidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, essa área é responsável por fomentar a implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, de forma a acolher e articular as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde, para a superação de desigualdades e vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2020c).

As informações apresentadas neste relatório poderão contribuir com os gestores de saúde para a implementação da PNSIPN.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, no Brasil, a população negra apresenta indicadores sociais inferiores quando comparados aos da população branca. Os resultados são frutos de um somatório de elementos estruturantes da sociedade brasileira que colocam os negros em desvantagem social, seja no acesso desigual a bens e serviços, seja nas dificuldades ampliadas ou, até mesmo, sob a negação ao acesso de seus direitos garantidos por lei (BRASIL, 2016b; CARNEIRO, 2011; SCHWARCZ, 2019).

Em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram em negras, no período de 2008 a 2019, 60,5% dos casos notificados de sífilis em gestantes também eram em negras; os índices também são alarmantes em relação à violência letal na população negra, sendo os homens 75,7%, e as mulheres, 68% das vítimas de homicídios no ano de 2018. Os adolescentes negros também são as principais vítimas de suicídio, apresentando um índice de risco de 67% maior de suicídio do que entre os adolescentes brancos (BRASIL, 2018b, 2019, 2020; IPEA, 2020). A situação inverte quando o assunto é o acesso aos serviços de saúde, em 2019, 47,9% dos transplantes de órgãos foram realizados em pessoas que se identificaram como brancas, 30,7% como negras, 1,07% como indígenas e amarelas, e 20% não identificadas (BRASIL, 2020b).

Santos e Andrade (2011) apontam que o Estado deve ser o promotor da saúde, adotando políticas sociais e econômicas que evitem o risco da doença, no entendimento de que o processo saúde-doença não é resultado apenas de condições biológicas, mas que fatores ambientais, sociais e econômicos incidem nesse resultado.

Com o intuito de reduzir a problemática exposta, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN. Há de se mencionar que essa Política nasceu após uma longa jornada de reivindicações e pressão por parte do movimento negro em busca de soluções para o contexto de vulnerabilidades e iniquidades em saúde vivido pela população negra.

Dessa forma, a PNSIPN veio com o propósito de “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”, conforme expresso na Seção 2 do Capítulo II do Anexo que acompanha a Portaria MS nº 992/2009 (BRASIL, 2009).

Seus princípios gerais estão ancorados nos “direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, “nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa

humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade” (BRASIL, 2009). Estão, ainda, alinhados ao objetivo fundamental da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que busca promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, Art. 3º, inciso IV; Art. 194).

A PNSIPN tem como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnicoraciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde” (BRASIL, 2009, Anexo, Capítulo I, Seção 2). O reconhecimento do racismo como um determinante social que impacta negativamente na vida da população negra é o primeiro passo em rumo de uma mudança. Em consonância ao exposto, Neves (2005) aborda que, no campo das políticas públicas, o reconhecimento do racismo torna-se peça fundamental no combate às desigualdades étnico-raciais, ao racismo institucional e às injustiças sociais.

A proposta da PNSIPN não traz inovações, nem tampouco se caracteriza como uma política que visa excluir outros grupos populacionais, pelo contrário, seu propósito é reafirmar que a população negra também tenha a garantia de atendimento igual e humanizado nos serviços de saúde. Todos os seus princípios estão alinhados às diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sem dúvidas, a criação do SUS, em 1988, além de representar um avanço no campo das políticas públicas, pode ser entendida como uma conquista social importantíssima, uma vez que garante o direito à saúde de toda a população. Contudo, para que o acesso universal e igualitário realmente saia do papel e se concretize, é necessário mecanismos que promovam a equidade em saúde, pelas informações de saúde disponíveis, visualiza-se que a equidade racial em saúde é o ponto que precisará de mais esforço para se alcançar.

Deste modo, surgiu a necessidade de se realizar uma pesquisa para mapear e avaliar se as ações estratégicas previstas no 3.º Plano Operativo da PNSIPN, que compreendeu o período de 2017 a 2019, foram desenvolvidas ou apoiadas pelo MS.

Para a realização do mapeamento das ações utilizou-se relatórios de gestão e documentos internos do MS dos anos de 2017 a 2019, além da aplicação de uma entrevista semiestruturada enviada à Coordenação responsável pela implementação da PNSIPN no MS, por meio do Módulo Acesso à Informação integrado à Plataforma Fala.BR, no dia 3 de fevereiro de 2021.

2. RESULTADOS

Conforme aponta a literatura ratifica-se a importância do processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas, principalmente, no que concerne a trazer visibilidade aos problemas de caráter social enfrentados por meio do diagnóstico realizado (AGUILAR E ANDER-EGG, 1994).

Creswell (2014) traz a reflexão de que o conhecimento gerado por meio dos diagnósticos tem, como finalidade, ajudar as pessoas a melhorarem a sociedade, de forma que haja ações que possam modificar a vida do grupo estudado. Nesse sentido, reafirma-se a imprescindibilidade do emprego de ações voltadas para a saúde da população negra, assim o monitoramento e a avaliação da implementação da PNSIPN são ferramentas aliadas na busca pelo alcance da equidade em saúde.

Werneck (2016) propõe que, para o alcance da equidade, é necessário conhecer a situação de saúde da população; conhecer a PNSIPN e seu Plano Operativo; analisar as informações; planejar as ações; e monitorar e avaliar o processo de implementação da política. Com base na proposta de Simões (2019), algumas perguntas podem ser feitas para nortear o processo de monitoramento e avaliação de uma política pública, tais como: A implementação segue a estratégia prevista? As estratégias propostas estão sendo aplicadas? As ações desenvolvidas estão alcançando o público-alvo? Há problemas de focalização da política? Os recursos são aplicados como previstos? Há eficiência nessa aplicação? As metas estão sendo cumpridas? Há desperdícios?

Desse modo, foi realizado, como parte do processo de monitorar e avaliar, o mapeamento das ações realizadas pelo MS para implementação da PNSIPN, com intuito de verificar se a execução da PNSIPN está ocorrendo conforme preconizado em seus normativos e se as ações desenvolvidas ou apoiadas pelo MS correspondem ao que foi planejado no Plano Operativos.

Dessa forma, no quadro 1, foram elencadas as ações estratégicas planejadas para a implementação da PNSIPN, considerando cada eixo estratégico do 3.º Plano Operativo da PNSIPN, que compreendeu o período de 2017 a 2019, e as ações efetivamente desenvolvidas pelo MS. As informações coletadas sobre o desenvolvimento das ações foram extraídas dos Relatórios de Gestão do MS, dos anos de 2017, 2018 e 2019, e da entrevista realizada com o coordenador responsável pela PNSIPN no MS.

Optou-se pela análise desse período por retratar o plano estratégico formalizado mais recente. Essa decisão foi pautada na literatura, a qual traz que o avaliador não deve trabalhar com períodos muito antigos, pois pode retratar um cenário muito diferente do qual atualmente a política está sendo executada, além de tornar a avaliação com base em pesquisa documental mais complexa idealmente. Dessa forma, no caso das políticas continuadas, como a PNSIPN, deve-se selecionar períodos mais recentes, em que há dados disponíveis da execução da política (BRASIL, 2018c).

Quadro 4 - Mapeamento das ações desenvolvidas pelo MS para operacionalização da PNSIPN, por eixo estratégico do 3º Plano Operativo. (Continua)

Eixo estratégico	Estratégia prevista	Ação Realizada		
		2017	2018	2019
Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde	Qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros)	Sem registro de ações realizadas	Classificação e identificação das demandas registradas por quilombolas no disque saúde, considerando as dificuldades no acesso a serviços de saúde por parte dessa população	Classificação e identificação das demandas registradas por quilombolas no disque saúde, considerando as dificuldades no acesso a serviços de saúde por parte dessa população
	Fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e as ações de enfrentamento ao racismo institucional	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas
	Fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme e sua inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Oficina Técnica de Médicos com foco nas doenças prevalentes na População Negra	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas
Promoção e Vigilância em Saúde	Incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra	Sem registro de ações realizadas	Articulação de agendas para a promoção da saúde em comunidades quilombolas	Articulação de agendas para a promoção da saúde em comunidades quilombolas
Educação Permanente em Saúde e Produção do	Fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente dos	Publicado o volume N.º 48 do Boletim Epidemiológico	Oficina de apresentação da PNSIPN no curso de Saúde Coletiva	Sem registro de ações realizadas

Conhecimento em Saúde da População Negra	trabalhadores/profissionais de saúde do SUS		<p>da Universidade de Brasília (UnB), Campus Ceilândia;</p> <p>Celebração de Termo de Execução Descentralizada com a UNB para o Projeto de Capacitação para Profissionais da Saúde envolvidos com População de Rua, com foco na População Negra;</p> <p>Elaboração e lançamento virtual da Cartilha “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros – 2012 a 2016”</p> <p>Lançamento do “Vigitel Brasil 2018 População Negra”;</p>	
	Estimular o preenchimento do campo raça/cor, nos formulários de saúde, pelos profissionais de saúde	Produção de 2 (dois) vídeos para o preenchimento do quesito raça/cor	Lançamento do Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia	
Fortalecimento da Participação e do Controle Social	Fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS) e nas Mesas de Negociação Permanente existentes nas esferas estadual, municipal e/ou regional	Sem registro de ações realizadas	Fomento à realização de oficinas técnicas de saúde da população negra, por meio do diálogo com gestores de saúde e de promoção da igualdade racial das duas esferas, movimentos sociais e entidades parceiras	<p>Fomento à realização de oficinas técnicas de saúde da população negra, por meio do diálogo com gestores de saúde e de promoção da igualdade racial das duas esferas, movimentos sociais e entidades parceiras;</p> <p>Apresentação do Tema: “Os impactos do Racismo na Saúde</p>

				da População Negra: Formação para a desconstrução dos Determinantes Sociais em Saúde” na 311ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde
	Estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde	<p>Realização do Encontro Nacional dos Comitês de Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde;</p> <p>Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 1.503 participantes;</p> <p>Pactuação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS para a reformulação do Módulo de educação a distância “Saúde da População Negra”;</p> <p>Realização de reuniões internas para o alinhamento de ações que visam ao fortalecimento e à criação de novos comitês municipais e estaduais;</p> <p>Realização de reuniões internas para o alinhamento de ações para</p>	<p>Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 3.733 participantes;</p> <p>Representação nas Reuniões Ordinárias do CNPIR;</p> <p>Participação na elaboração do 2º Plano Nacional de Políticas para os Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Povos de Terreiros, promovido pela SEPPIR</p>	Oferta de cursos na temática de saúde integral da população negra, com 3.054 participantes

		<p>visitas técnicas nos territórios e articulações com os gestores e movimentos locais;</p> <p>Oficina de Políticas de Equidade em Saúde com as Corporações dos Corpos de Bombeiros Militares;</p> <p>Lançamento da Campanha Nacional de Saúde Integral da População Negra, intitulada como “O SUS está de Braços Abertos para a Saúde da População Negra”;</p> <p>Impressão da 3ª edição da cartilha “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS”;</p> <p>Impressão de quatro tipos de cartazes e folder;</p> <p>Impressão do “Manual de Orientações para a implementação da PNSIPN”</p>		
Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra	Incluir o quesito raça/cor na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS	Publicação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que trata da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos	Sem registro de ações realizadas	Sem registro de ações realizadas

		formulários dos sistemas de informação em saúde		
	Qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor	Sem registro de ações realizadas	Elaboração das fichas de qualificação dos primeiros indicadores a serem inseridos no Painel de Indicadores da População Negra, 2012-2016; Construção do Painel com a inserção do primeiro indicador da População Negra, 2012-2016, referente à mortalidade por homicídio	Sem registro de ações realizadas

Fontes: 3.º Plano Operativo (BRASIL, 2017b), Relatórios de Gestão do MS, anos 2017, 2018 e 2019, e entrevista realizada com o coordenador da área técnica responsável pela PNSIPN no MS (adaptado).

Para o eixo estratégico “acesso da população negra às Redes de Atenção à Saúde”, foram previstas três estratégias impulsionadoras para a implementação da PNSIPN. No ano de 2017, foi realizada uma Oficina Técnica de Médicos com foco nas doenças prevalentes na População Negra, o que pode considerar-se como uma ação voltada para o fortalecimento e apoio à implantação da linha de cuidado em doença falciforme, uma vez que essa doença é prevalente na população negra.

Já nos anos de 2018 e 2019, foram desenvolvidas duas ações (uma em cada ano) com vistas à estratégia de “qualificação e fortalecimento do acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde”. Com relação à estratégia de “fortalecimento e articulação de ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional”, não houve a adoção de nenhuma ação no período.

Não há a pretensão de fazer juízo de valor das ações desenvolvidas, contudo, há de se observar que, para a garantia do acesso à saúde da população negra, principalmente das

comunidades tradicionais, é necessária a execução de ações mais arraigadas e articuladas com outras áreas do MS.

Como visto no decorrer desta pesquisa, o acesso da população negra aos serviços de saúde ainda se coloca como um grande entrave para o cuidado à saúde. Embora a ação de classificar e identificar as demandas de saúde de comunidades quilombolas seja uma importante estratégia, somente isso não garante diminuir as barreiras de acesso à saúde dessa população. É necessário que, além de classificar e identificar, sejam empregadas efetivas ações para o atendimento dessas demandas de saúde. Dessa forma, das ações desenvolvidas para esse eixo estratégico, não se vislumbra significativo impacto na vida da população-alvo.

Cardoso, Melo e Freitas (2018) apontam que, para melhorar a questão do acesso à saúde por parte da população negra, principalmente das comunidades quilombolas, é necessário que os serviços de saúde façam uma adequação de seus processos de trabalhos, empregando estratégias de educação permanente e promoção da saúde, com foco no suprimento das reais necessidades dessa população. Os autores, ainda, afirmam que é imprescindível o emprego de ações com vistas à redução das desigualdades raciais, bem como a efetivação das políticas públicas vigentes.

Outro ponto de atenção diz respeito a não adoção de ações para o enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras e violência obstétrica, como já visto nesta pesquisa, em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram em negras.

No que tange ao eixo de “Promoção e Vigilância em Saúde”, embora tenha sido mencionada, na entrevista, a realização de ações voltadas para a juventude, como, por exemplo, elaboração do Boletim Saúde Adolescente e Jovem, curso em fase de elaboração “Juventudes e Participação Social” e representações nos Comitês Nacional de Prevenção do Suicídio, Gestor do Plano Juventude Viva, na Comissão Intersetorial da Política da Juventude e no Conselho Nacional da Juventude, não houve o relato de ações específicas para a promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra. Diante disso, há de se relembrar que a maior taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens está entre os negros, além do maior percentual de mortes por causas externas.

Em 2018 e 2019, foram articuladas agendas com pautas de promoção da saúde em comunidades quilombolas, porém não há registro sobre ações efetivas ou resultados oriundos dessas agendas nos documentos pesquisados e nem no relato da entrevista.

Quando questionada sobre as ações realizadas para atenção à saúde mental da população negra, no período de 2017 a 2019, a área técnica informou que houve um aumento nos atendimentos no SUS e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de 1,4 % e 5,6% respectivamente, conforme as tabelas 6 e 7. Entretanto, não houve menção a respeito das ações realizadas, dessa forma pode-se ter algumas interpretações sobre as causas dos aumentos mencionados nos atendimentos, entre elas: aumento espontâneo de atendimentos; melhoria no percentual de preenchimento do campo raça/cor; maior número de pessoas se autodeclarando como negras; ações focalizadas neste grupo específico, mas não registradas ou mencionadas; dentre outras.

Tabela 9 - Atendimentos em saúde mental no SUS, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.

Raça/Cor	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Branca	4.751.330	31,6	5.199.964	30,3	5.919.352	30,1
Negra	4.766.184	31,7	5.683.063	32,5	6.509.532	33,1
Amarela	582.007	3,9	860.169	5,0	1.081.750	5,5
Indígena	3.106	0,1	6.110	0,1	7.799	0,1
Sem informação	4.948.920	32,7	5.493.691	32,1	6.139.813	31,2
Total	15.051.547	100,0	17.142.997	100,0	19.658.246	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial. Dados obtidos em entrevista com área técnica.

Tabela 10 - Atendimentos em saúde mental nos CAPS, por raça/cor, no período de 2017 a 2019.

Raça/Cor	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Branca	33.864.041	18,0	41.124.468	20,1	58.466.209	26,6
Negra	27.868.137	14,8	32.756.607	15,8	44.913.719	20,4
Amarela	2.689.893	1,4	3.871.654	1,9	5.477.326	2,5
Indígena	24.925	0,1	31.239	0,1	44.953	0,1
Sem informação	123.578.310	65,7	127.291.442	62,1	110.637.839	50,4
Total	188.025.306	100,0	205.075.410	100,0	219.540.046	100,0

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial. Dados obtidos em entrevista com área técnica.

Com base nos dados apresentados acima, pode-se observar que, embora o campo sem informação apresente redução no percentual de não preenchimento nos anos que se seguem, ainda sim, traz um número expressivo, o que reafirma a necessidade de ações voltadas para a melhoria da qualidade das informações no quesito, raça/cor.

Em relação ao eixo “Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra”, em 2017, foram produzidos 2 (dois) vídeos voltados aos profissionais com foco no preenchimento do quesito raça/cor e foi publicado o volume n.º 48, do Boletim Epidemiológico, com informações sobre os indicadores de vigilância em saúde, por raça/cor. Em 2018, foi lançado o Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia no Distrito Federal. Ambas as ações tiveram o objetivo de alcançar a estratégia prevista de estimular o preenchimento do campo raça/cor, nos formulários de saúde, pelos profissionais de saúde.

Ainda em 2018, com vistas ao fortalecimento da inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente das equipes de atenção básica, dos trabalhadores e profissionais de saúde do SUS, foi realizada uma oficina de apresentação da PNSIPN no curso de Saúde Coletiva e a celebração de parceria para capacitação desses profissionais, na temática saúde da população em situação de rua, com foco na população negra. Ambas as ações foram realizadas em parceria com a Universidade de Brasília (UNB). Também, ocorreu a elaboração e o lançamento virtual da Cartilha “Óbitos por suicídios entre adolescentes e jovens negros – 2012 a 2016”. Em 2019, aconteceu um seminário de avaliação dos projetos de pesquisas voltados para a saúde da população negra, contemplados em uma chamada pública realizada em 2014.

No tocante ao “Fortalecimento da Participação e do Controle Social”, foi o eixo em que mais ações foram desenvolvidas nos três anos. No que diz respeito à estratégia de “fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e nas Mesas de Negociação Permanente, existentes nas esferas, estadual, municipal e/ou regional”, em 2018 e 2019, foram realizadas oficinas técnicas de saúde da população negra, com a participação de gestores da saúde, gestores de promoção da igualdade racial, de movimentos sociais e de entidades parceiras. Também em 2019, foi apresentado o tema “Os impactos do Racismo na Saúde da População Negra: Formação para a desconstrução dos Determinantes Sociais em Saúde” na 311.ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, da 16.ª Conferência Nacional de Saúde.

Com relação à estratégia “Estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde”, em 2017, houve a realização do Encontro Nacional dos Comitês de Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde, a realização de reuniões internas com o intuito de alinhar estratégias para o fortalecimento e criação de novos comitês técnicos de saúde da população negra, além de

da elaboração de estratégias para maior articulação com os gestores e movimentos locais. Entretanto, de acordo com a área técnica responsável pela PNSIPN, atualmente, o MS não dispõe mais de comitê técnico de saúde integral da população negra ativo.

Também, foram realizadas oficinas para as corporações de bombeiros militares, com intuito de sensibilizá-los sobre a importância das políticas de equidade, além da publicação e impressão de materiais com a temática saúde da população negra. Outra ação de praxe é a representação do MS em espaços que visam ao debate sobre questões voltadas para equidade racial, como as reuniões do CNPIR.

No período de 2017 a 2019, foram ofertados cursos voltados para qualificar a atuação técnico-política de lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS. No total, os cursos na temática saúde da população negra tiveram 8.290 participantes.

É importante mencionar que o número de participantes desses cursos corresponde a 12,15% do cumprimento da meta prevista no Plano Nacional de Saúde de 2016 - 2019 (PNS) de “Capacitar 68.215¹⁶ lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS” (BRASIL, 2016d, p. 80), conforme mostra o quadro 2, apresentado na página a seguir.

Observa-se que nenhuma das metas estabelecidas no PNS 2016 - 2019 foi alcançada. Em termos percentuais, a meta de “capacitar lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS” atingiu 79,3% de seu objetivo. Ela foi seguida da meta de implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social, que alcançou 50% do estabelecido; por último, a meta realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas alcançou 21% da proposta.

¹⁶ A meta inicialmente estabelecida no PNS foi “Capacitar 80.000 pessoas”, entretanto, em 2018, houve pedido de ajuste da meta, por dificuldades na execução orçamentária (SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO – SEI).

Quadro 5 - Resultados das metas¹⁷ previstas no PNS 2016 – 2019, referentes às políticas de equidade.

Metas PNS	Meta Física 2016		Meta Física 2017		Meta Física 2018		Meta Física 2019	
	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
Capacitar 68.215 lideranças, gestores e trabalhadores da saúde	20.000	12.848	35.000	26.138	50.000	43.266	68.215	54.108
Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade e social	5	6	10	3	5	1	10	0
Realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas	25	0	25	21	50	0	0	0

Fonte: Relatórios de Gestão do MS, anos 2017, 2018 e 2019.

Há de se mencionar que, de acordo com o relatório de gestão de 2019, existem algumas dificuldades no processo de planejamento de ações para o fomento de novos comitês de políticas de promoção de equidade junto às secretarias estaduais e municipais de saúde e aos conselhos, nacional, estaduais e municipais de saúde, o que pode justificar o não alcance da meta estabelecida no PNS. Outra questão apontada foi a dificuldade em estabelecer estratégias conjuntas entre esses atores para que objetivos e diretrizes das políticas de promoção de equidade sejam contemplados nos planos de saúde.

No que tange ao eixo de “Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra”, em 2017, houve uma importante ação: a publicação da Portaria MS n.º 344, que trata da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor, nos formulários dos sistemas de informação em saúde, que faz parte da estratégia de “incluir o quesito, raça/cor, na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS”. Tal ação caracteriza-se como um avanço na PNSIPN, na medida em que seu objetivo busca qualificar as informações sobre as demandas de saúde de um grupo específico para um planejamento de políticas públicas mais efetivo.

¹⁷ Os resultados anuais a partir de 2017 são apresentados de forma acumulativa.

Por meio de estudos quantitativos, é possível detectar, de maneira contundente, as iniquidades na saúde de uma determinada população. A coleta, o processamento e a análise dos dados por raça/cor, nos formulários de saúde, são potentes instrumentos de qualificação das informações em saúde, principalmente, para se evidenciar as vulnerabilidades específicas de cada grupo racial em saúde e, assim, fornecer subsídios ao planejamento de ações voltadas para redução das iniquidades.

No caso da população negra, a apresentação dos dados desagregados constitui-se como uma ferramenta essencial para evidenciar as iniquidades em saúde e, ainda, como elementos substanciais de denúncia e enfrentamento ao racismo institucional (MORAES, 2016).

No entanto, com base nos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), percebe-se a necessidade de aprimoramento na coleta do campo raça/cor, nos formulários de saúde, tendo em vista um expressivo percentual de incompletude em seu preenchimento, como mostra a tabela 8.

Tabela 11 - Número total de notificações realizadas, número total e percentual de notificações com preenchimento do campo raça/cor no Sinan, como ignorado ou em branco, no Brasil, no período de 2001 a 2018.

Ano	Brasil		
	Total de notificações	Ignorados/Branco	
		Total (n)	Percentual
2001	137.473	118.715	86,4
2002	148.460	83.594	56,3
2003	155.014	42.332	27,3
2004	152.060	31.885	21,0
2005	150.499	30.089	20,0
2006	149.754	25.991	17,4
2007	2.134.292	401.758	18,8
2008	2.270.184	595.553	26,2
2009	2.001.944	386.940	19,3
2010	2.947.510	672.621	22,8
2011	2.859.910	703.406	24,6
2012	2.969.043	715.999	24,1
2013	6.087.455	1.684.443	27,7
2014	2.984.614	655.876	22,0
2015	4.525.386	1.274.873	28,2
2016	4.857.192	1.447.570	29,8
2017	3.097.778	498.892	16,1
2018	2.954.601	420.110	14,2
Total	40.583.169	9.790.647	24,1

Fonte: Sinan-Net. Base disponível em: 30/01/2019.

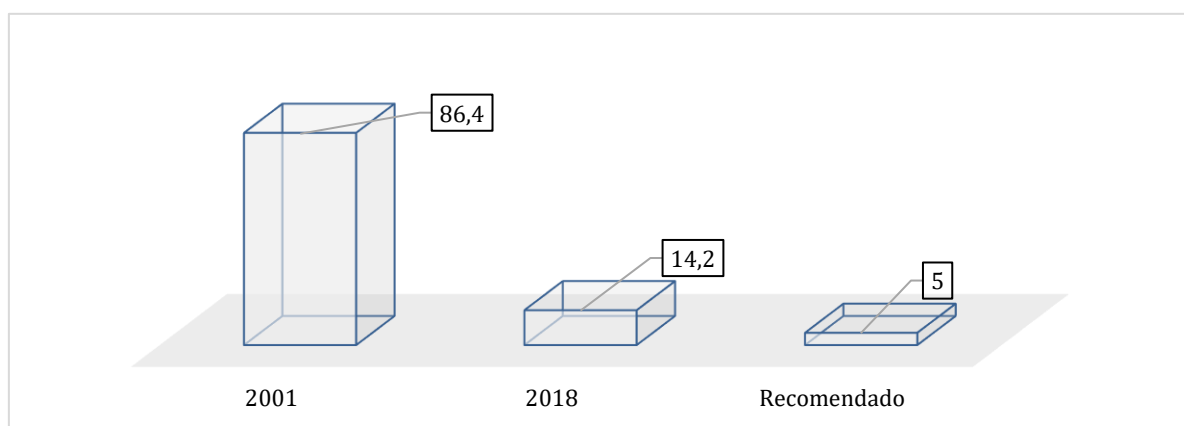
A incompletude diz respeito aos campos sem preenchimento em um sistema de informação, utilizando-se as seguintes referências para avaliá-la: excelente, quando o percentual de campo não preenchido for menor que 5%; bom (de 5 a 10%), regular (de 10 a 20%); ruim (de 20 a 50%) e muito ruim (de 50% ou mais) (ROMERO e CUNHA, 2007).

Vale ressaltar que as informações apresentadas foram extraídas de um único sistema destinado para a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que compõem a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, logo, não é sensato concluir que essa seja a realidade de todos os sistemas de informação em saúde. Contudo, percebe-se que muitos dados de saúde coletados de diversos sistemas, do campo raça/cor, possuem um alto percentual de incompletude. A exemplo disso, Lino *et.al* (2019) realizaram uma análise da incompletude das variáveis dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), na série temporal 1999 a 2014, em que a variável raça/cor apresentou os maiores percentuais de incompletude.

Atualmente, existem aproximadamente 171 sistemas de informação em saúde, sendo os principais: SINAN; SIM; SINASC; Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Com relação ao SINAN, apesar da notável melhoria no preenchimento do campo raça/cor, principalmente em 2017 (ano da implantação da obrigatoriedade do preenchimento) e 2018, ainda não se alcançou o percentual de incompletude ideal. Isso indica um esforço para a melhoria da qualidade da informação, porém ainda se faz necessário o direcionamento de ações voltadas para a instrução tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do SUS sobre a importância do preenchimento deste campo.

Figura 3 - Alcance do índice ideal de incompletude, 2001 a 2018.



Fonte: Adaptado de apresentação realizada pelo MS, em maio de 2019 (BRASIL, 2019c).

Nesse sentido, Carneiro (2003) afirma que o preenchimento do quesito raça/cor, nos sistemas de informação, tem sido um permanente desafio na luta contra as desigualdades raciais. Desse modo, ressalta-se a importância de capacitação, de forma contínua, dos profissionais de saúde, de campanhas de conscientização da população sobre a importância da correta autodeclaração, assim como do constante monitoramento dos campos raça/cor, nos sistemas de informação em saúde, de modo a garantir a qualificação das informações.

Embora não esteja registrada nos relatórios de gestão analisados e nem mencionada na entrevista, vale informar que, em 2019, foi enviada, a cada UF, uma nota técnica com a situação da incompletude do campo raça/cor do SINAN em sua localidade, referente ao período de 2001 a 2018.

Quanto à estratégia de “qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor”, em 2018, foram elaboradas fichas de qualificação dos primeiros indicadores a serem inseridos no Painel de Indicadores da População Negra, 2012-2016, bem como foi realizada a construção do painel com a inserção do primeiro indicador da População Negra, 2012-2016, referente à mortalidade por homicídio. Ainda em 2018, no Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social (DAGEP), foi implantado um núcleo de evidências, constituído por servidores do MS, com vistas à análise e visualização de dados da situação de saúde das populações vulneráveis e à produção de materiais e de informações oportunas ao apoio à tomada de decisão.

A implantação desse núcleo foi percebida como relevante para o alcance da equidade em saúde. Em 8 meses de sua operacionalização, foram elaboradas publicações, como o “Vigitel Brasil 2018 População Negra” e a cartilha de “Óbitos por suicídios entre adolescente e jovens negros”, foi elaborado o painel de indicadores da população negra e realizado o monitoramento da Portaria MS nº 344/2017. Todas essas ações já foram mencionadas no quadro 1. Lamentavelmente, com a reestruturação da área, o núcleo de evidências não conseguiu espaço na estrutura atual, descontinuando suas atividades.

Quando a área técnica foi questionada sobre a existência de um levantamento sistemático do índice de completude dos sistemas de informação de saúde do campo raça/cor, sobre quais os instrumentos ou as estratégias utilizadas para o monitoramento e avaliação da PNSPIN e sobre a elaboração de relatórios anuais acerca da situação de saúde da população negra no Brasil, informou que:

Existe uma incompatibilidade dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Importa destacar-se, que as competências do SUS são exercidas de forma tripartite pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo as Comissões

Intergestores Bipartite e Tripartite as responsáveis pela negociação e pactuação no que diz respeito aos aspectos operacionais do SUS. Concomitantemente, os estados, Distrito Federal e municípios são detentores de autonomia para organizar os serviços de saúde dentro de suas respectivas competências, conforme preconizado na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Com relação a essa resposta, é importante mencionar que, de acordo com o Art. 5.º do III Plano Operativo da PNSIPN (2017- 2019) ao MS, compete apoiar a sua implementação nos estados, Distrito Federal e municípios, estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação e publicar relatório anual, sistematizado acerca da situação de saúde da população negra no Brasil (BRASIL, 2017b). Desse modo, é imprescindível que a coordenação responsável pela operacionalização da PNSIPN assumira essa responsabilidade, como parte da estratégia de implementação da Política.

Nesse sentido, Vieira-da-Silva (2014) afirma que a realização da avaliação é um dos componentes essenciais do processo de gestão. Assim, o monitoramento e a avaliação dessa política devem ser incluídos como parte do processo de implementação.

Além das dificuldades e barreiras já apontadas ao desenvolvimento e apoios às ações de implementação da PNSIPN, acredita-se na possibilidade de outras, seja pelo contexto político, seja pela ausência de recursos humanos e financeiros, uma vez que, para sua efetiva implementação, é necessário o engajamento de atores-chave com poder decisório.

Batista *et.al* (2020) relatam que, em uma reunião técnica entre representantes das secretarias estaduais e municipais, foi possível identificar as facilidades de dificuldades na implementação da PNSIPN. Dentre as dificuldades descritas, pode-se citar o racismo pessoal e institucional, a falta de apoio político, de recursos humanos e de recursos financeiros e a inexistência de dados desagregados por raça/cor.

É inquestionável que essas barreiras e dificuldades relatadas constituam-se como verdadeiros entraves ao alcance da equidade em saúde, porém esses problemas não devem ser vistos com naturalidade, devem ser enfrentados e superados, principalmente, no âmbito institucional.

Salazar -Vargas (1995) sustenta que as políticas públicas são respostas do Estado aos problemas sociais. Do mesmo modo, Vargas (1999) afirma que as políticas públicas são iniciativas, decisões e ações do Estado para o enfrentamento de problemáticas sociais, buscando a sua resolução ou as levando para níveis administráveis.

Por outro lado, seguindo o pensamento de Pereira (2001), para que a PNSIPN cumpra seus objetivos e suas diretrizes, também torna-se indispensável o engajamento dos

movimentos sociais e sociedade, principalmente, de seu público-alvo, na busca por efetivas ações institucionais.

Política pública não é sinônimo de política estatal. A palavra 'pública', que acompanha a palavra 'política', não tem identificação exclusiva com o Estado, mas sim com o que em latim se expressa com *res publica*, isto é, coisa de todos, e, por isso, algo que compromete simultaneamente, o Estado e a sociedade (PEREIRA, 2001, p. 7).

Corroborando o exposto, Batista e Barros (2017) realizaram uma pesquisa com gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde sobre a implantação da PNSIPN, em que os respondentes relataram que, para a PNSIPN dar certo, é necessário o comprometimento de gestores e técnicos, a existência de efetiva coordenação da política e o apoio do movimento social à gestão. Da mesma forma, Bastos e Pitta (2016) afirmam que o alcance do público-alvo da PNSIPN depende tanto de estratégias do Estado quanto do nível de organização e pressão dos movimentos sociais e da sociedade pelos seus direitos.

Sendo assim, a avaliação da PNSIPN faz-se um elemento essencial para subsidiar as reivindicações por parte da sociedade e para que a instituição tenha um panorama de seus esforços e resultados alcançados. Entretanto, houve limitação, nesta pesquisa, para mensurar o nível de implementação da PNSIPN pela ausência de indicadores para todas as estratégias previstas no 3.º Plano Operativo.

3. RECOMENDAÇÕES

Para auxiliar na avaliação da implementação da PNSIPN, no âmbito do MS, utilizou-se, também, a matriz SWOT, conforme o quadro 3, apresentado na página seguinte. Sua sigla significa em inglês *Strengths* (força), *Weaknesses* (fraqueza), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças).

O principal objetivo da análise SWOT é estabelecer estratégias para a manutenção dos pontos fortes e reduzir os pontos considerados como frágeis, aproveitando as oportunidades e protegendo-se das ameaças. A partir da identificação desses fatores, pode-se adotar estratégias que busquem a sobrevivência, a manutenção, o crescimento ou o desenvolvimento da organização ou da política. Além disso, essa ferramenta de avaliação permite uma visualização mais objetiva sobre os aspectos internos e externos à operacionalização da política (AZEVEDO e COSTA, 2001).

Quadro 6 - Matriz SWOT da implementação da PNSIPN no âmbito do MS.

		Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
		FORÇAS	FRAQUEZAS
Perspectiva Interna		<p>Área estruturada dentro do MS para operacionalização da PNSIPN;</p> <p>Recurso orçamentário destinado às políticas de equidade, abarcando a PNSIPN;</p> <p>Realização de ações voltadas para a implementação da PNSIPN;</p> <p>Institucionalização de normativos para a operacionalização da PNSIPN.</p>	<p>Descontinuidade de projetos voltados para a capacitação de profissionais de saúde em parceria com instituições de ensino;</p> <p>Falta de monitoramento dos dados de saúde da população negra;</p> <p>Falta de sistematização de relatórios sobre a situação de saúde da população negra;</p> <p>Ausência de indicadores de saúde da população negra;</p> <p>Descontinuidade na elaboração de planos operativos para implementação da PNSIPN;</p> <p>Não cumprimento de todas as estratégias estabelecidas no III Plano Operativo;</p> <p>Metas estabelecidas no PNS não alcançadas;</p> <p>Baixa articulação com outras áreas técnicas do MS para a inclusão do recorte racial em projetos e ações;</p> <p>Ausência de ações específicas voltadas à redução da mortalidade materna entre negras e às violências letais de jovens negros;</p> <p>Descontinuidade dos comitês técnicos de saúde da população negra.</p>
		OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Perspectiva Externa		<p>Rede de parceiros para o apoio na implementação da PNSIPN, como, por exemplo, as instituições de ensino, os movimentos sociais e os conselhos;</p> <p>Redução nos índices de iniquidades raciais, no campo da saúde;</p> <p>Combate ao racismo e à discriminação racial nos serviços de saúde.</p>	<p>Contexto político;</p> <p>Altos índices das iniquidades em saúde da população negra;</p> <p>Política pouco difundida para a população;</p> <p>Falta de articulação com vistas ao fortalecimento do comprometimento por parte de gestores e técnicos responsáveis pela PNSIPN nos estados e municípios.</p>

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Contudo, por todas as ações mapeadas, percebe-se um esforço, por parte do MS, para implementação da PNSIPN. Ainda, pelos avanços conquistados ao longo de seus quase 12

anos e por se tratar de uma política que reconhece o racismo como determinantes sociais, assinala-se a importância de sua continuidade, como já exposto, também, por Batista *et.al* (2020). Porém, constata-se que, pelos dados de saúde da população negra, será necessária a adoção de maior empenho no desenvolvimento de ações estratégicas que contribuam efetivamente para o alcance dos objetivos estabelecidos.

Por todo cenário exposto, seria utópico idealizar a plena efetiva operacionalização de uma política que tem, como marca, o reconhecimento e o combate a um problema estrutural na sociedade brasileira, que é o racismo. Desse modo, considera-se um longo caminho a percorrer. Na concepção de Kalckmann *et al.* (2007), essa é uma árdua tarefa, pois as políticas que visam à equidade racial são mais facilmente identificadas nos documentos e nas recomendações do que por meio de ações práticas.

Esse ciclo necessita e deve ser quebrado, por isso, faz-se necessário o emprego de medidas efetivas voltadas à minimização das iniquidades raciais da saúde. Sendo assim, sugerem-se as seguintes ações para o processo de implementação da PNSIPN:

1. Fortalecer o processo de articulação entre as áreas do MS, visando estabelecer agendas para a inserção da saúde da população negra em projetos e ações desenvolvidas pelas demais áreas;
2. Criar um grupo de trabalho com representantes de áreas do MS responsáveis por coordenar políticas em que a população negra carece de atenção, como, por exemplo, saúde da mulher, do adolescente e do jovem, doença falciforme, saúde mental, promoção da saúde, doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, saúde de pessoas privadas de liberdade, ciência e tecnologia, insumos estratégicos, dentre outras;
3. Realizar ações internas de educação voltadas ao corpo técnico do MS sobre saúde e racismo, como: oficinas, seminários e rodas de diálogos;
4. Fortalecer e promover a articulação intersetorial com vistas a estimular a convergência de ações para o combate ao racismo e aos seus efeitos na vida da população negra;
5. Estimular a denúncia de práticas de racismo e/ou discriminação racial nos serviços de saúde, utilizando-se dos canais de ouvidoria institucional;
6. Intensificar as campanhas contra o racismo no SUS;

7. Fortalecer os processos educativos, para os profissionais de saúde, acerca da importância do correto preenchimento do campo raça/cor, para o mapeamento de saúde e para o fortalecimento de ações e estratégias voltadas à população negra;
8. Monitorar, periodicamente, a qualidade da coleta dos dados e das informações de saúde desagregados por raça/cor;
9. Garantir que todos os dados publicados sobre a situação epidemiológica sejam apresentados de forma desagregada por raça/cor;
10. Incluir a temática Saúde da População Negra em congresso e eventos de saúde promovidos pela instituição;
11. Fazer um mapeamento dos cursos de saúde que não possuem o tema Saúde da População Negra em sua grade curricular, com vistas a propor uma articulação com as instituições de ensino identificadas para a inclusão;
12. Fomentar pesquisas acerca da situação de Saúde da População Negra;
13. Fomentar a criação de novos comitês de saúde da população negra, bem como zelar pela manutenção dos já existentes;
14. Planejar encontros periódicos entre os comitês de saúde da população negra;
15. Fortalecer as estratégias de articulação entre todas as esferas da gestão, bem como com os conselhos de saúde e a participação popular para o planejamento de ações voltadas à população negra;
16. Fazer um levantamento sobre a situação da implementação da PNSIPN nos estados;
17. Articular a inclusão das estratégias, dos objetivos e das diretrizes definidas para a redução das desigualdades raciais nos Planos Nacionais de Saúde;
18. Definir metas quantificáveis para implementação da PNSIPN;
19. Definir indicadores da situação de saúde da população negra;
20. Sistematizar relatórios anuais de monitoramento da implementação da PNSIPN;
e
21. Adotar mecanismos de avaliação como parte do processo de gestão.

Destarte, ressalta-se que, para uma política de equidade em saúde cumprir seu maior propósito, seus objetivos e suas diretrizes, devem estar intimamente alinhados à política do SUS e, conseqüentemente, as pactuações, estratégias e metas devem compor os Planos Nacionais de Saúde.

As sugestões aqui expressas buscam fornecer subsídios para a tomada de decisão, porém, caberá uma análise mais apurada, por parte dos gestores da PNSIPN, a partir de todo o exposto na pesquisa, do contexto temporal e das demais informações que dispuserem para direcionarem as ações decisórias.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- AZEVEDO, M. C.; COSTA, H. G. Métodos para Avaliação da Postura Estratégica. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2001.
- BASTOS, E. S. M; PITTA, A. M. F. A Política de Saúde Integral da População Negra no Município de Salvador. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 236, 2016.
- BATISTA, L. E; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Sup 1:e00090516, 2017.
- BATISTA, L. E *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, e190151, 2020.
- BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise ex post. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, v. 2, 2018c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n ° 20. Vol. 51, maio, 2020a.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 16, de 30 de março 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 30 mar. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, 13 mai. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Informativa**: demanda de Acesso a Lei de Informação nº 3782634, out. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da População**: Painel de Indicadores do SUS. Brasília, v. VII, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BATISTA, L. E *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, e190151, 2020.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O. de; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr. 2018.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. Avan.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003.

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: Escolhendo Entre Cinco Abordagens. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade** v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LINO, R. R. G. *et al.* Tendência da incompletude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do Rio de Janeiro, 1999-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2:e2018131, 2019.

MORAES, M. da C. S. **Atendimento às mulheres em situação de violência**: uma questão de gênero e raça/cor na saúde. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2016.

NEVES, P. S. da C. Luta Anti-Racista: entre reconhecimento e redistribuição. **Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 81-96, 2005.

PEREIRA, P. A. P. Sobre política de assistência social no Brasil. *In*: BRAVO, M. I. S. (org.) **Política Social e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, UERJ, 2001.

ROMERO, D.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 701-714, mar. 2007.

SALAZAR-VARGAS, C. Las políticas públicas. **Serie Colección Profesores**, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, 1995.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SCHWARCZ, L. M.. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. Companhia das Letras, 2019.

SIMÕES, A. A. Avaliação de Políticas Públicas: tipologias e técnicas de análise. Brasília: **ENAP**, 2019.

VARGAS, A. **Notas sobre el Estado y las Políticas Públicas**. Bogotá: Almudena, 1999.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WERNECK, J.. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 533-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

ANEXO I – Envio do roteiro de entrevista pela Lei de Acesso à Informação (LAI)

10/03/2021

Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação

[CORONAVÍRUS COVID-19 \(HTTP://WWW.SAUDE.GOV.BR/CORONAVIRUS\)](https://www.saude.gov.br/coronavirus)
[ACESSO À INFORMAÇÃO \(HTTP://WWW.ACESSOINFORMACAO.GOV.BR\)](https://www.acessoinformacao.gov.br)
[PARTICIPE \(HTTPS://WWW.GOV.BR/PT-BR\)](https://www.gov.br/pt-br)

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO

Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação (././.)



[Entrar \(././Login/Identificacao.aspx\)](#)
[Cadastrar \(./Usuarios/AutoCadastroUsuarioCidadao.aspx\)](#)

Consultar Manifestação

<p>Teor ▲</p> <p>Fale aqui Prezado (a) Coordenador (a) de Garantia da Equidade, do Ministério da Saúde,</p> <p>Este instrumento de pesquisa de mestrado tem como objetivo mapear as ações desenvolvidas ou apoiadas pelo Ministério da Saúde para a operacionalização da PNSIPN, no período de 2017 a 2020, conforme as estratégias definidas pelo III Plano Operativo da PNSIPN. Para tanto, solicitamos sua gentileza em respondê-la, conforme questões dispostas no anexo.</p> <p>Desde já, agradeço a sua disposição e colaboração para esta pesquisa.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>Anexos Originais</p> <p>Nome</p> <p>Instrumento de pesquisa para o levantamento de ações desenvolvidas para PNSIPN _____ .docx </p>
<p>Manifestação ▲</p> <p>Tipo de manifestação Acesso à Informação</p> <p>Número 25072.003472/2021-34</p> <p>Esfera Federal</p> <p>Órgão destinatário MS – Ministério da Saúde</p> <p>Serviço -</p> <p>Órgão de interesse -</p> <p>Assunto Acesso à informação</p> <p>Subassunto</p> <p>Tag -</p> <p>Data de cadastro 03/02/2021</p> <p>Prazo de atendimento 05/03/2021</p> <p>Situação Prorrogada</p> <p>Registrado por Cidadão</p> <p>Modo de resposta Pelo sistema (com avisos por email)</p> <p>Canal de entrada Internet</p>
<p>Recurso ▲</p>

<https://falabr.cgu.gov.br/publico/Manifestacao/DetailManifestacao.aspx>

1/2

10/03/2021

Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação

Ações	Recurso	Tipo	Data Entrada	Prazo de Atendimento	Situação	Prazo para Recorrer
	Reclamação	Resposta não foi dada no prazo	09/03/2021 13:00	15/03/2021 23:59	Em Tramitação	

Respostas e históricos de ações

Respostas

Não foram encontrados registros.

Histórico de ações

Data/Hora	Ação	Responsável	Informações Adicionais
03/02/2021 14:21	Cadastro	SIC	Registro dos dados da manifestação
23/02/2021 14:15	Prorrogação	SIC	Resposta de manifestação prorrogada de 23/02/2021 para 05/03/2021
09/03/2021 13:11	Registro de Recurso	SIC	Registro de reclamação

Encaminhamentos

Não foram encontrados registros.

Prorrogações

Data/Hora	Prazo Original	Novo Prazo	Responsável	Motivo	Justificativa
23/02/2021 14:15	23/02/2021 23:59	05/03/2021 23:59	SIC	Outros motivos	O Ministério da Saúde não dispõe da informação solicitada no prazo estabelecido pela Lei nº 12.527, de 16 de Junho de 2012. Solicitamos prorrogação de 10 dias, para emissão da resposta pelo nosso Serviço de Informação ao Cidadão, conforme artigo 16 do Decreto 7.724, de 16 de maio de 2012. Atenciosamente,

Respostas as pesquisas de satisfação

Não foram encontrados registros.

[Voltar à Página Inicial](#)
[Imprimir](#)
[Voltar ao Topo](#)