



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
E GESTÃO SOCIAL**

CATIANE LOPES SANTANA OLIVEIRA

**CAMINHOS PARA EQUIDADE EM SAÚDE: avaliação do Programa de
Combate ao Racismo Institucional (PCRI)**

Salvador

2025

CATIANE LOPES SANTANA OLIVEIRA

**CAMINHOS PARA EQUIDADE EM SAÚDE: avaliação do Programa de
Combate ao Racismo Institucional (PCRI)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Gestão Social da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social.

Orientador: Prof.º Dr.º André Luís Nascimento Santos

Salvador
2025

Escola de Administração - UFBA

O48 Oliveira, Catiane Lopes Santana.

Caminhos para equidade em saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) / Catiane Lopes Santana Oliveira. – 2025.

164 f.: il.

Orientador: prof. Dr. André Luís Nascimento dos Santos.


Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2025.

1. Programa de Combate ao Racismo Institucional - Avaliação.
2. Negros – Bahia – Serviços de promoção a saúde. 3. Políticas públicas - Saúde. 4. Racismo institucional – Saúde - Prevenção.
5. Gestão social. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 305.8




Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL (PPGDGS), realizada em 17/03/2025 para procedimento de defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social no. 71, área de concentração Desenvolvimento e Gestão Social, do(a) candidato(a) CATIANE LOPES SANTANA OLIVEIRA, de matrícula 2022118978, intitulada Caminhos para equidade em saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional. Às 15:00 do citado dia, Escola de Administração, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dr. ANDRE LUIS NASCIMENTO DOS SANTOS que apresentou os outros membros da banca: Prof^ª. Dra. MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER, Prof^ª. ROSANA DE FREITAS BOULLOSA e Prof^ª. Dra. MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora APROVADO o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.


Documento assinado digitalmente
 **MARIA INES DA SILVA BARBOSA**
Data: 14/04/2025 16:36:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA, UFMT

Examinadora Externa à Instituição


Documento assinado digitalmente
 **MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER**
Data: 23/04/2025 15:59:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. MORGANA GERTRUDES MARTINS KRIEGER, UFBA

Documento assinado digitalmente
 **ROSANA DE FREITAS BOULLOSA**
Data: 22/04/2025 13:23:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ROSANA DE FREITAS BOULLOSA, UFBA

Examinadora Interna

Documento assinado digitalmente
 **ANDRE LUIS NASCIMENTO DOS SANTOS**
Data: 23/04/2025 16:38:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. ANDRE LUIS NASCIMENTO DOS SANTOS, UFBA

Presidente

Documento assinado digitalmente
 **CATIANE LOPES SANTANA OLIVEIRA**
Data: 23/04/2025 16:59:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mestrando(a)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela força, sabedoria e pela perseverança ao longo desta caminhada.

A minha família, a minha mãe, meus irmãos e ao meu marido pelo suporte, pela torcida, pelo incentivo e pelos momentos de celebração a cada passo dado.

Ao meu querido filho, parceiro, que apesar da pouca idade, adentrou junto comigo à academia, antes mesmo de finalizar o ensino infantil (rsrsr) e, do jeitinho dele, colaborou com o processo da escrita.

Ao meu orientador, Prof.º Drº André Luís dos Santos, pela condução ético-política, crítica e compreensiva na construção desta dissertação.

Ao PDGS por ter possibilitado trilhar novos caminhos.

As/aos colegas de turma e aos professores pelos encontros afetivos e pelas trocas de experiências.

As/aos colegas de trabalho pela compreensão, suporte e torcida.

A Rosimery Costa dos Santos pela acolhida calorosa no desenvolvimento da residência social na Secretaria Municipal de Saúde de Recife.

As minhas/meus maravilhosas/os amiga/o e comadres pela alegria de compartilhar a vida e os estudos.

Ao meu querido Tororó – Ângela Jacqueline Santos, Priscilla Mallena Pinheiro e Marcos Emanuel Dantas, que conferiram leveza, suporte, ombro amigo e conhecimento nessa caminhada.

OLIVEIRA, Catiane Lopes Santana. **Caminhos para Equidade em Saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)**. Orientador: André Luís Nascimento dos Santos, 2025. 164 fls. Dissertação (Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social). Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2025.

RESUMO

A presente dissertação avalia o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no âmbito da saúde de Salvador/Bahia na perspectiva contra-hegemônica, não positivista, com base na avaliação em profundidade de Léa Rodrigues. A fim de responder ao objetivo proposto, no período de 2006 a 2021, foram utilizadas metodologias que permitiram a realização de uma avaliação em profundidade do PCRI, com base na estratégia de triangulação de fontes de dados. O trabalho está organizado em formato de artigos, a fim de atender aos objetivos específicos e apresentar os resultados das experiências vivenciadas durante a residência social. Além da introdução, é discutido teórico-politicamente, no primeiro momento, a saúde, o racismo como determinante social de saúde, a equidade, as políticas públicas de combate ao racismo na saúde, a gestão social e a avaliação de políticas públicas. No segundo momento, é apresentado o primeiro artigo como resultado de entrevistas com os informantes-chave e de pesquisas bibliográficas; e, o segundo artigo, que apresenta a análise das entrevistas com trabalhadores da saúde e dos documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na seção seguinte consta o terceiro artigo que mostra o resultado da residência social. Já o quarto momento da dissertação faz uma exposição da Tecnologia de Gestão Social (TGS) e, por fim, têm-se as Considerações Finais. Ao analisar os resultados, no primeiro artigo, com o apoio do IRAMUTEQ, nota-se que a implementação do PCRI no âmbito da saúde no município de Salvador constitui um desafio que demanda esforços coordenados e articulados entre os diversos atores sociais. A estrada percorrida na implementação atrelada à condução da política de saúde da população negra apresenta momentos de confluência de elementos favoráveis à sua efetivação e outros de estagnação. Também, nos resultados do segundo artigo, percebe-se que os desafios à implementação plena de políticas para a promoção da equidade racial em saúde ainda são expressivos: i) pelo não conhecimento e/ou a negação do racismo; ii) pela ausência de aceitação dos impactos do racismo na saúde da população negra; iii) pela negação da existência das práticas racistas, seja no âmbito político-programático ou das relações; e, iv) pelo fato do subfinanciamento das políticas de saúde ter sido uma barreira para a efetivação das ações de combate ao racismo. Para aprofundar a reflexão, foi desenvolvida a revisão de literatura que aborda o papel das mulheres negras na luta pelo direito à saúde, que será apresentada no terceiro artigo. Quanto à TGS é fundamentada na junção de dois elementos importantes para a efetivação de políticas de promoção da equidade racial em saúde: o controle social e o letramento racial. Nessa perspectiva, é proposto um projeto de imersão educativa para formação em Monitoramento e Avaliação de Controle Social no SUS visando o combate ao racismo na saúde e a promoção da saúde da população negra, assim como o desenvolvimento de ações e de estratégias políticas que permitam o fortalecimento do programa e a desconstrução do racismo institucional por dentro do próprio sistema, de forma transversal, na perspectiva intersetorial. Como as desigualdades raciais em saúde são produtos de um amplo processo de exclusão social, conclui-se que o PCRI se constitui uma ferramenta importante para a promoção da equidade racial, com possibilidades de efetivação de melhorias na saúde da população negra.

Palavras-chave: Saúde da População Negra; Políticas Públicas; Programa de Combate ao Racismo Institucional; Avaliação em Profundidade.

OLIVEIRA, Catiane Lopes Santana. **Paths to Equity in Health**: evaluation of the Program to Combat Institutional Racism. Advisor: André Luís Nascimento dos Santos, 2025. 164 fls. il. Dissertation (Master in Development and Social Management) - School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2025.

ABSTRACT

This dissertation evaluates the Program to Combat Institutional Racism (PCRI) in the field of health in Salvador/Bahia from a counter-hegemonic, non-positivist perspective, based on the in-depth evaluation of Léa Rodrigues. In order to respond to the proposed objective, in the period from 2006 to 2021, methodologies were used that allowed an in-depth evaluation of the PCRI, based on the data source triangulation strategy. The work is organized in the format of articles, in order to meet the specific objectives and present the results of the experiences lived during the social residency. In addition to the introduction, it is discussed theoretically-politically, in the first moment, health, racism as a social determinant of health, equity, public policies to combat racism in health, social management and the evaluation of public policies. In the second moment, the first article is presented as a result of interviews with key informants and bibliographic research; and the second article, which presents the analysis of interviews with health workers and management documents of the Municipal Health Department (SMS). In the next section there is the third article that shows the result of the social residence. The fourth moment of the dissertation makes an exposition of the Social Management Technology (TGS) and, finally, there are the Final Considerations. When analyzing the results, in the first article, with the support of IRAMUTEQ, it is noted that the implementation of the PCRI in the field of health in the municipality of Salvador is a challenge that demands coordinated and articulated efforts among the various social actors. The road taken in the implementation linked to the conduct of the health policy of the black population presents moments of confluence of elements favorable to its implementation and others of stagnation. Also, in the results of the second article, it is clear that the challenges to the full implementation of policies for the promotion of racial equity in health are still significant: i) by the lack of knowledge and/or denial of racism; ii) the lack of acceptance of the impacts of racism on the health of the black population; iii) by denying the existence of racist practices, whether in the political-programmatic sphere or in the field of relations; and, iv) because the underfunding of health policies has been a barrier to the effectiveness of actions to combat racism. To deepen the reflection, a literature review was developed that addresses the role of black women in the struggle for the right to health, which will be presented in the third article. As for the TGS, it is based on the combination of two important elements for the implementation of policies to promote racial equity in health: social control and racial literacy. In this perspective, an educational immersion project is proposed for training in Monitoring and Evaluation of Social Control in the SUS aiming at combating racism in health and promoting the health of the black population, as well as the development of actions and political strategies that allow the strengthening of the program and the deconstruction of institutional racism within the system itself, in a transversal way, in the intersectoral perspective. As racial inequalities in health are products of a broad process of social exclusion, it is concluded that the PCRI is an important tool for the promotion of racial equity, with possibilities for improving the health of the black population.

Keywords: Health of the Black Population; Public Policies; Program to Combat Institutional Racism; In-Depth Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Primeira parte

- Figura 1 Distribuição espacial dos Distritos Sanitários, Salvador/Ba
- Figura 2 Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead
- Figura 3 Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde da CDSS
- Figura 4 Mortalidade materna proporcional segundo grupos de causas e raça/cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020
- Figura 5 Dimensões do racismo
- Tabela 1 Número de hospitalizações por hipertensão essencial e diabetes *mellitus* segundo raça/cor, em Salvador/Ba, 2022
- Tabela 2 Número de casos novos de hanseníase e tuberculose, todas as formas, por raça/cor, Salvador/BA, 2022

Segunda parte

Artigo I

- Figura 1 CHD vocabulário de palavras fornecido pelo IRAMUTEQ
- Figura 2 Representação da Análise Fatorial por Correspondência (AFC)
- Quadro 1 Caracterização das entrevistadas

Artigo II

- Quadro 1 Consolidado PMS ações de combate ao RI e SPN (2006-2021)
- Quadro 2 Perfil dos trabalhadores entrevistados

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC – Análise Fatorial por Correspondência (artigo 1)

ASPERS – Assessoria de Promoção de Equidade Racial em Saúde

AP – Avaliação em Profundidade

APS – Atenção Primária à Saúde (artigo 2)

CDSS – Comissão de Determinante Social de Saúde

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CNCD – Conselho Nacional de Combate à Discriminação Racial (artigo 1)

CNS – Conselho Nacional de Saúde (quarta parte – TGS)

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito (artigo 3)

DEM – Democratas (artigo 1)

DSS – Determinante Social de Saúde

DFID – Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

EC – Emenda Constitucional (artigo 1)

EE/UFBA – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

EPS – Educação Permanente em Saúde - EPS

EMULTI – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (artigo 2)

FM/UFBA – Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial

GTSPN – Grupo Técnico de Saúde da População Negra

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (artigo 1)

IRAMUTEQ – Interface de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

LC – Lei Complementar (artigo 1)

MPF – Ministério Público Federal

MN – Movimento Negro (artigo 1)

MNU – Movimento Negro Unificado (artigo 3)

MS – Ministério da Saúde

NAF – Novo Arcabouço Fiscal (artigo 1)

NI-PCRI – Núcleo Interno do Programa de Combate ao Racismo Institucional

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas (artigo 1)

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PCRI – Programa de Combate ao Racismo Institucional

PDT – Partido Democrático Trabalhista (artigo 1)

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro (artigo 1)

PMS – Plano Municipal de Saúde (artigo 2)

PMS – Prefeitura Municipal de Salvador

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PP – Políticas Públicas

RAG – Relatório Anual de Gestão

RCL – Receita Corrente Líquida (artigo 1)

RI – Racismo Institucional

SEMUR – Secretaria Municipal da Reparação

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPN – Saúde da População Negra (artigo 2)

SUIS – Subcoordenação de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAI – Termo de Autorização Institucional

TGS – Tecnologia de Gestão Social

TS – Trabalhador da Saúde (artigo 2)

USF – Unidade de Saúde da Família (artigo 2)

Sumário

| | |
|---|-----------|
| RESUMO | 6 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 9 |
| APRESENTAÇÃO | 13 |
| PRIMEIRA PARTE | 15 |
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. RAÇA, RACISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | 21 |
| 2.1 RACISMO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | 25 |
| 3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS | 33 |
| 4. O PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (PCRI) | 35 |
| 5. GESTÃO SOCIAL E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS | 42 |
| 6. PERCURSO METODOLÓGICO | 46 |
| SEGUNDA PARTE | 52 |
| ARTIGO I: SANKOFA, OUVINDO AS NARRATIVAS: PERCURSO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PCRI NA SAÚDE EM SALVADOR/BA | 52 |
| 1. INTRODUÇÃO | 53 |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 56 |
| 2.1 ANÁLISE DE DADOS | 56 |
| 3. RESULTADOS | 57 |
| 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS | 61 |
| 4.1 PAPEL DOS GESTORES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS | 61 |
| 4.2 MOVIMENTO NEGRO E POLÍTICAS PÚBLICAS | 64 |
| 4.3 DURBAN: UM MARCO NA LUTA CONTRA O RACISMO | 66 |
| 4.4 ALOCAÇÃO DE RECURSOS E PRIORIDADES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS | 68 |
| 4.5 O RACISMO É O PRINCIPAL INIMIGO | 70 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 71 |
| REFERÊNCIAS | 72 |
| ARTIGO II: “OLHA, EU JÁ OUVI FALAR” - O PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR/BA: DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS | 77 |
| 1. INTRODUÇÃO | 79 |
| 2. METODOLOGIA | 81 |
| 3. RESULTADOS | 83 |
| 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 85 |
| 4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL | 85 |
| 4.2 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE RACISMO, RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | 89 |
| 4.3 O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL COMO POLÍTICA PÚBLICA NA SAÚDE DE SALVADOR | 93 |

| | |
|---|------------|
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 97 |
| REFERÊNCIAS | 98 |
| TERCEIRA PARTE | 102 |
| RESIDÊNCIA SOCIAL | 102 |
| ARTIGO III: O PROTAGONISMO DE MULHERES NEGRAS NA LUTA PELA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: DA INVISIBILIDADE AO LUGAR DE FALA | 104 |
| 1. INTRODUÇÃO | 105 |
| 2. CORPOS INVISIBILIZADOS: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NEGRA | 107 |
| 3. VOZES FEMININAS NEGRAS - REIVINDICAÇÕES PELO DIREITO À SAÚDE | 110 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 113 |
| REFERÊNCIAS | 114 |
| APÊNDICE | 116 |
| QUARTA PARTE: TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL (TGS) | 121 |
| 1. TGS: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA UMA SAÚDE SEM RACISMO | 121 |
| FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS NA PERSPECTIVA DO COMBATE AO RACISMO NA SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | 122 |
| 1. INTRODUÇÃO | 122 |
| 1.1 OBJETIVO GERAL | 123 |
| 1.2 PÚBLICO-ALVO | 123 |
| 1.3 METODOLOGIA | 123 |
| 1.4 RESULTADOS ESPERADOS | 123 |
| 1.5 PLANO DE ATIVIDADE EDUCACIONAL | 124 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO | 129 |
| REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO | 131 |
| APÊNDICE DISSERTAÇÃO | 144 |
| PLANO DE ATIVIDADE EDUCACIONAL: GUIA FACILITADOR/MULTIPLICADOR | 144 |

APRESENTAÇÃO

Na qualidade de trabalhadora efetiva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador vivencio no cotidiano as políticas públicas que visam a promoção da saúde da população negra e da equidade racial, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e o Estatuto da Igualdade racial e de Combate à Intolerância Religiosa. A vivência motivou-me a escrever esta dissertação como fruto das reflexões enquanto pessoa e dos contextos profissionais que me atravessam.

Estar em contato diariamente com políticas que visam à promoção da equidade racial em saúde, na cidade onde a maioria de sua população se declara negra (preta e parda) e tem as desigualdades sociais refletidas nos dados em saúde, suscita uma série de inquietações que foram cruciais na construção desta pesquisa.

Importante lembrar que os dados em saúde não expressam somente números, pois representam pessoas que por causa do racismo, da necropolítica, tem o curso de suas vidas afetadas ou encerradas por agravos em saúde que muitas das vezes são preveníveis e evitáveis, como as causas de mortalidade materna que poderiam ser mais bem controladas caso o direito à saúde não fosse cerceado.

No decorrer da construção profissional, percebi situações que me motivaram a busca de conhecimentos e de respostas para compreender os processos que dificultam a efetivação de políticas públicas, principalmente daquelas voltadas às populações vulnerabilizadas. Tudo isso me fez decidir que as inquietações profissionais precisavam extrapolar o ambiente laboral levando-me a adentrar no ambiente acadêmico, por compreender que mesmo com o certo entendimento do porque tais processos aconteciam no ambiente público, era necessária uma compreensão mais minudente que somente a academia poderia proporcionar.

O primeiro contato tímido e incipiente com as temáticas raciais, ainda que por acaso na graduação, tem mudado a cada dia. A compreensão do racismo enquanto um fenômeno perverso que estrutura a sociedade, condicionando a existência da população negra em todos os segmentos sociais atravessa-me todos os dias.

Colocar as lentes que permitem descortinar o racismo é um caminho sem volta (ainda bem!). O processo de tomada de consciência racial me lembra uma frase de autoria desconhecida, escutada algumas vezes, nos encontros formativos da prefeitura de Salvador sobre o PCRI, mas que representa bem esse processo: “quando você não conhece o racismo

ele te provoca de uma forma alienada, quando você conhece, ele quer dialogar com você 24 horas por dia".

Neste contexto, a escolha do tema de pesquisa é fruto da minha formação pessoal e profissional, por ser mulher, negra, representando uma oportunidade me transformar e de contribuir com a sociedade prestando um serviço de qualidade, pela ampliação de conhecimento a respeito da efetivação de políticas públicas para o alcance da equidade racial em saúde no Sistema Único de Saúde e desvendar seus avanços, limites e contradições.

Sobre a compreensão do mundo do pesquisador, é importante ressaltar que o sujeito da pesquisa não é neutro, como o seu objeto de pesquisa também não o é.

PRIMEIRA PARTE

1. INTRODUÇÃO

*“A carne mais barata do mercado é a carne negra (...)
Que vai de graça pro presídio
E para debaixo do plástico
E vai de graça pro subemprego
E pros hospitais psiquiátricos”.*
Elza Soares

“Vidas negras importam!”. O presente estudo inicia com a emblemática frase que dá nome ao movimento que representa a luta contra o racismo e a busca da promoção da igualdade racial, como uma resposta aos inúmeros casos de violência e discriminação racial enfrentados pela comunidade negra ao redor do mundo.

É muito comum ler, ouvir e acompanhar sobre a mortalidade de pessoas negras, principalmente as mais jovens, em programas televisionados e redes sociais de forma maciça para neutralizar a violência sofrida. O Atlas da Violência no Brasil de 2021, mais uma vez, apresenta a desigualdade social nos seus indicadores, concentrando o viés racial entre as mortes violentas (Cerqueira, 2021).

É sobre a população negra que se encontram os piores dados socioeconômicos, demonstrando as condições de vida dessa população e a falta de acesso aos mínimos sociais. As desigualdades no país têm cor e são reflexos do racismo que fundamenta as relações na sociedade (Lourenço, 2023; IPEA, 2011; Salvador, 2021; Almeida, 2014).

A compreensão das desigualdades raciais é fundamentada nos conceitos de raça, enquanto construção social, racismo e branquitude, por estruturar a formação da sociedade no Brasil. Raça, racismo e branquitude vinculam-se aos processos de colonização, dominação e inferiorização, cujas origens e ideologias têm sido bem estudadas e documentadas (Almeida, 2019; Mendes, 2012; Santos, 2005; Munanga, 2004, Schucman, 2012; Bento, 2022).

Se, por um lado, o racismo coloca pessoas negras como inferiores, menos civilizadas, por outro, a branquitude confere privilégios simbólicos e materiais à identidade não negra. A naturalização da supremacia branca, sua construção e reprodução ao longo dos tempos possibilitam uma melhor compreensão sobre as desigualdades e a violência racial na estrutura política e social (Bento, 2022).

O racismo é uma tecnologia de dominação, por meio da qual há o exercício do biopoder, regulando a distribuição de mortes na política de fazer viver e deixar morrer (Mbembe, 2016). Através de mecanismos de produção sistemática da morte, da necropolítica, o Estado dita quais corpos devem morrer e quais corpos devem sobreviver, produzindo e sustentando assombrosas desigualdades sociais e múltiplas formas de brutalidade que desumaniza e coisifica o outro, considerado inferior (Mbembe, 2016; Almeida, 2021).

A intersecção entre racismo, branquitude e necropolítica fornece ferramentas para pensar o exercício da soberania, das relações de poder, da vida e da morte a partir de contextos coloniais e neocoloniais numa perspectiva racializada. No contexto brasileiro, que apresenta uma sociedade estruturada no racismo/branquitude, a necropolítica legitimada pelos entes governamentais pode ser evidenciada para além do genocídio da população negra, sendo perceptível na falta de investimento em infraestrutura nas comunidades, no sistema carcerário, na população em situação de rua, nas dificuldades de acesso aos serviços de educação e saúde (Almeida, 2021; Lima, 2018).

O poder necropolítico materializa o modo como as instituições se relacionam com os indivíduos (Lourenço, 2023), fazendo com que seja ofertado um serviço inadequado para a população julgada inferior, condicionando, desta forma, o modo de viver/sobreviver dessa população.

“O fracasso das instituições e das organizações em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/étnica” é definido como Racismo Institucional - RI (Werneck, 2013b, p.11). A definição de RI rompe com a abordagem do racismo como uma situação apenas das relações interpessoais, responsabilizando as instituições pelos danos causados pelo racismo operado por elas.

O RI se manifesta em normas, atitudes e comportamentos adotados no cotidiano do trabalho que contribuem para a discriminação, resultantes do preconceito racial, numa combinação de estereótipos racistas, desatenção e ignorância que prejudicam determinados grupos raciais/étnicos, sendo evidenciado em dados e estatísticas que revelam as desigualdades (Werneck, 2013b; Kalckmann et al., 2007; Bento, 2022).

Embora os avanços nas políticas públicas tenham contribuído para melhorias nas condições de saúde da população no geral, quando desagregados por raça/cor, os indicadores em saúde, em sua grande maioria, não evidenciam um cenário de melhorias nas condições de saúde para a população negra (Salvador, 2021). Estudos têm evidenciado (Salvador, 2021; Werneck, 2016; Chor, 2013; Goes, 2013; Maio *et al.*, 2005) diferenças importantes na saúde de negros e não negros.

As desigualdades em saúde que acometem a população negra são facilmente observadas nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na prevalência de doenças crônicas e infecciosas, numa menor expectativa de vida, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. As doenças que apresentam alta incidência na população negra, seja por uma questão genética ou por questão de vulnerabilidade social, são historicamente negligenciadas e, embora não sejam doenças específicas da população negra, são agravos que apresentam taxas de morbimortalidade elevadas nessa população (Brasil, 2013; Salvador, 2021).

A persistência da ideologia da democracia racial no Brasil, o que confere ao racismo a especificidade de ser velado e sutil, faz com que, na maioria das vezes, as iniquidades em saúde sejam consideradas resultantes apenas das condições socioeconômicas e não da racialização.

É fundamental a compreensão da relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde na elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, em busca da efetivação de um Sistema Único de Saúde (SUS) equitativo no acesso e pautado na equidade e integralidade da saúde. A equidade em saúde tem múltiplas facetas relacionadas aos aspectos de obtenção ao atendimento assistencial em saúde que o cidadão pode obter. Inclui a justiça dos processos e a ausência de discriminações na prestação da assistência (Barros, 2016).

Com o intuito de diminuir as desigualdades, de combater as iniquidades no setor público provocadas pelo racismo e de fortalecer a participação das organizações da sociedade civil no debate das políticas públicas racialmente equitativas, no ano de 2004, em resposta às demandas e reivindicações da luta política do movimento negro, é estabelecida uma parceria entre Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal (MPF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) objetivando implementar o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no Brasil (DFID, 2005c).

Organizado em dois componentes inter-relacionados: um que focaliza a ação no âmbito municipal e o outro que focaliza ações em saúde, no âmbito federal, o PCRI visa a oferta de serviços públicos adequados aos cidadãos, livre de discriminação e preconceito, independentemente de cor, cultura ou origem étnico-racial, por meio da identificação, prevenção e combate ao racismo institucional (DFID, 2005b). No componente saúde, o PCRI

foi desenvolvido no Ministério da Saúde. No componente municipal, o programa teve as prefeituras de Recife e de Salvador e o Ministério Público de Pernambuco como agências implementadoras no combate e na prevenção do racismo institucional (Silva, 2017; DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009; Jaccoud, 2009).

O PCRI foi lançado em Salvador em abril de 2005, e desde então é implementado pela Prefeitura Municipal de Salvador - PMS, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR), para o combate ao racismo institucional e a promoção da igualdade racial em todos os órgãos e entidades da administração pública municipal.

No âmbito da saúde municipal de Salvador, o PCRI desenvolve ações para o reconhecimento da existência do racismo institucional e do racismo enquanto determinante social de saúde, por impactar diretamente na forma de nascer, viver, adoecer e morrer da pessoa negra, além do combate à discriminação e das intolerâncias que operam na sociedade e limitam as condições de vida e da dignidade humana, em busca de garantir atendimentos adequados, pautados na equidade em saúde.

Dada a complexidade e o enraizamento do racismo na constituição de nossa sociedade, o enfrentamento do racismo na saúde e nos diferentes serviços sociais demanda o entendimento no seu papel social, ideológico e político. Assim, o combate ao racismo deve estar vinculado à garantia de implementação e de sustentabilidade de políticas públicas capazes de efetivar a justiça social, sendo imprescindível o monitoramento e a avaliação.

A escolha do tema justifica-se pela necessidade de avaliar as políticas e os programas voltados para o combate às desigualdades, visando à efetivação de um SUS mais equitativo, pautado na integralidade.

Considerando o princípio da justiça social e da equidade baseada na avaliação em profundidade de políticas públicas, definiu-se como objeto deste estudo a avaliação do PCRI no âmbito da saúde, constituindo-se como questão de pesquisa: quais os entraves na execução do PCRI na Saúde que afetam a sua consolidação enquanto estratégia para superação das iniquidades raciais em saúde? O problema de pesquisa nos leva, como desdobramentos, aos seguintes questionamentos: qual o contexto social, econômico e político em que surge a necessidade de criação do Programa? Quais as concepções dos sujeitos envolvidos direta e indiretamente na implementação e execução do Programa? O que pensam os sujeitos sobre as possibilidades de alcance dos objetivos do Programa a partir das ações propostas?

Diante do exposto, o objetivo geral é avaliar o PCRI no âmbito da saúde em Salvador/Bahia, na perspectiva da realização de uma avaliação em profundidade, crítica, com base no princípio da equidade. Tem como objetivos específicos: i) compreender o contexto

social, histórico, político que fundamentam a implementação do PCRI na saúde em Salvador; ii) analisar a memória institucional e o contexto em que está inserido o programa na saúde; iii) identificar os alcances e empecilhos na execução do programa; iv) propor, a partir da compreensão dos processos de concretização do Programa, uma Tecnologia de Gestão Social –TGS que proporcione o fortalecimento ao combate ao racismo no âmbito do SUS.

Para a execução dos objetivos deste estudo, foi realizada a avaliação na perspectiva não positivista e crítica baseada no modelo de Avaliação em Profundidade (AP) proposta por Lea Rodrigues (2008; 2011; 2016), isso porque se diferencia dos modelos avaliativos operacionais e convencionais abrangendo a dimensão da compreensão da política.

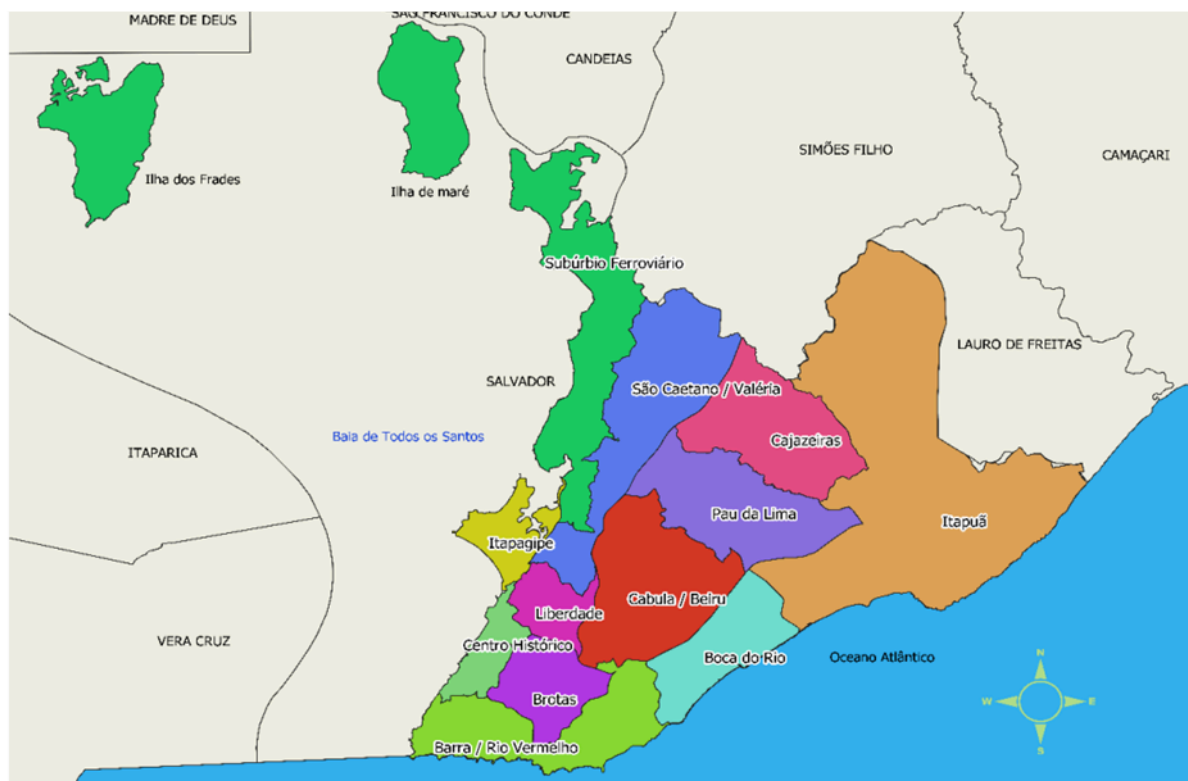
A AP afasta-se da ideia de julgamento da política, geralmente centrado na análise dos objetivos, metas e resultados delineados, apresenta um paradigma interpretativo-compreensivo que valoriza o contexto em que a política está inserida. Também, apresenta uma natureza mais compreensiva da fala dos sujeitos envolvidos (os que formulam, executam e vivenciam tal política) para além da construção de indicadores quantitativos e estatísticos. Avalia-se para conhecer. Assim, tal perspectiva retira o foco dos atendimentos aos objetivos da política e centra-se no processo de sua concretização, ou seja, a vivência da política (Rodrigues, 2008; 2011).

A fim de avaliar o PCRI, foi delimitado como campo de pesquisa serviços de saúde da atenção primária à saúde sob gestão direta da SMS situados em Distrito Sanitário com bairros populosos considerados negros, conforme os últimos dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A SMS é responsável pela gestão do SUS no município de Salvador, tendo por finalidade formular e executar a política de saúde pública, e é composta pela Rede Assistencial (atenção primária à saúde, urgência/emergência pré-hospitalar fixa e móvel e saúde mental), pelo Complexo Municipal de Vigilância da Saúde, pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e pela Central Municipal de Regulação (SALVADOR, 2020).

A SMS está organizada administrativamente em doze distritos sanitários descentralizados. É relevante salientar que o distrito é a unidade organizacional mínima do sistema de saúde. Para fundamentar ainda mais esta dissertação, cabe apresentar a distribuição espacial (Figura 1) e os dados estatísticos.

Figura 1: Distribuição espacial dos Distritos Sanitários, Salvador/Ba.



Fonte: Salvador, 2020.

Segundo IBGE (2022), a população estimada da cidade de Salvador, em 2022, foi de 2.417.678 habitantes. Aproximadamente, 83% da população soteropolitana se autodeclara negra; a taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 17,15 para 1.000 nascidos vivos e as internações devido a diarreias foram de 15,3 para cada 1.000 habitantes. Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 21.706,06. Salvador ainda apresenta 92,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 39,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 35% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2022).

Na elaboração deste trabalho, optou-se em organizá-lo em formato de artigos para atender aos objetivos específicos e apresentar os resultados das experiências vivenciadas pela mestranda durante a residência social.

Para compor a dissertação, após a Introdução, é discutido teórico-politicamente temáticas no que pertine à saúde, racismo como determinante social de saúde, equidade, políticas públicas de combate ao racismo na saúde e avaliação de políticas públicas orientada pela AP de Léa Rodrigues. No segundo momento, é apresentado o primeiro artigo, resultado das entrevistas com os informantes-chave, além da revisão bibliográfica. No terceiro

momento, o segundo artigo apresenta a análise das entrevistas com trabalhadores da saúde e a análise documental dos documentos de gestão da SMS. Depois, na sessão seguinte, o terceiro artigo versa sobre o resultado da residência social. Já o quinto momento da dissertação é a apresentação da Tecnologia de Gestão Social (TGS) e, por fim, no fechamento, têm-se as Considerações Finais.

2. RAÇA, RACISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

“A saúde do povo daqui é o medo dos homens de lá.”

NATIRUTS

A saúde, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de doença, é um direito social e universal que deve ser assegurado sem distinção de gênero, raça, religião, renda, ideologia política, idade, orientação sexual, naturalidade, ou seja, livre de qualquer preconceito ou discriminação. Incorporado na Constituição Cidadã como direito de todos e dever do Estado, o direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas por intermédio do SUS.

A criação do SUS foi uma grande conquista democrática, representa uma das maiores conquistas sociais da população brasileira, rompendo com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde, onde apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou vinculadas à previdência social, segurados previdenciários, podiam dispor dos serviços de saúde. Representa um reordenamento institucional e ideológico, fundamentado nos princípios da universalidade, igualdade de acesso e integralidade (Menicucci, 2014; Paim, 2009), os quais buscam garantir uma saúde para todos, sem barreiras de acesso, com a prestação de uma atenção em saúde integral ao sujeito, considerando-o em sua totalidade, por meio de ações de prevenção, promoção, curativas e de reabilitação.

Apesar do pleno significado de universalização e igualdade defendidos na Constituição Federal e incorporados aos princípios do SUS, diante da desigualdade social brasileira o sistema universal de saúde não conseguiu incorporar toda a população, uma vez que segmentos populacionais possuem contextos diferentes de sofrer agravos à saúde e diferentes condições de acesso aos serviços de saúde.

O exame das desigualdades sociais relaciona-se com a identificação de contextos onde há elementos de injustiça, onde grupos ou indivíduos são desfavorecidos de maneira sistemática, colocando-os em situações desvantajosas e afetando seu acesso a direitos e oportunidades, como a possibilidade de alcançarem e manterem um estado de saúde adequado. Tal problemática reflete o grau de segregação presente na sociedade, o qual resulta tanto da estrutura organizacional quanto no modelo de produção, o que evidencia não apenas desigualdades, mas configura-se como iniquidade (Barros; Souza, 2016).

As iniquidades vão além das desigualdades sociais, refletem injustiças nas oportunidades de viver e se manter saudável, promovendo a exclusão e a vulnerabilização de determinados grupos. Para Whitehead (1992), iniquidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas. Assim, a equidade é uma prática indispensável para o alcance de condições que permitam o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos, por meio de um tratamento desigual para os desiguais.

Embora não esteja explicitamente na lei que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990a), a equidade é um dos princípios doutrinários do SUS. Esse princípio vai além do simples acesso universal aos serviços de saúde, implica em reconhecer a existência das injustiças sociais e em responder às necessidades específicas apresentadas por cada grupo social.

A igualdade formal, presente nas normativas, nem sempre garante o atendimento das necessidades dos grupos menos favorecidos, o que demanda estratégias para promoção da justiça social e redução de desigualdades estruturais. Nesse sentido, no contexto do SUS, são incluídas Políticas Públicas (PP) que objetivam a promoção da equidade em saúde, voltadas para as populações vulnerabilizadas, como as políticas nacionais: de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT); de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; para a População em Situação de Rua e de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani e a política de Saúde Integral da População Negra. - PNSIPN.

As discussões sobre a saúde da população negra no país e os primeiros esforços para incluir a questão racial nas políticas de saúde do governo começaram em 1980, quando os primeiros estudos e demandas do movimento social negro ressaltaram a importância de combater as doenças mais prevalentes nessa população (Jaccoud, 2009; Araújo *et al.*, 2016).

A compreensão das condições de saúde da população negra pressupõe o racismo como estruturante das relações sociais. A crença com base nas percepções sociais das diferenças biológicas entre os povos de que uma raça/etnia seja superior a outra, resulta em

desvantagens, supressão de direitos ou estabelecimento de privilégios, a depender do grupo racial ao qual o indivíduo pertença (Almeida, 2019).

O entendimento de raça não é uma construção estática, é fluída, sendo influenciada por fatores históricos, sociais e políticos, de acordo com o contexto e a cultura. A teoria racial fundada biologicamente, já superada, uma vez que a divisão da humanidade em raças biológica e cientificamente não existe, proporcionou a discussão e mantém a existência de raças enquanto construções sociais, o que tem um impacto significativo na vida das pessoas, pois influenciam suas experiências sociais, oportunidades, acesso a recursos e as formas pelas quais são tratadas pela sociedade.

O significado de raça sempre esteve ligado ao ato de estabelecer classificações, primeiramente, entre plantas e animais e, depois, entre seres humanos, classificando as pessoas em diferentes grupos raciais, a partir das características percebidas externamente (Almeida, 2019; Mendes, 2012; Santos, 2005), estabelecendo hierarquias, escala de valores, o que pavimentou o caminho do racismo (Munanga, 2004).

Inúmeros foram os especialistas que visavam provar a inferioridade da raça negra e a superioridade da raça branca, através do desenvolvimento de uma ciência da aparência e do argumento de que diferenças físicas entre as raças produziam diferenças intelectuais e morais (Santos, 2005).

No contexto das grandes revoluções liberais fundamentadas no iluminismo, em busca de difundir seus ideais de liberdade, igualdade, direitos e mercado, para civilizações consideradas primitivas, é que a raça emerge como um conceito central, num processo de destruição e morte, propagado pelo colonialismo e pela escravidão. A classificação dos seres humanos em raças, com a diferenciação das mesmas em superior e inferior, foi utilizada como uma das estratégias do colonialismo europeu para a submissão e destruição dos povos das Américas, da África, da Ásia e da Oceania (Almeida, 2019; Mendes, 2012).

O racismo não é estranho à expansão colonial e à violência dos processos de acumulação primitiva de capital, é parte integrante de todas as formas de exploração e está fortemente associado à fundamentação do sistema capitalista (Almeida, 2019). É uma ideologia surgida na gênese do capitalismo a serviço da dominação étnica, política e ideológica imposta por nações dominadoras aos povos que pretendia subjugar. Nos países marcados pelo colonialismo e imperialismo escravocrata, o racismo se apresenta como fator estruturante do modo de produção capitalista, resignando a maioria da população de um país a piores condições de vida e existência (Souza, 2022; Almeida, 2019; Alves, 2018; Moura, 1994).

Nesse sentido, o capitalismo necessita formar subjetivamente os indivíduos para naturalizar a sua inserção nas condições sociais formatadas pela sociabilidade capitalista e seu pertencimento a determinada classe ou grupo. Esse processo, muitas vezes, passa pela incorporação de preconceitos e de discriminação (Almeida, 2019).

No Brasil, a ideologia racista foi muito bem aceita. Um dos últimos países a realizar a abolição da escravidão, ainda não havia alcançado sua independência econômica, responsabilizando todo o seu atraso no desenvolvimento às pessoas negras que aqui foram trazidas escravizadas. A tentativa de igualar o país às nações desenvolvidas da Europa conferia destaque a teses racistas presentes nas falas de parlamentares e de intelectuais brasileiros que passaram a considerar a imigração como única saída honrosa, uma vez que trariam a brancura ao país e mão de obra qualificada (Santos, 2005).

Após a abolição da escravidão, não foram criadas nem efetivadas políticas públicas que inserissem o negro recém-liberto na sociedade brasileira. Foram-lhes dificultadas condições para o trabalho livre, obtenção de terras e estudo, uma vez que eram tidos como preguiçosos e inferiores. A opção era aglomerar-se em regiões periféricas, distantes dos centros, já que as normativas criadas eram para criminalizar a sua atual condição, suas práticas e culturas, exacerbando o racismo e as discriminações. Tais condições repercutem até os dias atuais, foram quase 400 anos de escravidão, menos de 150 anos pós-abolição, com execução de tímidas políticas de ação afirmativa.

Abdias do Nascimento ao refletir sobre o negro brasileiro e o conceito de democracia racial na sua obra “O genocídio do negro brasileiro, processo de um racismo mascarado”, apresenta o racismo ao estilo brasileiro, como único, mutável e polivalente, que se diferencia do racismo óbvio dos Estados Unidos e do legalizado da África do Sul (Nascimento, 1978). No Brasil, os quase quatro séculos de escravidão possuem papel determinante nas iniquidades existentes no país.

O discurso do mito da democracia racial, iniciado nos anos de 1930, ainda hoje tido como um elemento da identidade nacional brasileira, devido à miscigenação populacional, reforça e propaga a ideia de igualdade, bem como a ideia da inexistência de preconceito de cor no país (Nascimento, 1978; Almeida, 2019; Braga e Milani, 2019).

O conceito da democracia racial representou uma resposta para lidar com a complexidade do pluralismo racial, cultural e com as disparidades socioeconômicas intrinsecamente ligadas à questão racial (Braga e Milani, 2019). É crucial compreender que a democracia racial é uma arma ideológica produzida por intelectuais das elites dominantes brancas a fim de evitar um conflito racial no Brasil e de isentá-los da responsabilidade pelos

problemas sociais do negro, que vai além de considerações puramente morais, uma vez que constitui um esquema complexo que abrange mecanismos de dominação política, econômica e racial (Bento, 2022; Schucman, 2012; Almeida, 2019).

Discutir a branquitude com o intuito de compreender o racismo permite deslocar o entendimento de como a noção de raça foi construída das bordas para o centro, ou seja, dos negros para os não negros, uma vez que esses, conscientemente ou não, desempenham um papel importante na manutenção e na legitimação das desigualdades raciais. O branco não apenas se beneficia dessa estrutura racializada, mas também atua em sua construção, seja por meio de práticas explícitas de discriminação ou pela disseminação de um discurso que promove a ideologia da democracia racial e o branqueamento (Schucman, 2012).

No livro “Pele Negra, Máscaras Brancas”, Fanon (2008) discute que a opressão colonial e o racismo dominaram subjetivamente colonizados e colonizadores. O mesmo racismo subjetivado pelos negros também é apropriado pelos brancos, numa relação assimétrica, na constituição das identidades raciais brancas, resultando num sentimento de superioridade desses em relação aos negros.

Para Bento (2022), por meio de pequenas técnicas, procedimentos, fenômenos e mecanismos que constituem efeitos específicos e desigualdades raciais, são conferidas vantagens estruturais e privilégios raciais para o grupo branco de forma simbólica e concreta. Assim, as vantagens conferidas à identidade racial do branco estão diretamente relacionadas às desigualdades de oportunidades e de direitos da população negra, o que produz iniquidades sociais, inclusive na saúde.

As iniquidades sociais em saúde são reconhecidas como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CDSS, 2008), e são produzidas pelo cuidado realizado de forma diferente dentro do sistema de saúde, pelo acesso diferencial à saúde e pelas diferenças em exposições e oportunidades de vida que criam diferentes níveis de saúde e doença (Jones, 2002). O racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações diferentes de nascer, viver, morrer.

2.1 RACISMO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O reconhecimento do racismo como Determinante Social de Saúde (DSS) representa um avanço social em busca na melhoria das condições de saúde da população negra e expressa que as condições de vida da população estão estritamente relacionadas a situação de

saúde, seja, as condições econômicas e sociais, as circunstâncias em que nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Adotar a abordagem dos determinantes sociais representa o reconhecimento do valor que a saúde tem para a sociedade e que ela também depende de ações que não estão relacionadas diretamente com o setor saúde, bem como o fato de que o combate das iniquidades em saúde está relacionado com o combate das iniquidades sociais (Carvalho, 2013).

O DSS é um campo em construção, com os primeiros estudos realizados na década de 1970 por pesquisadores da América-Latina, como Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, apresenta a relação saúde-doença como resultado de processos históricos e sociais vividos pelos sujeitos e não apenas como o paradigma dominante da doença conceituando-o como um fenômeno biológico individual. Abordando o processo saúde-doença em seu duplo caráter biológico e social, com o social determinando a ocorrência do biológico, o fenômeno saúde-doença deve ser entendido em sua totalidade, considerando os processos gerais, particulares e singulares de cada indivíduo (Souza e Moraes, 2023; Souza, 2017).

Os estudos de epidemiologia social deram origem ao conceito de determinação social da saúde, relacionando os conceitos de saúde aos modos de produção capitalista e a formação socioeconômica. A epidemiologia social considera que as doenças acontecem de acordo com a inserção das pessoas na sociedade, ou seja, os agravos em saúde não são explicados apenas pela biologia, mas pelas relações sociais (Guimarães, 2011).

Diferentes modelos explicativos foram construídos visando favorecer a compreensão do DSS. O modelo conceitual mais conhecido foi proposto por Dahlgren e Whitehead, em 1991 (Figura 1). Denominado de influência em camadas ou influência em níveis, no centro está o indivíduo e seus determinantes mais próximos, os biológicos, seguido dos hábitos e estilos de vida, das redes sociais e comunitárias, das condições de vida e de trabalho. No último nível são apresentados os determinantes mais distais, sobre os quais o sujeito possui pouco controle, mas que influenciam na sua condição de saúde (Buss e Pellegrini, 2007; Souza, 2017).

Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead

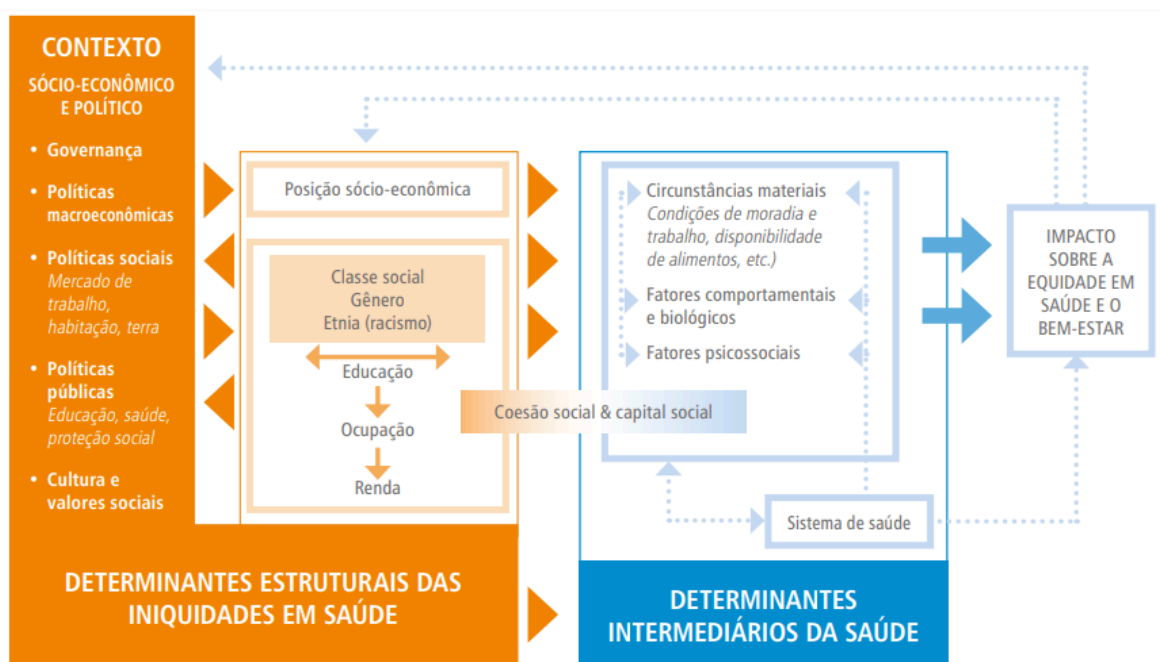


Fonte: CNDSS, 2008.

As análises críticas ao modelo em discussão apontam que o estudo isolado de cada fragmento da realidade dificulta o entendimento da complexidade do DSS. Centrado nas características individuais como idade, sexo e fatores hereditários, desconsidera a multidimensionalidade e a natureza social do processo saúde-doença (Borghi; Oliveira; Sevalho, 2018).

Em 2005, com a criação da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) da Organização Mundial de Saúde, no documento preliminar “Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde” é traçado um novo modelo para os DSS. Nesse modelo, os DSS são apresentados como um processo complexo, dividido em determinantes estruturais das iniquidades em saúde e em determinantes intermediários da saúde. A etnicidade e o sexismo são reconhecidos como fatores estruturantes sociais, associados à vulnerabilidade em saúde (OMS, 2005). Esse marco conceitual é ratificado pela Comissão, no seu relatório final, na elaboração de suas recomendações (figura 2) (OMS, 2011).

Figura 3 – Marco conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde da CDSS



Fonte: OMS, 2011.

Conforme figura acima, os determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários. Os determinantes estruturais compreendem o preconceito e a discriminação baseados em valores relativos a gênero e etnia (racismo), a educação, a ocupação e a distribuição de renda. Os determinantes intermediários configuram-se nas condições de vida, nos fatores comportamentais e biológicos e nos aspectos psicossociais, incluindo ainda o sistema de saúde e a coesão social.

Os determinantes que geram estratificação social, estruturantes das iniquidades em saúde, são considerados mais importantes para uma compreensão sobre saúde e bem-estar, uma vez que refletem as condições de distribuição de riqueza, a estruturação das classes sociais, o preconceito com base em fatores como o gênero e etnia, bem como as estruturas políticas que sustentam essas iniquidades (OMS, 2011).

Para Borde *et al.* (2015), a característica social do processo saúde-doença além de reconhecer a influência de fatores sociais sobre a saúde das populações, demanda a compreensão das dinâmicas sociais que fundamentam os padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades que condicionam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença.

A consideração da raça ao analisar as desigualdades na saúde de indivíduos e grupos não exclui a existência de outros elementos na geração dessas diferenças. A interseccionalidade entre raça e outros fatores (condições socioeconômicas, gênero, idade, entre outros) determina a extensão das desigualdades sofridas. Contudo, a persistência da raça/racismo permanece como um elemento significativo na origem das desigualdades (Werneck, 2005a).

Apesar da forte correlação entre raça, racismo e renda, as múltiplas e intrincadas faces da desigualdade racial não podem ser limitadas apenas à disparidade de classes, apesar de estarem interconectadas, de estarem operando de maneira articulada (Zamora, 2012). Por muitos anos permaneceu a crença de que as desigualdades se mantinham fundamentadas apenas na dimensão socioeconômica, que na pobreza se constituíam todas as barreiras para o pleno exercício dos direitos (Lopes, 2020).

A negação da dimensão socioeconômica como categoria analítica não interessa à população negra. Esta recusa apenas serviria para limitar a crítica ao racismo, aos estudos moralistas, os quais são incapazes de problematizar o sistema de opressão em sua totalidade. A ideologia do racismo não é redutível à pobreza e à miséria (Almeida, 2019; Lopes 2020; Zamora, 2012).

Apesar de os Determinantes Sociais de Saúde serem discutidos nos estudos em saúde na área epidemiológica, a dimensão racial ainda é fragilizada. O não aprofundamento das reflexões sobre o racismo como DSS centra os estudos apenas nos agravos em saúde invisibilizando as pessoas acometidas pelos mesmos e os desfechos no tratamento dessas doenças (Nery *et al.*, 2023).

As doenças que apresentam alta incidência na população negra, seja por uma questão genética ou por questão de vulnerabilidade social, são historicamente negligenciadas e, embora não sejam doenças específicas da população negra, são agravos que apresentam taxas de morbimortalidade elevadas nessa população (Brasil, 2013; Salvador, 2021).

A morbimortalidade de doenças crônicas não transmissíveis, a incidência de doenças infecciosas e transmissíveis e as altas taxas de mortalidade materna e infantil, permitem, ainda que de forma indireta, apontar o sofrimento e a limitação de vidas impostas pelo racismo às pessoas negras (Werneck, 2005b).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus destacam-se na população negra. Segundo Malta *et al.* (2015), dois fatores podem ser considerados para o excesso de hipertensão em negros: primeiro, uma predisposição genética, segundo, a discriminação racial que leva a experiência de vida mais estressante e menor

acesso a bens e serviços de saúde.

No ano de 2022, em Salvador, foram registradas 996 internações por Hipertensão Essencial (CID-10 I10) e 1.142 por Diabetes Mellitus (CID-10 E11 a E14). Quando desagregados por raça/cor, pode-se observar, conforme tabela abaixo, que o quantitativo de internação para população negra referente aos agravos citados foi muito maior do que para população branca.

Tabela 1: Número de hospitalizações por hipertensão essencial e diabetes *mellitus* segundo raça/cor, em Salvador/Ba, 2022.

| | Negra | | Branca | |
|------------------------------|-------|----|--------|----|
| | N | % | Nº | % |
| Hipertensão Essencial | 727 | 73 | 191 | 19 |
| Diabetes Mellitus | 718 | 63 | 34 | 3 |

Fonte: SMS/SUIS – SIH

Nery *et al.* (2023), ao analisar as doenças negligenciadas e infecciosas e a saúde da população negra, trazem que a incidência de tuberculose nessa população em 2019 foi superior em comparação a população branca, com proporção de óbitos de 64,6% na população negra e de 30,9% para os brancos, entre 2001 e 2018. Em relação à Hanseníase, entre os anos de 2012 e 2016, foram registrados 151.764 casos novos, sendo que 71,7% dos casos novos desse período foram em pessoas que se autodeclararam como pardas ou pretas. A incidência de casos de Hanseníase e de Tuberculose em Salvador foi de 81% e 79%, respectivamente, para a população negra no ano de 2022 (Tabela 2).

Tabela 2: Número de casos novos de hanseníase e tuberculose, todas as formas, por raça/cor, Salvador/BA, 2022.

| | Negra | | Branca | |
|-------------|-------|----|--------|---|
| | Nº | % | Nº | % |
| Hanseníase | 183 | 81 | 17 | 8 |
| Tuberculose | 1765 | 79 | 141 | 6 |

Fonte: SMS/SUIS - SINAN

O indicador de mortalidade materna refere-se à morte ocorrida durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após a gestação, associada a causas obstétricas diretas e indiretas, como doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), hemorragias, aborto, infecções entre outras, as quais na sua maioria são causas evitáveis (Goes *et al.*, 2023; Gois, 2019). As causas evitáveis são aquelas que podem ser prevenidas por meio de ações efetivas dos serviços de saúde. Assim, esse indicador revela as condições de acesso e também a qualidade da assistência prestada durante a gestação, o parto e o puerpério (Goes *et al.*, 2023; Gois, 2019; Batista *et al.*, 2016).

O Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, lançado pelo Ministério da Saúde em 2023, apresenta dados sobre a mortalidade materna por hipertensão, hemorragia e infecção puerperal, nos anos de 2010, 2015 e 2020 (Figura 3). Na análise dos dados, observa-se que a mortalidade por hipertensão diminuiu nas categorias de raça/cor indígena (quase 30%), branca (6%) e parda (1,6%), em 2020, em comparação a 2010. Em contraste, a mortalidade proporcional por essa causa aumentou na categoria de raça/cor preta (5%) no mesmo período.

Figura 4 - Mortalidade materna proporcional segundo grupos de causas e raça/cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020.

| Categoria | Ano | Total de óbitos maternos | Óbitos por HI, HE e IP | | Hipertensão (HI) | Hemorragia (HE) | Infecção puerperal (IP) | Covid-19 | |
|-----------|------|--------------------------|------------------------|-------|------------------|-----------------|-------------------------|----------|-------|
| | | | n | % | % | % | % | n | % |
| Amarela | 2010 | 4 | 3 | 75,0% | 25,0% | 50,0% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 2 | - | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 10 | 4 | 40,0% | 30,0% | 10,0% | 0,0% | 3 | 30,0% |
| Branca | 2010 | 595 | 180 | 30,3% | 18,2% | 10,9% | 1,2% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 559 | 168 | 30,1% | 14,7% | 13,8% | 1,6% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 589 | 134 | 22,8% | 12,2% | 9,0% | 1,5% | 138 | 23,4% |
| Indígena | 2010 | 18 | 11 | 61,1% | 38,9% | 22,2% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 36 | 13 | 36,1% | 19,4% | 13,9% | 2,8% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 29 | 11 | 37,9% | 10,3% | 27,6% | 0,0% | 3 | 10,3% |
| Parda | 2010 | 831 | 257 | 30,9% | 18,2% | 10,7% | 2,0% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 903 | 321 | 35,5% | 19,6% | 14,4% | 1,6% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 1055 | 314 | 29,8% | 16,6% | 10,9% | 2,3% | 217 | 20,6% |
| Preta | 2010 | 181 | 54 | 29,8% | 18,2% | 9,9% | 1,7% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 176 | 60 | 34,1% | 19,3% | 13,1% | 1,7% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 229 | 69 | 30,1% | 23,1% | 6,6% | 0,4% | 56 | 24,5% |
| Total | 2010 | 1719 | 526 | 30,6% | 18,1% | 10,9% | 1,6% | 0 | 0,0% |
| | 2015 | 1738 | 580 | 33,4% | 17,9% | 13,9% | 1,6% | 0 | 0,0% |
| | 2020 | 1965 | 545 | 27,7% | 16,1% | 9,9% | 1,7% | 430 | 21,9% |

Fonte: Brasil, 2023.

Segundo Goes *et al.* (2023), o racismo e suas formas de manifestações (des)organizam as trajetórias reprodutivas das mulheres negras, com desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva, não havendo uma redução significativa na mortalidade materna nos últimos anos. No ano de 2022, foram notificados 24 óbitos maternos em Salvador, sendo que 83% desses ocorreram em mulheres negras (Salvador, 2023).

Outra temática em discussão quando se fala sobre as condições de saúde da população negra é a condição de saúde mental dessa população, a qual pode ser agravada pelas condições socioeconômicas desfavoráveis. Segundo Tavares *et al.* (2020), essa discussão não deve ser reduzida ao abuso de álcool e outras drogas, uma vez que são inúmeras as repercussões do racismo na saúde mental de pessoas negras no âmbito individual e no âmbito coletivo, como: elevados níveis de estresse, ansiedade, depressão, diminuição da aspiração pessoal, medos patológicos, retraimento social e dificuldade de autocuidado, dentre outros.

O suicídio, importante problema de saúde pública no mundo, na população negra brasileira é um fenômeno que remete ao processo de escravização e à persistência do racismo estrutural, sendo uma das expressões do sofrimento psíquico que acomete essa população (Tavares, 2017).

A principal causa de morte por causa externa da população negra é o homicídio. Segundo o Atlas da Violência no Brasil (2021), a taxa de homicídios, por 100 mil habitantes, para a população negra em 2019 foi de 29,2, enquanto a de não negros foi de 11,2, para cada 100 mil, o que significa que a chance de um negro ser assassinado é 2,6 vezes superior àquela de uma pessoa não negra. Mesmo quando os números gerais apresentam melhoras, a redução ocorre muito mais sobre a população não negra do que entre a população negra (Cerqueira, 2021).

Os dados sobre as condições de saúde da população negra revelam a necessidade de observância do princípio da “utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”, previsto no inciso VII, do art. 7º da Lei Orgânica da Saúde, em consonância como princípio da equidade em saúde, para elaboração e fortalecimento de Políticas Públicas (PP), numa perspectiva interseccional, que sejam efetivas na luta contra o racismo e promovam a saúde dessa população.

Importante destacar que as PP não nascem espontaneamente, nem são resultados da benevolência do Estado, mas são resultantes de processos de lutas em espaços de poder, com envolvimento de uma multiplicidade de atores, dentre esses os movimentos sociais, como atores centrais da mudança e de instrumentos políticos/institucionais.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS

O conceito de política pública é sintetizado por Dye como sendo o que o governo escolhe fazer ou não fazer, porém, é necessária uma compreensão das políticas públicas para além da centralidade do governo (Souza, 2006). Ao discutir a teoria da *Mirada ao Revés* para o estudo das políticas públicas, Boullosa (2013; 2019) a considera como uma construção analítica que reconstrói, significando um fluxo resultante de ações de uma multifatorialidade, que está em contínua transformação, interessada na definição de problemas públicos, suas possíveis soluções e interessada na preservação de bens públicos.

A articulação dos movimentos sociais, inclusive das organizações do movimento negro, por meio de sua mobilização política, permitiu a inclusão de proposições voltadas à promoção da igualdade racial na construção de agendas governamentais, destacando-o como sujeito político importante nesse processo.

Dentre os principais eventos nacionais da sociedade civil impulsionados pelo Movimento Negro com repercussões nas agendas governamentais, destacam-se: a marcha Zumbi dos Palmares; os seminários de articulação preparatórios para Durban; os seminários nacionais de saúde da população negra; a marcha Zumbi + 10 – II Marcha contra o Racismo, pela Igualdade e a Vida e os debates sobre o Estatuto da Igualdade Racial (Araújo *et al.*, 2016).

A Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, realizada em 1995, reuniu milhares de ativistas que demandavam do governo federal a adoção de medidas para combater o racismo e as desigualdades sociais. A marcha conferiu maior visibilidade à vinculação entre racismo e saúde, proporcionando a inclusão da temática na agenda pública com mais intensidade (Araújo *et al.*, 2016).

Como desdobramento das reivindicações feitas pelo Movimento Negro, foi criado um Grupo de Trabalho Intersetorial para a Valorização da População Negra que contemplou um subgrupo específico responsável pela elaboração e implantação de ações referentes à saúde da população negra (Maio *et al.*, 2005; Werneck, 2005b, 2016; Araújo *et al.*, 2016), como a inclusão do quesito raça/cor no início de 1996, em dois formulários oficiais de saúde, a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbitos (Maio *et al.*, 2005; Werneck, 2005b).

A inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde representa um grande avanço para a saúde da população negra, pois o preenchimento do quesito permite o cálculo de estatísticas vitais, identificando como os agravos em saúde acometem e se

manifestam em cada segmento populacional. A análise do quesito evidencia as condições de saúde e proporciona a elaboração de políticas públicas mais específicas, com o desenvolvimento de ações que levem em conta as especificidades de mulheres e homens negros.

Nesta perspectiva, a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância realizada em Durban, África do Sul, em 2001, mobilizou o Estado brasileiro e a sociedade civil em torno da temática do racismo sendo considerado um ponto de inflexão no combate ao racismo, responsabilizando o Estado por esse combate e proporcionando visibilidade às questões de saúde da população negra (Alvarez, 2012; Maio *et al.*, 2005).

Com a realização da primeira Marcha Zumbi dos Palmares e a III Conferência Mundial contra o Racismo, o movimento social negro e organizações internacionais passaram a pressionar o governo brasileiro para cumprir os compromissos de combater as desigualdades, especialmente no âmbito da saúde, conforme o Plano de Ação de Durban, do qual foi signatário. Nesse contexto, emerge o conceito de racismo institucional como um catalisador para uma nova agenda de ações que proporciona mobilizar gestores, profissionais da saúde e usuários na busca pela redução das disparidades raciais (Jaccoud, 2009; Araújo *et al.*, 2016).

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), sob o impulso do Plano de Ação de Durban, assinado pelo Brasil, com a missão de assessorar a Presidência da República na formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial e proteção dos direitos de indivíduos e grupos étnicos, com ênfase na população negra (Brasil, 2003).

Destaca-se nesse cenário o protagonismo das ativistas negras brasileiras no combate ao racismo e à discriminação racial. A experiência da luta feminista no campo da saúde reprodutiva foi decisiva na luta pela validação do campo da saúde da população negra, tendo notoriedade nas participações em conferências mundiais desde os anos 90 (Araújo *et al.*, 2016, Alvarez, 2012; Carneiro, 2002).

As evidências de que a discriminação racial leva a situações diferentes de viver e morrer para a população negra impulsionou e exigiu a elaboração de políticas de saúde focando nas questões raciais. A PNSIPN que traz como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”, resulta dos efeitos da conferência em Durban, quando é realizada uma proposta de uma política com recorte racial

na área da saúde pública (Maio *et al.*, 2005; Werneck, 2005b).

Embrionada no documento resultante do *Workshop* Interagencial Saúde da População Negra em 2001, a PNSIPN é aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 2006, e instituída em 2009, por meio da Portaria nº 992, do Ministério da Saúde (PNUD, 2001; Brasil, 2013; Araújo *et al.*, 2016). Através da PNSIPN, algumas das reivindicações do Movimento Negro como o acesso universal e equitativo à saúde foram institucionalmente absorvidas, com a intenção de reorganizar o SUS para o enfrentamento das discriminações e expondo o racismo institucional na saúde (Silva; Lima 2021).

Com a publicação dessa política, cujas diretrizes foram incorporadas também ao Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010), conferindo a PNSIPN status de lei, o Ministério da Saúde reconhece e assume o compromisso de implementar mecanismos que promovam a saúde integral da população negra e combatam o racismo institucional no SUS, com objetivo de enfrentar as barreiras estruturais e cotidianas que impactam negativamente os indicadores de saúde dessa população.

Em 2012, ocorreu a realização do Fórum de Enfrentamento do Racismo Institucional no SUS, cujas conclusões e recomendações visaram contribuir para fazer da equidade o princípio balizador das ações de atenção e promoção da saúde no Brasil (UNFPAR Brasil, 2016).

4. O PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (PCRI)

*“Aprendemos a ser racistas, logo podemos também aprender a não ser.
Racismo não é genético. Tem tudo a ver com poder”.*
Jane Elliot

O racismo, fenômeno social atemporal e transversal, se reinventa e se apresenta de forma multifacetada ao longo dos tempos, atuando pessoal, interpessoal e institucionalmente (Almeida, 2019; Werneck, 2013a; Jones, 2002).

Camara Jones (2002), ao escrever sobre o enfrentamento ao racismo institucionalizado, discute sobre as três dimensões principais como o racismo se expressa na vida de indivíduos e grupos. Para a autora, o racismo internalizado é a incorporação pelo indivíduo negro de comportamentos racistas, visões e estigmas que limitam o exercício da própria humanidade. Manifesta-se como autodesvalorização e resignação, desamparo e desesperança. O racismo interpessoal é definido como preconceito e discriminação, podendo

ser intencionais ou não intencionais, com atos de omissão ou de comissão. O racismo institucionalizado é definido como políticas, práticas e normas que resultam em acesso diferenciado aos bens, serviços e oportunidades por raça. É estrutural, não precisa haver um agressor identificável.

Werneck (2016) sintetiza o modelo proposto por Jones (2002), conforme representação abaixo (figura 5).

Figura 5 - Dimensões do racismo



Fonte: Werneck (2016), a partir da conceituação proposta por Jones (2002).

A estruturação do racismo nas instituições (por meio de um conjunto sistemático de normas, práticas, procedimentos e mecanismos, de forma direta ou indireta) resulta numa desigualdade nas distribuições dos serviços com tratamento diferenciado entre negros e não negros, levando ao alcance desproporcional das políticas públicas e contribuindo para a naturalização e reprodução das desigualdades sociais. Para Werneck (2013a), o Racismo Institucional (RI) é uma forma de subordinar o direito e a democracia aos interesses racistas.

O RI ultrapassa a dimensão individual, não se expressando em atos manifestos e declarados de discriminação, e instaura-se na dimensão estrutural, correspondendo às formas organizativas e políticas, sendo denominado também de racismo sistêmico. É um dos meios pelo qual o Estado e as demais instituições estendem o seu poder sobre a sociedade,

destacando a dimensão do poder como elemento central na constituição das relações raciais (Werneck, 2016; Almeida, 2019).

A existência do RI revela que as regras e os padrões racistas por parte da instituição estão de alguma maneira vinculados ao estabelecimento e à manutenção da ordem social que ela visa proteger. As instituições representam a concretização de uma estrutura social que tem o racismo como um de seus elementos intrínsecos. “As instituições são racistas porque a sociedade é racista” (Almeida, 2019, p. 31).

A compreensão a respeito do papel das instituições na reprodução do racismo e das desigualdades raciais no aparelho de estado é imprescindível, uma vez que o “racismo institucional é um mecanismo performativo ou produtivo capaz de gerar e legitimar condutas excludentes, tanto no que se refere a formas de governança quanto de *accountability*” (Werneck, 2016, p. 542).

Assim, o RI garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, impede ou dificulta o acesso e a inclusão dos negros em determinados espaços ou dificulta a presença do Estado em locais onde há predominância de população negra, resultando em menor participação, numa baixa atuação de controle social e na manutenção de uma condição estruturante de desigualdades e iniquidades na sociedade (Jaccoud, 2009; Werneck, 2013a, 2013b; Silva, 2017). O RI não denota só o privilégio branco, mas também seu mecanismo para controle e manutenção dessas prerrogativas via Estado (Werneck, 2005a).

Vale salientar que o conceito de racismo institucional foi cunhado na década de 1960, nos Estados Unidos, pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras Stokely Carmichael e Charles Hamilton, na arena de luta pelos direitos civis e pela implementação de políticas de ação afirmativa, para especificar como se manifesta o racismo nas estruturas de organização da sociedade e nas instituições, sendo empregado desde então em vários países (Werneck, 2016, 2013a, 2013b, Silva, 2017).

No livro *Black Power: the politics of liberation in America*, que remete à origem do termo RI, os autores Kwame Ture (Stokely Carmichael) e Charles Hamilton apresentam o racismo assumindo duas formas intimamente relacionadas: uma aberta e perceptível, voltada ao âmbito individual e outra encoberta, de mais difícil percepção, relacionada ao institucional. A discriminação individual representada por atos de vandalismo provocados por brancos terroristas, já a institucional evidenciada nas altas taxas de mortalidade entre crianças negras decorrentes de alimentação ou habitação inadequadas. Assim, o RI ocorre por negligência, por ações repressivas do Estado ou por práticas antinegras com subordinação do povo negro, sendo comparado ao colonialismo e considerado tão letal como o racismo individual.

Para os autores, as manifestações do RI são observáveis por meio dos padrões de sistemática desigualdade produzida pelas burocracias do sistema (crenças, valores), que, por sua vez, ao lado das estruturas, formam as instituições (partidos políticos, grupos de interesse) que existem para fazer que o sistema funcione.

Na Inglaterra, o relatório elaborado por Sir William Macpherson, em 1999, referente a não condenação de um grupo de jovens brancos responsáveis pelo assassinato do jovem negro Stephen Lawrence, em 1993, apresentou uma importante ferramenta de análise para as desigualdades raciais, para o racismo presente naquele país e pela busca de equidade na prestação de serviços públicos, que foi a compreensão do racismo institucional como o fracasso das instituições em prestar um serviço adequado devido à cor da pessoa.

No parágrafo 6.34 do relatório, o conceito de RI é definido como:

a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Isto pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos equivalentes à discriminação, por meio de preconceitos involuntários, ignorância, imprudência e estereótipos racistas com desvantagens para as minorias étnicas (tradução própria, p. 20).

As definições de racismo institucional presentes em Black Power e no Relatório Macpherson revelam nuances distintas em seus contextos, que permitem uma análise sobre a compreensão e utilização do conceito de RI.

No livro Black Power, os autores fazem uma crítica ao sistema americano, evidenciando como instituições, políticas e práticas sociais são construídas para desprivilegiar sistematicamente a população negra. Nesse sentido, o racismo institucional é apresentado como um elemento central na relação de poder, enraizado na estrutura organizacional e nas normas sociais, fenômeno estrutural e político que enseja uma transformação social.

No relatório Macpherson, a definição de racismo institucional que influenciou a definição adotada no Brasil é realizada num contexto de análise da organização policial e de outras instituições públicas, que apresentam “falhas” na aplicação dos serviços, evidenciando que o racismo pode estar implícito nas práticas organizacionais e culturais dessas instituições, porém sem abranger o caráter sistêmico discutido por Ture e Hamilton, o qual cria e fundamenta as práticas institucionais para manutenção do próprio sistema.

O Relatório Macpherson influenciou o Governo Britânico a adotar algumas políticas antirracistas, como a elaboração da emenda de Lei de Relações Raciais, em 2000, que ampliou a aplicação da Lei de Relações Raciais de 1976, proibindo a discriminação racial em

funções públicas não abrangidas anteriormente pela Lei, como a polícia e outras autoridades públicas e o Serviço Nacional de Saúde, tornando ilegal qualquer discriminação racial em instituições públicas e exigindo o desenvolvimento de ações para a promoção da igualdade racial e combate à discriminação (Warden, 1999; Field; Roberts, 2002) inspirando a adoção de medidas de combate ao racismo em outros países.

A mobilização social e a participação do governo brasileiro na Conferência de Durban conferiram maior visibilidade ao debate público sobre as questões raciais e o setor público e como o mesmo poderia estabelecer e efetivar compromissos de combate ao racismo e às desigualdades raciais. Nesse contexto, em 2001, por meio de parceria estabelecida entre entidades do governo brasileiro e organizações internacionais americanas e inglesas, iniciam-se as discussões sobre o Programa de Combate ao Racismo Institucional voltado às organizações públicas, tendo como objetivo contribuir para o enfrentamento e superação das desigualdades de desenvolvimento e redução de pobreza, por meio do estabelecimento de políticas, capacitação institucional e participação da sociedade civil organizada (Jaccoud, 2009a; DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009; Silva, 2017).

No Brasil, com a implementação do PCRI, o RI foi definido como:

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009, p. 17).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, a invisibilidade das doenças que são mais prevalentes na população negra e as diferenças nos perfis de adoecimento entre negros e brancos, fizeram com que uma das áreas prioritárias do PCRI fosse à saúde (Werneck, 2013a; Silva 2017; Alvarez, 2012; Kalckmann *et al.*, 2007).

O PCRI, no componente saúde, foi desenvolvido no Ministério da Saúde e constituiu-se em um estudo de caso sobre como o RI pode ser abordado setorialmente, possibilitando os desdobramentos das políticas e das ações desenvolvidas nos estados e nos municípios para diminuir as iniquidades raciais em saúde. No componente municipal, o programa teve as prefeituras de Recife e de Salvador e o Ministério Público de Pernambuco como agências implementadoras no combate e na prevenção do racismo institucional, nas

suas diferentes formas de expressão: nas relações entre servidores, na prestação de serviço ao usuário e na ação programática (Silva, 2017; DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009; Jaccoud, 2009).

A escolha dessas duas cidades ocorreu pelo interesse das próprias prefeituras em implementar o programa. A existência do componente municipal é justificada pelo fato de ser neste espaço que as políticas públicas se realizam, onde as pessoas vivem, demandam dos serviços públicos e se organizam para intervir no debate político, alargando a sua participação democrática (Jaccoud, 2009; DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009).

As relações interpessoais e a atuação político-programática foram dimensões analíticas propostas pelo PCRI. A primeira dimensão refere-se às relações estabelecidas entre gestores, trabalhadores e os usuários dos serviços, já a dimensão político-programática está relacionada ao investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias, pela implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade, bem como implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, de combate ao racismo e de intolerâncias correlatas (DFID; Instituto AMMA Psique e Negritude, 2009).

A participação das agências internacionais financiadoras do programa foi limitada a fase I de implementação, primeiros dois anos, conforme programação. A fase II foi referente a avaliação dos resultados e a disseminação das experiências de combate ao racismo institucional (Silva, 2017; Jaccoud, 2009). Com o término do financiamento no âmbito federal, criou-se a expectativa de que as atividades continuassem nos municípios (Rebouças, 2007), o que demandou mais esforços para condução do programa, incorporando-o enquanto política pública “de governo” e não “do governo”.

Diversas foram as atividades realizadas pelo PCRI nos anos iniciais de implementação do Programa, tendo como destaque: I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, II e III Seminário Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde; Lai Lai Apejo II: mulheres negras na luta contra aids; Lai Lai Apejo III; Oficinas de Trabalho para qualificação de lideranças religiosas para controle social em saúde, promovidas pelo Projeto Ato Iré - religiões afro-brasileiras e saúde, dentre outras, além da realização do intercâmbio de experiências na implementação de políticas de promoção à igualdade racial, considerando os desafios e sucessos no trabalho contra o racismo institucional junto ao governo, com representantes do Reino Unido (DFID, 2005a, 2005b, 2005c).

As ações do PCRI - Saúde tinham como locais de atuação Recife, Salvador, São Paulo e região metropolitana, Fortaleza, Porto Alegre e Nova Iguaçu, sendo que nas cidades de

Recife e de Salvador as ações desenvolvidas estavam sob a responsabilidade do PCRI Municipal e Saúde (DFID, 2005b).

O PCRI foi lançado oficialmente em Salvador em abril de 2005, com estabelecimento do convênio entre o PNUD e a prefeitura da capital baiana, para desenvolver ações tanto pelo componente saúde, quanto pelo componente municipal (DFID, 2005a), sob coordenação da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR). A SEMUR, criada pela Lei nº 6.452 de 2003, provavelmente influenciado pela atuação da SEPPIR no âmbito federal, é a instância da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) responsável por articular as políticas públicas de promoção da equidade racial, a inclusão social dos afrodescendentes e a valorização da diversidade, junto às instituições governamentais e não governamentais (Salvador, 2003).

A responsabilidade pela implantação do PCRI no âmbito do sistema municipal de saúde foi atribuída ao Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra, considerado uma das referências para o Brasil. As ações iniciais do componente saúde em Salvador foram realizadas em parceria com o Grupo Crescer da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA) e Programa de Atenção à Saúde da População Negra (Pronegro) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - FM/UFBA (Winthrop, 2007; DFID, 2005a).

Entre as ações do componente municipal cita-se a parceria com o Projeto DFID/Tribunal de Contas do Estado para inclusão das dimensões racial e de gênero na avaliação dos resultados dos programas de governo, a realização de oficinas com os movimentos sociais e instâncias governamentais sobre o Programa e a troca de experiências com a Comissão de Igualdade Racial do Reino Unido (Winthrop, 2007; DFID, 2005a).

No ano de 2013, o PCRI apresenta avanços na PMS, com a publicação do Decreto nº 23.837 que dispõe sobre a criação, composição, estruturação, competências e funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) de combate ao racismo institucional e de promoção da igualdade racial da PMS, sendo o mesmo formado por servidores (as) do Poder Público Municipal para desenvolver ações do Programa em todos os órgãos e entidades da administração pública municipal e de Instituições da Sociedade Civil Organizada, fortalecendo a participação social. Em 2016, o GTI é transformado em Comitê Técnico de Combate ao Racismo Institucional, através do Decreto nº 27.099.

Uma das atribuições do referido Comitê, prevista no decreto, é acompanhar, monitorar e dar suporte à formação dos núcleos internos de combate ao racismo institucional em cada um dos órgãos que compõem o Comitê. Os núcleos internos de combate ao racismo

institucional têm como objetivo apoiar a execução das ações e das decisões do Comitê do PCRI transversalizando as ações em cada um dos órgãos da PMS.

Ressalta-se a importância da implementação do PCRI visando a promoção da igualdade racial na cidade considerada mais negra fora do continente Africano. Atualmente Salvador apresenta uma população de 2.418.005 pessoas, com 83,2% dessa população se autodeclarando como população negra (pretos e pardos) (IBGE, 2022).

5. GESTÃO SOCIAL E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As PP desenvolvem um papel fundamental em identificar e atender as demandas sociais apresentadas. Estas se materializam através da ação dos sujeitos sociais envolvidos e das atividades institucionais que as realizam em diferentes contextos e condicionam seus resultados (Luchesse, 2004). Nesse sentido, é preciso entender as PP, por intermédio da gestão social, como processos de governo e não como processos do governo, onde quem governa é o povo, por meio de instrumentos de gestão social (Boullosa, 2014).

Para Tenório (2005), a gestão social deve ser entendida como o processo gerencial dialógico no qual o processo decisório é compartilhado entre os participantes da ação (público, privado ou de organizações não-governamentais), representando um espaço privilegiado de relações sociais, onde todos têm o direito à fala, sem sofrer algum tipo de coação.

As decisões políticas são legitimadas em processos de discussão plurais, inclusivas e pautadas no bem comum. Uma gestão realizada pela sociedade e para a sociedade, com a tomada de decisão coletiva baseada na dialogicidade, no entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação enquanto fim último (Cançado *et al.*, 2011).

A gestão social pode ser compreendida:

[...] como o conjunto de processos e dinâmicas que ativam e conformam o fazer juntos (ou a vontade de) de atores que agem no fluxo de políticas públicas, mobilizados pelo e no interesse público para o governo de problemas de pública relevância ou para a preservação de bens públicos (Boullosa, 2013:82).

Tenório (2005) afirma que a esfera pública, procurando atender às necessidades de uma dada sociedade, deve identificar, compreender, problematizar e propor as soluções para os dilemas por gerenciamento participativo, dialógico e deliberativo, e não por meio de um

processo centralizador, tecnoburocrático, no qual prevalece o conhecimento técnico como principal argumento da decisão.

É na esfera pública que os diferentes atores da sociedade civil se articulam, ecoando suas necessidades e demandas, com a intenção de planejar, executar e avaliar políticas públicas ou decisões em prol do bem comum. A avaliação de políticas públicas de objetos que envolvem a gestão social é um processo inclusivo, considerando os atores envolvidos ou os que se sentem mobilizados pelo objeto em avaliação, devendo assumir valores importantes como as noções de democracia, participação social e empoderamento (Tenório, 2005; Boullosa, 2018).

A avaliação de PP é uma ferramenta que possibilita saber se as mudanças e objetivos propostos foram alcançados, devendo ser executada em caráter permanente e integrada ao ciclo de políticas públicas. Avaliar é uma ação comum ao ser humano, presente no dia a dia, realizada de maneira natural e carregada de subjetividade (Boullosa, Araújo, 2009). Com embasamento nas experiências de vida, é emitido juízo de valor sobre as situações vivenciadas, as informações recebidas e sobre as tomadas de decisões cotidianas, caracterizando um processo informal de avaliação. A avaliação, enquanto procedimento formal, deve representar um processo complexo, embasado na realização de pesquisas avaliatórias (Boullosa, Araújo, 2009).

O conceito clássico de avaliação de Michael Scriven, elaborado em 1967, afirma que avaliar é uma atividade formal com atribuição de juízo de valor e mérito a uma entidade. Para Boullosa (2018) e Araújo (2019), avaliar não é só construir juízo, é também uma oportunidade para a produção de conhecimento e aprendizagens sobre o objeto de estudo. É ainda uma construção de significados, devendo considerar todos os atores envolvidos e afetados pelo objeto de estudo no processo avaliativo.

A avaliação pode ocorrer em diferentes fases de uma intervenção social, independente do seu grau de complexidade, seja uma política, um plano, um programa, um projeto ou ações. Pode ser realizada durante a formulação, implementação e resultados, sofrendo modificação em sua natureza, dinâmica e objetivo a depender em que ciclo da intervenção seja instaurada (Boullosa, Araújo, 2009).

Na avaliação de políticas públicas, área em estruturação desde o século XX, considerada como um campo complexo, denso e plural (Boullosa, 2020), a perspectiva positivista ainda é hegemônica no Brasil e no mundo, tendo como foco a aferição de resultados com base em eficácia, eficiência e efetividade, tendo como parâmetro dados estatísticos para justificar sua viabilidade política, atendendo aos interesses de uma agenda

política e econômica neoliberal (Rodrigues, 2008; Gussi e Oliveira, 2016; Cruz, 2019; Torres Jr. *et al.*, 2020).

Para Boullosa (2019), a concepção gerencialista que vem marcando a cultura de avaliação no país ainda não conseguiu superar o estigma da avaliação. Avalia-se porque se deve, sem saber direito o porquê, o que aumenta a automatização na forma como a avaliação é realizada e vem se consolidando no país, levando a um esvaziamento de significados, uma vez que apresentam pouca reflexividade (Boullosa e Araújo, 2009; Bullosa *et al.*, 2021; Gussi e Oliveira, 2016).

A avaliação não deve ser apenas considerada como um processo racional e procedimental, realizada na lógica dos modelos positivistas, normativos e prescritivos, que resultam em análises consideradas neutras e cientificamente comprovadas. Novas perspectivas são necessárias para compreender a natureza, os métodos, os vínculos, os limites e as potencialidades dos processos avaliativos, principalmente quando relacionadas a objetos no campo das políticas sociais (Araújo, 2019).

Para Cruz (2019), as avaliações baseadas nas técnicas positivistas não permitem espaço para crítica da política, muitas das vezes resultando em avaliações não comprometidas com as noções de emancipação, justiça social e democracia. Representam assim as produções do norte global, que carregam as propriedades discursivas dominantes de uma epistemologia europeia ocidental.

A avaliação não é uma prática neutra que escapa à dominação colonial. Urge a ruptura com padrões tradicionais e hegemônicos de avaliação, centrados na mensuração do objeto de estudo, os quais representam ideais colonizados que desconsideram e invisibilizam os sujeitos sociais envolvidos nas políticas (Gussi e Oliveira, 2016; Araújo, 2019, Bullosa *et al.*, 2021). Questões como raça, gênero, sexualidade, território e cultura são elementos ensejados na conformação de um processo avaliativo numa perspectiva decolonial, que ultrapasse o aspecto funcional e gerencial em busca de construir conhecimento situado e posicionado, considerando a diversidade de atores sociais e institucionais envolvidos (Lima e Gussi, 2021).

Para Ribeiro e Gasparini (2021), avaliações críticas fortemente contextualizadas se sensíveis aos diferentes contextos socioculturais, as formas de pensar e estar no mundo dos povos historicamente dominados é o caminho para libertação em relação à colonialidade.

A reflexividade e a posicionalidade por parte dos avaliados, avaliadores, demandantes e financiadores na avaliação de políticas públicas, permite uma maior reflexão crítica, uma vez que partem, respectivamente, de uma interpretação autocrítica das experiências vividas, dos valores individuais e sociais defendidos e do reconhecimento da existência de

especificidades, vulnerabilidades e marcadores sociais que atravessam cada ser (Bullosa *et al.*, 2021).

A falta de reflexividade destitui a avaliação da dimensão humana e política (Araújo, 2019). É necessário compreender a avaliação enquanto processo crítico, reflexivo, dinâmico e multifacetado, enquanto processo de aprendizagem, de construção de significados e significância, que envolve uma multiplicidade de atores com ideologias distintas, que não fazem apenas pesquisa aplicada, mas implicada na transformação social a partir da sociedade e com repercussões na sociedade (Araújo, 2019; Boullosa, 2009, 2019).

Na perspectiva de realização de uma avaliação contra hegemônica, com novas perspectivas epistemológicas e metodológicas acerca da avaliação de políticas públicas, é proposta por Rodrigues (2008, 2011) a AP. Partindo da problematização das avaliações gerencialistas e afastando-se do paradigma positivista, a autora fundamenta as bases que sustentam a realização de uma AP (Gussi e Oliveira, 2016). A AP busca compreender a política a partir dos atores nela envolvidos, dos sujeitos invisibilizados, principalmente nos processos políticos de tomada de decisão e planejamento estratégico, em busca de gerar indicadores sociais que promovam um conhecimento promotor da cidadania, mais inclusivo, com equidade e democrático sobre as políticas públicas (Torres Jr., 2020).

Embasada nos estudos de Lejano (2012), Rodrigues (2008) apresenta as proposições iniciais da AP, indicando que esta deve ser, ao mesmo tempo, extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional para permitir uma melhor apreensão da política em sua totalidade, de como a mesma é vivenciada pela multiplicidade de atores.

A avaliação extensa e ampla indica que essa não poderá se restringir a um olhar focado apenas na averiguação do cumprimento das metas propostas pela política e seus resultados, ou nos itens priorizados por um programa, bem como tão somente no atendimento às suas diretrizes. Já o aspecto da densidade está relacionado à busca de significados, referente à política para os atores envolvidos, para o entendimento das subjetividades ao seu redor, o que confere um destaque a pesquisa qualitativa nesse modelo de avaliação (Rodrigues, 2016).

Com uma abordagem qualitativa, com inspiração etnográfica, mas que admite a integração com dados quantitativos e secundários, ou seja, a utilização de métodos mistos, a proposição da AP direciona a avaliação da política pública para o campo da compreensão interpretativa através da busca de sentidos e significados construídos pelos sujeitos que formulam, executam ou vivenciam a política, para além da construção indicadores quantitativos e estatísticos em observância aos critérios pré-definidos pela política (Rodrigues, 2016; Torres Jr., 2020).

Rodrigues (2008) fundamenta sua proposta avaliativa por meio de quatro grandes eixos de análise: Análise de Conteúdo do Programa, abrangendo a formulação, as bases conceituais e a coerência interna da política; Análise de Contexto, que se refere ao levantamento de dados sobre o momento político, social, econômico e cultural que proporcionou à formulação e implementação da política ou programa; Trajetória Institucional, que busca analisar a coerência do programa ao longo de suas vias institucionais; Espectro Territorial e Temporal, que dimensiona a implementação da política no contexto temporal e territorial de sua aplicação e as mudanças ao longo do tempo.

Segundo Gussi e Oliveira (2016), a avaliação em profundidade das políticas públicas implica em uma dimensão analítica e uma dimensão metodológica. A dimensão analítica está relacionada à compreensão epistemológica das políticas públicas com base nas configurações contemporâneas do Estado, considerando as relações estabelecidas com os diferentes sujeitos sociais envolvidos na política, bem como seus sentidos e significados. Em relação à dimensão metodológica, a AP não obedece a modelos, a priori, predefinidos e prontos para uso. Implica na elaboração de um percurso metodológico relacionado à perspectiva processual e multidimensional de avaliação, buscando compreender a trajetória da política em sua totalidade.

A AP não se limita à mera técnica, mas busca compreender a política a partir dos atores nela envolvidos, dos sujeitos invisibilizados, principalmente nos processos políticos de tomada de decisão e planejamento estratégico. Assim, proporcionar gerar indicadores sociais que promovam um conhecimento promotor da cidadania, mais inclusivo, com equidade e democrático sobre as políticas públicas (Torres Jr., 2020).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

*“[...] isto não significa que, contrariamente a Alice,
tenhamos que saber o caminho,
mesmo porque não existe o caminho, mas caminhos,
uma pluralidade deles. Contudo, é necessário escolher algum.
E escolher é sempre um risco. Nada nos assegura o resultado do caminho escolhido...
Esta opção não é abstrata, é necessário construí-la...
Nesta construção, nos encontraremos com outros construtores...
[...] E é o fazer – com seus erros e acertos –
que nos possibilita a construção de algo consistente.
[...] Mas não partimos do zero.
Temos toda uma história que nos possibilita
vislumbrar pistas de caminhos”.*
Pedro Benjamin Garcia.

Para a execução dos objetivos deste estudo, foi realizada uma avaliação crítica e contra-hegemônica, com base na avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008). A fim de responder ao objetivo de avaliar o programa de combate ao racismo institucional na saúde, no período de 2006 a 2021, foram utilizadas de metodologias que permitiram a realização de uma avaliação em profundidade, abrangendo a análise de conteúdo, de contexto, da trajetória institucional e dos espectros temporal e territorial (Rodrigues, 2008). Com base na estratégia de triangulação de fontes de dados descrita por Yin (2001), foram utilizadas entrevistas, documentos governamentais, dados primários e secundários dos sistemas de informações e estudos contextuais do objeto de pesquisa.

Para a compreensão do contexto social, histórico, político, verificando quais valores fundamentam a implementação do PCRI na saúde em Salvador, o objetivo do primeiro artigo, foi realizado levantamento de dados secundários por meio de uma pesquisa bibliográfica. A revisão bibliográfica é essencial para construir um entendimento acerca do contexto social, político e econômico, bem como os aspectos ideológicos quando da implementação do PCRI. Ainda foram realizadas entrevistas com informantes-chave que estiveram presentes no planejamento e implantação do PCRI no âmbito da gestão da SMS, através da amostragem em bola de neve.

A análise dos documentos de gestão da SMS, no período de 2006 a 2021, como o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) e a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores dos serviços de saúde, foram as metodologias empregadas para o alcance do segundo objetivo específico, resultando na escrita do segundo artigo, cujo objetivo é analisar a memória institucional e o contexto em que está inserido o programa na saúde, identificando quais alcances e empecilhos na sua execução.

O PMS é o principal instrumento para a definição e o direcionamento das ações em saúde. Elaborado para um período de quatro anos, é fundamentado numa análise situacional das necessidades de saúde da população, consolidando as políticas e os compromissos de saúde (Brasil, 2016a).

O PMS tornou-se uma recomendação para o planejamento em saúde desde a Lei federal 8.080/90, a qual determinou que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão utilizá-lo para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais em consonância com os Planos Plurianuais, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei

Orçamentária Anual. Os Planos são construídos de maneira colegiada por usuários, trabalhadores e gestores, a partir das deliberações das Conferências Municipais de Saúde.

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Anualiza as metas do Plano de Saúde e prevê a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. É elaborada anualmente e descreve as pretensões para ações e serviços de saúde indicadas no Plano de Saúde. Por sua vez, o RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, caracterizado por ser utilizado na prestação de conta do que fora programado no PMS vigente na PAS, se necessário, orienta o redirecionamento no Plano de Saúde (Brasil, 2016a).

Os Relatórios e as Programações Anuais correspondentes aos anos iniciais da implementação do PCRI na saúde, de 2005 a 2010, não estavam disponíveis nem em meio físico, nem em meio virtual. Assim, foram analisados aqueles referentes aos Planos Municipais de Saúde dos quadriênios 2010/2013, 2014/2017 e 2018/2021. Apesar da indisponibilidade das referidas documentações, analisou-se o PMS do quadriênio 2006/2009. Ainda foi analisado o Plano Municipal do PCRI de 2014/2016.

Segundo Rodrigues (2008), a análise de conteúdo na avaliação de uma política contempla a formulação da política, suas bases conceituais e a coerência interna, aspectos que se traduzem na análise do material institucional na forma de leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos e outros.

O levantamento dos documentos de domínio público foi realizado mediante busca no sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador e do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARG-SUS), ferramenta eletrônica da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que visa apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. No SARG-SUS é possível ter acesso às informações referentes aos Planos Municipais, Estaduais e Federais de Saúde, obrigatórios para o recebimento de recursos federais (Brasil, 1990b). Para acesso aos demais documentos que não foram identificados para consulta pública em meio eletrônico, foi solicitada autorização a SMS, obtida por meio do Termo de Anuência Institucional (TAI).

A pesquisa documental, segundo Gil (1999), é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, apresentando diferenças quanto à natureza das fontes. Enquanto a bibliográfica se utiliza das contribuições de diversos autores, a documental se utiliza de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico. Para Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa

documental é o levantamento de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos ou privados, dentre outros.

A entrevista é uma técnica crucial para a coleta dos dados. Por meio da entrevista, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, objetivando ampla compreensão dos pontos de vista, sentidos e significados que a política detém para os sujeitos envolvidos no planejamento e implementação e para os sujeitos que vivenciam o programa. Dessa maneira, foram sujeitos dessa pesquisa, para o alcance do objetivo do segundo artigo, trabalhadores de alguns serviços vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário mais populoso de Salvador.

A APS é considerada a principal porta de entrada no SUS, ordenadora das redes de atenção em saúde e coordenadora do cuidado. Deve ser o primeiro nível de contato do usuário com o sistema nacional de saúde, tendo como base os princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (Brasil, 2017).

Os serviços de saúde vinculados à APS podem ser com ou sem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A ESF visa à reorganização da atenção básica, com reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e propiciando uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2017). Nesta pesquisa, como campo para as entrevistas com os trabalhadores, foram escolhidos os serviços de atenção primária com estratégia de saúde da família (Unidade de Saúde da Família - USF) e sem estratégia de saúde da família (Unidade Básica de Saúde), do bairro mais negro, no território do referido distrito sanitário.

Em relação aos profissionais dos serviços de saúde, foram considerados como critérios de inclusão para participação na pesquisa o aceite do trabalhador para participar desta, tempo de atuação na unidade igual ou superior há dois anos e a presença no quadro de funcionários em atividade no período da realização da coleta de dados. Foram excluídos da amostra trabalhadores em gozo de férias, atestados médicos ou algum tipo de licença (médica, maternidade, prêmio, dentre outras) ou que faltaram ao serviço no período da realização da coleta. O número de entrevistas foi delimitado por meio do critério de saturação.

Para realização das entrevistas foram utilizados roteiros semiestruturados específicos para os sujeitos da pesquisa, informantes-chave e trabalhadores dos serviços de saúde. As perguntas foram diretamente relacionadas com os objetivos da pesquisa. A opção por realizar a técnica de entrevistas semiestruturadas justifica-se por esta modalidade permitir tanto a espontaneidade quanto a objetividade no momento da interação entre o entrevistador e o

entrevistado (Minayo, 2002). Conforme Triviños (1987), a entrevista semiestruturada busca garantir que todas as questões centrais da pesquisa sejam abordadas durante a coleta de dados, garantindo que o informante relate livremente suas experiências sem perder o foco delimitado pelo investigador.

Utilizou-se o referencial teórico-metodológico de Lawrence Bardin para a análise de conteúdo do primeiro e do segundo artigo. Para a autora, a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: a pré-análise, na qual ocorre a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos e a preparação do material para análise; a exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação; e a fase de tratamento dos resultados e interpretação, que consiste no agrupamento das unidades de registro a partir de características comuns, dando-lhes um título genérico a partir dos dados que emergirem na etapa de codificação, com posterior realização de inferência (Bardin, 1977).

É por meio da análise de conteúdo que podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos apresentados. Através dos relatos e das ações dos sujeitos, buscaram-se sentidos para uma compreensão que vai além do descrito e analisado (Minayo, 2002).

No primeiro artigo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial na análise de dados sugerida por Bardin (1977), com o apoio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). O software foi desenvolvido por Pierre Ratinaud e licenciado seguindo a lógica do open source por GNU GPL v2. É livre, ancorado no *Software R* e permite cinco diferentes análises estatísticas; não se trata de um método, mas corresponde ao processamento de dados da pesquisa realizada. No Brasil, o Iramuteq foi utilizado a partir de 2013 (Camargo; Justo, 2021).

A análise temática, o conteúdo semântico das respostas livres foi categorizado através do "procedimento por milha" (Bardin, 1977), no qual as categorias são criadas a partir dos elementos encontrados quando inexistem categorias pré-estabelecidas. Somente após a coleta de informações obtidas no trabalho de campo é que as categorias de análise foram estabelecidas, analisadas e interpretadas.

O Iramuteq proporciona análises textuais, as quais são: a lexicografia básica como cálculo de frequência de palavras, a de especificidades que associa textos com variáveis, o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análise de similitude que identifica as ocorrências entre as palavras e a nuvem de palavras, que agrupa e faz a organização das palavras graficamente (Loubere; Ratinaud, 2016; Camargo; Justo, 2021).

Para a utilização do software, é necessária a preparação do “corpus” ou matriz de dados com todos os textos provenientes de documentos e/ou entrevistas que se pretende

analisar a fim de que o processamento seja realizado (Camargo e Justo; 2021). Após transcrição das entrevistas, os relatos dos participantes foram lidos por completo e foi realizada a estruturação do corpus textual, com observação à ortografia, padronização de siglas, uniformização de sinônimos e de palavras utilizadas com o mesmo sentido, retirada de vícios de linguagem, entre outros aspectos, deixando o material mais robusto para análise, contudo sem interferir no sentido do conteúdo produzido.

O software Iramuteq realiza o dimensionamento do corpus textual em segmentos de texto, na maioria das vezes, do tamanho de 3 linhas. São as principais unidades de análise textual do software. A sugestão da literatura indica percentuais de retenção acima de 75% para bom aproveitamento (Camargo; Justo, 2021). Utilizou-se o sistema de escore absoluto fornecido pelo software Iramuteq para a seleção dos segmentos de texto mais representativos de cada categoria emergida por meio da CHD, para representar a evidência empírica. Quanto mais alto o escore, maior a associação do segmento à categoria em questão.

Para análise de conteúdo do segundo artigo, foi realizada, inicialmente, a leitura flutuante do material levantado, sendo observadas as regras da exaustividade, homogeneidade e da pertinência na constituição do corpus. Após, foram realizadas as etapas de codificação do material coletado, com definição das unidades de contexto e de registro. A categorização dos elementos foi realizada por meio do agrupamento conforme as suas semelhanças em dado aspecto da sua constituição semântica e sintática, segundo os princípios de qualidade, de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Em seguida, realizou-se a análise das informações que viabilizou o alcance de inferências e interpretações por meio do material coletado para a pesquisa (Bardin, 1977).

Os resultados dos artigos 1 e 2 foram apresentados respeitando o anonimato e preservando a integridade dos participantes da pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram publicados nomes ou quaisquer outras informações que identifiquem os colaboradores.

A revisão de literatura foi a abordagem metodológica utilizada na elaboração do terceiro artigo, que reflete o resultado da residência social, onde a experiência proporcionada despertou a sensibilidade para a percepção do protagonismo do feminino negro na luta pela efetivação do direito à saúde da população negra.

No desenvolvimento do estudo, foram observados os pressupostos previstos na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que assegura os direitos e os deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012) da Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas

em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis, ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (Brasil, 2016b); e, da Resolução n.º 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018). A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob o parecer n.º 6.680.889, número CAAE: 77133823.8.0000.5531.

SEGUNDA PARTE

ARTIGO I: SANKOFA, OUVINDO AS NARRATIVAS: PERCURSO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PCRI NA SAÚDE EM SALVADOR/BA

RESUMO

A proposta deste artigo é apresentar parte dos resultados da pesquisa do mestrado que avalia o Programa de Combate ao Racismo Institucional no âmbito da saúde do município de Salvador/Bahia. A pesquisa foi desenvolvida a partir de revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas e dados de implementação do programa. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com informantes-chave a fim de compreender o contexto social, histórico e político, para verificar quais valores fundamentaram a implementação do PCRI na saúde na cidade de Salvador. Trata-se de um estudo empírico qualitativo, embasado na proposta de Avaliação em Profundidade de Lea Rodrigues. A análise de conteúdo foi realizada com auxílio do *software* Iramuteq. As categorias emergidas proporcionaram a reflexão sobre elementos que possibilitam a compreensão do processo de implementação de políticas públicas, como: i) o papel dos gestores públicos na execução de políticas públicas; ii) a participação dos movimentos sociais na conversão de demandas em políticas estruturadas; iii) a influência de agendas internacionais na elaboração de políticas públicas, como a conferência de Durban, importante marco na luta contra o racismo; iv) priorização e efetivação de políticas relacionada à alocação de recursos financeiros; v), e a persistência do racismo como o principal obstáculo à implementação de políticas voltadas à promoção da equidade. A não priorização da temática étnico-racial, refletida também na insuficiência de recursos, aprofunda as desigualdades e enfraquece as políticas públicas em prol da equidade racial. O racismo, ao estruturar relações de poder, configura-se como o maior entrave à concretização de políticas públicas que visem à transformação das desigualdades raciais. Assim, os movimentos sociais, como o movimento negro, desempenham um papel importante como propulsor de mudanças e incorporação das demandas das populações vulnerabilizadas às agendas públicas.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Programa de combate ao racismo institucional; Saúde da população negra.

Abstract

The purpose of this article is to present part of the results of the master's research that evaluates the Program to Combat Institutional Racism in the health context of the municipality of Salvador/Bahia. The research was developed from a literature review, semi-structured interviews and data on the implementation of the program. Semi-structured interviews were conducted with key informants in order to understand the social, historical and political context, to verify which values underpinned the implementation of PCRI in health in the city of Salvador. This is a qualitative empirical study, based on Lea Rodrigues' proposal of In-Depth Evaluation. Content analysis was performed with the aid of the Iramuteq software. The categories that emerged provided reflection on elements that enable the understanding of the process of implementation of public policies, such as: i) the role of public managers in the execution of public policies; ii) the participation of social movements in the conversion of demands into structured policies; iii) the influence of international agendas in the elaboration of public policies, such as the Durban conference, an important milestone in the fight against racism; iv) prioritization and implementation of policies related to the allocation of financial resources; v) the persistence of racism as the main obstacle to the implementation of policies aimed at promoting equity. The non-prioritization of the ethnic-racial theme, also reflected in the insufficiency of resources, deepens inequalities and weakens public policies in favor of racial equity. Racism, by structuring power relations, is configured as the greatest obstacle to the implementation of public policies aimed at transforming racial inequalities. Thus, social movements, such as the black movement, play an important role as a driver of change and incorporation of the demands of vulnerable populations into public agendas.

Keywords: Public policies; Program to combat institutional racism; Health of the black population

1. INTRODUÇÃO

Cantada em prosas e versos, por suas belezas naturais e ancestrais, a cidade do Salvador também é palco das desigualdades sociais. Quinta cidade do país em número de habitantes, composta na sua maioria por negros (83,2%) - somatório de pretos e pardos (IBGE, 2022), apresenta problemas de infraestrutura urbana, violência e outros ligados às grandes metrópoles, que quando analisados desagregados por raça/cor revelam as iniquidades raciais.

Segundo Salvador (2021), a população soteropolitana é feminina, negra e jovem, com os bairros modernos sendo ocupados majoritariamente pela população branca e as áreas populares ocupadas pela população negra. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

(IDHM) segundo raça/cor demonstra a persistência da desigualdade racial no município, com índice de 0,664 para negros e 0,787 para brancos.

O racismo, forma estrutural de discriminação que tem como fundamento a raça compreendida enquanto construção social, impacta diretamente na vida da população negra ao longo da construção da sociedade brasileira, impondo desvantagens no acesso aos direitos e às oportunidades. A população negra sofre com as disparidades e tratamento desigual que o racismo estrutural produz, como a prevalência e incidência de doenças e as altas taxas de mortalidade.

A situação de saúde da população negra levou os movimentos sociais a reivindicar por mais e melhores condições de acesso ao sistema de saúde, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, como a participação nos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ter uma concepção de um sistema universal, integral, com equidade e participação social, o SUS não logrou a superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (Werneck, 2016), a qual são impostas pelas desigualdades raciais, que perpetradas no âmbito das organizações, operam realizando uma distribuição de serviços de forma diferenciada para os diferentes segmentos da população, configurando o Racismo Institucional (RI) (López, 2012).

O RI não se resume a preconceitos ou ofensas raciais interpessoais, mas representa toda uma construção sistêmica para manutenção do poder existente na constituição das relações raciais (Almeida, 2019).

Debates sobre racismo e a formulação de programas de ação afirmativa assumem crescente visibilidade no cenário brasileiro na perspectiva da construção de políticas, com recorte racial, que promovam equidade na saúde pública (Maio; Monteiro, 2005).

Nesse sentido, as pactuações da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata ocorrida em Durban – África do Sul, 2001, da qual o Brasil é signatário, produziram um ambiente favorável pela superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo (Jaccoud, 2009a, 2009b).

Por meio de parceria estabelecida entre entidades nacionais e internacionais foi implementado o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), com seus dois componentes (saúde e municipal), visando contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde, mobilizado pela necessidade de adoção de práticas antirracistas e não-discriminatórias nos serviços públicos. O componente saúde foi desenvolvido em âmbito federal no Ministério

da Saúde, e o componente municipal teve implementação em Salvador e Recife (Jaccoud, 2009a).

A formalização do PCRI com os municípios ocorreu em quatro etapas, sendo: i) apresentação do programa à administração municipal e manifestação de adesão; ii) definição dos setores responsáveis pela execução; iii) assinatura de memorando de implementação do programa; e, iv) elaboração, execução, monitoramento e avaliação do plano de trabalho. O componente municipal do PCRI teve como ação principal a capacitação de gestores e de trabalhadores dos serviços públicos no que se refere à identificação, ao enfrentamento e à prevenção do racismo institucional (Jaccoud, 2009b).

A Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), através de uma articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da Reparação (SEMUR), em 2005, deu início à formulação e implantação da Política de Atenção à Saúde Integral da População Negra (PASIPN) com a criação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), através da portaria n.º 018, de 11 de fevereiro de 2005, posteriormente transformado em Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS) (Salvador, 2005; Bastos e Pitta, 2016).

Para garantir a promoção da equidade racial como diretriz transversal da SMS, o GTSPN tinha como atribuições: elaborar um Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador; implantar o Programa de Anemia Falciforme; propor a política de Saúde para a População Negra de Salvador; e, articular intra e intersetorialmente ações para o desenvolvimento dessa política no município.

Com a celebração do convênio entre a PMS, o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o GTSPN incorporou como quinta atribuição implantar o Programa de Combate ao Racismo Institucional na SMS (Bastos e Pitta, 2016; Araújo, 2011).

Em observação ao Decreto n.º 27.099/2016, que dispõe sobre o Comitê Técnico de Combate ao Racismo Institucional da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), sob condução da SEMUR, através da Portaria n.º 054/2019, é instituído no âmbito da SMS o Núcleo Interno de Combate ao Racismo Institucional (NICRI/SMS), a fim de apoiar as decisões e ações do Comitê do PCRI e de conduzir as discussões étnico-raciais no âmbito da saúde. O NICRI/SMS é composto por representações da gestão do nível central da SMS e dos doze Distritos Sanitários.

A implantação do PCRI na área de saúde, implicando no envolvimento dos profissionais e gestores, iniciou com a realização de oficinas de abordagem e identificação do racismo de forma a tornar visível como o racismo se manifesta nas relações de trabalho, nas atitudes e práticas de seus funcionários e nas ações finalísticas da instituição, com objetivo de combatê-lo por meio de novas normas e procedimentos capazes de contribuir para a mudança da cultura institucional (Bastos e Pitta, 2016).

Diante do exposto, esse estudo busca compreender o contexto social, histórico, político, a partir dos valores que fundamentaram a implementação do PCRI na saúde em Salvador, e está vinculado à dissertação intitulada “Caminhos para a equidade em saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional”.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa baseada na Avaliação em Profundidade (AP) de Políticas Públicas que aborda quatro eixos analíticos na realização de uma avaliação: análise de conteúdo do programa, análise de contexto da formulação, trajetória institucional e espectro territorial e temporal (Rodrigues, 2008). O presente artigo relaciona-se à dimensão da análise de contexto dentro da proposta de formulação da metodologia de avaliação de profundidade.

Para o alcance do objetivo proposto foram realizadas pesquisas bibliográficas e entrevistas semiestruturadas em profundidade com informantes-chave no processo de implementação do PCRI na saúde, em Salvador, identificados por amostragem nomeada como “bola de neve”, uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência.

Os procedimentos de coleta de dados e cuidados éticos foram adotados conforme Resolução n.º 466/2012, Resolução n.º 510/2016 e Resolução n.º 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2016; Brasil, 2018). A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob o parecer nº 6.680.889, CAAE: 77133823.8.0000.5531.

2.1 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial na análise de dados sugerida por Bardin (1977), com o apoio do *software* IRAMUTEQ, versão 0.7, alpha 2 (Ratinaud,

2014). O *software* não se constitui em um método, ele corresponde a uma ferramenta para o processamento de dados (Camargo; Justo, 2021).

Durante a exploração do material, foi feita a codificação, classificação e categorização dos dados por meio do Iramuteq, por disponibilizar várias possibilidades para análises textuais. Nesta pesquisa, a forma utilizada foi o Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Para proceder com a divisão e classificação dos segmentos de texto presentes no corpus textual, com base na lexicográfica, realizou-se a CHD, análise que parte da lógica de correlação para apresentar um esquema hierárquico de classes (Camargo; Justo, 2021; Salviati, 2017). Após a realização da CHD, foi possível acessar a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), que representou em um plano cartesiano as palavras associadas a cada classe, possibilitando a análise mais qualitativa dos dados.

O corpus analisado foi composto por 308 diferentes segmentos de texto dos quais 246 foram considerados na análise, o que representa 80% de retenção de segmentos de texto, em consonância com a sugestão da literatura que indicam percentuais de retenção acima de 75% para bom aproveitamento (Camargo; Justo, 2021). Os segmentos de textos selecionados para representar a evidência empírica foram os que apresentaram escores mais altos, conforme o sistema de escore absoluto fornecido pelo Iramuteq.

Por fim, realizou-se uma análise reflexiva e interpretativa da CHD e dos segmentos de texto com altos escores absolutos, a partir do entendimento do significado das palavras mais representativas do contexto de cada categoria de interesse. Ressalte-se que foram seguidas as orientações de manuais oficiais do *software* Iramuteq para todas as operacionalizações da análise, desde a codificação do corpus às boas práticas para realização da CHD (Camargo e Justo, 2021; Salviati, 2017).

3. RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistadas 6 mulheres informantes-chave sobre a implementação do PCRI na saúde. Das entrevistadas, 5 se autodeclararam mulheres negras (3 pretas e 2 pardas) e 1 das entrevistadas se declarou da raça/cor branca. Em relação à participação das entrevistadas no programa, 5 atuaram nos anos iniciais da implementação, com 4 trabalhadoras atuando por um período menor ou igual a 5 anos. Duas das entrevistadas não possuem mais vínculo com a SMS. Para manutenção do sigilo e anonimato, foram atribuídos nomes de personalidades negras femininas às entrevistadas.

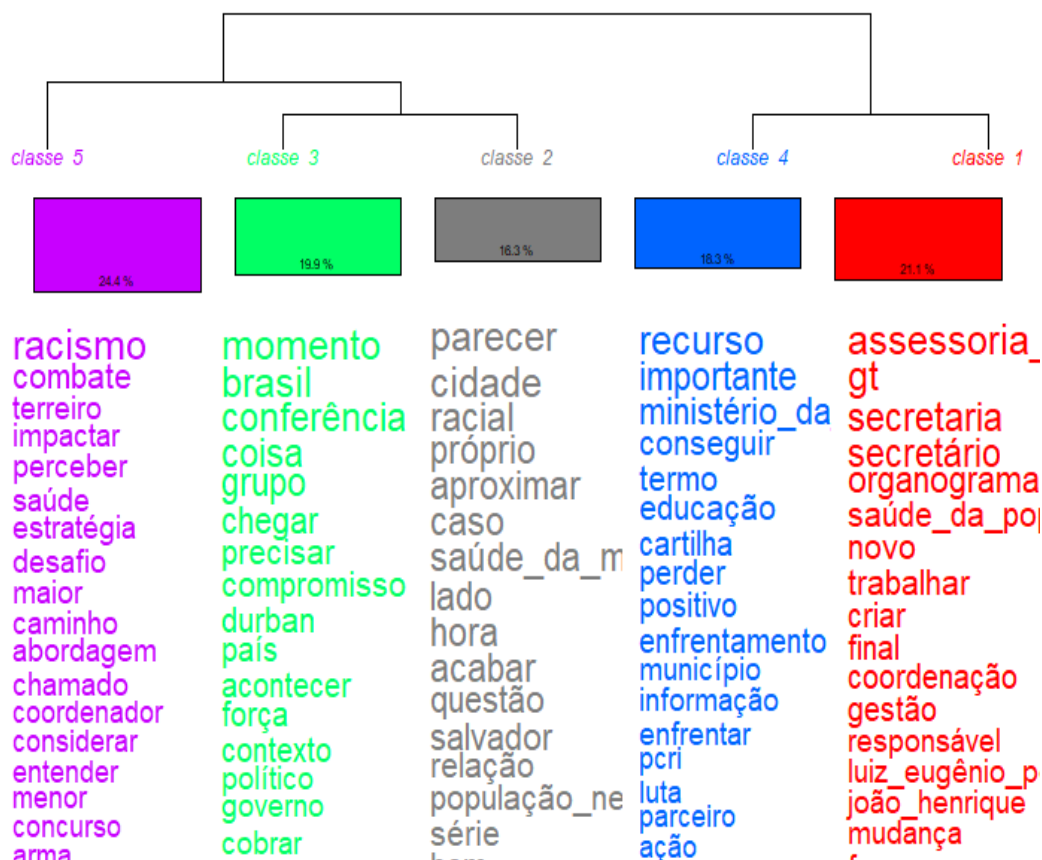
Quadro 1: Caracterização das entrevistadas

| Nome Fictício | Raça/cor |
|-------------------------|----------|
| Dandara | Preta |
| Zeferina | Parda |
| Aqualtune | Preta |
| Teresa de Benguela | Preta |
| Luiza Mahin | Parda |
| Carolina Maria de Jesus | Branca |

Fonte: a autora, 2024.

Na CHD gerada pelo *software* Iramuteq, o corpus textual se dividiu gerando dois diferentes subcorpora, apresentando 5 diferentes classes após o processamento dos dados. O valor percentual representado abaixo da identificação da classe se refere à quantidade de segmentos de texto classificados na respectiva classe, em comparação com o total de segmentos de texto dimensionados inicialmente pelo software. O subcorpora 1 (classes 5, 3 e 2) apresenta 60,6% de retenção dos segmentos de texto e o subcorpora 2 (classes 4 e 1), 39,4% (Figura 1). Para cada classe, uma lista de palavras foi gerada a partir de teste estatístico, o teste Qui-quadrado (χ^2) (Camargo; Justo, 2021).

Figura 1 – CHD vocabulário de palavras fornecido pelo IRAMUTEQ



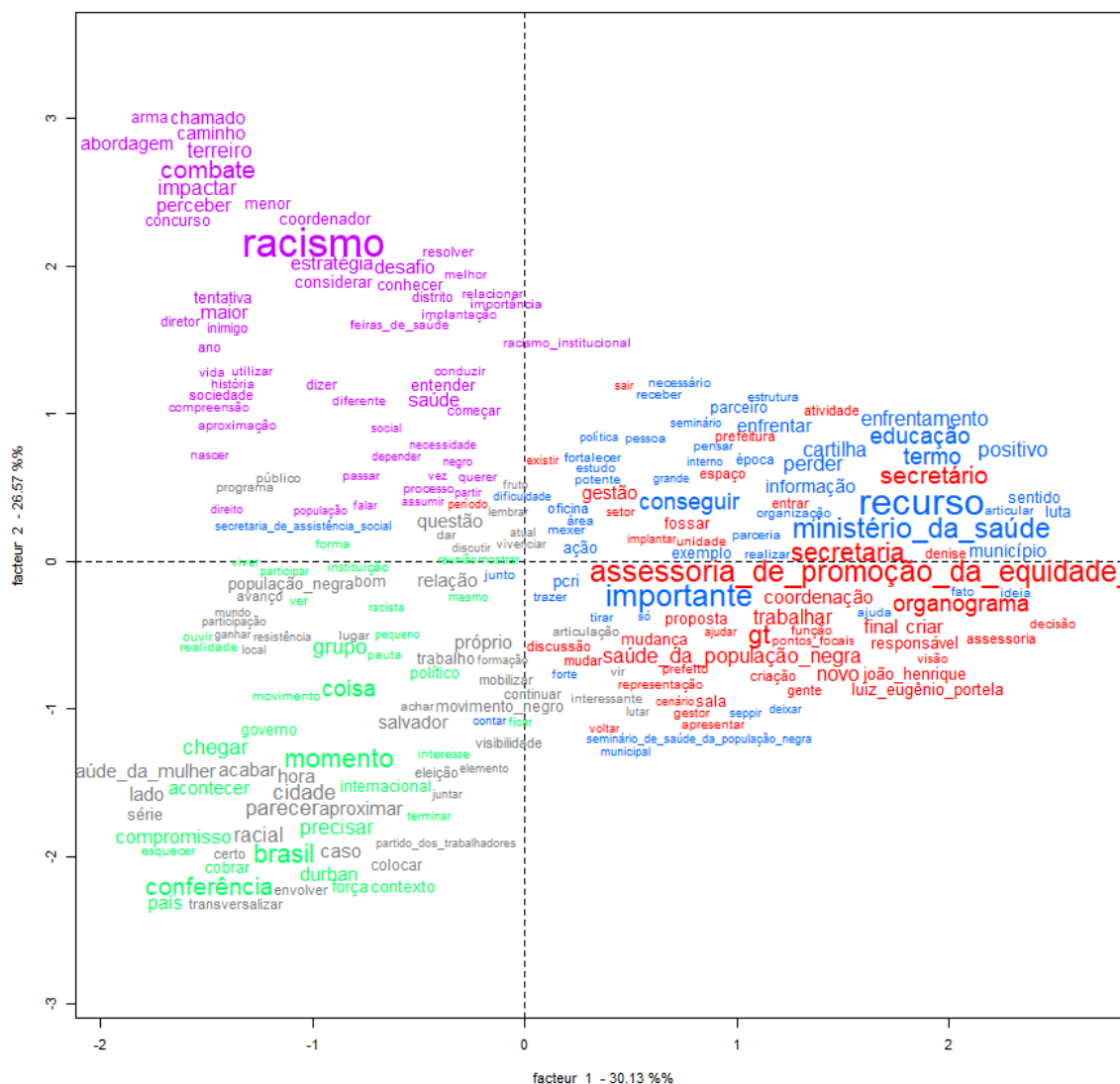
Fonte: A autora, 2024.

Dos subcorporas apresentados, cada um agrupou temáticas definidas com base no conhecimento intrínseco dos conteúdos das entrevistas em: grupo de temáticas sobre políticas para o enfrentamento ao racismo na saúde (classes 5, 3 e 2) e grupo de temáticas sobre fatores influenciadores na implementação da política (classes 4 e 1).

Por sua vez, a descrição de cada uma das categorias identificadas por meio das classes foi seguida pela transcrição dos trechos das entrevistas, com as palavras analisadas no contexto de inserção do segmento de texto e na sua relação com a literatura, frente aos dados coletados e organizados pelo *software*. Assim, o vocabulário típico de cada classe permitiu emergir as seguintes categorias de análise que estão apresentadas a partir das seguintes discussões: o papel dos gestores na implementação de políticas públicas; movimento negro e políticas públicas; Durban: um marco na luta contra o racismo; alocação de recursos e prioridades nas políticas públicas; e, o racismo é o principal inimigo.

A AFC da CHD possibilita a análise mais qualitativa dos dados, pois permite verificar a proximidade e as associações entre as categorias, fornecendo uma base para revisar e aprimorar a classificação e a categorização dos dados.

Figura 2 - Representação da Análise Fatorial por Correspondência (AFC)



Fonte: A autora, 2024.

A Análise Fatorial por Correspondência da Classificação Hierárquica Descendente ajuda a identificar padrões, associações e dimensões subjacentes. A análise cuidadosa desses resultados pode oferecer percepções valiosas para a compreensão dos dados e para a formulação de conclusões baseadas em evidências.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PAPEL DOS GESTORES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As principais palavras associadas a essa classe: “assessoria da promoção da equidade racial em saúde”, “gt”, “secretaria”, “secretário”, “saúde da população negra” e “trabalhar”, refletem o processo de institucionalização da temática, da adoção de políticas para a saúde da população negra na SMS. A implementação do PCRI na SMS está fortemente atrelada à trajetória de atuação do GTSPN/ ASPERS, uma vez que foi atribuída à assessoria a responsabilidade da implantação das ações do programa na saúde, considerando que o reconhecimento do racismo como determinante social de saúde e seu combate fundamentam as políticas públicas em prol a saúde da população negra.

Para Dalfior, Lima e Andrade (2015), a análise da implementação de uma política pública é uma variável central para compreender os êxitos e insucessos implicados entre a elaboração desta e a execução.

Segundo Lotta (2019), a fase de implementação corresponde ao momento da materialização ou concretização das políticas, da transformação dos planos em realidade. Momento que depende fortemente da ação de burocratas e dos instrumentos de ação estatal. É um processo altamente interativo, complexo, que não apresenta linearidade e que envolve uma multiplicidade de atores, estatais e não estatais, em interações formais e informais. Marcado ainda pela influência de diferentes fatores que vão desde aspectos sistêmicos (forma do estado, crenças e valores) e características organizacionais, até dimensões pessoais e relacionais que caracterizam os atores envolvidos (Lotta, 2019; Bichir, 2020).

Em relação à implementação do programa, os relatos das entrevistadas evidenciam a complexidade e relevância do papel das decisões dos atores de alto e médio escalão, gestores institucionais, na implementação de políticas públicas. Diferentes interesses, percepções, valores, objetivos, compromissos éticos e políticos defendidos por esses atores interferem no curso e nos resultados das políticas, como pode ser observado nos segmentos de textos transcritos abaixo.

[...] e aí foi quando apresentamos a proposta ao secretário e ele acolheu, mas ele disse não temos condição de fazer uma coordenação porque teria que mudar o organograma da secretaria, mas a gente tem autonomia aqui para fazer um gt. (Luiza Mahin - score 145, 80).

Essa assessoria de promoção da equidade racial em saúde não existia no organograma da secretaria, mas ela foi criada, mas assim, hoje entendo que ela não foi criada oficialmente no sentido de ser inserida nesse organograma, porque depois ela deixou de existir... (Dandara - escore 105, 61).

As falas acima retratam dois momentos importantes em relação à discussão da relação étnico-racial e saúde dentro da SMS: a criação inicial de um grupo de trabalho que posteriormente foi transformado em assessoria e a dissolução dessa assessoria em campo temático que é uma área técnica responsável pelo desenvolvimento das ações relacionadas a uma temática específica.

Segundo os autores Bastos e Pitta (2016); Araújo (2011); Leal (2007), no ano de 2005, num contexto político participativo e democrático em Salvador, derivado da mudança ocorrida no governo municipal, uma nova gestão, comprometida com os ideais da Reforma Sanitária, assume a SMS iniciando um movimento de reestruturação do sistema de saúde local. Sensível à problemática da população negra e atendendo a demanda de trabalhadores que buscavam trabalhar o impacto das questões raciais na saúde, o Secretário nomeado formalizou a existência do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, passando a atrair um conjunto de outros atores envolvidos no processo de implementação de ações de saúde dirigidos a essa população.

Segundo Bastos e Pitta (2016), o processo de implementação de política para a saúde da população negra em Salvador vivenciou dois momentos, um primeiro, no período de 2005 a 2007, considerado de avanço, e um segundo período de 2008 a 2012, tido como de estagnação, marcado por intensa rotatividade de gestores, constantes mudanças de secretários de saúde e, conseqüentemente, de prioridades, como também, ausência de primazia, sensível redução da equipe técnica, desconhecimento e resistência em relação à temática étnico-racial. Um terceiro momento é identificado por meio da narrativa das entrevistadas, marcado pela extinção da ASPERS em 2013, na troca de governo, iniciando um período de fragilidade nas ações para a promoção da saúde da população negra.

[...] essa discussão que é muito antiga, desde 2013, quando a assessoria de promoção da equidade racial foi destituída que se promete voltar a criar uma assessoria de promoção da equidade racial em saúde... (Luiza Mahin, escore 89, 82).

[...] então se tenta resolver mantendo o GT como estão, fazendo pequenas mudanças em organograma, em função em departamentos, setores, mas todas essas mudanças são só, mudando a fachada do prédio, mas o arcabouço... (Zeferina, escore 76,11).

No processo de implementação, destaca-se a transição de 2 gestões municipais (de 2005 a 2012) do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), já a partir de 2013, a gestão executiva municipal é realizada pelo partido Democratas (DEM).

As decisões dos atores governamentais referentes à condução da pasta de saúde da população negra, em sua grande maioria, demonstram falta de prioridade conferida à temática para a cidade considerada mais negra fora de África, com uma realidade sócio-sanitária que apresenta os piores indicadores para essa população.

A mudança de papel institucional de assessoria para campo temático repercute significativamente no status da condução das ações, uma vez que a condição de assessoria possibilita que a temática possa ser entendida como eixo estruturante para as políticas de saúde desenvolvidas pela SMS, complexidade não alcançada enquanto campo temático, dentro da diretoria.

A agenda da saúde mudava conforme o gestor, sem que fosse assegurada a continuidade de prioridades como as ações de combate ao racismo institucional, apesar da institucionalização do programa na PMS, como pode ser observado nas falas transcritas abaixo:

E aí, um período que não conseguíamos acesso ao secretário. Embora fosse assessoria de promoção da equidade racial em saúde... A assessoria de promoção da equidade racial em saúde não tinha acesso. Não tinha acesso para assessorar o secretário. Tivemos muitas dificuldades (Aqualtune - escore 94, 22).

[...] nas últimas gestões, depois dessa, não houve esse olhar para a população negra (Carolina Maria de Jesus - escore 85, 3).

Quando sai esse grupo político, ainda com o mesmo prefeito enquanto gestor, mas que muda o secretário, porque aí tem uma nova configuração política... (Aqualtune - escore 84,80)

As mudanças de cenário inserem pontos de descontinuidade e de necessidade de novas negociações, uma vez que as trocas de gestores fazem com que as relações e as prioridades também mudem. O exercício da discricionariedade no processo de implementação de políticas públicas pode ter efeitos positivos ou negativos, tanto para as políticas públicas quanto para os usuários. As decisões podem não refletir as necessidades reais da sociedade ou as diretrizes traçadas na fase de formulação da política, com risco significativo de distorções e desvios que podem prejudicar a equidade e a justiça (Lotta, 2019; Macedo *et al.*, 2016).

A efetivação de políticas sociais com enfoque racial exige rupturas na estruturação do sistema político, econômico e social, e para serem mecanismos efetivos de superação das iniquidades é importante que exista, também, uma burocracia representativa, com letramento étnico-racial, o que pode ajudar a evitar a descontinuidade de programas ou a perda de foco nos objetivos centrais das políticas, como afirmado pela entrevistada Luiza Mahim (escore 104, 49): *“que tenhamos também mais pessoas negras mesmo nos espaços de decisão, porque também interfere...”*.

4.2 MOVIMENTO NEGRO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O desenvolvimento de políticas para a promoção da equidade racial é fruto das manifestações e reivindicações do Movimento Negro (MN). Desde o início de sua chegada forçada ao Brasil, o povo negro luta pela sobrevivência, com desenvolvimento de diferentes estratégias de resistência e cuidados nos espaços que consolidou na sociedade, como os quilombos e os terreiros.

Segundo Santos e Cardoso (2023), entende-se como Movimento Negro as variadas formas de organização e articulação de negras e negros na luta contra o racismo, visando a superação desse perverso fenômeno na sociedade, a equidade e a valorização e a afirmação da história e da cultura negra no Brasil.

Na década de 1970, com a formação do Movimento Negro Unificado, a luta em prol dos princípios norteadores do estado democrático de direito e da concretização dos direitos fundamentais ganha mais visibilidade. O MN interpretou e agenciou distintas oportunidades políticas em diferentes contextos político-institucionais, por meio de ações que buscavam a transformação do quadro de profundas desigualdades raciais e o combate ao racismo no país, sendo essencial no transcurso de criação e de consolidação de Políticas Públicas (Leitão; Silva, 2017).

O fortalecimento e as pressões sociais empreendidas pelo MN, em Salvador, refletiram na eleição municipal de 2004. A necessidade da implantação de políticas voltadas especificamente para a população negra, pretendendo a melhoria das condições de vida desse segmento populacional, passou a fazer parte dos programas dos candidatos durante a campanha eleitoral (Araújo, 2011), conforme pode ser observado no relato abaixo:

[...] em muitos lugares, mas em Salvador especificamente, todos os candidatos tiveram que colocar na sua pauta a questão racial, porque se alguém não colocasse, com certeza teria dificuldade da própria

concorrência na questão pública, na eleição mesmo (Aqualtune - escore 80, 90).

Contando com uma conjuntura política local favorável, o MN de Salvador conseguiu colocar na agenda política das Secretarias Municipais de Saúde e de Reparação questões relacionadas à saúde da população negra e a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde (Araújo; Teixeira, 2013), proporcionando a adoção do PCRI pela PMS.

O movimento negro estava lutando e buscando isso, então eu acho que o fato do PCRI ter vindo para Salvador primeiro, por conta do nosso quantitativo, a população negra, a maioria nessa cidade, e também pelo trabalho do movimento negro que já vinham algum tempo lutando por isso (Dandara - escore 72, 88).

[...] existe uma pressão que é da sociedade, pensar em Salvador, Bahia, como um local onde você tem uma população negra muito grande, você tem um movimento negro que cobra (Carolina Maria de Jesus - escore 76, 3).

As falas acima destacam a atuação do movimento negro soteropolitano no enfrentamento ao racismo, na busca por condições de existência do povo negro na sociedade por meio da garantia de seus direitos. O papel dos movimentos sociais nas políticas públicas vai além da identificação e visibilização de dado problema no debate público ou na formação de agenda, sendo necessária a detecção e a interpretação das janelas de oportunidades, quando os elementos favoráveis à incorporação de um dado problema na agenda política se acumulam e permitem a ascensão das reivindicações (Carlos *et al.*, 2021).

Os movimentos sociais desempenham um importante papel em relação às políticas públicas, com atuação produzindo resultados nas diferentes etapas do ciclo de políticas, desde a formação de agenda até a sua implementação. O acompanhamento e monitoramento de todo o ciclo da política permite uma ampliação do controle e da influência do movimento social de forma a transformar os clamores e anseios sociais em ações estatais (Carlos *et al.*, 2021; Abers, *et al.*, 2018).

O MN é a luta da comunidade negra pela efetivação de seus direitos, contra o racismo, a discriminação e a segregação racial, econômica e cultural resultantes da formação social e econômica da sociedade ocidental. No cenário brasileiro, é um grande articulador de políticas para a promoção da igualdade racial, um elemento propulsor de mudanças, de exercício da cidadania.

4.3 DURBAN: UM MARCO NA LUTA CONTRA O RACISMO

As Conferências Mundiais convocadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) tornaram-se espaços importantes na discussão de temas globais, produzindo uma série de prioridades na agenda internacional. A III Conferência Mundial contra Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, convocada em 1997, realizada em Durban, África do Sul, em 2001, representa um efetivo marco para implantação de políticas voltadas para a população negra com objetivo do alcance da justiça social (Carneiro, 2002; Jaccoud, 2009a).

O momento de expansão da discussão de combate à discriminação racial e ao racismo vivenciado no fim da década de 1990 ganhou força em todo o mundo. Durban ratificou as conquistas da Conferência Regional das Américas, ocorrida em Santiago/Chile, em dezembro de 2000, incorporando decisões ali consensuadas.

Os documentos aprovados em Durban fomentaram a adoção, pelos Estados, da eliminação da desigualdade racial e de intervenções decisivas nas condições de vida das populações historicamente discriminadas (Carneiro, 2002). O texto aprovado reconhece a escravidão e o tráfico de escravos como crime contra a humanidade, expressão da manifestação do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e da intolerância correlata, que vitimiza povos submetendo-os às suas consequências. Reconhece a necessidade de adoção de medidas positivas, com o intuito de promover a integração na sociedade e o gozo dos direitos, colocando todos em igualdade de condições (Santos; Cardoso, 2023; Jaccoud, 2009a).

O Brasil, enquanto signatário da Declaração de Durban, assumiu o compromisso efetivo de efetivar políticas de Estado de combate ao racismo e de redução das desigualdades raciais, o que repercutiu em debates em torno da formulação de políticas voltadas à saúde para a população negra, como evidenciado nas falas abaixo:

[...] tinha todo um compromisso do Brasil naquele momento, uma conferência internacional que cobra de todos os governos. Na verdade, é uma conferência que ocorreu na África do Sul, em 2001... (Teresa de Benguela – score 115, 34).

Foi um momento em que, nacionalmente, o presidente da época, Fernando Henrique Cardoso assumia que o Brasil era um país racista. Era um momento em que a conferência das américas, Durban, mandava um recado, tipo assim” (Aqualtume – score 88, 12).

Depois da conferência de Durban, várias ações estavam sendo realizadas no Brasil por conta de definições tiradas dessa conferência. Em Salvador

também tinha tido um seminário de saúde da população negra” (Dandara – escore 67, 89).

A Conferência de Durban proporcionou grandes mudanças no cenário brasileiro na luta contra o racismo. Pela primeira vez, o governo reconhece oficialmente, nacional e internacionalmente, a existência de um problema racial no país e a necessidade do seu enfrentamento. Como resultado das reivindicações do movimento negro e de organismos internacionais junto ao governo brasileiro para a efetivação dos compromissos pactuados pelo fim das iniquidades, várias medidas começaram a ser realizadas pelo governo federal, como: a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação Racial (CNCD); a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR); a obrigatoriedade do ensino de história e cultura afro-brasileira na educação; a notificação e registro de raça e cor nos sistemas de informação e a instituição de programas e políticas de ações afirmativas (Jaccoud, 2009a; Santos; Cardoso, 2023).

As implicações da conferência de Durban na criação de políticas para a promoção da equidade racial no Brasil permitem ainda uma reflexão no âmbito das relações internacionais no que tange à influência de agendas internacionais na elaboração de políticas públicas. As orientações e recomendações internacionais e a influência de organizações estrangeiras proporcionaram a adoção do PCRI, conforme pode ser observado na fala de Aqualtune:

E junto com isso também traz os olhos, esse movimento também, traz os olhos da ONU para salvador, traz os olhos de outras instituições internacionais e é como uma parceria, esse momento de construção que chega à construção do PCRI em Salvador (Aqualtune – escore 66, 5).

Entre as décadas de 1980 e 1990, uma extensa pauta internacional enfatizava a oferta de ideias para adequação de políticas dos estados da América Latina e demais países em desenvolvimento e os periféricos, para realizar uma ampla reforma nas suas instituições públicas. Assim, as organizações internacionais por meio de pressão política ou através de imposição de sanções, podem influenciar os atores nacionais a atender as ideias e interesses expressos nas publicações, planos de ação, recomendações e documentos e fornecer recursos teóricos, políticos e econômicos, interferindo na construção de políticas públicas (Santos, 2008; Mattos, 2001).

A observância das prioridades da agenda internacional estabelecida pela ONU, principalmente, a partir das conferências da década de 1990, serve de parâmetro e de fomento para a elaboração de leis e de políticas em âmbito nacional pelos Estados. O Brasil, país com

grande participação nos foros internacionais, apresenta influência das agendas internacionais nas políticas para mulheres (Santos, 2013), na gênese dos conselhos de políticas públicas (Ribeiro e Raichelis, 2012), nas políticas de ciências e inovação em saúde (Andrade, 2007), dentre outras.

4.4 ALOCAÇÃO DE RECURSOS E PRIORIDADES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A análise crítica da classe de palavras “recurso”, “importante”, “Ministério da Saúde”, “cartilha” e “educação” ratificam um dos aspectos fundamentais para o êxito de uma política pública que é a alocação de recursos para seu financiamento. Os relatos das entrevistadas, transcritos abaixo, refletem a inconsistência e até mesmo a ausência de orçamento destinado às políticas para a promoção da saúde da população negra.

Nós não tínhamos recurso, porque como não existia esse setor na secretaria, não existia recurso, mas conseguimos recursos justamente a partir do Ministério da Saúde, por conta do PCRI (Dandara - escore 124, 13).

[...] o PCRI era muito potente, muito potente mesmo, com recurso, com pessoas engajadas e que tinham expertise em relação ao tema, isso é importante (Dandara - escore 107, 99).

Não era o recurso da prefeitura, era um recurso vindo do Ministério da Saúde, a partir do PCRI, mas a prefeitura não liberava o recurso” (Tereza de Benguela - escore 94, 62).

[...] saúde da população negra, mas como a pauta principal dessa gestão não é gastar dinheiro com a pauta (Luiza Mahin - escore 89, 82).

A destinação de recursos financeiros para políticas e programas está diretamente relacionada à sua efetivação. Segundo Salvador e Yannoulas (2013), o orçamento público é o instrumento viabilizador das políticas públicas e consiste num importante meio de análise, pois permiti compreender e mensurar a importância dada a cada política, além de visualizar a força exercida por cada um dos atores sociais envolvidos em seu processo de elaboração, a partir da alocação de recursos. O estudo do orçamento deve ser considerado como um elemento importante para compreender a política pública social.

A distribuição dos recursos em programas, projetos, benefícios e serviços que integram uma política, possibilitam analisar o grau de prioridade recebido pelos programas e refletem a vontade popular, servindo ainda o orçamento como um importante instrumento de acompanhamento e controle das atividades estatais. A análise do volume de investimentos nas

políticas e/ou programas objetiva verificar se houve manutenção, crescimento, redução ou realocação dos recursos (Salvador e Yannoulas, 2013).

Para Lima e Asncenzi (2013), dentre os fatores específicos a serem considerados para que um programa tenha a probabilidade de atingir os objetivos e alcançar sucesso na implementação estão a clareza e a consistência dos objetivos, bem como a previsão e disponibilidade de recursos financeiros, principalmente.

As distintas crises econômicas e o direcionamento político adotado demonstram um grande retrocesso em relação às políticas sociais, as quais têm sofrido sobremaneira com as medidas econômicas neoliberais e os seguidos ajustes fiscais, tornando-as insuficientes, subfinanciadas ou desarticuladas. Dentre as políticas da seguridade social, o financiamento do SUS tem sido considerado, desde a Constituição Federal de 1988, insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, levando em conta os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços inscritos na Constituição (Vieira, 2016). A aprovação e a vigência da Emenda Constitucional n.º 95 (EC-95/2016) representou a constitucionalização do subfinanciamento crônico do SUS.

A EC-95/2016 instituiu o chamado Novo Regime Fiscal, estabelecendo um teto para as despesas primárias. Tinha como proposta o congelamento do orçamento público durante vinte anos, o que reduzia cronicamente os recursos para a saúde pública, independente do aumento da população e das mudanças demográficas (Silva, 2022; Brasil, 2016a; Paim, 2018). A Lei Complementar n.º 200/2023 (LC 200/2023), que institui o regime fiscal sustentável, também denominado de Novo Arcabouço Fiscal (NAF), substituiu a Emenda Constitucional (EC) 95/2016. Apesar de retornar o piso constitucional para a saúde, a LC 200/2023 pode trazer riscos aos gastos mínimos obrigatórios, uma vez que limita os investimentos ao percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), o que pode secundarizar o piso constitucional (Cunha, 2023; Salvador, 2024).

Em um país que possui um sistema universal de saúde combinado a um sistema complementar privado, a falta de prioridade ao SUS e os ataques visando o seu desmonte avançam na contramão dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade, reforçando a ideologia de privatização e aproximando da proposta de Cobertura Universal de Saúde. A cobertura universal de saúde pressupõe que as pessoas possam acessar a titularidade de um seguro saúde sem dificuldades financeiras, em detrimento da construção de sistemas públicos universais, o que leva ao enfraquecimento e inviabiliza a universalidade, integralidade e equidade do direito constitucional à saúde. (Santos e Vieira, 2016; Paim, 2018; Giovanella *et al.*, 2018).

A desconstrução orçamentária que atinge constantemente o financiamento da política pública de saúde e demais políticas sociais afeta intensamente os grupos sociais mais vulnerabilizados, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e interferindo no planejamento e implementação de políticas públicas que visam a equidade em saúde.

4.5 O RACISMO É O PRINCIPAL INIMIGO

As palavras presentes na classe em análise: “racismo”, “combate”, “perceber”, “saúde”, “estratégia” e “desafio”, refletem a complexidade da discussão da temática na saúde. Se as influências do racismo na dimensão das relações interpessoais dentro do sistema de saúde são facilmente negadas, a dimensão institucional é ainda mais invisibilizada, o que demanda mais esforços para o seu combate. A compreensão sobre o racismo desponta nas falas das entrevistadas como uma das primeiras estratégias para o combate ao racismo.

Bom, a primeira coisa que foi feita nesse processo é de fazer entender por que essa necessidade do combate ao racismo... Começa na realidade a disseminação do conceito de racismo institucional, então sabia que a saúde era uma instituição que estava também reproduzindo o racismo nas suas relações (Aqualtune - escore 121, 81).

O primeiro desafio de todos é a compreensão de que o racismo existe, de que ele opera de múltiplas formas na população e que ele impacta na saúde (Zeferina - escore 112, 95).

O racismo institucional nos serviços de saúde faz com que, geralmente, as pessoas negras sejam tratadas de forma diferente das pessoas brancas, tanto como pacientes quanto como funcionários. Segundo Ferreira (2018) e Lima e Oliveira (2023), os profissionais de saúde apresentam ausência de criticidade sobre as questões étnico-raciais e suas implicações na saúde, o que reflete o racismo institucional e a negação do aspecto racializado das relações entre profissionais e da relação profissional-usuário, como pode ser observado no segmento transcrito abaixo.

A partir dessa compreensão, que é algo macro e nem todos, a maioria, não tem essa compreensão nem de que o racismo existe, nem de que ele é estrutural, nem muito menos que ele impacta na saúde... Somente a partir dessa concepção é que se consegue entender a necessidade de partir para o combate. Enquanto não há concepção nem de que ele existe, nem de que ele impacta na saúde, a pessoa vive alheia (Zeferina - escore 94, 68).

Apesar da negativa do racismo e de seus impactos por uma parte da sociedade, o racismo e o racismo institucional nas instâncias dos SUS foi oficialmente reconhecido pelo Ministério da Saúde em 2006, com a aprovação da PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio das reivindicações do movimento negro e da adoção do PCRI no seu componente saúde, pelo Ministério da Saúde.

O PCRI é um programa de uma extrema importância, porque o racismo ele perpassa todas as áreas da sociedade e na saúde, onde ele é muito mais, ele ganha um peso ainda maior, porque está relacionado à vida (Teresa de Benguela - escore 101, 89).

A fala de Teresa de Benguela revela que as instituições devem objetivar a promoção, prevenção e recuperação da saúde, porém, os serviços de saúde não são imunes a reprodução do racismo institucional, violando os princípios da igualdade e universalidade do SUS, condicionando os desfechos de doenças e agravos na população negra. As repercussões sociais do racismo afetam diretamente as condições de saúde da população negra, persistindo significativas diferenças nos indicadores de saúde dessas populações, comparados à população branca (Chor, 2013; Kalckmann, 2007).

O racismo institucional se constitui no elemento que justifica a existência do programa, ao mesmo tempo em que se configura no principal obstáculo a sua implementação, como pode ser observado no segmento transcrito abaixo da entrevista de Aqualtune.

O racismo em si é um inimigo potente... O racismo ele é potente e não para de se reinventar o tempo todo (Aqualtune – escore 68, 76).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional no âmbito da saúde no município de Salvador constitui um desafio que demanda esforços coordenados e articulados entre os diversos atores sociais. Por meio do resgate histórico do trajeto de sua implementação, pode-se analisar o momento presente e planejar novas estratégias que possibilite no futuro uma real efetivação dessa política pública, como ensinado pelo provérbio africano *Sankofa* que “nunca é tarde para voltar atrás e apanhar o que se perdeu”, representando a sabedoria de aprender com o passado para construir o futuro.

A não priorização da temática étnico-racial, refletida também na insuficiência de recursos, aprofunda as desigualdades e enfraquece as políticas públicas em prol da equidade racial. O racismo, ao estruturar relações de poder, configura-se como o maior entrave à concretização de políticas públicas que visem à transformação das desigualdades raciais. Assim, o movimento negro desempenha um papel crucial ao pressionar por mudanças e para que as demandas da população negra sejam incorporadas às agendas públicas.

A estrada percorrida na implementação do PCRI na SMS está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento da Política de Saúde da População Negra no município, apresentando momentos de confluência de elementos favoráveis à sua efetivação e outros momentos considerados de estagnação. Políticas públicas de Estado construídas por movimentos coletivos, conquistadas historicamente com muito esforço da população, não devem ser moldadas a cada entrada e saída de governo.

REFERÊNCIAS

ABBERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. **Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas**. Lua Nova, São Paulo, 105: 15-46, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ln/a/7Z3vLtvbrTykKtSfx39QSXs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2024.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p.

ANDRADE, P. A. **Análise da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais**. Dissertação (mestrado em política social) - Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, 2007. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/2924/1/2007_PriscilaAlmeidaAndrade.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

ARAÚJO, M. V. R. **Formulação da política de saúde da população negra em salvador, 2005 - 2006: um estudo de caso**. Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva.

Universidade Federal da Bahia. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/27126/1/Diss%20MARCOS%20VIN%C3%8DCIUS%20RIBEIRO%20DE%20ARA%C3%9AJO.2011.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2024.

ARAUJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. **A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador**. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1079-1099, Dec. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/xXmy9StqtGbpT5QVph4fckk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 ago. 2024.

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, p. 108-124, 2016. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/218/195> Acesso em: 10 ago. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Presses Universitaires de France. 1977.

BICHIR, R. Para além da “fracassomania”: os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas. In MELLO, J. RIBEIRO, V. M.; MOTTA, G.; BONAMINO, A.; CARVALHO, C. P. **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas das desigualdades**. Brasília. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Ano 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10176/1/Para%20alem%20fracassomaniaCap01.pdf> . Acesso em: 04 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580**, de 22 de março de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do Iramuteq**. Florianópolis, 22 de novembro de 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/csoliveira/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/csoliveira/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021%20(1).pdf). Acesso em: 03 jun. 2024.

CARLOS, E; DOWBOR, M; ALBUQUERQUE, M. C. **Efeitos de movimentos sociais no ciclo de políticas públicas**. Caderno C H, Salvador, v. 34, p. 1-23, e021016, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/XZ6RkGC5yJrZLmxsG4Msv6R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2024.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A batalha de Durban**. Revista Estudos Feministas. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/m7m9gHtbZrMc4VxnBTKMXxS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 01 out. 2024

CHOR, D. **Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(7): 1272-1275, jul, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8Kg5SdgvyjH6Bt79K8zZ6mL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CUNHA, J. R. A. **Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS?** Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. Brasília, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i2.1036>. Acesso em: jun 2023.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. de C. D.; ANDRADE, M. A. C. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yZYjCvXjy45tyzLhRp7qycb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2024.

FERREIRA, C. A. A. **Racismo**: uma questão de saúde pública e de gestão na perspectiva de gênero. Rev. Gest. Sist. Saúde 2018; 7(2): 143-156.

GIOVANELLA, L; MENDOZA-RUIZ, A; PILAR, A. C. A; ROSA, M. C; MARTINS, G. B; SANTOS, I. S; SILVA, D. B; VIEIRA, J. M. L; CASTRO, V. C. G; SILVA, P. O; MACHADO, C. V. **Sistema universal de saúde e cobertura universal**: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 05 out. 2024.

JACCOUD, L. Entre o racismo e a desigualdade: da constituição à promoção de uma política de igualdade racial. In: JACCOUD, L. (Org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**: uma análise dos últimos vinte anos / organizadora: Luciana Jaccoud. - Brasília: Ipea, 2009a. 233 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_aconstrucao_igualdade_racial_20anos.pdf Acesso em: 12 maio 2023.

JACCOUD, L. A política de promoção da igualdade racial no governo federal em 2006 e o programa de combate ao racismo institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**: uma análise dos últimos vinte anos / organizadora: Luciana Jaccoud. Brasília: Ipea, 2009b. 233 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_aconstrucao_igualdade_racial_20anos.pdf Acesso em: 12 maio 2023.

KALCKMANN, S; SANTOS, C. G. dos; BATISTA L. E; CRUZ, V. M. **Racismo institucional**: um desafio para a equidade no SUS? Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?lnag=pt>. Acesso em: 05 maio 2022.

LEAL, C. O. B. S. **Análise Situacional da Vigilância Sanitária em Salvador**. Dissertação (mestrado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10375/1/3333333.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

LEITÃO, L. R. S; SILVA, M. K. **Institucionalização e contestação**: as lutas do Movimento Negro no Brasil (1970-1990). Política & Sociedade. Florianópolis. Vol. 16 - nº 37 - Set./Dez. de 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n37p315/35979>. Acesso em 03 set. 2024.

LIMA, T; OLIVEIRA, V. B. “Do mesmo jeito que existe cachorro branco e preto”: uma análise acerca das intersecções entre raça e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6gm36CybTWrK3m6V647DvWw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

LIMA, L. L; D’ASCENZI, L. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas**. *Revista de sociologia e política* v. 21, nº 48: 101-110 dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/zpwj63WjFbZYVksXgnXDSjz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2024.

LÓPEZ, L.C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v.16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hxpmJ5PB3XsWkHZNwrHv4Dv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas *in* LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Organizadora, Gabriela Lotta. Brasília: Enap, 2019. - https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Manual Iramuteq**. Versão 0.1. Trad. de Baltazar Fernandes. 35 p.

MACEDO, A. dos S.; ALCÂNTARA, V. de C.; ANDRADE, L. F. S. FERREIRA, P. A. **O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos**. *Cad. EBAPE. BR*, v. 14, Edição Especial, Rio de Janeiro, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/CpskZt34XqzMZFXsLyxKPTw/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 05 ago. 2024.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra no Brasil**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D4vDRdLSYNcKyBrRdhxFXQr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MATTOS, R. A. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nLXQ4y54pTJOg9GO9FRz3rh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: out. 2024.

PAIM. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out 2024.

RIBEIRO, N.; RAICHELIS, R. **Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 45-67, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/L43VxZPqQjBvDBDKdwtQ4rg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

RODRIGUES, L. C. **Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais**. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 07-15, jan./jun. 2008. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodrigues.pdf Acesso em: 08 mar. 2023.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025** / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 02 maio 2024.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 054/2019**. Diário Oficial do Município Nº 7.287, de 19 a 21 de janeiro de 2019.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 018 de 11 de fevereiro de 2005**. Diário Oficial do Município Nº 3.875, de 15 de fevereiro de 2005.

SALVADOR, E. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais**. Argum. Vitória, v. 16, n. 1, p. 6-19, jan./abr. 2024. Disponível em: <http://10.47456/argumentum.v16i1.44218>. Acesso em: set. de 2024.

SALVADOR, E. S.; YANNOULAS, S. C. **Orçamento e financiamento de políticas públicas: questões de gênero e raça**. Revista feminismos. Vol. 1, N. 2. Mai.-Ago. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/29937/17702>. Acesso em: 23 set. 2024.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo IRAMUTEQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Compilação, organização e notas de Maria Elisabeth Salviati. 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 02 jul. 2024.

SANTOS, A. N.; CARDOSO, E. Racismo e educação: breves considerações sobre o impacto da lei 10.639/03 e da conferência de Durban na construção de uma liderança educativa para a equidade racial in JOVINO, I.S. **Políticas sobre igualdade de raça, etnia, gênero e sexualidade: uma jornada sobre questões afirmativas** / [livro eletrônico]/ Ione da Silva Jovino (Org.). Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2023. 125 p.; e-book PDF Interativo. Disponível em: <https://www.textoecontextoeditora.com.br/assets/uploads/arquivo/3570e-ebook-politicas-sobre-igualdade-de-raca-etnia-genero-e-sexualidade.pdf#page=10>

SANTOS, L. S.; VIEIRA, F. S. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7): 2303-2314, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2024.

SANTOS, L. O. **A influência da conferência de Beijing na formulação de públicas para a promoção do trabalho feminino no meio rural brasileiro**. Hegemonia. Revista Eletrônica de Relações Internacionais do Centro Universitário Unieuro. UNIEURO, Brasília, número 11, 2013, pp. 166-199 2013. Disponível em: <https://revistahegemonia.emnuvens.com.br/hegemonia/article/view/93/66>. Acesso em: 05 set. 2024.

SANTOS, A. L. N. dos. **A influência das organizações internacionais na reforma dos judiciários de Argentina, Brasil e México: o Banco Mundial e a agenda do acesso à justiça** / André Luis Nascimento dos Santos. – 2008. 197 f. Orientador: Prof.º Dr.º Carlos Sanchez Milani. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7783/1/88.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

SILVA, H. P. **A crueldade da atual PNAB e do orçamento secreto para a saúde da população negra**. 17 de Agosto de 2022 (Atualizado 28/12/2023 às 17h05). Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2022/08/17/a-crueldade-da-atual-pnab-e-do-orcamento-secreto-para-a-saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 10 out. 2024.

VIEIRA, F. S; BENEVIDES, R. P. de S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, setembro de 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em: 06 out. 2024.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2023

ARTIGO II: “OLHA, EU JÁ OUVI FALAR” - O PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR/BA: DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS

RESUMO

O presente artigo é resultado da dissertação de mestrado intitulada “Caminhos para equidade em saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)” que propõe uma avaliação do PCRI no âmbito da gestão municipal da saúde em Salvador/Bahia. A pesquisa é embasada na avaliação em profundidade proposta por Lea Rodrigues e possui o objetivo de analisar a memória institucional e o contexto em que o programa está inserido na

saúde, identificando quais alcances e empecilhos na sua execução. Foram realizadas revisão documental e entrevista semiestruturada com trabalhadores da saúde vinculados à atenção primária à saúde. Por meio da identificação de três categorias de análise, os resultados permitiram a discussão da educação permanente como estratégia para o combate ao racismo institucional; conhecimento e percepções sobre racismo, racismo institucional e saúde da população negra; e, o combate ao racismo institucional como política pública na saúde de Salvador. Conclui-se que, no cenário de quase 20 anos da implementação do PCRI no âmbito da saúde pública municipal de Salvador, o referido programa apresenta-se de forma inconstante com momentos de avanços e retrocessos em sua trajetória. A luta contra o racismo institucional na saúde deve ser compreendida como uma prioridade política e social, em busca de construir um sistema de saúde mais justo, equitativo e capaz de atender às necessidades específicas da população negra. Assim, torna-se necessário que sejam adotadas estratégias intersectoriais, transversais e integradas que proporcionem o fortalecimento do PCRI e contribuam para a redução das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Saúde da população negra; Programa de combate ao racismo institucional; Políticas públicas.

Abstract

This article is the result of a master's dissertation entitled "Pathways to equity in health: evaluation of the Program to Combat Institutional Racism (PCRI)", which proposes an evaluation of the PCRI in the context of municipal health management in Salvador/Bahia, based on the depth evaluation proposed by Lea Rodrigues and aims to analyze their institutional memory and the context in which the program is inserted in health identifying the achievements and obstacles in its implementation. A documentary review and semi-structured interviews were carried out with health workers linked to primary health care. By identifying three categories of analysis, the results made it possible to discuss continuing education as a strategy for combating institutional racism; knowledge and perceptions about racism, institutional racism and the health of the black population; and combating institutional racism as a public policy in Salvador's health system. It is concluded that in the almost 20 years since the PCRI was implemented in Salvador's municipal public health system, this program has been inconsistent, with moments of progress and setbacks along the way. The fight against institutional racism in health must be understood as a political and social priority, in order to build a health system that is fairer, more equitable and capable of meeting the specific needs of the black population. It is therefore necessary to adopt intersectoral, cross-cutting and integrated strategies to strengthen the PCRI and contribute to reducing the health inequalities.

Keywords: Health of the black population; Program to combat institutional racism; Public Policies.

1. INTRODUÇÃO

A discriminação e a ausência de efetividade em prover e ofertar atividades e serviços qualificados às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele, cultura ou religião, por meio de ações ou omissões sistêmicas, normas, práticas, critérios e padrões formais e não formais de atendimento, resultantes de preconceitos ou estereótipos, definem o Racismo Institucional (RI) (Salvador, 2019; Lopes; Quintiliano, 2007).

O racismo institucional se apresenta de forma velada, sistêmica, sutil e de difícil evidência, refletindo o racismo estrutural dentro das instituições públicas e privadas, acarretando prejuízos à população negra na obtenção dos direitos sociais, nas diferentes fases do ciclo de vida, independente de classe social.

Fazendo parte de uma sociedade estruturada no racismo, as instituições de saúde também expressam o racismo institucional, com distinções no acesso aos serviços e no cuidado adequado à Saúde da População Negra (SPN), proporcionando experiências desiguais no nascer, viver e morrer. O RI na saúde é evidenciado na discrepância dos dados estratificado por raça/cor, nos diferentes desfechos do processo saúde-doença, como na mortalidade materna (Góes, 2023), no diagnóstico tardio de neoplasias (Nogueira, 2018), na mortalidade por causas externas (Cerqueira, 2021) e nos anos potenciais de vida perdido (Araújo, 2009).

O SUS busca concretizar o direito à saúde assegurado na Constituição Federal de 1988 por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Entretanto, o SUS não tem conseguido garantir o atendimento às necessidades de saúde dos diferentes segmentos populacionais, sobretudo da população negra e das comunidades tradicionais (Anunciação *et al.*, 2022).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) traz como marcar o reconhecimento do racismo, do racismo institucional e das discriminações étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, impactando na forma de nascer, viver, envelhecer, adoecer e morrer dessa população. Visando a promoção da equidade em saúde, a PNSIPN objetiva combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

A realidade brasileira de desigualdades sociais decorrentes da origem étnico-racial fomentou o debate público sobre a questão racial e a luta dos movimentos sociais, especificamente do movimento negro, por políticas de reparação e equidade. Nas últimas

décadas, ampliaram-se as discussões sobre como o setor público poderia comprometer-se com a prevenção e o combate ao racismo e às desigualdades raciais. Nesse sentido, por meio de parceria¹ estabelecida entre entidades nacionais e internacionais, foi adotado no Brasil em 2005, com desdobramentos no Ministério da Saúde e na gestão de alguns municípios, como Salvador e Recife, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI).

O PCRI é um programa desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Salvador, sob gestão da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR), tendo como uma de suas estruturas o Comitê Técnico do PCRI, instância colegiada, permanente e de caráter consultivo, formado por representações da sociedade civil e dos demais órgãos da gestão municipal. O PCRI objetiva capacitar o setor público na identificação e prevenção do RI, e ainda fortalecer a participação das organizações da sociedade civil no debate das políticas públicas que promovam a equidade racial (Salvador, 2014).

O Plano Municipal do PCRI 2014-2016, que tem como objetivo definir estratégias e alinhar as ações nos órgãos da PMS para o enfrentamento ao RI, apresenta 4 eixos de atuação, sendo: gestão do programa, qualificação, divulgação e monitoramento e avaliação. No eixo gestão do programa destacam-se as ações de “elaboração do diagnóstico sobre as desigualdades raciais e de gênero em Salvador” e a “produção do censo institucional que retrate o quantitativo dos servidores ativos da prefeitura municipal de Salvador, segundo a ocupação de cargo, a raça/cor e o gênero”, já no eixo qualificação tem-se a ação de “qualificação dos gestores públicos da prefeitura para implementar políticas públicas racialmente equitativas”.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), as ações do PCRI vêm sendo desenvolvidas desde o ano da sua implantação, como uma das atribuições da área de saúde da população negra, conforme os Planos Municipais de Saúde (PMS), principal instrumento para a definição e o direcionamento das ações em saúde. O PMS com as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) compõem um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (Brasil, 2016a).

Por meio da Portaria N.º 054/2019 é instituído no âmbito da SMS o Núcleo Interno de Combate ao Racismo Institucional (NICRI), composto por representações dos Distritos Sanitários e por áreas técnicas da SMS que transversalizam a temática étnico-racial, como o

¹ A parceria foi estabelecida entre Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal (MPF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (DFID, 2005).

Programa de Atenção à Pessoa com Doença Falciforme. Os núcleos internos de combate ao racismo institucional têm como objetivo apoiar a execução das ações e decisões do Comitê do PCRI, em cada um dos órgãos da PMS (Salvador, 2019a).

Segundo Monteiro (2016), o início do século XXI marca uma nova etapa nas políticas de ações afirmativas direcionadas à população negra no Brasil, abrangendo diferentes setores, como educação, saúde, justiça, segurança, entre outros. Algumas políticas/programas possuem maior ou menor investimento de recursos públicos, mas todas enfrentam obstáculos significativos relacionados principalmente ao racismo institucional, presente nas estruturas dos serviços públicos.

O enfrentamento do racismo na saúde e nos diferentes serviços sociais demanda o seu entendimento enquanto processo político, devendo estar vinculado à garantia de implementação e de sustentabilidade de políticas públicas capazes de efetivar a justiça social.

O presente artigo é resultado da dissertação de mestrado intitulada “Caminhos para equidade em saúde: avaliação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)” que propõe uma avaliação do PCRI no âmbito da gestão municipal da saúde em Salvador/Bahia. A pesquisa é embasada na avaliação em profundidade proposta por Lea Rodrigues (2008, 2016) e tem como objetivo analisar a memória institucional e o contexto em que está inserido o programa na saúde, identificando quais alcances e empecilhos na sua execução.

2. METODOLOGIA

O caminho metodológico foi estruturado a partir da pesquisa qualitativa, em virtude do potencial de apreensão crítica da realidade, baseada na Avaliação em Profundidade (AP) de Políticas Públicas. A AP aborda quatro eixos analíticos na realização de uma avaliação: análise de conteúdo do programa, análise de contexto da formulação, trajetória institucional e espectro territorial e temporal (Rodrigues, 2008). A AP se diferencia dos modelos avaliativos operacionais e convencionais, para além da determinação de eficácia e eficiência, abrangendo a dimensão da compreensão da política.

Para o alcance do objetivo proposto foi realizada pesquisa bibliográfica e documental dos principais instrumentos de gestão da saúde e entrevistas semiestruturadas. Foram analisados os principais documentos utilizados no planejamento governamental em saúde: portarias municipais, PMS, PAS e RAG, do período de 2006 a 2021, que estavam disponíveis

no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARG-SUS), bem como no sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador. Os Relatórios e as Programações Anuais correspondentes aos anos iniciais da implementação do PCRI na saúde, de 2005 a 2010, não estavam disponíveis nem em meio físico, nem em meio virtual.

As entrevistas tiveram como público-alvo trabalhadores que atuam em serviços de saúde em Atenção Primária à Saúde (APS), no Distrito Sanitário mais populoso da capital baiana.

Foram escolhidos os serviços de atenção primária com estratégia de saúde da família (Unidade de Saúde da Família - USF) e sem estratégia de saúde da família (Unidade Básica de Saúde), do bairro mais negro do território distrital. A opção por esse nível de atenção se justifica pela APS ser a principal porta de entrada no SUS e ser considerada ordenadora das redes de atenção em saúde e coordenadora do cuidado.

O público-alvo foram os trabalhadores dos serviços, independente da categoria profissional, que estivessem na ativa, com um tempo de atuação no serviço não inferior a 02 anos. A categoria profissional não foi delimitada por entender que o RI pode ser manifesto em qualquer momento nas relações estabelecidas no serviço de saúde. O critério de saturação foi utilizado para delimitação do quantitativo de entrevistas realizadas.

A análise de conteúdo foi realizada consoante o referencial teórico-metodológico de Lawrence Bardin (Bardin, 1977). A discussão sobre os dados coletados foi realizada em conjunto com bibliografias científicas atualizadas pertinentes sobre o tema em questão.

A triangulação e a análise dos resultados possibilitaram uma construção dialética entre as categorias centrais das falas dos entrevistados e as determinações encontradas nos dados obtidos por meio da pesquisa documental e dos dados secundários, permitindo, assim, avaliar o contexto e a trajetória institucional percorrida pelo PCRI no âmbito da saúde, bem como identificar os alcances e os empecilhos na sua execução.

Na análise das entrevistas, foram reproduzidas as falas dos trabalhadores identificados por siglas a fim de preservar seus nomes para garantir a manutenção do sigilo e do anonimato. As siglas usadas são 'TS' - Trabalhador da Saúde, seguida de numeração e identificação da categoria profissional.

Para a realização da pesquisa obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob o parecer nº 6.680.889, número CAAE: 77133823.8.0000.5531, atendendo às exigências das Resoluções nº. 466/2012, nº. 510/2016 e nº. 580/2018, todas do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2016b; Brasil, 2018).

3. RESULTADOS

Cada um dos PMS analisado é demarcado por especificidades e, embora possua elementos em comum, como a manutenção das ações de combate ao RI, observa-se a mudança na atenção dada à temática racial, considerando que nos dois primeiros planos existiam módulos específicos para as questões de SPN. Nos planos seguintes, a temática foi incorporada ao módulo operacional de atenção integral à saúde e ao módulo operacional de promoção e vigilância em saúde, respectivamente, conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Consolidado PMS ações de combate ao RI e SPN (2006-2021)

| Quadriênio | Ações de Combate ao RI e SPN – PMS |
|------------|--|
| 2006/2009 | <ul style="list-style-type: none"> • Módulo Operacional Específico para a SPN objetiva dar visibilidade aos agravos prevalentes na população negra; implementar as ações de Combate ao RI, tendo como ação a sensibilização dos profissionais e trabalhadores de saúde para o combate ao RI; desenvolver ações de saúde junto às religiões de matriz africanas; preservar a cultura de saúde das áreas remanescentes de quilombos urbanos. |
| 2010/2013 | <ul style="list-style-type: none"> • Ações de SPN no módulo de gestão do SUS municipal (formação de lideranças do movimento negro sobre os determinantes sociais de saúde, direito à saúde e exercício do controle social no SUS) e manutenção do Módulo Operacional Específico para a SPN, com objetivo de contribuir para o combate ao RI na saúde, por meio da sensibilização e qualificação dos gestores, trabalhadores e profissionais da saúde no combate ao RI; publicização dos resultados do combate ao RI na Saúde; desenvolvimento de ações de combate à intolerância religiosa; criação de instâncias de promoção da equidade em saúde. |
| 2014/2017 | <ul style="list-style-type: none"> • Ações da SPN passam a integrar o módulo operacional de atenção integral à saúde, com os seguintes objetivos: implementação da PNSIPN, com monitoramento através do percentual de preenchimento do quesito raça/cor no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); implementação do PCRI²; fortalecimento da estratégia dos pontos focais em SPN; incorporação da abordagem |

²Compatibilização das proposições da XII Conferência Municipal de Saúde com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

| | |
|-----------|---|
| | étnico-racial pela SMS; implantação do II Plano Operativo Municipal de Atenção à Saúde da População Negra. |
| 2018/2021 | <ul style="list-style-type: none"> • Ações da SPN passam a integrar o módulo operacional de promoção e vigilância em saúde, sendo: implementação da PNSIPN, com efetivação do PCRI³. Haverá um tópico específico sobre o Programa da SPN no capítulo de análise da situação de saúde. |

Fonte: A autora, 2024.

Embora o PMS de 2022 a 2025 não estivesse contemplado no momento de elaboração da pesquisa, vale destacar a existência de um subtópico específico sobre a SPN no capítulo de análise de situação de saúde, dentro da discussão de iniquidades em saúde com abordagem sobre o PCRI.

O conjunto de documentação do PAS e do RAG do PMS analisados apontam majoritariamente para o planejamento e o desenvolvimento de ações voltadas à implementação da PNSIPN e do PCRI, ao combate à intolerância religiosa, preenchimento adequado do quesito raça/cor e na atenção à saúde da população quilombola por meio de ações de educação permanente para profissionais e gestores da SMS, além da necessidade de fortalecimento dos núcleos distritais e da estratégia de Pontos Focais em SPN.

Observa-se uma diminuição na diversidade de conteúdos no planejamento e no cumprimento das atividades planejadas devido à reestruturação institucional da área técnica de saúde da população negra, com a redução do número de técnicos na equipe, a partir do ano de 2013, ano de mudança no governo municipal, com alteração do cenário político (saída do partido Democrático Brasileiro - PMDB, e entrada do partido Democratas - DEM, na Gestão Executiva Municipal). Foi identificada ainda uma redução, de forma mais acentuada, no cumprimento das atividades no RAG de 2020, relacionado ao contexto da pandemia de COVID-19.

Em relação às entrevistas, foram entrevistados 27 trabalhadores de diferentes categorias profissionais das duas unidades de saúde participantes da pesquisa. A USF conta em seu quadro profissional com trabalhadores vinculados à Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), equipe composta por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais que atuam de maneira complementar e integrada as outras equipes que atuam na APS. Diante da temática, alguns trabalhadores sentiram-se desconfortáveis, recusando-se a participar da pesquisa. Dentre esses, citam-se os

³Ação modificada pela XIV Conferência Municipal de Saúde de Salvador.

profissionais médicos, não havendo, assim, representação dessa categoria profissional neste estudo.

O quadro abaixo apresenta o resumo do perfil dos participantes.

Quadro 2: Perfil dos trabalhadores entrevistados

| Descrição | | V. Abs. |
|-----------------------------|------------------------|----------------|
| Gênero | Mulher CIS | 21 |
| | Homem CIS | 6 |
| Raça/cor | Preta | 14 |
| | Parda | 11 |
| | Branca | 2 ⁴ |
| Unidade de lotação | USF (eMulti) | 15 |
| | UBS | 12 |
| Escolaridade | Ensino Médio / Técnico | 15 |
| | Superior completo | 12 |
| Tempo de Atuação na Unidade | 02 -10 anos | 14 |
| | 11 - 20 anos | 08 |
| | > 20 anos | 05 |

Fonte: A autora, 2024.

A análise de conteúdo dos dados obtidos permitiu estabelecer três categorias, sendo elas: educação permanente como estratégia para o combate ao racismo institucional; conhecimento e percepções sobre racismo, racismo institucional e saúde da população negra; e, o combate ao racismo institucional como política pública na saúde de Salvador.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL

A análise dos PMS, PAS e RAG demonstram que a maioria das ações efetivadas em relação à SPN se constitui em atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), objetivando sensibilizar e qualificar os trabalhadores vinculados a SMS quanto às necessidades da população negra e de combate ao RI para efetivação do direito à saúde.

A EPS busca a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho por meio da autoanálise e da reflexão crítica do cotidiano do trabalho, tendo como referência

⁴Apesar de apenas duas trabalhadoras se autodeclararem da raça/cor branca, a pesquisadora fez a leitura pela heteroidentificação de mais duas profissionais de cor branca.

as necessidades de saúde das pessoas e das populações mediante o conhecimento do contexto em que o usuário está inserido, da gestão setorial e do controle social em saúde (Brasil, 2004; Ceccim, 2005; Landgraf *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as falas transcritas abaixo expressam a necessidade de discussão da temática para conhecimento e desconstrução de práticas racistas nos serviços de saúde e no cotidiano, como pode ser observado no discurso TS20 e TS22. Essas falas sintetizam a opinião de uma parte dos entrevistados que concorda que há transformação da prática a partir da educação permanente e continuada.

[...] Tem que haver muito mais debates, muito mais seminários. Muito mais eventos. Para se discutir essa questão do racismo... (TS17, Aux. administrativo).

[...] Porque eu mesma já aprendi isso participando dessas coisas. E que tem momentos até que a gente... quem nunca? (TS20, Gerente).

Acho que poderia até debater mais essas questões. Eu acho que nunca é demais se aprender e saber. Porque, às vezes, nem nós sabemos certas coisas que a gente executa ou faz, o que está por trás disso. É uma repetição de hábitos ou de costumes que a gente nem se toca, que está sendo uma situação de discriminação... (TS22, Nutricionista).

Para Merhy (2005), todo processo comprometido com a EPS tem de ter a força de gerar no trabalhador transformações da sua prática profissional, o que implicaria na capacidade de problematizar o seu próprio agir, não em sentido abstrato, mas no concreto, na realidade do trabalho de equipe e na construção de novos pactos que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade e do princípio da equidade.

Nesse sentido, considerando que a EPS expressa uma opção político-pedagógica cujos efeitos implicam na construção da competência dos trabalhadores, impactando na produção de cuidado e, conseqüentemente, nas formas de viver do outro, todos os trabalhadores, enquanto atores políticos que são, devem ser alcançados pela política de EPS e não apenas os profissionais de categorias tidas como principais para o cuidado em saúde.

Tipo assim, vai ter um programa antirracismo e inclusão na saúde. Mas é para quem? É para um enfermeiro, é para um médico. Mas quem é que está aqui na frente? Sou eu e o colega que está aqui. Somos nós que recebemos primeiro essas pessoas (TS17, Aux. administrativo).

A EPS tem o potencial de auxiliar na resolução de problemas de saúde relacionados ao acesso, à qualidade do atendimento prestado e à resolutividade de fatores que afetam a eficácia e a legitimidade do modelo de atenção proposto pela política do SUS. Possibilitar descortinar o preconceito é elemento fundamental para romper com sua reprodução. Por meio de diversas práticas educativas, é possível contribuir com a construção de um sistema mais equitativo, que não reproduz as desigualdades raciais, dentre outras (Sarreta, 2009; Monteiro, 2010).

Ao relatarem sobre as atividades de EPS, PCRI e SPN, os trabalhadores evidenciaram em suas falas um transcurso de tempo na participação dessas atividades. Essa fragilidade está provavelmente associada à mudança organizacional sofrida pela área técnica ocorrida em 2013, como observado nos documentos de gestão analisados no estudo.

Já participei de atividades sobre saúde da população negra, há muitos anos... olha, eu já ouvi falar sobre o PCRI, mas bem pouco mesmo. Eu conheço bem pouco, viu... (TS9, Agente comunitária de saúde).

[...] teve uma ação aqui, não me lembro o ano exatamente... (TS11, Educador físico).

[...] já participei, mas faz muito tempo e já ouvi falar sobre o PCRI (TS19, Aux. administrativo).

Além do lapso de tempo na participação das atividades, fatores como carga horária de trabalho, demandas nos serviços, realização de poucas ações voltadas para SPN e de pouca divulgação dos eventos foram utilizados como justificativas para a não participação.

[...] infelizmente não participei de alguma atividade sobre o assunto. A gente tem essa questão do horário... é complicado a gente parar. E às vezes temos outro vínculo. E aí, por conta disso, também é difícil participar de algumas ações. Os profissionais da área de saúde têm uma demanda de carga horária grande assim para ter facilidade de participar (TS18, Téc. Enfermagem)

Na verdade, não participei de alguma atividade sobre saúde da população negra, porque o horário é ruim. Às vezes, a gente está no horário de trabalho e cai para fazer... Há um choque de horários, na verdade (TS23, Téc. Enfermagem).

São tantos programas e os profissionais têm uma vida muito corrida...Tem muita coisa para fazer. A falta de tempo compromete os encontros (TS27, Assistente social).

Não, pouca divulgação e sem antecedência... Pode até haver capacitação por parte da Secretaria Municipal da Saúde, só que quando a gente fica sabendo das poucas que existem, é com dois dias de antecedência, com três dias... Então, não tem como a gente participar... (TS14, Enfermeira)

Enquanto uma das trabalhadoras revelou em seu discurso que não teve interesse pela temática (TS15), outros dois informaram terem realizado processo formativo promovido por outras instituições, uma vez que não tiveram conhecimento das atividades realizadas pela SMS (TS17 e TS23).

[...] ainda não me inteirei assim muito. É, não me inteirei. Tem que falar a verdade, né? É porque o tempo também, é muita coisa... (TS15, Agente comunitária de saúde).

Assim, vindo da Secretaria de Saúde, não participei de atividades sobre saúde da população negra... eu vou em busca desse conhecimento e até aprimorar também, porque eu não trabalho só aqui (TS17, Aux. administrativo).

Atividades organizadas pela prefeitura, acho que não participei. Mas, há uns dois anos atrás, eu fiz um curso de letramento racial, que ele fala a respeito do racismo institucional (TS23, Téc. Enfermagem).

Esse conjunto de falas representa um elemento indispensável para que o aluno-trabalhador da área de saúde possa transformar ou adicionar novos elementos a sua prática que é o desconforto com a realidade. A necessidade de transformação, crescimento ou mudança surge quando se percebe que as práticas vigentes são insuficientes para lidar com os desafios presentes no trabalho da saúde. Esse desconforto com a realidade age para evidenciar que algo não está alinhado com as necessidades percebidas, seja em nível pessoal, coletivo ou institucional (Ceccim e Ferla, 2009).

Se por um lado a EPS tem por objetivo a melhoria da qualidade, através da efetiva mudança nos processos de trabalho em saúde, embasado nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho, por outro lado, é preciso considerar que, nem sempre há uma percepção crítica sobre o trabalho em saúde relacionado à população negra. Fato esse, decorrente do racismo, do racismo institucional, que compromete a demanda por processos formativos para prevenção e combate do próprio racismo institucional (Monteiro 2010), como pode ser observado na fala do entrevistado abaixo:

A gente fica muito associado aos processos de trabalho, aos fluxos, aos protocolos, aos números que a gente precisa apresentar com relação à execução de procedimentos, exames, atendimentos. E essas questões

relacionadas que sempre são bem peculiares, estão bem nas nuances, não estão muito em evidência, são coisas relacionadas muito ao campo subjetivo e muitas vezes a gente acaba não dando tanta importância... ganha um grau de importância não tão relevante (TS11, Educador Físico).

Ceccim (2005) afirma que os sujeitos precisam colocar-se ativos, desprendidos de si mesmo, dos modelos hegemônicos e dos papéis instituídos para que esses espaços formativos sejam devidamente ocupados, possibilitando assim abrir fronteiras e desterritorializar comportamentos e gestão embasados na clínica tradicional, a qual é centralizada na doença, em procedimentos e medicamentos. Existem possibilidades de novas formas de ser e de produzir saúde focada no sujeito e na sua interação social.

A perspectiva de mudança de comportamentos por meio de processos formativos em prol do combate ao racismo e melhoria das condições de SPN é evidenciada nas falas das entrevistadas a seguir:

Tudo parte da educação, tudo parte da conversa, tudo parte do diálogo... tem que sempre está trazendo essas questões para o campo da educação... (TS24, Enfermeira).

Para que você modifique isso dentro de um atendimento de saúde, você precisa entender que aquelas pessoas que compõem aquele serviço não estão isentas. Não há um recorte como se eles estivessem, só porque eles são profissionais de saúde, eles vão estar totalmente blindados desse subconsciente que foi moldado. Não, ele está ali. Então, só o conhecimento, um olhar mais amplo, tem forças para você desestruturar tudo o que você aprendeu para você trazer um novo (TS26, Assistente social).

Segundo Monteiro (2010), a educação permanente possibilita a criação de estratégias que transformem positivamente práticas enraizadas há séculos nos serviços públicos, especialmente nas áreas de saúde e educação. Essa transformação permite a construção de novas formas de estabelecer relações sociais, que, ao serem ressignificadas, contribuem para a melhoria da qualidade de vida, principalmente para a população negra.

4.2 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE RACISMO, RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A mudança nas práticas dos profissionais por meio da EPS parte do reconhecimento da realidade que se apresenta, mediante a sensibilidade frente aos dados produzidos no cotidiano do trabalho (Ceccim e Ferla, 2009). Em relação às condições de saúde da população negra, tendo em vista que o racismo estrutura as relações sociais, desumaniza a identidade negra,

autorizando tratamento diferencial e desigual de um grupo sobre o outro, a sensibilização para a adoção dos dados em saúde na construção da realidade não é o suficiente, afinal um dos discursos presente nas falas dos profissionais da saúde é que morre mais pessoa negra porque a maioria da população é negra.

É necessário conhecer e reconhecer como o racismo se expressa por meio desses dados, para perceber e analisar as práticas racistas institucionalizadas. Nesse sentido, ainda que não esteja presente de forma explícita nos documentos de gestão, o (des)conhecimento dos trabalhadores sobre a temática fundamenta a realização das atividades de educação permanente e é o elemento principal desta categoria de análise.

Segundo Monteiro (2016), o combate ao racismo e seus efeitos para a população negra e não negra depende do reconhecimento de sua existência e da decodificação de suas manifestações. O não reconhecimento é um dos vários tentáculos do racismo para a sua manutenção, levando à inexistência do problema e, consequentemente, a percepção de que nenhuma mudança é necessária, como pode ser evidenciado nas falas das entrevistadas abaixo.

Eu não acho que tenha esse racismo. Sinceramente. Pelo menos assim. Não sei. Eu não tenho. Não sei. Nunca observei... Eu falo assim, pessoalmente, eu me colocando aqui no meu atendimento e de observar. Aqui, eu não observo (TS10, odontóloga).

Eu não entendo bem não, racismo é muita confusão (TS7, Aux. serviços gerais).

A gente vê muito falar sobre essa coisa, mas eu não vejo acontecer, assim, esse racismo institucional aqui, pelo menos aqui, eu não vejo... Eu não vejo essa discriminação, esse racismo, essa coisa, não (TS4, téc. Enfermagem).

Ainda que a maioria dos brasileiros reconheça que o Brasil é uma sociedade desigual, existe uma enorme dificuldade de identificar práticas racistas. Os brasileiros têm preconceito de ter preconceito e associam frequentemente as desigualdades à classe e não à cor, o que contribui para a rejeição de políticas públicas voltadas para reparação (Figueiredo, 2009), muitas das vezes com a alegação de que políticas para populações específicas promovem racismo e discriminações, com prejuízos as outras parcelas da população. Expressam, assim, os efeitos da branquitude para a manutenção do seu espaço de poder e privilégios. A fala de TS4 reflete esse cenário:

[...] eu fico com medo. Eu fico com medo muito, assim, de a gente próprio, com essa abordagem, começar também a ser racista... Eu não sei, eu fico meio com medo. As pessoas têm que entender bem o que é racismo. Eu acho

que as pessoas... A gente não sabe ainda muito bem o que é esse racismo, de fato. Porque hoje tudo o povo diz que é racismo. Será que é racismo mesmo? (TS4, Téc. enfermagem).

A ideologia da democracia racial, juntamente com o fenômeno da branquitude, reforça a ideia de que não existe racismo e que esse não reflete nos serviços e na qualidade dos cuidados de saúde. Reconhecer e identificar o racismo presente no sistema de saúde não é uma tarefa simples, muito menos fácil. Os mecanismos que sustentam o racismo na sociedade, nas instituições e nas pessoas atuam de maneira a sua não percepção, provocando alienação quanto aos processos que promovem sua existência e perpetuação (Monteiro, 2010).

Essa ideologia, associada à teoria do embranquecimento, por meio da mestiçagem, fornece elementos que dificultam a compreensão sobre o racismo. Esses elementos contribuem para falas de que “somos todos iguais”, “somos todos seres humanos”, “não existem brancos no Brasil” e “não somos racistas”, as quais fortalecem, invisibilizam e mascararam as desigualdades sofridas pela população negra, colaborando para a manutenção do *status quo* de privilégios da população branca.

Eu não me preocupo muito com isso, entendeu, porque eu sou uma pessoa que eu procuro tratar todas as pessoas igual. Pra mim, eu não faço distinção de preto, de branco, no tratamento, é igual no serviço, na minha área de atuação (TS2, Agente comunitário de saúde).

Eu acho que não deveria existir problema de racismo, devia, porque todo mundo é ser humano... eu acho que não deveria ter isso. Esse negócio, esses destaques de preto, de branco, de amarelo, cor de rosa, porque se Deus quisesse falar todo mundo de um jeito só, só era preto, né?... (TS15, Agente comunitário de saúde).

Eu trabalho, eu moro, inclusive, em um bairro que a maioria da população é negra. Então, assim, eu não tenho muito o que... Eu lido com a maioria da população negra... Mas é isso, aqui não tem diferenciação, a gente atende todo mundo, atende pessoas desse bairro, atende pessoas dos bairros próximos, todo mundo é igual (TS25, Aux. administrativo).

Eu acho que é uma coisa... Nós todos somos iguais, independente da cor da pele. E isso, em nenhum momento, deve fazer diferença para o atendimento, para questões de saúde. Eu acho que tem que ser igual para todo mundo (TS10, odontóloga).

O discurso de igualdade, presente nos depoimentos acima, compromete o alcance da equidade, o qual se relaciona diretamente com o conceito de justiça social, por meio do reconhecimento de que as pessoas apresentam diferenças nas condições de vida e saúde,

devendo ser ofertado mais a quem mais precisa. Nesse sentido, o efeito de justiça social se expressa de forma não universalista.

A equidade é um dos princípios norteadores do SUS. Segundo Landgraf *et al.* (2020), o alcance desse princípio somente será possível quando de fato ocorrer a compreensão das diferenças e a superação das desigualdades étnico-raciais presentes nos indicadores de saúde. Ainda para os referidos autores, a homogeneização do cuidado em saúde é incongruente com os próprios princípios do SUS, além de revelar uma visão eurocentrada, colonizada, sem considerar as distintas realidades que compõem a sociedade brasileira.

Segundo Jones (2002), o racismo apresenta três dimensões que atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos e grupos. Além do racismo institucional que corresponde às formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais, existem a dimensão do racismo pessoal/internalizado, referente à internalização dos padrões racistas pelos indivíduos; e, a dimensão do racismo interpessoal, o qual se expressa em preconceitos e discriminações, intencionais ou não.

Nas falas dos profissionais, foi possível identificar alguns elementos estruturais do racismo, principalmente relacionados à dimensão interpessoal, que é de mais fácil percepção, como observado nas falas de TS24.

As pessoas ainda continuam com muito racismo arraigado no seu ser... Porque as pessoas ainda, mesmo que se digam que não são, ainda carregam essa questão da fala, que você vê que ainda tem o racismo arraigado ali (TS24, enfermeira).

Em relação ao racismo institucional que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais, o discurso dos trabalhadores evidenciou um desconhecimento em relação à temática e de como o RI impactaria na SPN. O adjetivo “institucional” aproximou a reflexão dos profissionais quanto ao aspecto das relações interpessoais do RI, porém não se identificaram compreensões relacionadas à dimensão político-programática.

Racismo institucional, eu vou te dizer que eu não entendo muito, não tenho muito conhecimento desse assunto (TS1, Aux. saúde bucal).

O racismo institucional... Você fala com relação ao profissional, paciente? Eu, aqui na minha cabeça, fico imaginando essa questão institucional. Será que é do profissional? Não fica muito claro, sabe? Se é do profissional para a população... (TS10, Odontóloga).

Quando a gente fala institucional, dá a ideia de que seria dentro do órgão, dentro da unidade de saúde, de que maneira a gente está

olhando para esse servidor... Desculpa, mas eu fico meio em dúvida o que seria esse institucional para com a população... Eu confesso que eu tenho muita dúvida com relação a isso (TS5, Gerente).

Dentro da instituição, acho que vem mais essa questão do assédio, às vezes, que a gente sofre. Da própria população que vem para o atendimento e, às vezes, até de alguns colegas (TS16, Téc. Enfermagem).

Segundo Lopes e Quintilano (2007), o racismo institucional possui duas dimensões interdependentes e correlacionadas de análise: a político-programática e a das relações interpessoais. A dimensão das relações interpessoais abrange as relações estabelecidas entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores, entre trabalhador e usuário e entre usuário e trabalhador, sempre pautadas em atitudes discriminatórias. A dimensão político-programática, de mais difícil percepção, compreende as ações que impedem a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas eficientes no combate ao racismo, bem como a visibilidade do racismo nas práticas cotidianas e nas rotinas administrativas que impõe barreiras de acesso para essa população.

Eu observo que quando chega alguém aqui de pele clara, bem arrumado, tem pessoas que tratam de uma forma. Quando chega um fedido, tal, as pessoas já chamam o policial (TS2, Agente comunitária de saúde).

O racismo institucional, no âmbito das relações, aparece de forma sutil na linguagem e no comportamento dos funcionários. É preciso trabalhar o olhar para a percepção das questões étnico-raciais que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, como na situação relatada acima, por um dos trabalhadores entrevistados.

4.3 O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL COMO POLÍTICA PÚBLICA NA SAÚDE DE SALVADOR

Segundo Salvador (2021), a SMS objetivando promover mudanças no cenário de desigualdade étnico-racial e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, investe na estratégia de combate ao racismo institucional, por meio do PCRI, oferecendo serviços públicos adequados aos cidadãos independentemente da cor, cultura ou origem étnica.

A inclusão da discussão de uma política abordando a diversidade racial na SMS se deu com a implantação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN). Segundo

Araújo e Teixeira (2013), o cenário político na época, em decorrência da mudança de governo municipal, proporcionou não só a inclusão da problemática da SPN, mas a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde na agenda da SMS.

As PAS e os RAG demonstram que algumas atividades foram desenvolvidas buscando criar uma rede de saúde da população negra no município. Com o intuito de capilarizar as ações de SPN e do PCRI, foi criada a estratégia de constituição dos Pontos Focais para capacitar trabalhadores, que atuam nos Distritos Sanitários e demais setores da saúde, na saúde da população negra. Embora a discussão do racismo, do RI e de outras discriminações em saúde não se restringiam à criação dos Pontos Focais, essa proposta possibilitou a instituição dos Núcleos Distritais de Saúde da População Negra (Bastos e Pitta, 2016).

Em 2019, como um dos desdobramentos das ações do Comitê Municipal do PCRI, é instituído o NICRI/SMS cujo objetivo é implementar e disseminar as ações do programa, além de conduzir as discussões étnico-raciais no âmbito da saúde, transversalizando a temática racial na rede de saúde municipal (Salvador, 2019a).

Apesar de essas estratégias estarem sendo utilizadas para desenvolvimento e capilarização das ações em SPN e de combate ao RI na rede de saúde municipal, desde a implantação do programa, observa-se desconhecimento e dificuldades na sua efetivação, evidenciado nas falas dos trabalhadores transcritas abaixo:

O Distrito, se não me engano, tentou formar até aqui um GT para discutir essas coisas a nível de Distrito. Mas eu nunca mais ouvi falar de encontros, que é importante ter encontros para falar sobre isso... (TS3, Agente comunitário de saúde).

Eu acho que é um programa, ainda, que requer um trabalho mais forte. Eu acho que tá um pouco tímido. Porque, não, eu não vejo falar... eu não vejo a atuação muito, não vejo esse trabalho fortalecido aqui dentro... (TS4, Téc. Enfermagem).

[...] deveria também ter um ponto focal em cada unidade pra essa pessoa ser referência pra gente dessa temática e repassar, entendeu? E também ter as reuniões, né (TS14, Enfermeira).

Os documentos de gestão também refletem essa realidade. O PMS de 2014/2017, com suas respectivas PAS e RAG, apresenta a ação de fortalecimento da estratégia de pontos focais com reestruturação e monitoramento dos Núcleos Distritais de Promoção da Equidade Racial. A análise dos relatórios do quadriênio (2014/2017) demonstrou oscilação na reestruturação desses núcleos que não alcançou a sua totalidade. O referido período

corresponde a uma nova gestão no governo municipal, o que impactou na estruturação das ações referentes à SPN dentro da SMS.

[...] ver que isso está desestruturado de dentro da Secretaria para cá... A gente ainda não conseguiu, e eu acredito que não é só essa unidade. Pelas reuniões que eu já fui e pelas reuniões em que eu estou do Distrito tem essa cobrança de que as unidades não têm levado a fundo ou que talvez não sejam as unidades... mas eu não vi de lá para cá, ou seja, trazer, fazer reunião na unidade para trabalhar o assunto e colocar essa pauta para frente. Não está focado assim, entende? Amarrado. Então, quando se trata da saúde da população negra, eu ainda acho solto... (TS5, Gerente).

[...] deveria ser implementado de uma forma muito mais séria... (TS17, Aux. Administrativo).

Os relatos acima retratam a fragilidade na condução da temática étnico-racial e de combate ao RI na saúde, também evidenciada nos Planos Municipais. Nos quadriênios 2014/2017 e 2018/2021, as ações referentes à implementação do PCRI são incorporadas aos PMS, por meio de intervenção do controle social nas conferências municipais de saúde. No PMS 2014/2017, a referida ação é resultante da compatibilização das proposições da XII Conferência Municipal com o PMS e no PMS 2018/2021, a ação foi modificada pela XIV Conferência Municipal de Saúde de Salvador para a inserção do PCRI.

Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde se constituem nos principais espaços para o exercício de participação e de controle social das políticas de saúde em todas as esferas de governo. A Conferência de Saúde é realizada a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no nível correspondente (Brasil, 1990).

A intervenção do controle social, por meio das conferências, foi fundamental para a manutenção das políticas de combate ao racismo nos PMS. Uma ação efetiva do controle social das políticas públicas, principalmente das políticas de equidade, pode evitar a descontinuidade em cenários políticos não tão favoráveis. Os segmentos transcritos abaixo demonstram a preocupação com a descontinuidade das ações e a necessidade de que sejam efetivas:

O problema de programas é porque ele parece ser temporal. E ele só chega em certos tempos. Tudo é muita politicagem. E aí, quando acaba o bum do momento, acabam-se os programas, acabam-se os recursos, acaba-se a empolgação de querer fazer... (TS13, Agente comunitária de saúde).

Mais importante do que o programa é saber que isso vai funcionar (TS23, Téc. Enfermagem).

Por meio de um controle social cada vez mais eficiente e eficaz, a formulação, a fiscalização e a deliberação dessas políticas são orientadas pelos princípios da democratização, da gestão participativa e da qualidade na prestação dos serviços de saúde (Brasil, 2014). A importância do controle social para a efetivação das políticas públicas foi evidenciada em algumas falas:

A gente tem que juntar a população e sensibilizar. Se a gente conseguisse, nem que sejam uns cinco representantes da comunidade, que viessem em uma palestra, que o profissional de saúde estivesse participando. Seria ótimo... Que fosse, como é que a gente chama, facilitadores. Formar facilitadores na população (TS9, Agente comunitário de saúde).

Eu acho que isso tem que ser discutido com toda a sociedade (TS17, Aux. Administrativo).

A gente tem que estar atenta com isso para incentivar a população a fazer as denúncias, não aceitar que ela não tenha um atendimento por conta da situação da cor (TS8, Assistente social).

Outro fator importante para a efetivação das políticas de saúde é o orçamento disponibilizado para o desenvolvimento da política, como abordado na fala de TS21: “*O que dificulta a instalação do programa nas unidades seria a questão de recursos, meios de material...* (TS21, Enfermeira)”. Em relação à temática, merece destaque o RAG de 2011, por constar a destinação, no exercício de 2011, do valor de R\$ 51.000,00 (cinquenta mil reais) referentes à SPN, sendo executado R\$ 27.985,79 (vinte e sete mil, novecentos e oitenta e cinco e setenta e nove centavos) (Salvador, 2011).

A inexistência de exclusividade ou o acesso reduzido aos recursos financeiros para a execução da política, como observado nos instrumentos de planejamento, impõe ainda mais dificuldade para a execução das políticas voltadas à SPN, uma vez que entram na disputa pelos escassos recursos orçamentários, mesmo estando explícito no artigo 7º do Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa de Salvador.

artigo 7º: na implementação dos programas e das ações constantes dos planos plurianuais e dos orçamentos anuais do Município de Salvador, deverão ser observadas as políticas de ação afirmativa a que se refere o Estatuto e outras políticas públicas que tenham como objetivo promover a igualdade de oportunidades e a inclusão social da população negra (Salvador, 2019).

Ou seja, não foi identificada previsão orçamentária específica para SPN nos demais documentos analisados, mesmo nos anos posteriores à publicação do referido Estatuto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento das desigualdades que atravessam a população negra no Brasil e na cidade de Salvador, cidade em que a maioria da população é negra, apresenta-se como uma iniciativa imprescindível para a promoção da equidade. Nesse sentido, é instaurada uma nova conjuntura política favorável à implementação de políticas de equidade em prol da saúde da população negra e de combate ao racismo institucional. Entretanto, a invisibilidade das necessidades específicas desta população mostra que o racismo estrutural permanece como um dos principais sustentáculos das desigualdades em saúde. O racismo institucional, como instrumento do biopoder, regula e restringe o acesso desses grupos aos serviços públicos de saúde, reforçando barreiras de inclusão.

No cenário de quase 20 anos da implementação do PCRI no âmbito da saúde pública municipal de Salvador, a análise dos documentos e das entrevistas evidenciaram que o referido programa se apresenta de forma inconstante, com momentos de avanços e de retrocessos em sua trajetória. Entre os avanços identificados, destaca-se a implementação dos núcleos distritais de equidade racial, ainda que nem todos os núcleos estejam atuantes de maneira consistente, conforme os RAG, assim como a implementação do NICRI. Essas instâncias são promotoras de ações e discussões nos territórios, aproximando a temática étnico-racial de trabalhadores e da comunidade.

Contudo, os desafios ainda são expressivos, especialmente no que diz respeito à implementação plena de políticas para a promoção da equidade racial. O não conhecimento e/ou a negação do racismo, estratégia do próprio racismo para a sua manutenção; o não reconhecimento dos impactos do racismo em todas as suas dimensões na saúde da população negra; a negação da existência das práticas racistas seja no âmbito político-programático ou das relações; e, a ausência ou o subfinanciamento das políticas de saúde têm sido barreiras para a efetivação das ações de combate ao racismo na saúde.

Nesse sentido, a participação efetiva do controle social e a educação permanente em saúde surgem como ferramentas estratégicas para a superação dos obstáculos enfrentados. Os processos formativos dos profissionais da saúde são essenciais para fomentar o reconhecimento do racismo como elementos estruturantes das desigualdades e para qualificar os trabalhadores a atuarem na transformação dos processos de trabalho. A EPS deve ser concebida numa perspectiva antirracista, de maneira ampliada e interdisciplinar, com observação da PNSIPN e das demais políticas que promovam a equidade étnico-racial. Além

disso, é fundamental promover um debate contínuo e atualizado sobre o racismo institucional, incentivando reflexões que contribuam para a desconstrução de percepções estigmatizantes e práticas discriminatórias.

Porém, ressalta-se que a educação, por si só, não é suficiente para resolver os problemas decorrentes do racismo institucional. O combate ao racismo requer investimentos consistentes, a criação de mecanismos de monitoramento e a avaliação e o fortalecimento da participação social.

A luta contra o racismo institucional na saúde deve ser compreendida como uma prioridade política e social, em busca de construir um sistema de saúde mais justo, equitativo e capaz de atender às necessidades específicas da população negra. Assim, torna-se necessário que sejam adotadas estratégias intersetoriais, transversais e integradas que proporcionem o fortalecimento do PCRI e contribuam para a redução das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

ANUNCIAÇÃO, D; PEREIRA, L. L; SILVA, H. P; NUNES, A. P. N; SOARES, J. O. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 27(10): 3861-3870, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 nov. 2024.

ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. **A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador**. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1079-1099, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso 26 nov. 2024.

ARAÚJO, E.M; COSTA, M.C; HOGAN, V.K; MOTA, E. L. A; ARAÚJO, T. M; OLIVEIRA, N. F. **Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas**. Ver Saúde Pública 2009; 43(3): 405-412.

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, p. 108-124, 2016. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/218/195> Acesso em: 10 agost. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Presses Universitaires de France, 1977.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: 2004, 14p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.138 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580**, de 22 de março de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

CARDOSO, D. D. **Educação permanente e continuada em saúde e suas influências no processo de trabalho de equipes de atenção primária à saúde**. Porto Alegre, 2010 <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32961/000760628.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.161-77, set. 2004/ fev.2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação Observatório de Recursos Humanos. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 20 nov. 2024.

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DFID (Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional). **Boletim Eletrônico Componente Saúde nº 3**. Maio – Junho, 2005c. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estra>

[tegicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/boletim_eletronico_maijun_-_2005.pdf](#). Acesso em: 10 ago. 2024.

FIGUEIREDO, A; GROSGOUEL, R. **Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário.** Soc. e Cult., Goiânia, v. 12, n. 2, p. 223-234, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/9096/6270>. Acesso em: 22 nov. 2024.

GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; SANTOS, D. **Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?** Ciência & Saúde Coletiva, 28(9): 2501-2510, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023289.08412022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2023.v28n9/2501-2510/pt>. Acesso em: 07 out. 2023.

JONES, C. P. *Confronting institutionalized racism*. Phylon, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LANDGRAF, J; IMAZU N.E; ROSADO R.M. **Desafios para a Educação Permanente na Saúde Indígena:** adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. Interface (Botucatu). 2020; 24: e190166. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2020.v24/e190166/pt>. Acesso em: 07 nov. 2024.

LOPES, F; QUINTILIANO, R. **Racismo Institucional e o direito humano à saúde.** Democracia Viva Nº 34, Jan/Mar, 2007. Disponível em: https://bradonegro.com/content/arquivo/17062019_113244.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si:** a pedagogia da implicação. 2 DEBATES Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005. <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZyHhFfVKJwkykf8vBm8zTXv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 nov. 2024.

MONTEIRO, R. B. **Orientações e experiências para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito da formação e Educação Permanente em Saúde.** 2010. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/plano-estadual-de-saude/orientacoes_e_experiencias_para_a_implementacao_da_politica_nacional_de_saude_integral_da_populacao_negra_no_ambito_da_formacao_e_educacao_permanente_em_saude.pdf. Acesso em: 07 nov. 2024.

MONTEIRO, R. B. **Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.524-534, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/524-534/pt>. Acesso em: 07 nov. 2024.

NOGUEIRA, M. C; GUERRA, M. R; CINTRA, J. R. D; CORRÊA, C. S. L; FAYER, V.A; BUSTAMENTA-TEIXEIRA, M. T. **Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama:** uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. Cad. Saúde Pública 2018; 34(9): e00211717.

PERES, C; SILVA, R. F; BARBA, P. C. de S. D. **Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 783-801,

set./dez. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/FgQKkKbJBwSK7SWC5hLHyGJ/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 08 nov. 2024.

RODRIGUES, L. C. **Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais**. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 07-15, jan./jun. 2008. Disponível em:
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodrigues.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

RODRIGUES, L. C. **Método experiencial e avaliação em profundidade**: novas perspectivas em políticas públicas. Revista Desenvolvimento em Debate, 4(1), 2016, 103-155. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31893/18057>. Acesso em: 08 mar. 2023.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**. Salvador, 2006.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. Salvador, 2010.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2011**. Salvador, 2010.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2011**. Salvador, 2011.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2012**. Salvador, 2011.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2012**. Salvador, 2012.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2013**. Salvador, 2012.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2013**. Salvador, 2013.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Salvador, 2014.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2014**. Salvador, 2013.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2014**. Salvador, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Reparação. **Plano Municipal do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) 2014-2016**. Salvador, 2014b.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2015**. Salvador, 2014.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2015**. Salvador, 2015.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021** / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 21.11.2018, 231 p.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Programação Anual de Saúde: 2018**. Salvador, 2017.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Relatório Anual de Gestão: 2018**. Salvador, 2018.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Portaria N.º 054/2019. **Diário Oficial do Município N.º 7.287**. Salvador, 2019a.

SALVADOR. Câmara Municipal de Salvador. Lei nº 9.451/2019. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa no âmbito do Município de Salvador e dá outras providências**. 2019b. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2019/946/9451/lei-ordinaria-n-9451-2019-institui-o-estatuto-da-igualdade-racial-e-de-combate-a-intolerancia-religiosa-no-mbito-do-municipio-de-salvador-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 05 nov. 2024.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**. Volume I/Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. 379 p.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books.

TERCEIRA PARTE

RESIDÊNCIA SOCIAL

A Residência Social é uma atividade curricular de aprendizagem prático-reflexiva, que possibilita a imersão do discente em tema específico de estudo e em contextos que sejam diferentes dos habituais de ação, visando promover um tipo especial de aprendizagem situada

e significativa. Para compreender melhor o objeto de estudo desta dissertação, a residência foi realizada na cidade de Recife (Pernambuco), município que também realizou adesão ao PCRI.

As cidades de Recife e Salvador, embora possuam suas especificidades, apresentam semelhanças sociodemográficas: maioria da população negra (65, 8% e 83,2, respectivamente) e enfrentamento de desafios significativos em termos de desigualdade social e infraestrutura urbana (IBGE, 2022).

Instituído através do Decreto Municipal nº 28.393/2014, com o fim de implementar inter e transversalmente na administração pública municipal direta e indireta políticas públicas de combate e prevenção ao racismo institucional, o PCRI em Recife é desenvolvido por um Comitê composto por 10 secretarias, com a coordenação do Comitê realizada pela Gerência de Enfrentamento ao Racismo da Secretaria Executiva de Direitos Humanos/Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (Recife, 2014). Na saúde, as ações de enfrentamento ao racismo estrutural e institucional, através das práticas e políticas de educação na Saúde, integram a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra (Recife, 2022).

Enquanto política pública que tem como objetivo o combate ao racismo nos serviços públicos e a promoção da equidade racial, por meio da oferta de serviços livre de racismo e discriminação, o PCRI em Recife apresenta momentos de fragilidade. Na saúde pública de Recife, o Plano Municipal de Saúde vigente (2022-2025), traz algumas ações destinadas à promoção da equidade racial em saúde, dentre essas cita-se o projeto “Ninar nos Terreiros”. O referido projeto possui um caráter intersetorial, desenvolvido em parceria com diversos setores da Gestão Pública, de forma a garantir a promoção da saúde para a primeira infância e promover o enfrentamento ao racismo institucional e religioso na saúde.

Inicialmente, pretendeu-se estabelecer apenas um comparativo na execução dessas políticas, analisando o caminho percorrido na implementação do programa na saúde em Recife. Porém, a imersão na temática decorrente das leituras e da pesquisa de campo levantou inquietações quanto à participação feminina negra na luta pela elaboração e efetivação de políticas públicas para a promoção da equidade racial. O SUS é feminino: a maioria da força de trabalho na saúde é feminina (Souto, 2021) e a maioria dos utentes do serviço de saúde são mulheres (Brasil, 2019; Souto, 2021).

A leitura e a contemplação da foto de Sony Santos, coordenadora da Política de Saúde da População Negra da Secretaria de Saúde do Recife, na nota de pesar publicada pela Secretaria Estadual de Pernambuco, foi o ápice para a tomada de decisão quanto ao produto da residência social. “Sony era uma grande lutadora do SUS, em especial na área de

Vigilância em Saúde e na saúde da população negra. A saúde pública perde uma grande SUSista e uma grande mulher” (Albuquerque, 2016).

Assim, apresenta-se como resultado da residência social o artigo intitulado “O protagonismo de mulheres negras na luta pela efetivação do direito à saúde: da invisibilidade ao lugar de fala”.

ARTIGO III: O PROTAGONISMO DE MULHERES NEGRAS NA LUTA PELA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: DA INVISIBILIDADE AO LUGAR DE FALA

RESUMO

Este texto elabora uma reflexão sobre o protagonismo das mulheres negras na luta pela efetivação do direito à saúde. Por meio de uma revisão de literatura aborda as condições de saúde da mulher negra que evidencia as barreiras enfrentadas para o acesso ao sistema de saúde, fruto do racismo institucional, e os mecanismos de resistência e reivindicações pela equidade em saúde. As análises foram realizadas em duas categorias: “corpos invisibilizados - condições de saúde da mulher negra”; e “vozes femininas negras - reivindicações pelo direito à saúde”, inspiradas na tese “A construção do outro como não ser como fundamento do ser” de Aparecida Sueli Carneiro e na obra “Lugar de fala” de Djamila Ribeiro. Conclui-se que o Movimento de Mulheres Negras foi determinante na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo diretamente para a formulação de políticas públicas voltadas à saúde, ao combate ao racismo e à promoção da igualdade racial. Esse movimento reforça a urgência da plena implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a necessidade da inserção do recorte étnico-racial na operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reconhecendo que o acesso à saúde ainda ocorre de maneira desigual, influenciado por marcadores de cor/raça, gênero e classe social.

Palavras-chave: Saúde da mulher negra; Racismo; Movimento Negro; Feminismo negro.

Abstract

This text reflects on the leading role of black women in the struggle to realize the right to health. Through a literature review, it addresses the health conditions of black women, which highlights the barriers faced in accessing the health system, as a result of institutional racism, and the mechanisms of resistance and demands for equity in health. The analyses were carried out in two categories: “invisibilized bodies – Black women's health conditions”; and female voices - demands for the right to health”, inspired by the thesis "The construction of the other

as not to be as the foundation of being" by Aparecida Sueli Carneiro and the work "Lugar de fala" by Djamila Ribeiro. In conclusion, the Black Women's Movement was decisive in the fight for sexual and reproductive rights, contributing directly to the formulation of public policies aimed at health, combating racism and promoting racial equality. This movement reinforced the urgency of fully implementing the National Comprehensive Health Policy for the Black Population and the need to include an ethnic-racial approach in the operationalization of the Comprehensive Women's Health Care Policy, recognizing that access to health care is still unequal, influenced by markers of colour/race, gender and social class.

Keywords: Black women's health; Racism; Black movement; Black feminism.

1. INTRODUÇÃO

As dificuldades de efetivação do direito à saúde para a população negra, estruturadas nas discriminações e nos preconceitos relacionados à origem étnico-racial, são componentes que vêm sendo discutidos no combate ao racismo institucional no Brasil. O racismo institucional promove barreiras de acesso aos serviços de saúde, levando a uma assistência de baixa qualidade.

A luta do povo negro pela sua sobrevivência remota ao período da escravização. Em todo o processo histórico de desenvolvimento do país (Domingues, 2007), diversos foram os movimentos por conquistas de direitos sociais e superação das desigualdades que foram submetidas à população negra fruto do racismo que estrutura a sociedade.

Com a criação do Movimento Negro Unificado (MNU), além do combate ao racismo na sociedade, são pautadas reivindicações por direitos sociais, como acesso à educação, emprego e o fim da violência contra mulheres e jovens negros, contribuindo para o avanço de uma consciência democrática, anticolonialista e antirracista no país. A inserção das mulheres negras no MNU, na sua criação e direção, foi de fundamental importância para o fortalecimento da luta contra o racismo (Araújo; Teixeira, 2022; Gonzáles, 2020).

Lélia Gonzáles (2020), ao abordar sobre o feminismo negro, chama a atenção para o fato de como as questões raciais eram excluídas do movimento feminista no país. As discussões sobre a dominação sexual, social e econômica a que estão submetidas as mulheres não evidenciavam a opressão racial. O sexismo e o racismo se estabelecem como ideologias de dominação sobre os corpos femininos negros.

O feminismo negro destaca as experiências vividas pelas mulheres negras, as quais são interseccionadas pelo racismo, machismo, sexismo e por diversas formas de opressão, e reconhece a importância de serem protagonistas na narrativa de suas próprias vidas. Por meio

de suas vozes, buscam dar visibilidade as suas lutas reivindicando igualdade de gênero e raça, com valorização da identidade e da ancestralidade negra. Para Gonzáles (2020), o lugar em que a mulher negra se situa no seu discurso determina a interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo.

O racismo estrutural, entendido como um conjunto de práticas, discursos e normas que perpetuam a desigualdade racial, negando e inferiorizando o ser negro, manifesta-se na invisibilidade das demandas específicas dessa população no sistema de saúde, conferindo maior vulnerabilidade ao adoecimento e à mortalidade. A luta das mulheres negras por melhores condições de saúde expõe a violação dos direitos sexuais e reprodutivos, altos índices de mortalidade materna, violência doméstica, menos acesso a exames preventivos e diagnósticos tardios, além de afirmar a presença do racismo na atenção à saúde como uma prática institucional (Goes, 2010; Brito, 2016). Segundo Araújo e Teixeira (2022), as demandas específicas relacionadas à saúde da população negra só começaram a ganhar maior destaque com o fortalecimento do feminismo negro.

As reflexões sobre o protagonismo das mulheres negras na luta pela efetivação do direito à saúde foram impulsionadas pela experiência da residência social do Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social da UFBA, que objetiva a vivência do objeto de estudo em uma realidade diferente da diariamente observada. Os estudos para construção da dissertação, que teve como objeto o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no âmbito da saúde pública de Salvador, reforçaram a importância dos movimentos sociais na formulação de políticas públicas, principalmente das políticas de equidade racial em saúde com destaque para o movimento feminino negro.

Assim, esse texto busca fazer uma breve reflexão sobre o protagonismo das mulheres negras na luta pela efetivação do direito à saúde. Por meio de uma revisão de literatura aborda as condições de saúde da mulher negra, que evidenciam as barreiras enfrentadas para o acesso ao sistema de saúde, fruto do racismo institucional, e os mecanismos de resistência e reivindicações pela equidade em saúde.

Considerando que a discussão central deste texto gira em torno da saúde da mulher negra como um fenômeno complexo, as análises foram realizadas em duas categorias, as quais são: “corpos invisibilizados - condições de saúde da mulher negra”; e “vozes femininas negras - reivindicações pelo direito à saúde”, inspiradas na tese “A construção do outro como não ser como fundamento do ser” de Aparecida Sueli Carneiro (2005) e na obra “Lugar de fala” de Djamila Ribeiro (2017), respectivamente.

Ao final do estudo, apresenta-se uma pequena biografia de algumas mulheres negras representantes da luta feminina negra, do cenário nacional e local, que contribuíram, contribuem e inspiram outras mulheres na luta pelo combate ao racismo, ao sexismo e pela efetivação do direito à saúde da população negra.

2. CORPOS INVISIBILIZADOS: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NEGRA

A invisibilidade social dos corpos negros é resultante de um processo compulsório de colonização, escravização e inferiorização sofrido pela população negra, de modo geral, e pelas mulheres negras, de modo específico. O racismo afasta a população negra da condição de humanidade, reduzindo-a a uma condição de "não-ser", alguém cuja existência é desvalorizada, invisibilizada e usada como contraponto para afirmar a superioridade do ser hegemônico, conforme afirma Sueli Carneiro (2005, p. 28): “ao fazer do ôntico o ontológico do Outro, o Eu hegemônico rebaixa o estatuto do ser desse Outro”.

Segundo Carneiro (2005), o racismo se sustenta ao fazer parecer natural a visão que tem sobre o "Outro". Para isso, é essencial que esse "Outro" dominado ou derrotado mostre, na prática, as características que essa visão racista impõe a ele. É necessário que o que se diz e o que se vê, a aparência e a essência, estejam alinhadas para que essa ideia pareça normal e legítima. Assim, enquanto mecanismo de poder, o dispositivo de racialidade/biopoder proposto pela autora, que tem a cor da pele como novo estatuto, juntamente com o dispositivo de sexualidade, operam juntos na definição do Eu hegemônico, dotado de racionalidade e brancura que inscreve o Outro no signo da morte.

Segundo Soares (2004), há muitos modos de ser invisível socialmente, com a invisibilidade decorrendo principalmente do preconceito ou da indiferença. O preconceito provoca invisibilidade enquanto projeta sobre a pessoa um estigma que a anula e a indiferença faz com que o outro se torne um ser socialmente invisível. A falta de políticas públicas eficazes contribui para a perpetuação dessa condição (Dolgan, 2022).

Nesse sentido, pode-se compreender a realidade da invisibilidade feminina negra e o processo sistemático de desvalorização de sua existência decorrente de um sistema patriarcal, pautado no racismo, na branquitude e no sexismo, que organiza e hierarquiza as relações de gênero e raça. O corpo mais exposto à dominação e à subalternização é o corpo feminino negro.

Werneck (2010), ao escrever sobre os movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo, trouxe a reflexão sobre o papel social da mulher negra, afirmando que:

As mulheres negras não existem. Ou, falando de outra forma: as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos (Werneck, 2010 p. 4).

A “não existência” da mulher negra, do corpo feminino negro, permite uma análise com a noção de “corpos abjetos” de Butler (2002, 2018). Ao propor a noção de "corpos abjetos", a autora refere-se a corpos que são excluídos, marginalizados ou considerados como "não pertencentes" em determinados contextos sociais, políticos e culturais. Esses corpos são abjetos porque fogem às normas estabelecidas que determinam quais vidas são reconhecidas como legítimas, humanas ou dignas. A ideia de corpos abjetos revela como as normas sociais e culturais perpetuam desigualdades ao excluir certas pessoas da esfera do humano reconhecido. Isso impacta desde o acesso a direitos básicos até a forma como a violência contra esses corpos é naturalizada ou invisibilizada.

Segundo Goes (2010), a desigualdade na saúde da mulher negra é resultado das disparidades enraizadas nas relações sociais e políticas, marcadas por discriminações de origem racial e de gênero. Essas condições comprometem os direitos, limitam a implementação de políticas públicas efetivas e dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade, equitativos e que valorizem a diversidade racial.

Os dados epidemiológicos revelam que as mulheres negras têm as mais altas taxas de mortalidade decorrente de condições preveníveis como: hipertensão, câncer, diabetes, miomas uterinos, entre outras. Um dos assuntos de maior destaque, quando se trata da saúde de mulheres negras, é a saúde reprodutiva. Além dos agravos em saúde mais recorrentes em pessoas negras, as mulheres pretas e pardas, em relação às mulheres brancas, têm menos assistência no pré-natal, com maior mortalidade decorrente de complicações no parto, no puerpério e em situações de abortamento (Brito, 2016).

No artigo intitulado “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil”, Fernanda Lopes (2005) apresenta as experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer de negros, brancos e indígenas. Por meio de dados relacionados à saúde da mulher evidencia a diferença existente na atenção prestada à mulher negra e à mulher não negra, cujo cenário se mantém até os dias atuais,

sendo para as mulheres negras: menor quantidade e menor qualidade nas consultas de assistência ginecológica e de pré-natal (Brito, 2016; Lima, *et al.*, 2021); maior diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação (Leal *et al.*, 2005; Lima, *et al.*, 2021); peregrinação para atenção ao parto (Leal *et al.*, 2005; Lima, *et al.*, 2021) e menor uso de analgesia (Leal *et al.*, 2005; Lima, *et al.*, 2021).

Os estereótipos de “mulher negra forte” e “mais resistente a dor” promovem a banalização do sofrimento de mulheres negras, contribuindo para o alto índice de mortalidade materna e a violência obstétrica sofrida por essas mulheres devido à negligência e a uma baixa qualidade na assistência recebida (Lima, *et al.*, 2021). Conforme Carneiro (2005), a eliminação do Outro, embasada no conceito de biopolítica, acrescenta-se aqui a necropolítica, tem diferenciações de acordo com o gênero. Para o homem negro, a morte violenta. Para as mulheres negras, a morte por meio de causas preveníveis, como a morte materna.

Em relação às neoplasias malignas, alguns estudos apontam para uma maior ocorrência e gravidade do câncer de mama em mulheres negras de maneira geral. Segundo Nogueira *et al.* (2018), as mulheres negras são diagnosticadas mais tardiamente, apresentando quadros mais avançados, o que lhes confere menor sobrevivência em comparação com as mulheres brancas. O diagnóstico tardio reflete menor acesso e/ou menor rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia, embora também possa ser, em parte, atribuído a um comportamento mais agressivo do tumor em mulheres negras.

O mioma uterino é um agravo em saúde prevalente nas mulheres negras, com ocorrência de duas a nove vezes maior, sintomas mais graves e maiores taxas de histerectomia em comparação com as mulheres brancas (Boclin e Faerstein, 2013). Para Tempesta *et al.* (2023), os altos índices de histerectomia no país indicam a importância de pesquisas que considerem os impactos do modelo hegemônico de assistência à luz do referencial da justiça reprodutiva e raça, considerando que o referido procedimento se configura também numa técnica de esterilização que proporciona um processo de controle populacional.

A referida autora traz como exemplo o caso ocorrido em 2020, quando mulheres imigrantes detidas no Centro Correccional de Irwin, em Oscila, Geórgia, nos Estados Unidos, foram submetidas à esterilização compulsória via histerectomia.

Segundo Lopes (2005), o preconceito, os estereótipos raciais e o desconhecimento das questões relacionadas à raça e etnia contribuem para a formulação de estratégias bastante eficazes, ainda que implícitas, de discriminação racial, as quais podem ser manifestadas em níveis individuais, coletivos ou institucionais. No âmbito da saúde, atitudes baseadas no

racismo geram, de forma recorrente, barreiras que impedem a oferta de um serviço profissional, adequado e equitativo.

3. VOZES FEMININAS NEGRAS - REIVINDICAÇÕES PELO DIREITO À SAÚDE

“E eu não sou uma mulher?” O famoso discurso feito de improviso por Sojourner Truth demonstra que as mulheres negras vêm historicamente produzindo insurgências, rompendo com o silêncio, mesmo com todos os limites impostos e lutando contra a violência do aniquilamento racista, sexista e eurocêntrico.

Para Djamila Ribeiro (2017, p. 36), “o falar não se restringe ao ato de emitir palavras, mas de poder existir”. No livro “Lugar de Fala”, a referida autora mostra a importância das mulheres negras na condição de sujeitos e seres ativos que, historicamente, vêm fazendo resistência e reexistências nos diversos setores da sociedade.

Carneiro (2005), ao abordar sobre resistência na sua obra, afirma que o manter-se vivo é o primeiro ato de resistência para a racialidade dominada, num percurso em que se faz necessário, após manter-se vivo, o desenvolvimento de estratégias para manutenção da saúde física e mental e uma compreensão crítica dos processos de exclusão racial para o rompimento com os discursos e práticas de dominação racistas.

Werneck (2010), ao realizar um resgate histórico de resistência negra no Brasil, destaca exemplos de formas políticas e organizacionais cuja origem remonta ao período anterior à invasão escravista e colonial, reafirmando a política como um atributo feminino. Entre esses exemplos estão as sociedades secretas, como as Geledé e Eleekó que desempenhavam funções relacionadas ao manejo do sagrado e as articulações entre mulheres em torno de seus poderes mágicos e transcendentais, e as Irmandades femininas negras. As Irmandades representam articulações políticas baseadas no sagrado e na convergência entre matrizes culturais e religiosas africanas e ocidentais, desempenhando papel fundamental no estabelecimento de condições materiais de subsistência para mulheres de diferentes etnias africanas e afro-brasileiras. Algumas dessas organizações mantêm suas atividades até os dias atuais.

A autora ainda destaca a importância da figura de Ialodê para a história dos movimentos de mulheres negras. Título conferido à liderança feminina nas cidades iorubás pré-coloniais, preservado no Brasil, dentro das comunidades tradicionais religiosas. Atualmente, Ialodê é termo utilizado pelo movimento social de mulheres negras brasileiro, identificando organizações, atributos de liderança e representação.

Esse pequeno resgate histórico demonstra que a ação política das mulheres negras nas diferentes regiões não foi novidade inaugurada pela invasão europeia. Destacar sociedades africanas matriarcais desconstrói a noção de que a organização política de mulheres negras teve início com o sistema escravista. Ao contrário, a história das mulheres negras não começa com a escravidão, assim como suas diferentes formas de organização política (Werneck, 2010).

Apesar do crescimento da mobilização da população negra, o que culminou com a criação do Movimento Negro Unificado (MNU), na década de 1970, as pautas específicas das mulheres negras não tiveram muita visibilidade. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas que implicam em restrições específicas dos direitos para as mulheres negras. A interseccionalidade permite compreender que as opressões de raça, de gênero e de classe não anulam umas às outras, mas interagem entre si nas relações complexas de poder subordinando mulheres negras (Damasco *et al.*, 2012; Jesus, 2017).

No Brasil, por volta da década de 1970, o movimento feminista negro começou a se estruturar, assumindo suas frentes de luta, reafirmando seu protagonismo e trazendo maior visibilidade às questões específicas da saúde das mulheres negras, com destaque para a saúde sexual e reprodutiva. Segundo Damasco (2012), o movimento de mulheres negras aparece na cena pública denunciando as práticas racistas evidenciadas na mortalidade materna, na saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras, nas políticas de controle natalista, na não implantação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher e reivindicando a criação de uma lei específica com o objetivo da regularização da esterilização no país, o combate à violência doméstica e às práticas racistas no mercado de trabalho.

A criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI da esterilização), instaurada no Brasil em 1992, é resultado das reivindicações do movimento negro feminino frente à esterilização involuntária realizada nas mulheres negras, na década de 1980. A CPI da esterilização constatou a violação do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras na prestação inadequada dos serviços oferecidos de métodos contraceptivos, bem como na adoção de medidas contraceptivas irreversíveis. O relatório da CPI ainda evidenciou que o maior percentual de mulheres esterilizadas estava nas regiões mais pobres; que essas não eram orientadas sobre o procedimento; e, que a maioria dessas mulheres era negras, demonstrando que as políticas de controle de natalidade não são oferecidas como meio de garantir autonomia às mulheres negras, e sim como políticas de dominação de seus corpos (Ribeiro, 2017; Brito, 2017; Jesus, 2017).

Esse cenário revela a necessidade de entender a saúde da mulher negra para além do binômio saúde/doença, aproximando do conceito de bem-estar geral, físico, mental e psicossocial, definido pela Organização Mundial de Saúde, uma vez que o corpo da mulher negra é um corpo atravessado por uma complexidade de opressões (Jesus, 2017).

As mobilizações negras em defesa de mais e melhor acesso ao sistema de saúde tiveram forte impacto nos movimentos populares de saúde, sendo parte ativa dos processos que culminaram na Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora tenham contribuído para a formulação de um sistema universal, integral, equitativo e com participação social, essas ações não foram suficientes para incorporar ao SUS mecanismos explícitos capazes de superar as barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, especialmente naquelas impostas pelo racismo (Werneck, 2016).

Diversas ações foram empreendidas pelo Movimento Negro Feminino para combater o racismo e a efetivação do direito à saúde, como: a criação das ONGs Geledés - Instituto da Mulher Negra, Fala Preta - Organização de Mulheres Negras e Criola; a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal em 2001, do Programa Nacional de Anemia Falciforme em 1995 e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2006 (Werneck, 2016; Jesus, 2017).

A primeira Marcha Nacional das Mulheres Negras contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver, realizada em novembro de 2015, representa um marco na organização das mulheres negras na luta contra o racismo, contra a desigualdade social e de gênero no país. Reuniu cerca de 50 mil mulheres de todo o país, anunciando novos valores à existência, à dinâmica da vida e da ação política, traduzidas, naquele momento, na concepção do Bem Viver. Seu primeiro manifesto aponta a transformação que as mulheres negras estão dispostas a construir, marcando a mobilização como a deflagração de um novo tempo (Oliveira, 2019).

Nós, mulheres negras do Brasil, irmanadas com as mulheres do mundo afetadas pelo racismo, sexismo, lesbofobia, transfobia e outras formas de discriminação, estamos em marcha. Inspiradas em nossa ancestralidade, somos portadoras de um legado que afirma um novo pacto civilizatório. [...] Temos plena consciência de que não somos mais o que éramos. Denunciamos a falácia do mito da democracia racial; aperfeiçoamos o atendimento à saúde pública; interferimos nas políticas dos direitos sexuais e reprodutivos; denunciamos os processos nefastos de esterilização das mulheres negras; [...] Somos meninas, adolescentes, jovens, adultas, idosas, heterossexuais, lésbicas, transexuais, transgêneros, quilombolas, rurais, mulheres negras das florestas e das águas, moradoras das favelas, dos bairros periféricos, das palafitas, sem teto, em situação de rua. Somos trabalhadoras domésticas, prostitutas/profissionais do sexo, artistas, profissionais liberais, trabalhadoras rurais, extrativistas do campo e da floresta, marisqueiras,

pescadoras, ribeirinhas, empreendedoras, culinárias, intelectuais, artesãs, catadoras de materiais recicláveis, yalorixás, pastoras, agentes de pastorais, estudantes, comunicadoras, ativistas, parlamentares, professoras, gestoras e muitas mais. Ao criticar o racismo institucional do Estado e as desigualdades que ele produz, demandamos políticas, serviços e equipamentos públicos que acabam beneficiando a população como um todo. [...] A nossa trajetória nos autoriza a propor outros modos de vida regidos por um pacto civilizatório, onde a pluralidade do humano, o ecossistema dos saberes e fazeres dialoguem com as várias dimensões da nossa existência (CARTA, 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história tem nos mostrado que a invisibilidade mata. Importante compreender que, ao reivindicarem o direito à voz, as pessoas negras, as mulheres negras estão essencialmente lutando pelo direito à vida. A interseção entre racismo e patriarcado consolida hierarquias e subordinações que perpetuam um olhar excludente, que restringe o acesso de mulheres negras às políticas públicas. Apesar de um cenário adverso, as mulheres negras têm desempenhado um papel central na defesa da saúde e dos direitos humanos, desafiando o lugar historicamente imposto de submissão e invisibilidade, que nega sua existência enquanto sujeitos plenos.

O Movimento de Mulheres Negras foi determinante na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo diretamente para a formulação de políticas públicas voltadas à saúde, ao combate ao racismo e à promoção da igualdade racial. Esse movimento reforça a urgência da plena implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a necessidade da inserção do recorte étnico-racial na operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reconhecendo que o acesso à saúde ainda ocorre de maneira desigual influenciado por marcadores de cor/raça, gênero e classe social.

A luta das mulheres negras pela efetivação do direito à saúde reflete uma batalha mais ampla por justiça social e igualdade racial no Brasil. Enfrentar o racismo institucional no sistema de saúde requer a criação, o fortalecimento de políticas públicas e as mudanças estruturais que promovam o respeito à diversidade e à dignidade humana. O movimento das mulheres negras não apenas reivindica direitos por igualdade racial e de gênero, mas proporciona a construção de um caminho para um futuro mais justo e equitativo para toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. V. R. de; TEIXEIRA, Carmen F. de S. **Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.31, n.4, e220246pt, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022220246

BOCLIN, Karine; FAERSTEIN, E. **Prevalência de diagnóstico médico autor relatado de miomas uterinos em população brasileira**: padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 16, n. 2, 2013, pp. 301-313.

BRITO, Maíra. D. **As mulheres do fim do mundo**: um breve panorama da saúde da mulher negra no Brasil in ANAIS da I Jornada de Estudos Negros da Universidade de Brasília, 03 e 04 de novembro de 2016 - Instituto de Ciências Sociais da UnB. Disponível em: <https://calundu.org/wp-content/uploads/2017/02/anais-da-i-jornada-de-estudos-negros-da-unb.pdf#page=42>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BUTLER, Judith. Em entrevista a PRINS, B.; MEIJER, I, C. **Como os corpos se tornam matéria**: entrevista com Judith Butler. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167, jan. 2002.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero** [recurso eletrônico]: feminismo e subversão da identidade / Judith P. Butler; tradução Renato Aguiar. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. Recurso digital.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2005.

CARTA das Mulheres Negras 2015. **Marcha das Mulheres Negras 2015 contra o Racismo e a Violência e pelo Bem Viver como nova Utopia**. Geledés Instituto da Mulher Negra. 18 nov. 2015. Acesso em: 10 dez. 2024.

DAMASCO, Mariana. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, Simone. **Feminismo negro**: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Revista Estudos Feministas, Santa Catarina, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012. DOI: 10.1590/S0104-026X2012000100008

DOLGAN, A. **Ensaio: Invisibilidade Social**. Elos UEPG. Disponível em: <https://elos.sites.uepg.br/destaques/ensaio-invisibilidade-social>. Acesso em: 12 dez. 2024.

DOMINGUES, P. **Movimento negro brasileiro**: alguns apontamentos históricos. Tempo, Niterói, v. 12, n. 23, p. 100-122, 2007. DOI: 10.1590/S1413-77042007000200007.

GOES, Emanuelle F; NASCIMENTO, Enilda R. **Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. Disponível em: https://www.fg2010.wwwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAODORACISMOESEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf. Acesso em 10 dez. 2024.

GONZALES, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar. Disponível em: <https://>

//mulherespaz.org.br/site/wp-content/uploads/2021/06/feminismo-afro-latino-americano.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024

JESUS, Patrícia C. **Pode a mulher negra falar?** as pautas de saúde da mulher negra .2017. Disponível em:<https://epsjv.phlnet.com.br/beb/textocompleto/mfn20921.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2024.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana, G.N; CUNHA, Cynthia, B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto**. Município do Rio de Janeiro - Brasil, 1999-2001. Rev. Saúde Pública 2005; 39(1): 100-7. DOI: [10.1590/S0034-89102005000100013](https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013).

LIMA, Kelly D; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza M. **Disparidades raciais**: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, 26(Supl. 3): 4909-4918, 2021. DOI: [10.1590/1413-812320212611.3.24242019](https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019).

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. in BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. 446 p.: il.

NOGUEIRA, M. C; GUERRA, M. R, CINTRA, Jane R. D; CÔRREA, Camila S. L; FAYER, Vivian A; TEIXEIRA, Maria Teresa B. **Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama**: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(9): e00211717. DOI: [10.1590/0102-311X00211717](https://doi.org/10.1590/0102-311X00211717)

OLIVEIRA, Juliane C. **Marcha das mulheres negras**: o Bem Viver para construção de alternativas e superação do racismo.

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** Djamila Ribeiro. Belo Horizonte (MG): Letramento: Justificando, 2017. 112 p.; 15,9 cm. (Feminismos Plurais).

SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. **Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 89-114.

TEMPESTA, Giovana A; CAVALCANTI, Clarissa, L. C; FRANÇA, Ruhana L. **Ventres livres?** Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva INTERSEÇÕES [Rio de Janeiro] v. 24 n.3, p.472-498, fev. 2023. DOI: [10.12957/irei.2023.73136472](https://doi.org/10.12957/irei.2023.73136472).

WERNECK, Jurema. **Nossos passos vêm de longe!** Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), [S. l.], v. 1, n. 1, p. 07–17, 2010. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/303/281>. Acesso em: 10 dez. 2025.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Fap UNIFESP. DOI: [10.1590/S0104-129020162610](https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610)

APÊNDICE

MULHERES NEGRAS PARA SEREM (RE)CONHECIDAS: “Nossas trajetórias nos movem, nossa ancestralidade nos guia”

APARECIDA SUELI CARNEIRO

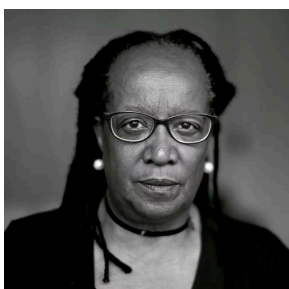


Foto: Itaú ultra

Escritora, filósofa e doutora pela USP. Conhecida por sua luta antirracista, feminista, tendo mais de 150 artigos publicados em jornais, revistas e em 17 livros com relação aos temas. Ativista antirracismo do movimento social negro brasileiro, fundadora da editora Geledés – Instituto da mulher negra em 1988. É apontada como porta voz de uma geração. É uma das criadoras do Coletivo de Mulheres Negras. Sueli Carneiro traz para centralidade de sua produção o protagonismo das mulheres negras e suas respectivas lutas emancipatórias.

Referências:

<https://www.sbmfc.org.br/aparecida-sueli-carneiro-jacoel/>
<https://www.ancestralidades.org.br/biografias-e-trajetorias?entry=132>

DENIZE DE ALMEIDA RIBEIRO



Foto: Unilab

Bacharel em nutrição, mestre e doutora em Saúde Coletiva (UFBA), pós-doutora em Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher (NEIM/UFBA). Pró-reitora de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis da UFRB. Coordenadora do NEGRAS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde da UFRB. Integrante da RENAFRO (Rede Nacional de Religião Afro-Brasileiras e Saúde) e do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Fundadora da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS) da Secretaria de Saúde de Salvador. Atua nos seguintes temas: Saúde da População Negra, Saúde Coletiva, Políticas de Combate ao Racismo, Promoção da Equidade Racial e de Gênero, Feminismo Negro, Segurança Alimentar e Nutricional e Saúde no Candomblé.

Referências:

<https://unilab.edu.br/2016/04/25/grupo-de-pesquisa-do-campus-dos-males-realiza-palestra-nesta-quarta-feira-27/>
<https://observatoriocaleidoscopio.unicamp.br/profissional/denize-de-almeida-ribeiro/>

EDNA MARIA SANTOS ROLAND



Foto: Sindipsi

Psicóloga, gestora pública e uma das fundadoras do Geledés – Instituto da Mulher Negra e da Organização Fala Preta. Responsável pela concepção dos Cadernos Geledés, particularmente das edições que abordam o tema da saúde. Figura como uma das principais referências do feminismo negro brasileiro, com contribuições para a organização da sociedade civil e governamental no âmbito do Estado. Na esfera internacional, na condição de relatora de Durban, inscreve o Brasil em um dos capítulos mais importantes da história dos direitos humanos no mundo.

Referência:

<https://www.ancestralidades.org.br/pesquisa?q=%22edna%20roland%22>

FÁTIMA OLIVEIRA (*In memoriam*)



Foto: Abrasco

Médica, defensora dos direitos sexuais e reprodutivos, participou da elaboração do Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde. Fundadora da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos. Deixa um legado indescritível, entre eles a atuação na luta dos direitos reprodutivos e saúde da Mulher Negra. Contribuiu com o estudo da Saúde da População Negra, Bioética, Programa Nacional de Anemia Falciforme. Foi membro do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e do Conselho Consultivo da Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC). Foi uma grande ativista das questões étnico-raciais e feministas.

Referências:

<https://abrasco.org.br/fatima-oliveira-obituario/>

<https://www.geledes.org.br/medica-fatima-oliveira-deixou-legado-de-uma-saude-publica-antirracista/>

FERNANDA LOPES



Foto: Baoba

Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública, com atuação na área de epidemiologia. Fernanda é especialista em Saúde e Direitos Humanos, Desenvolvimento e Equidade Racial e de Gênero. Coordenou o componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional. Organizadora de livros especializados, autora de artigos científicos. Foi também pesquisadora do Núcleo de Estudos para Prevenção de Aids da Universidade de São Paulo; conselheira nacional de saúde; membro da equipe População e Sociedade do Centro Brasileiro de Planejamento, CEBRAP e do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde.

Referências:

<https://www.wribrasil.org.br/equipe/fernanda-lobes>

<https://climaesociedade.org/conselho/fernanda-lobes/>

JUREMA WERNECK



Foto: O Globo

Médica, mestre em Engenharia de Produção e doutora em Comunicação e Cultura. É uma das principais lideranças do movimento de mulheres negras no Brasil. Sua atuação política e intelectual acontece especialmente na área de saúde e direitos humanos. Fundadora da ONG Criola. Representou a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) na vaga destinada ao movimento negro no Conselho Nacional de Saúde de 2007 a 2012 e foi coordenadora geral da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011. É autora de várias obras sobre a saúde da população negra, da mulher negra em especial, como o livro intitulado *Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe*. Atualmente, está diretora-executiva da Anistia Internacional Brasil.

Referências:

<https://www.ancestralidades.org.br>

<https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/campanha-mulheres-negras-na-ciencia>



Foto: Fundação
Palmares

LÉLIA GONZÁLES (*In memoriam*)

Filósofa, professora, tradutora, ensaísta e ativista do movimento negro e feminista brasileiro. É reconhecida por sua abordagem interseccional e anticolonial, que envolve dimensões de classes, raça e gênero. Fundou a organização Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras, em 1983. Integra o primeiro conselho da condição feminina do Brasil. Três ensaios seminais que são da sua autoria: *Racismo e sexismo na cultura brasileira* (1983), *Por um feminismo afro-latino-americano* (1988) e *A categoria político-cultural da amefricanidade* (1988). É co-organizadora e coautora de três livros: *Lugar de Negro* (1982), *O Lugar da Mulher* e *Festas Populares no Brasil* (1987).

Referências:

<https://www.ancestralidades.org.br>

<https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/campanha-mulheres-negras-na-ciencia>

LILIANE DE JESUS BITTENCOURT

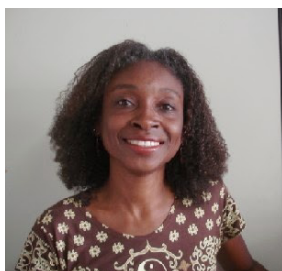


Foto: Lattes

Bacharela em Nutrição pela UFBA, mestra em Saúde Materno-Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, trabalhando com saúde da população negra, transtornos alimentares, atenção básica à saúde, políticas de saúde, segurança alimentar e nutricional, entre outros. É vice-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS), professora associada da UFBA e colaboradora do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho - PPGSAT/UFBA. Integrou a equipe da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS) da Secretaria de Saúde de Salvador.

Referência:

<http://lattes.cnpq.br/5817332561538737>

<https://www.escavador.com/sobre/5302207/liliane-de-jesus-bittencourt>

LUIZA HELENA BAIROS (*In memoriam*)



Foto: UFBA

Mestra em Ciência Política. Doutora em Sociologia. Uma das maiores ativistas do Movimento Negro brasileiro e ex-ministra da Secretaria de Políticas Públicas da Igualdade Racial. Liderança do movimento negro unificado, do movimento de mulheres negras e latino-americanas, publica relevantes artigos, com destaque para reflexão crítica sobre o livro *Orfeu e poder* (1994) e “Lembrando Lélia Gonzalez” (1935-1994).

Referências:

<https://www.ancestralidades.org.br>

<https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/campanha-mulheres-negras-na-ciencia>

MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA



Foto: Nós mulheres da Periferia

Pesquisadora, mestre em Serviço Social e doutora em Saúde Pública. Pioneira nos estudos sobre a saúde da população negra no Brasil. Sua tese de doutorado, defendida em 1998, é o primeiro estudo no país a relacionar raça e saúde. Foi subsecretária de políticas de ações afirmativas da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Integrou a equipe do Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) Brasil, atualmente ONU Mulheres, e foi assessora regional para a diversidade cultural e saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em Washington, Estados Unidos. Seu trabalho, ativismo e engajamento se tornam referências para futuros estudos e criação de políticas públicas para a população negra.

Referências:

<https://www.ancestralidades.org.br>

<https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/campanha-mulheres-negras-na-ciencia>

SONY SANTOS (*In memoriam*)



Foto: SES Pernambuco

Assistente social e mestra em Saúde Pública, com atuação na Vigilância à Saúde e saúde da população negra. Uma das mais importantes ativistas negras de Pernambuco, foi coordenadora da Política de Saúde da População Negra da secretaria de Saúde do Recife, era reconhecida por sua luta em prol dos direitos das mulheres negras no Brasil. Teve a sua trajetória marcada por luta, resistência, força e ancestralidade.

Referências:

<https://www.cpqam.fiocruz.br/institucional/noticias/campanha-mulheres-negras-na-ciencia>

<https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/ses-lamenta-falecimento-de-sony-santos>

QUARTA PARTE: TECNOLOGIA DE GESTÃO SOCIAL (TGS)

1. TGS: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA UMA SAÚDE SEM RACISMO

“Se não enfrentarmos o racismo institucionalizado, abandonaremos todas as nossas esperanças de sucesso na nossa luta pela justiça social e pela equidade na saúde”.

Jones, 2002, p. 20 (tradução própria)

Um dos desafios que se coloca às políticas de promoção da igualdade racial é a questão da participação social, essencial para garantir que as demandas da população negra sejam efetivamente incorporadas na formulação e na execução das ações governamentais. Direito assegurado pela Constituição Federal, a participação social se manifesta por meio de conselhos, conferências, fóruns e outros espaços de diálogo entre o Estado e a sociedade civil.

A gestão social é uma importante ferramenta para a defesa e o fortalecimento do SUS, uma vez que enfatiza processos horizontais, dialógicos e deliberativos, promovendo maior envolvimento da sociedade civil nas decisões públicas, proporcionando que as políticas sejam formuladas e implementadas com base em diagnósticos participativos e na construção coletiva de soluções.

A Tecnologia de Gestão Social (TGS) proposta por esta pesquisa tem o propósito de fomentar a discussão étnico/racial na saúde para instrumentalização do controle social do SUS no monitoramento e na avaliação das políticas de equidade em saúde. Assim, a TGS aqui apresentada encontra-se no formato de um projeto de imersão educativa para formação do Controle Social no SUS na perspectiva do combate ao racismo na saúde e promoção da saúde da população negra.

Acredita-se que o referido projeto auxiliará na formação de atores sociais por meio de processos de aprendizagens significativos, numa perspectiva antirracista, e que fomentem o exercício da gestão social nas políticas públicas de saúde voltadas a equidade racial, o que proporcionará a oferta e a manutenção de serviços, programas e projetos adequados à saúde da população negra.

FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS NA PERSPECTIVA DO COMBATE AO RACISMO NA SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegura a atuação conjunta de diversos atores no SUS, perceptível no artigo 198, III, quando apresenta como diretriz de organização a participação da comunidade. A participação social, presente desde a formulação do SUS, tem o objetivo de garantir os princípios de universalidade, equidade, integralidade e também a manutenção e o aperfeiçoamento das políticas de saúde, por meio da supervisão, controle e avaliação. Através da valorização da participação popular no processo decisório na gestão pública, amplia-se a capacidade de resistência e mobilização da sociedade, sendo relevante na busca em prol da equidade e da justiça social (BRASIL, 2013).

A participação da comunidade no SUS ocorre por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, instâncias colegiadas, regulamentadas pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

O controle social se dá por meio dos Conselhos de Saúde, em suas diversas modalidades, como o Conselho Nacional, Conselhos Estaduais, Municipais, Locais e das Comunidades Indígenas. Como também, por meio das Conferências de Saúde (nacionais, estaduais e municipais), dentre outras modalidades (BRASIL, 2013).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado pela Lei nº 378/1937 e regulamentado pelo Decreto N.º 34.347/1954, é uma instância máxima de controle social na saúde, colegiada, deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde - MS. Sua composição é fruto de longa negociação do movimento social e é fixada numa composição paritária de 50% das vagas para representantes dos usuários, e os outros 50% para os demais segmentos envolvidos – trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde (BRASIL, 2018).

1.1 OBJETIVO GERAL

Fornecer elementos para o letramento racial de atores do controle social, para que, por meio da gestão social, fortaleça as ações de monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas à equidade racial em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 PÚBLICO-ALVO

Conselheiros de saúde, integrantes de movimentos sociais, educadores e educadoras populares em saúde, lideranças comunitárias e trabalhadores da saúde.

1.3 METODOLOGIA

O curso está estruturado para ocorrer em três módulos que permitirão discutir temáticas estratégicas para fomentar o letramento racial e o fortalecimento da atuação do controle social no SUS. Cada módulo possui carga horária de 16h, totalizando 48h de atividades formativas, sendo subdividido em duas unidades, as quais proporcionam um encadeamento de conteúdos que favorecem a discussão e a apreensão das temáticas.

Os módulos são os seguintes:

- Módulo I: Racismo e Saúde da População Negra
- Módulo II: Políticas em prol da equidade racial em saúde
- Módulo III: Controle Social no SUS

As atividades devem ser realizadas preferencialmente na modalidade presencial, com uso de metodologias ativas, porém as mesmas poderão ser ajustadas para a modalidade virtual síncrona. Quanto à avaliação, será processual e ao final de cada módulo.

1.4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que atores sociais do SUS atuem de forma mais ativa e fundamentada, por meio de uma gestão social pautada no letramento racial, focando na política de saúde integral da população negra e no combate ao racismo institucional. Espera-se ainda que favoreça a proposição e a garantia das deliberações que promovam a equidade racial e a saúde integral da população negra, sendo essas efetivamente aplicadas e monitoradas.

1.5 PLANO DE ATIVIDADE EDUCACIONAL

| Ação educacional proposta: Formação para o controle social do SUS na perspectiva do combate ao racismo e na promoção da saúde da população negra. | | | | | | |
|---|--|---|--------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Objetivo da atividade educacional: fornecer elementos para o letramento racial de atores do controle social para que, por meio da gestão social, fortaleça as ações de monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas à equidade racial em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). | | | | | | |
| Público-alvo: conselheiros de saúde; integrantes de Movimentos Sociais; educadores e educadoras populares em saúde; lideranças comunitárias; TS, demais envolvidos no controle social. | | | | | | |
| Número de cursistas: 25/30 | | | | | | |
| Estrutura: 3 módulos de 16h (1 módulo por semana) | | | | | | |
| Formato: presencial | | | | | | |
| Carga Horária: 48h | | | | | | |
| Módulo | | Atividade | CH | Materiais de referência ⁵ | Estratégias educacionais ⁶ | Recursos necessários |
| | | | | | | Equipamentos |
| Módulo I Racismo e saúde da população negra | Unidade 1 (raça, racismo e branquitude) | Dinâmica de boas-vindas e apresentação dos cursistas; Apresentação sobre o curso; Construção do contrato didático para o trabalho | 1:30h | _____ | _____ | projektor, notebook, caixa de som, microfone e outros materiais (a depender da dinâmica escolhida) |
| | | Aplicação de pré-teste | 30 min | _____ | _____ | material impresso, canetas |

⁵ Ver guia facilitador/multiplicador (apêndice)⁶ Idem

| | | | | | | |
|--|--|--|--------|---|---|--|
| | | Elementos históricos do racismo no Brasil (conceitos de raça, racismo e branquitude) | 2 h | ALMEIDA, S. Racismo Estrutural; BENTO, M. A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil; MOORE, C. Racismo e Sociedade. | Dinâmica Concorde/discorde/ tenho dúvida | projektor, notebook, caixa de som, microfone |
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |
| | | Elementos históricos do racismo no Brasil (conceitos de raça, racismo e branquitude) | 4 h | BENTO, M. A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil; MOORE, C. Racismo e Sociedade; ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. | Parte 1: Aula expositiva-dialogada para fixação dos conceitos Parte 2: Exibição do filme “Medida Provisória” | projektor, notebook, caixa de som, microfone, material impresso |
| Encerramento do dia | | | | | | |
| Módulo I Racismo e saúde da população negra | Unidade 2 | Condições de saúde da população | 4 h | BRASIL. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra; MOORE, C. Racismo e Sociedade; ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. | TBL: Racismo afeta saúde desde o nascimento até a morte; Parte 1: leitura do texto individual e resolução das questões; Parte 2: Discussão em pequenos grupos para consenso das respostas por grupos. | projektor, notebook, caixa de som, microfone, texto impresso |
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |
| | Epidemiologia e saúde da população negra | Condições de saúde da população | 3:40 h | BRASIL. Boletim Epidemiológico da Saúde da População Negra; MOORE, C. Racismo e Sociedade; | Exposição-dialogada, finalização do TBL Construção de mapa mental para fixação dos conteúdos dos módulos | projektor, notebook, caixa de som, microfone, cartolina, papel metro, pilotos, revistas, tesoura, cola |

| | | | | ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. | | |
|--|--|--|--------|---|---|---|
| | | Avaliação do módulo | 20 min | _____ | Falas livres (o discente escolherá uma palavra que descreva o módulo para ele) | _____ |
| Encerramento do dia | | | | | | |
| Módulo | | Detalhamento da atividade | Tempo | Materiais de referência ¹ | Estratégias educacionais ² | Recursos necessários |
| | | | | | | Equipamentos |
| Módulo II Políticas em prol a equidade racial em saúde | Unidade 1 – O Programa de Combate ao Racismo Institucional | Expressões do Racismo: racismo interpessoal, internalizado e institucional | 4 h | WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra; CAMPOS, <i>et al.</i> Teatro do oprimido: um teatro das emergências sociais e do conhecimento coletivo. | Teatro do Oprimido | projektor, notebook, caixa de som, microfone, papel, pilotos, canetas |
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |
| | | Barreiras e estratégias para a redução do racismo institucional no SUS | 4 h | WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra; BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. | Exposição-dialogada Estudo de caso: experiência de combate ao Racismo Institucional na saúde | projektor, notebook, caixa de som, microfone |
| | | Encerramento do dia | | | | |
| | Unidade 2 – Política Nacional de Saúde | Elementos históricos PNSIPN | 4 h | BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009; | Construção da linha do tempo sobre os marcos para a proposição da PNSIPN | textos, revistas, imagens, tesouras, cola e pilotos, folha flip chart, cartolina. |

| | Integral da População Negra | | | MILANEZI, J. A. Institucionalização da saúde da população negra no SUS. | | |
|---|---|---|--------|---|---|---|
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |
| | | Conhecendo a PNSIPN | 4 h | BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. | Exposição de vídeo: Série Negras PNSIPN (https://www.youtube.com/watch?v=-QcO3vnd3u4) | projektor, notebook, caixa de som, microfone, pilotos, folha de flip chart, cartolina |
| | | | | | Divisão em grupos para discussão das diretrizes da PNSIPN | |
| | | Avaliação do módulo | 20 min | _____ | Falas livres (o discente escolherá uma palavra que descreva o módulo para ele) | _____ |
| Encerramento do dia | | | | | | |
| Módulo | | Detalhamento da atividade | Tempo | Materiais de referência ¹ | Estratégias educacionais ² | Recursos necessários |
| | | | | | | Equipamentos |
| Módulo III Controle social no SUS | Unidade 1 – Estado, Democracia e Políticas Públicas | Estado, Democracia e Políticas Públicas | 4 h | BRASIL. CF 1988; SILVA, SP. Democracia, políticas públicas e instituições de deliberação participativa: visões sobre a experiência brasileira; BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. | Exposição-dialogada | projektor, notebook, caixa de som, microfone |
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--------|---|--|---|
| | | Participação Social em Saúde (Gestão Social, SUS, Controle social no SUS) | 4 h | BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; ESCOREL, S. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. | Parte 1: Troca de Experiências: Mapa de atuação Parte 2 – Exposição-dialogada | cartolina ou papel metro canetas coloridas, pilotos, post-it, fita adesiva, barbante |
| | | Encerramento do dia | | | | |
| | Unidade 2 – Monitoramento e avaliação em saúde | Monitoramento e avaliação de Políticas Públicas | 4 h | | Parte 1 – Exposição-dialogada Parte 2 – Jornada de projetos (elaboração) | projektor, notebook, caixa de som, microfone |
| | | Intervalo – (12h às 13:00) | | | | |
| | | Monitoramento e avaliação SPN | 3 h | _____ | Jornada de Projetos (continuação) Elaboração e apresentação | projektor, notebook, caixa de som, microfone |
| | | Aplicação do pós- teste | 30 min | _____ | | material impresso, canetas |
| | | Avaliação do módulo | 30 min | _____ | Falas livres (o discente escolherá uma palavra que descreva o módulo para ele) | _____ |
| | Encerramento | | | | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A elaboração, a implementação e a avaliação de políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para a redução das desigualdades sociais, enfrenta muitos desafios. Apesar das dificuldades, essas políticas precisam ser aprimoradas com vistas a viabilizar o pleno desenvolvimento social.

A população negra é diariamente atravessada pelo racismo de forma explícita ou implícita, conferindo os piores cenários de habitação, saneamento, renda, acesso a bens e serviços, além dos piores indicadores de saúde. Embora as três formas de expressão do racismo (internalizado, interpessoal e institucional) possam ter impactos distintos na saúde, abordar apenas o racismo interpessoal ou o racismo internalizado não muda as condições estruturais nas quais a população negra se encontra. É preciso realizar mudanças profundas, por meio da intervenção institucionalizada. Foi nesta perspectiva que a presente dissertação colocou em pauta a avaliação do PCRI na saúde de Salvador.

O contexto da implementação do PCRI representa uma relevante conquista dos Movimentos Negros e de outros setores da sociedade civil. Como observado, durante a investigação e por meio dos resultados apresentados no primeiro artigo, a incorporação das demandas de combate ao racismo e de promoção da saúde da população negra na agenda institucional municipal, impulsionadas pelos movimentos sociais, reflete o cenário nacional e ainda a influência das agendas internacionais nas políticas sociais.

Apesar do PCRI estar como uma política de governo na prefeitura de Salvador, a prioridade atribuída ao programa na saúde varia conforme o interesse dos gestores, mesmo em períodos em que a gestão executiva municipal é realizada por partidos políticos com maior aproximação às pautas sociais. A perspectiva pessoal dos gestores, pressões políticas e/ou limitações orçamentárias influenciam a continuidade e a ênfase dada ao programa.

A análise da trajetória institucional do processo de implantação e implementação no período de estudo (2006 a 2021), presente no segundo artigo, revela uma inconsistência na execução do programa como momentos de avanços e retrocessos. Nos anos iniciais do programa, a maioria dos avanços é observado como reflexo da conjuntura política. Nos últimos dois PMS analisados, existiu a necessidade de intervenção do controle social para que as ações do PCRI fossem incorporadas ao planejamento da SMS.

A ausência de identificação de financiamento específico para as ações em prol da equidade racial na saúde, com exceção no primeiro quadriênio avaliado, representa um dos

desafios à manutenção e fortalecimento do programa. Políticas que visam à promoção da equidade frequentemente apresentam como obstáculo o financiamento. Faz-se necessário que a alocação dos recursos ocorra de forma mais justa e eficiente, pautada no princípio da equidade e em observação à epidemiologia para estabelecer prioridades de forma a proporcionar que as políticas realmente impactem a saúde das populações mais vulnerabilizadas.

As entrevistas com os trabalhadores da saúde, apesar das diversas ações de educação permanente presentes nos relatórios de gestão, evidenciaram o “discurso do não conhecimento/do não saber” e o “discurso dos somos todos iguais”. O desconhecimento sobre o PCRI, bem como o não reconhecimento do racismo institucional e dos impactos desse sobre a população negra foi evidenciado na maioria das entrevistas realizadas, sendo mantida a fala de igualdade fomentada pela ideologia da democracia racial. A concepção universalista e de igualdade não são suficientes e muitas das vezes se configuram em barreiras para a promoção da equidade.

Em relação às atividades de educação permanente em saúde presentes nos documentos e nos relatórios, é importante que essas estejam alinhadas com a Política Nacional de Saúde da População Negra e articulada com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de história e Cultura Africana e Afro-brasileira – DCNERER, a fim de valorizar a história, a cultura e respeito às práticas tradicionais.

O conhecimento e a reflexão sobre os processos históricos de formação da sociedade brasileira, tendo o racismo como elemento estrutural das desigualdades socioeconômicas e das iniquidades raciais em saúde, é fundamental na formação antirracista para atender às necessidades de saúde específicas vivenciadas pela população negra.

Considerando a multifatorialidade que envolve o ciclo das políticas públicas, neste trabalho, o tempo de duração do mestrado foi limitador, não sendo possível incorporar também como objetivos da pesquisa a percepção do PCRI pelos usuários dos serviços de saúde, apesar das observações não-participantes proporcionadas pela atividade em campo, e dos demais atores não institucionais. Entretanto, o período de estudo foi suficiente para demarcar o lugar de protagonismo das mulheres negras no combate ao racismo e na luta pela efetivação do direito à saúde, conforme apresentado no terceiro artigo.

Reconhecer o papel dessas mulheres não é apenas dar visibilidade, mas valorizar e agradecer os esforços empreendidos nessa luta que, apesar de árdua, inspira e motiva outras mulheres a continuar. É preciso reconhecer não só essas mulheres que estiveram ou estão na linha de frente, dentro da academia ou formalmente ligadas aos movimentos sociais, mas

também as mulheres negras que protagonizam essas lutas nos seus pequenos espaços de poder, ainda mais invisibilizadas, que fazem políticas e gestão de cuidados nos mais diversos territórios: casas, escolas, terreiros, igrejas, dentre outros.

Ao longo da dissertação, pode-se perceber a importância do controle social para a efetivação de políticas públicas e do letramento racial no combate ao racismo. Logo, a associação desses dois elementos fundamentou a elaboração da tecnologia de gestão social desenvolvida. O letramento racial do controle social na saúde poderá proporcionar que a perspectiva racial esteja cada vez mais presente nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Compreende-se que o combate ao racismo institucional na saúde não se esgota e não pode ser resolvido apenas pela educação, ou com atividades realizadas de maneira focalizada e isolada. É necessário estar alinhada ao desenvolvimento de ações e de estratégias políticas que permitam a desconstrução por dentro do próprio sistema, de forma transversal, numa perspectiva intersetorial, uma vez que as desigualdades raciais são produtos de um amplo processo de exclusão social. Nesse sentido, o PCRI se constitui numa ferramenta importante para a promoção da equidade racial por dar possibilidades de efetivação de melhorias na saúde da população negra.

Por fim, termina-se a escrita dessa pesquisa parafraseando Nego Bispo: esse estudo não se inicia e não termina aqui, pois nosso tempo é espiralar, conectando passado, presente e futuro.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALMEIDA, S. L. **Necropolítica e Neoliberalismo**. Caderno CRH, Salvador, v. 34, p. 1-10. 2021. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.45397>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/45397/25569>. Acesso em: 30 out. 2022.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p.

ALMEIDA, M. S. **Desumanização da população negra**: genocídio como princípio tácito do capitalismo. Em Pauta, Rio de Janeiro, 2º Semestre de 2014, n. 34, v. 12, p. 131- 154. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/15086/11437>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ALBUQUERQUE, L. **SES lamenta falecimento de Sony Santos**. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/ses-lamenta-falecimento-de-sony-santos>. Acesso em 19 mar. 2024.

ALVAREZ, S. F. **Feminismos e antirracismo**: entraves e intersecções. Entrevista com Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 20(3): p.833-850, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/LMCJyVCYBsmTcJGMGfGv8Bm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2023.

ALVES, D. T. **A relação estrutural entre capitalismo e racismo**: o genocídio da população negra enquanto projeto societário. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018.

ARAÚJO, E. T. **Respostas críticas às demandas e usos governamentais das avaliações de impactos de políticas sociais**. Revista AVAL, janeiro/junho. Vol.1; nº. 15, 2019, 66-79. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/41548/99007>. Acesso em: 06 jun. 2023.

ARAÚJO, M.V.R.; TEIXEIRA, C.F. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: TEIXEIRA, C.F., comp. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 187-225. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0007>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hpttj/pdf/teixeira-9788523220211-07.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Presses Universitaires de France, 1977.

BARROS F. P. C de; SOUSA M. F. de. **Equidade**: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saude soc [Internet]. 2016 Jan; 25(1): 9–18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHThYkzVPv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2024.

BATISTA, L. E.; RATTNER D.; KALCKMANN, S.; OLIVEIRA, M.C.G. **Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais**: uma proposta de intervenção. Saude Soc 2016; 25(3):689-702. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/snLxTz9BcyhyqMqDv6jBkfz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out.2023.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRAGA, P. R. S.; MILANI, C. R. S. **Direitos humanos e política externa no Brasil e na África do Sul**: o mito da democracia racial, o *Apartheid* e as narrativas da redemocratização. Revista Brasileira de Ciência Política, p. 7-44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/9DG98wPQ684JHGdg88BJNYt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Saúde da População Negra. Volume 1. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Out/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>. Acesso em: 08 jun 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Ciclos de vida. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. 12 abr. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580**, de 22 de março de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 138 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. **Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003**. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10678&ano=2003&ato=0ecIzYq10dRpWT855>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (1990a). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. **Lei 8142 de 28, de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (1990b). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/2y3wry1>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BORGHI, C. M. S. de O; OLIVEIRA, R. M. de; SEVALHO, G. **Determinação ou determinantes sociais da saúde:** texto e contexto na América Latina. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2024.

BORDE, E; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M; PORTO, M. F.de S. **Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, P. 841-854, JUL-SET 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWOD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em; 12 jun. 2024.

BOULLOSA, R. F.; OLIVEIRA, B. R.; ARAÚJO, E. T. & Gussi, A. F. **Por um antimanual de avaliação de políticas públicas.** Revista Brasileira de Avaliação, 10(1), e100521, 2021. <https://doi.org/10.4322/rbaval202110005>. Disponível em: <https://www.rbaval.org.br/article/10.4322/rbaval202110005/pdf/rbaval-10-1-e100521.pdf>. Acesso em: 02 set. 2022.

BOULLOSA, R. F. **Por um olhar epistemológico para a avaliação em políticas públicas:** história, teoria e método. Revista AVAL, julho/dezembro. Vol.4; Nº. 18, 2020, 8-37. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/61647/162641>. Acesso em: 05 ago. 2023.

BOULLOSA, R. F. **Mirando ao revés as políticas públicas:** os desenvolvimentos de uma abordagem crítica e reflexiva para o estudo das políticas públicas. Publicações da Escola da AGU, série especial, v. 11, n. 4, p. 89-105, 2019.

BOULLOSA, R. F. Gestão Social e Avaliação. In: João Martins de Oliveira Neto; Jeová Torres Silva Junior. (Org.). **Gestão Social.** 1ed. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/UANE/BID/STDS, v. 1, p. 267-288, 2018.

BOULLOSA, R. F. Políticas públicas. In: BOULLOSA, Rosana de Freitas. **Dicionário para a formação em gestão social.** Salvador: CIAGS/UFBA, 2014. p. 144-148.

BOULLOSA, R. F. **Mirando ao revés as políticas públicas:** notas sobre um percurso de pesquisa. Revista pensamento e realidade, Ano XVI–v. 28 n° 3/2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/17572/15028>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BOULLOSA, R. F.; ARAÚJO, E. T. **Avaliação e monitoramento de projetos sociais.** Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009. 264 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 29 abr. 2023.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do Iramuteq**. Florianópolis, 22 de novembro de 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/csoliveira/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/csoliveira/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021%20(1).pdf). Acesso em: 03 jun. 2024.

CANÇADO, A. C.; TENÓRIO, F. G.; PEREIRA, J. R. **Gestão social**: reflexões teóricas e conceituais. Cad. EBAPE.BR, v. 9, nº 3, artigo 1, Rio de Janeiro, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/mMHMPWFCXyg7hF3NcBSnyyx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CARMICHAEL, S. HAMILTON, C. **Black Power**: the politics of liberation in America. New York: Vintage; 1967. Disponível em: <https://mygaryislike.files.wordpress.com/2016/12/black-power-kwame-ture-and-charles-hamilton.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

CARNEIRO, S. **A batalha de Durban**. Revista Estudos Feministas. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 209-214, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/m7m9gHtbZrMc4VxnBTKMXxS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2023.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. p. 19-38.

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2021** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

CHOR, D. **Desigualdades em saúde no Brasil**: é preciso ter raça. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(7): 1272-1275, jul, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8Kg5SdgvvjH6Bt79K8zZ6mL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 16 Maio 2024.

CRUZ, D. M. **Enfoques contra hegemônicos e pesquisa qualitativa**: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. AVAL: Revista Avaliação de Políticas Públicas, 1(15),161-173. 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/41553/99012>. Acesso em: 02 ago 2023.

DFID (Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional). INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE. **Identificação e abordagem do racismo institucional**.

Brasília, DF: Articulação para o combate ao racismo institucional (CRI); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixar/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Abordagem%20do%20Racismo%20Institucional.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.

DFID (Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional). **Boletim Eletrônico Componente Saúde** Janeiro – Fevereiro, 2005 – 2005a. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/boletim_eletronico_janfev_-_2005.pdf Acesso em: 10 ago. 2022.

DFID (Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional). **Boletim Eletrônico Componente Saúde nº 2**. Março - Abril – 2005b. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/boletim_eletronico_marabr_-_2005.pdf Acesso em: 10 ago. 2022.

DFID (Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional). **Boletim Eletrônico Componente Saúde nº 3**. Maio - Junho – 2005c. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/boletim_eletronico_maijun_-_2005.pdf . Acesso em: 10 ago. 2022.

FANON, F. **Pele Negra Máscaras Brancas**. Tradução de Renato da Silveira. – Salvador: EDUFBA, 2008. p. 194.

FIELD, S. A.; ROBERTS, P. I. **Racism and police investigations**: individual redress, public interests and collective change after the Race Relations (Amendment) Act 2000. *Legal Studies* 22 (4), pp. 493-526. 2002. Disponível em: <https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/2961/> Acesso em: 05 maio 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; SANTOS, D. **Racismo antinegro e morte materna por COVID-19**: o que vimos na Pandemia? *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9): 2501-2510, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023289.08412022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2023.v28n9/2501-2510/pt>. Acesso em: 07 out. 2023.

GÓES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde**: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2023.

GOIS, E. C.; JESUS, C. S. de; CONCEIÇÃO, G. C. da; SANTOS, J. B. dos; REIS, R. B. **Mortalidade materna na Bahia no período de 2012 a 2016**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 18, p. e335, 3 fev. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/335/231> Acesso em: 10 out 2023.

GUIMARÃES, C; JUNIA, R. **Determinantes Sociais da Saúde**: Entrevista com Jaime

Breilh. nov/2011. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).Disponível em: <https://cebes.org.br/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/2724/>. Acesso em: 06 jun. 2024.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. **Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação**: uma abordagem antropológica. *Desenvolvimento em Debate*, 4(1), 83-101, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31897/18060>. Acesso em: 02 ago. 2023.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 05 out. 2024.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada *et al.* 4ª ed. Brasília: Ipea, 2011. 39 p.: il.

JACCOUD, L. A política de promoção da igualdade racial no governo federal em 2006 e o programa de combate ao racismo institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**: uma análise dos últimos vinte anos / organizadora: Luciana Jaccoud. - Brasília: Ipea, 2009. 233 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_aconstrucao_igualdade_racial_20anos.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

JONES, C. P. **Confronting institutionalized racism**. *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KALCKMANN, S; SANTOS, C. G. dos; BATISTA L. E; CRUZ, V. M. da. **Racismo institucional**: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc. São Paulo*, v.16, n.2, p.146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?lnag=pt>. Acesso em: 05 maio 2022.

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

LEJANO, R. **Parâmetros para análise de políticas públicas**: a fusão de texto e contexto. Campinas/SP: Ed. Arte Escrita, 2012.

LIMA, F. A. C. de; GUSSI, A. F. **Pode o subalterno avaliar?** Possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção descolonial no campo da avaliação de políticas públicas. *Revista AVAL*. julho/dezembro. Vol.6; Nº. 20, 2021, 10-35. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/78502/218306>. Acesso em: 03 ago. 2023.

LIMA, F. **Bio-necropolítica**: diálogos entre Michel Foucault y Achille Mbembe. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/03.pdf>. Acesso em: 04 set. 2022.

LOPES, F. **Desigualdades em saúde no Brasil**: panorama e desafios. Canal do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CIDACS

Fiocruz) no Youtube, 2020. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=x9s7yGYOHcg>. Acesso em: 20 set. 2023.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. Manual Iramuteq versão 0.1. Trad. de Baltazar Fernandes. 35 p. Acesso: em 02 jun. 2024.

LOURENÇO, C. **Uma sociedade desigual**: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil. Serv. Soc. Soc. Jan-Apr 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/mqwfdScR8phfpRJ4tJW68Rz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2023.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Vargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

MACPHERSON, W. **The Stephen Lawrence Inquiry**. Disponível em:
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c2af540f0b645ba3c7202/4262.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização**: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D4vDRdLSYNcKyBrRdhxFXQr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; BERNAL, R. T. I. **Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 713-725, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/7NTw4vts4sV5Z8PrWHT4ytk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Arte & Ensaios. Revista do ppgav/eba/UFRJ, n. 32. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 12 out. 2022.

MENDES, M. M. **Raça e racismo**: controvérsias e ambiguidades. Vivência revista de antropologia. n 39, 2012, p. 101 a 123. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/1938/1378>. Acesso em: 06 jun. 2023.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde**: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 30ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MOURA, C. **O racismo como arma ideológica de dominação**. Edição 34, Ago/Set/Out, 1994, Páginas 28-38. 1994. Disponível em:

https://www.escolapcdob.org.br/file.php/1/materiais/pagina_inicial/Biblioteca/70_O_racismo_como_arma_ideologica_de_dominacao_Clovis_Moura_.pdf. Acesso em: 22 maio 2024.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Tradução Niterói: EDUFF, 2004. Disponível em: <https://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>. Acesso em: 30 jun. 2023.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro, processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Documento de Discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 03 abril 2023

NERY, J. S.; CARMO, L. M.; VIANNA, P. J. de S.; RODRIGUES, O. A. S.; SILVA, T. O. População Negra um olhar sobre as doenças negligenciadas e infecciosas in SILVA, H. *et al.* Organizadores. **Negligências e vulnerabilidades: aportes epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte-Nordeste do Brasil** – Salvador: EDUFBA, 2023. 265 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Genebra, 5 maio 2005. Rascunho. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/648440/mod_resource/content/1/cursosp/Textos%20Completos/Rumo%20a%20um%20Modelo%20Conceitual%20para%20Analise%20e%20Acao%20sobre%20DSS.pdf . Acesso em: 03 abril 2023

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) *et al.* **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade**. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/ UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/ UNIFEM. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3589/Saude-Populacao-Negra.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 23 jul. 2023.

REBOUÇAS, M.do C. **Programa de Combate ao Racismo perde financiamento do governo britânico**. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2007-05-25/programa-de-combate-ao-racismo-o-perde-financiamento-do-governo-britanico>. Acesso em: 11 out 2023.

RECIFE, **Decreto N° 28.393 de 21 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a implementação do Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI do Recife. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/decreto/2014/2839/28393/decreto-n-28393-2014-di-spo-e-sobre-a-implementacao-do-programa-de-combate-ao-racismo-institucional-pcri-do-recife> e Acesso em: 15 mar. 2024.

RECIFE. **Secretaria de Saúde do Recife**. Plano Municipal de Saúde: 2022-2025. Recife, 2025.

RIBEIRO, A.; GASPARINI, M. F. V. **Para decolonizar a avaliação**: uma análise crítica a partir da teoria da decolonialidade. Revista Brasileira de Avaliação, 10(1), e100621, 2021. Disponível em: <https://rbaval.org.br/article/10.4322/rbaval202110006/pdf/rbaval-10-1-e100621.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

RODRIGUES, L. C. **Método experiencial e avaliação em profundidade**: novas perspectivas em políticas públicas. Revista Desenvolvimento em Debate, 4(1), 2016, 103-155. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31893/18057>. Acesso em: 08 mar. 2023.

RODRIGUES, L. C. **Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais**: perspectivas, limites e desafios. CAOS: Revista Eletrônica de Ciências Sociais, 16, 2011, 55-73. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21343/1/2011_art_lcrodrigues.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

RODRIGUES, L. C. **Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais**. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 07-15, jan./jun. 2008. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodrigues.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Subcoordenação de informações em saúde**. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>. Acesso: em 05 out 2023.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025**/ Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/PMS_SALVADOR_2022-2025_VOLUME_I_versao_consulta_publica_05.01.22_retificacao.pdf. Acesso em: 02 maio 2022.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingência para infecção humana do novo Coronavírus (sars-cov-2) do município de Salvador**. 2020. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/wp-content/uploads/sites/27/2020/11/Plano_de_Co ntigencia_COVID_19_28052020.pdf Acesso em: 20 out. 2023.

SALVADOR. **Decreto nº 27.099 de 15 de março de 2016**. Dispõe sobre a criação, composição, estruturação, competências e funcionamento do comitê técnico de combate ao racismo institucional da prefeitura municipal do salvador. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2016/2710/27099/decreto-n-27099-2016-dispoe-sobre-a-criacao-composicao-estruturacao-competencias-e-funcionamento-do-comite-tecnico-de-combate-ao-racismo-institucional-da-prefeitura-municipal-do-salvador>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SALVADOR. **Decreto nº 23.837 de 22 de março de 2013**. Dispõe sobre a criação, composição, estruturação, competência e funcionamento do grupo de trabalho intersetorial de combate ao racismo institucional e de promoção da igualdade racial da prefeitura municipal do Salvador. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2013/2384/23837/decreto-n-23837-2013-dispoe-sobre-a-criacao-composicao-estruturacao-competencia-e-funcionamento-do-grupo-de-trabalho-intersectorial-de-combate-ao-racismo-institucional-e-de-promocao-da-igualdade-racial-da-prefeitura-municipal-do-salvador>. Acesso em: 03 ago. 2023

SALVADOR. **Lei nº 6.452 de 18 de dezembro de 2003**. Cria a Secretaria Municipal da Reparação e dá outras providências. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2003/646/6452/lei-ordinaria-n-6452-2003-cria-a-secretaria-municipal-da-reparacao-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SANTOS, G. A. dos. **A invenção do “ser negro”**: um percurso das ideias que naturalizavam a inferioridade dos negros. Gislene Aparecida dos Santos. - São Paulo: Educ/Fapesp; Rio de Janeiro: Pallas, 2005. 176 p.

SANTOS, M. J. P. **1º Seminário de Saúde da População Negra**: notas breves. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.179-80, set.2004/fev.2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/NCxvbHrm4JV944x4VNkdpqd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2023.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, H. C. B. da; LIMA, T. C. S. de. **Racismo institucional**: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. R. Katál., Florianópolis, v.24, n. 2, p. 331-341, maio/ago. 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77586>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/hRTf9SLg8CBYF8cJqC8QYNJ/?format=pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

SILVA, M. A.B. **Racismo institucional**: pontos para reflexão. Laplage em Revista, 2017, vol. 3, núm. 1, January-April, ISSN: 2446-6220. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/5527/552756521012/552756521012.pdf> Acesso em: 13 maio 2023.

SOUTO, K; MOREIRA, M. R. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde e Debate | Rio de Janeiro, V. 45, N. 130, P. 832-846, JUL-SET 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113020.

SOUZA, N. dos S;MORAES, C. A. de S. **Determinações sociais da saúde versus determinantes sociais da saúde**: aproximações à produção científica. XI Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz/MA; set/2023. Disponível em:

https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_3025_30256494731b41263.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

SOUZA, M. L. **Capitalismo e racismo**: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. R. Katál. Florianópolis, v.25, n. 2, p. 202-211, maio-ago. 2022 ISSN 1982-0259. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/C6N8TfK97tq9XXbmgG9nJcv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 maio 2024.

SOUZA, C. D. F. de. **Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde**: Uma aproximação conceitual. I Webcongresso internacional de direito sanitário. Out / 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1186/1111>. Acesso em: 06 jun. 2024.

TAVARES, J. S. C.; FILHO, C. A. A. de J.; SANTANA, E. F. de. **Por uma política de saúde mental da população negra no SUS**. Revista da ABPN • v. 12, n. Ed. Especial – Caderno Temático: “III ANPSINEP – Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es”, outubro de 2020, p. 138-151. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1118/948>. Acesso em: 06 out. 2023

TAVARES, J. S. C. **Suicídio na população negra brasileira**: nota sobre mortes invisibilizadas. Revista Brasileira de Psicologia, 04(01), Salvador, Bahia, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jeanne-Saskya-Tavares/publication/325426336_Suicidio_na_populacao_negra_brasileira_nota_sobre_mortes_invisibilizadas/links/5b0d76210f7e9b1ed70004a2/Suicidio-na-populacao-negra-brasileira-nota-sobre-mortes-invisibilizadas.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

TENÓRIO, F. G. **(Re)Visitando o Conceito de Gestão Social**. Desenvolvimento em questão. Editora Unijuí, ano 3, n. 5, jan./jun. 2005. Disponível em: https://www.ufjf.br/virgilio_oliveira/files/2014/10/Texto-17-Ten%C3%B3rio-2005.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

TORRES, P. Jr.; GUSSI, A. F.; SILVA, P. J. B. da; NOGUEIRA, T. A. **Avaliar em Profundidade**: dimensões Epistemológicas, Metodológicas e Experiências Práticas de uma Nova Perspectiva de Avaliação de Políticas Públicas. Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais, v. 5, n. 2, ago./2020, pp. 147-170. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rppi/article/view/53154/31202>. Acesso em: 13 março 2023.

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

UNFPA BRASIL. **Relatório final do Fórum "Enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS**. Agosto 2016. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-final-do-f%C3%B3rum-enfrentando-o-racismo-institucional-para-promover-sa%C3%BAde> . Acesso em: 20 set 2024.

WARDEN, W. **NHS to come under Race Relations Act** John BMJ Volume 318 6 March 1999. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1115084/> . Acesso em: 05 maio 2024.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2023.

WERNECK, J. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. Geledés–Instituto da Mulher Negra. São Paulo: Trama Design, 2013a. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

WERNECK, J. **Guia de Enfrentamento ao Racismo institucional**. Geledés – Instituto da Mulher Negra. São Paulo: Trama Design, 2013b. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf> Acesso em: 12 maio 2023.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido in BRASIL. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005a. 446 p.

WERNECK, J. **A luta continua: o combate ao racismo no Brasil pós-Durban in Observatório da Cidadania 2005**: Rugidos e Sussurros, pp 56 –65, 2005b. Disponível em: https://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileirod2005_bra.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, Westport**. V. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>. Acesso em: 16 maio 2024.

WINTHROP, M. **PCRI apresenta resultados satisfatórios**. Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/?p=1954>. Acesso em: 10 out. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos (2ª ed). Porto Alegre: Bookman.2001.

ZAMORA, M. H. R. N. **Desigualdade racial, racismo e seus efeitos**. Fractal, Rev. Psicol., v. 24 – n. 3, p. 563-578, Set./Dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/Qnm4D67j4Ppzvz3tfb4kwx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 out. 2023.

APÊNDICE DISSERTAÇÃO

PLANO DE ATIVIDADE EDUCACIONAL⁷: GUIA FACILITADOR/MULTIPLICADOR

Formação para o Controle Social no SUS na perspectiva de combate ao racismo na saúde e promoção da saúde da população negra

- **MÓDULO I: Racismo e Saúde da População Negra**

1. Dinâmica para apresentação dos cursistas

A dinâmica de apresentação pode ser utilizada como estratégia de “quebra-gelo”, visando reduzir as inibições e estimular as interações entre os participantes, ou seja, deixar as pessoas mais confortáveis. As dinâmicas como estratégias do processo educativo/formativo não devem ser entendidas apenas como um momento de descontração, mas como um mecanismo para o alcance de um objetivo definido. Nas dinâmicas de apresentação, além de falarem sobre si, os participantes podem apresentar suas expectativas em relação ao curso.

Exemplos de dinâmicas:

Dinâmica 1: Troca de papéis/quem é meu parceiro

Passo a passo:

1. divida o grupo em duplas.
2. dê alguns minutos para que as duplas conversem e compartilhem informações, como nome, função e algo interessante sobre si.

⁷As atividades poderão ser ajustadas conforme público e especificidades do território.

3. cada participante apresenta seu parceiro ao grupo destacando os pontos discutidos.

Dicas para aplicação:

Proponha que os participantes compartilhem uma curiosidade ou um fato que considerem importante sobre si. Garanta um tempo adequado para as conversas iniciais, considerando o tamanho do grupo.

Dinâmica 2: Nome

A dinâmica de apresentação do nome é uma atividade eficaz para promover a interação e o pertencimento em um grupo, permitindo que cada um compartilhe seu nome, origem e um pouco sobre si. Essa prática não apenas quebra o gelo, mas também incentiva a empatia e o respeito mútuo. Em um círculo, sentados ou em pé, os participantes vão ao centro do círculo, ou no seu próprio lugar, falam seu nome, juntamente com uma consigna que ajuda a fixar o nome na memória do grupo, podendo ser:

- nome e ação: ao dizer seu nome, a pessoa deve associar uma ação que representa algo que gosta de fazer.
- nome e música: ao dizer seu nome, a pessoa deve associar uma música que expresse a sua identidade.
- nome e adjetivo: ao dizer seu nome, a pessoa deve associar um adjetivo que represente uma de suas características, iniciada com a primeira letra do nome.

2. Construção do contrato de convivência

No início das atividades, deverá ser realizado um contrato de convivência para uma melhor condução das atividades, devendo ser pactuado sobre:

- horário de início e término do turno;
- tempo de duração do intervalo;
- estipulação de tempo de fala, reforçando o respeito aos depoimentos que poderão ocorrer durante as atividades.

3. Pré-teste

A realização do pré-teste permite averiguar o conhecimento inicial dos cursistas, antes da implementação de uma intervenção ou programa, sobre as temáticas que serão abordadas. É uma ferramenta que permite interpretar os resultados das intervenções.

PRÉ-TESTE

1. Raça?

- a) () é uma condição biológica que distingue grupos humanos.
- b) () é construção social que impõe hierarquias, conferindo poder a determinado grupo e inferiorizando outro.
- c) () as raças humanas são bem definidas geneticamente, o que justifica a separação social em grupos.
- d) () a noção de raça em humanos é amplamente aceita na biologia.

2. Racismo?

- a) () é uma atitude individual de discriminação que reflete a falta de educação da pessoa.
- b) () é um elemento estrutural da sociedade, gerando desigualdades sociais, econômicas e institucionais entre grupos racializados.
- c) () foi completamente superado nas sociedades modernas.
- d) () para existir, é necessário que haja leis que determinem explicitamente a segregação racial.

3. Em relação às condições de saúde da população negra:

- a) () A população negra tem os mesmos índices de acesso aos serviços de saúde que a população não negra.
- b) () As desigualdades na saúde da população negra estão relacionadas apenas às escolhas individuais e hábitos de vida, sem relação com fatores estruturais.
- c) () As altas taxas de mortalidade na população negra são porque as pessoas pretas e pardas são maioria na população.
- d) () O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade e a igualdade, porém se observa a desigualdade racial nos indicadores de saúde.

4. São estratégias de combate ao racismo na saúde:
- a) () Garantir que os profissionais de saúde atendam de forma neutra e universal, sem levar em consideração as questões étnico-raciais.
 - b) () Implementação de políticas públicas que promovam a equidade no acesso à saúde como o Programa de Combate ao Racismo Institucional e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
 - c) () Não há necessidade da coleta do quesito raça/cor uma vez que todos são da raça humana.
 - d) () Focar exclusivamente em políticas de combate à pobreza, pois, o racismo não apresenta impactos significativos na saúde da população negra.
5. Sobre a participação popular e o controle social no SUS:
- a) () A participação popular no SUS é opcional e não tem influência na formulação de políticas públicas de saúde.
 - b) () Apenas profissionais de saúde podem participar do controle social no SUS, sem participação dos usuários.
 - c) () O controle social no SUS ocorre por meio de conselhos e de conferências de saúde, onde a população pode contribuir para o planejamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde.
 - d) () A participação popular no SUS se limita ao atendimento individual, sem interferência na gestão do sistema.

4. Dinâmica: concordo/discordo/tenho dúvidas

Os cursistas ficarão em pé em um ponto central da sala e, conforme a consigna, irão se posicionar nos locais previamente identificados como: "concordo", "discordo" e "tenho dúvida". Deve-se facultar a fala para justificativa do posicionamento, sendo possível a mudança conforme convencimento ou não pelos argumentos apresentados. O número de frases disparadoras utilizadas dependerá do quantitativo da turma e do tempo disponibilizado para a atividade.

Exemplos de frases/consignas para disparar a discussão da temática proposta:

- “Todos somos iguais”.
- “Não existem brancos no Brasil”.
- “Discutir sobre discriminação racial reforça o racismo”.
- “Políticas voltadas para a população negra, como as cotas, contribuem para a discriminação da pessoa branca”.
- “As pessoas negras apresentam situações de desvantagens porque são maioria na população, se houvesse mais brancos a situação seria o contrário”.

5. TBL: Condições de Saúde da População Negra

TBL (*Team-Based Learning*) ou Aprendizagem Baseada em Equipes é uma abordagem educacional ativa que visa maximizar o engajamento dos discentes e a retenção do conhecimento por meio do trabalho colaborativo. Sua estrutura é composta por três etapas principais: preparação individual por meio de leitura de material; teste individual de múltipla escolha para avaliar sua compreensão do material; e, realização do mesmo teste em grupo, discutindo as respostas e justificando suas escolhas.

TBL – Condições de Saúde da População Negra

A Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém vivemos uma realidade em que a maioria da população brasileira não consegue ter acesso a esse direito de forma digna, com qualidade e em tempo hábil.

O racismo, elemento estrutural da sociedade, coloca as pessoas negras em condições de vulnerabilidade, tornando-a mais suscetível a diversos problemas sociais e de saúde. As doenças e agravos que mais acometem a população negra inserem-se em quatro grandes grupos nosológicos:

- a. Doenças com condições geneticamente determinadas (anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, deficiência de glicose-6-fosfato hidrogenase);
- b. Doenças por condições adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis (alcoolismo, toxicomania, desnutrição, abortos sépticos, DST/AIDS, doenças do trabalho, doenças mentais, violência);

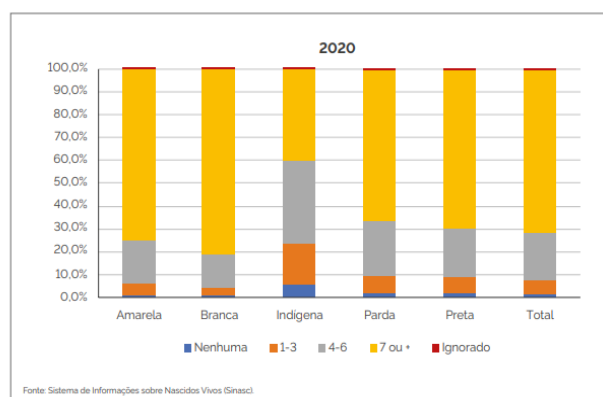
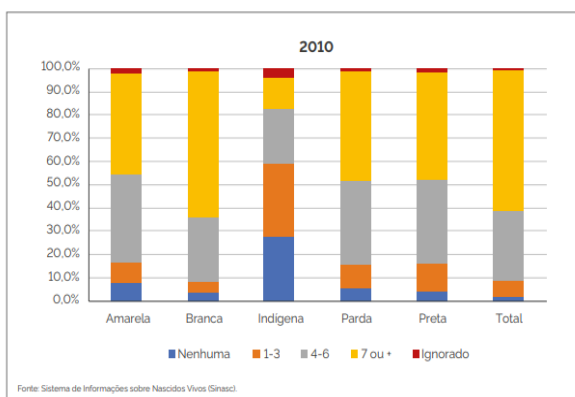
c. Doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais e pela falta de acesso aos serviços de saúde (hipertensão arterial, diabetes mellitus, miomas, parto, coronariopatias, insuficiência renal crônica);

d. Doenças por condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais e socioeconômicas (crescimento e desenvolvimento, gravidez, envelhecimento).

Embora os agravos citados acima não sejam específicos da população negra, são prevalentes e apresentam morbimortalidade acentuada nessa população. Acredita-se que o racismo seja um dos fatores que contribua para essa realidade, uma vez que é considerado um determinante social da saúde.

Racismo é uma ideologia baseada em teorias e crenças que estabelecem hierarquias entre raças e etnias. Historicamente, tem resultado em desvantagens sociais, econômicas, políticas, religiosas e culturais para pessoas e grupos étnico-raciais específicos, por meio da discriminação, do preconceito e da intolerância (Salvador, 2019).

O reconhecimento do racismo como um determinante social da saúde coloca-o no centro do debate em relação às condições de saúde da população negra. Isso porque o racismo condiciona a vida das pessoas negras em todas as suas fases, impactando desde o nascer ao morrer. Em relação à saúde da mulher, tem-se que as mulheres negras possuem menor probabilidade de ter um pré-natal adequado levando a desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. O não acesso ao pré-natal ou o acesso a um pré-natal inadequado por mulheres negras (mesmo aquelas com alta escolaridade) tem como efeito a iniquidade étnico-racial na razão de mortalidade materna.



Fonte: Brasil, 2023.

A proporção de mães que declararam realizar sete ou mais consultas de pré-natal foi aumentando na última década, passando de 60,6% em 2010 para pouco mais de 71,0% em 2020, conforme gráficos acima. No entanto, verifica-se uma diferença importante quando os valores são analisados por raça/cor.

Em 2020, houve uma maior proporção de mães que tiveram acesso a sete ou mais consultas de pré-natal em todas as categorias de raça/cor. No entanto, há uma maior proporção de sete ou mais consultas nas mães que se declararam ser da raça/cor branca (80,9%), seguida da amarela (74,3%), da preta (68,7%), da parda (66,2%) e da indígena (39,4%).

Uma das estratégias para a redução da influência do racismo na determinação social da doença se configura na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), resultado das demandas do movimento negro por melhores condições de saúde. Essa política traz como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (Brasil, 2009).

Racismo institucional é definido como ações ou omissões sistêmicas caracterizadas por normas, práticas, critérios e padrões formais e não formais de diagnóstico e atendimento, de natureza organizacional e institucional, pública e privada, resultantes de preconceitos ou estereótipos, que resultam em discriminação e ausência de efetividade em prover e ofertar atividades e serviços qualificados às pessoas em função da sua raça, cor, ascendência, cultura, religião, origem racial ou étnico-racial (Salvador, 2019).

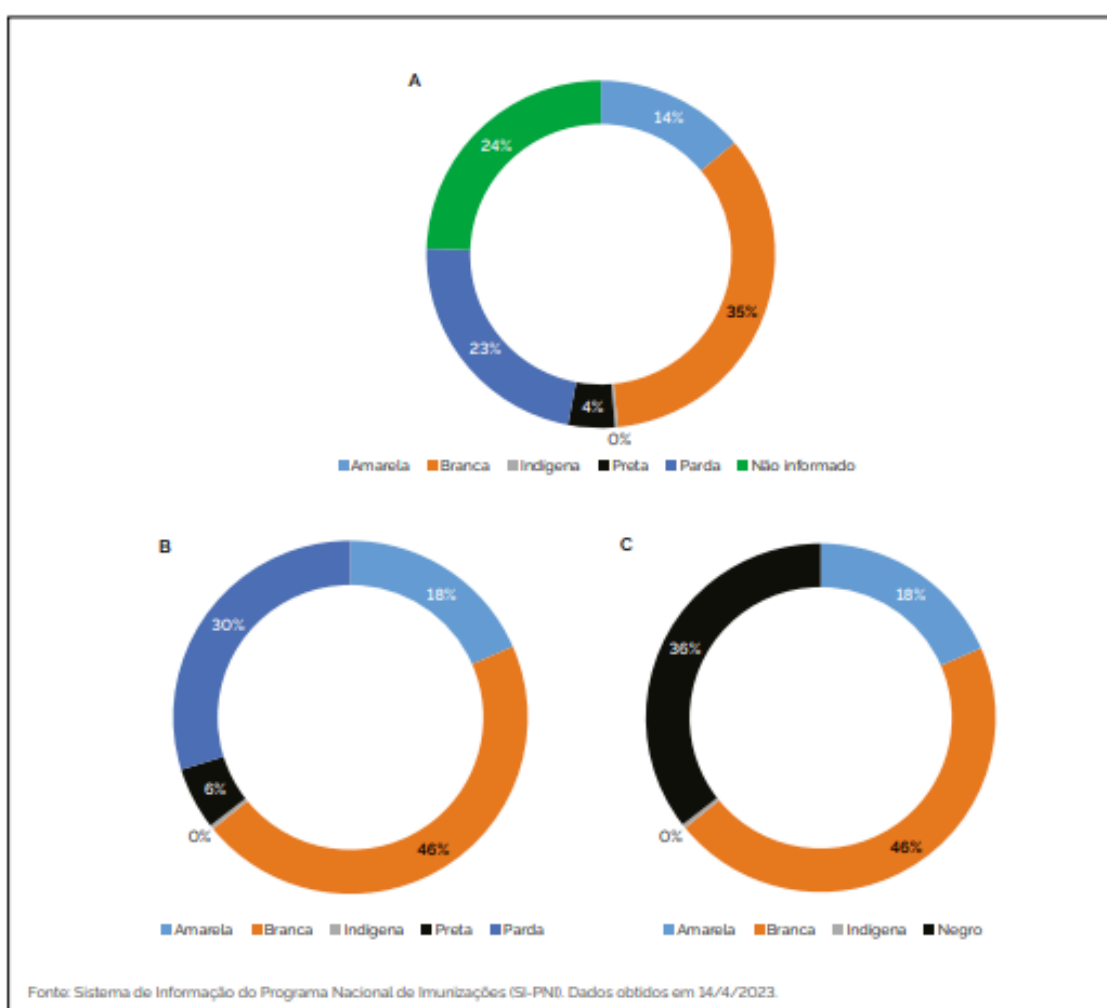
O racismo institucional causa violação dos direitos humanos em saúde. As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas, de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam.

A pandemia COVID-19 evidenciou, mais uma vez, a condição de vulnerabilidade que está submetida à população negra. Considerada inicialmente de aspecto “democrático”, já que acometeria todas as pessoas, sem distinção de classe social, a ocorrência da infecção pelo coronavírus foi maior e os dados apontam para uma mortalidade elevada na população negra. O acesso desigual à saúde e as oportunidades econômicas desfavoráveis, as quais não

permitiam a realização do isolamento social, bem como de outras medidas em saúde para controle e prevenção, favoreceram um cenário mais susceptível à infecção por COVID-19.

Tal cenário só foi possível de comprovação após a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação COVID-19. Com o preenchimento do quesito, pôde-se constatar, por exemplo, em relação à vacinação para a COVID-19 que apesar da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor dos 522,4 milhões de registros de doses aplicadas no período de 2021 a 2023, 24,5% não tinham informações sobre raça/cor (A), conforme apresentada na figura abaixo.

Cabe salientar que se excluiu do total de registros aqueles sem informação de raça/cor, do total de doses aplicadas, e apenas 6,0% é atribuída à raça/cor preta (B) e 36,0% conferidas à raça/cor preta e parda conjuntamente (C).



Fonte: Brasil, 2023.

Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais piores quando comparados aos da população não negra. O acesso universal à saúde só é possível por meio da eliminação progressiva das barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços de saúde de maneira equitativa.

A adoção de medidas concretas e de práticas para promover a saúde integral da população negra deve considerar a melhoria do acesso aos serviços de saúde e da qualidade na assistência prestada por meio do combate ao racismo institucional. O alcance de um serviço de saúde de qualidade para a população negra representa o alcance de um sistema de saúde com qualidade para toda a população.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Cita-se como exemplo da consequência do racismo na saúde da população negra:
 - a) Maior expectativa de vida.
 - b) Acesso facilitado aos serviços de saúde.
 - c) Menor índice de violência contra homens.
 - d) Sofrimento psicológico (depressão, insônia, sensação de impotência, angústia, medo).

2. O racismo faz mal à saúde! Em relação ao racismo e às condições de saúde da população negra, pode-se afirmar:
 - a) As desigualdades raciais na saúde que acometem a população negra (preta e/ou parda) resultam do racismo.
 - b) O racismo se atualiza ao longo do tempo nas estruturas da sociedade, incidindo sobre o tratamento dado aos grupos raciais e influenciando os acessos e as oportunidades.
 - c) A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva da população negra.
 - d) O racismo coloca a população negra em lugar de inferioridade, contribuindo para o desigual e desfavorável acesso aos direitos e às oportunidades, inclusive à saúde.

3. A PNSIPN é um importante instrumento para promoção da equidade em saúde no SUS. Apesar dos avanços alcançados, a implementação da política possui alguns desafios, como:
- a) a existência do racismo institucional que é inclusive seu objeto de enfrentamento.
 - b) a priorização da PNSIPN por parte das/dos gestoras/es e áreas técnicas da saúde.
 - c) a destinação de recursos financeiros para a implementação da política e das ações de combate ao racismo institucional.
 - d) existência de atividades de educação permanente e de qualificação profissional específicas em saúde da população negra.
4. Uma das estratégias que permite o combate ao racismo institucional na saúde é a coleta do quesito raça/cor. Sobre a coleta e análise do quesito:
- a) Não permite analisar as desigualdades em saúde por meio dos instrumentos de coleta de dados dos principais sistemas de informação de vigilância em saúde.
 - b) "Negro" é uma das categorias padronizadas pelo IBGE dentre as opções de raça/cor.
 - c) Sua coleta não é obrigatória, devendo a raça/cor, preferencialmente, ser identificada pelo profissional de saúde.
 - d) Existente em alguns formulários dos sistemas de informação, a opção "ignorado" não compromete a qualidade do dado.

Tipos de gabarito:

GABARITO INDIVIDUAL

GABARITO DO GRUPO

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| | A | B | C | D |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 13 maio 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Racismo_como_determinante_social_d_e_saude_2011.pdf Acesso em: maio 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Saúde da População Negra**. Volume 1, 2023.

SALVADOR. **Lei nº 9.451/2019**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa no âmbito do Município de Salvador e dá outras providências.

Finalização

O objetivo do TBL é promover a reflexão do tema de forma progressiva (individual e pequenos grupos). A finalização do TBL deve ser feita por meio de uma apresentação para conferência do gabarito, sempre contextualizando as temáticas abordadas.

Gabarito:

1 – D

2 – todas verdadeiras

3 – A

4 – todas falsas

6. Referências para aulas expositivas-dialogadas

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 13 maio 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Racismo_como_determinante_social_d_e_saude_2011.pdf Acesso em: jan. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Saúde da População Negra**. Volume 1, outubro 2023.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

CHOR, D; LIMA, C. R. A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização**: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade**: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007. SALVADOR. **Lei nº 9.451/2019**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa no âmbito do Município de Salvador e dá outras providências.

● **MÓDULO II: Políticas em prol da equidade racial em saúde**

1. Teatro do Oprimido

O Teatro do Oprimido é um método teatral criado por Augusto Boal (1931-2009) como reação à alienação do teatro tradicional. Essa forma de teatro surgiu como método de intervenção no momento de democratização das decisões públicas, de descolonização dos saberes, da política e da cultura, num movimento contra-hegemônico de globalização. O drama é real e estético, teatral e cotidiano, com características próprias que visam facilitar o diálogo com a plateia. No teatro do oprimido os espectadores passam a ser espect-atores, uma vez que são convidados a participar debatendo e apresentando suas saídas para as situações-limite encenadas (Campos *et al.*, 2014).

Roteiro do Teatro do Oprimido: “Machucados na cabeça”

Luciana, mulher negra, 22 anos, solteira, mãe solo de uma criança de 03 anos, natural de Salvador, Bahia, residente no bairro de Cajazeiras, apresenta há quase 5 meses um quadro de machucados no couro cabeludo, que recentemente pioraram, apresentando maior quantidade e mau cheiro.

Procurou o serviço de saúde, pois percebeu que estava saindo secreção purulenta das lesões. Ao chegar ao posto, na recepção, ouviu as recepcionistas comentarem sobre o mau cheiro em sua cabeça, dizendo que isso devia ser por causa das tranças que ela costumava usar e que pessoas da cor de Luciana não gostavam de limpar, nem cuidar do cabelo, que isso era uma coisa muito comum de ver, enquanto davam risada e faziam expressões de nojo.

Luciana envergonhada pegou seus documentos e voltou a sentar para esperar ser chamada para o atendimento. Ao entrar no consultório, o médico foi logo falando do mau cheiro, disse que ela não precisava sentar. Já sabia do problema dela, lesão em couro cabeludo secundário à tração das tranças, as colegas da recepção já o haviam alertado. Entregou-lhe uma receita com o nome de uma pomada e pediu para ela retornar com 15 dias para ele avaliar.

Ao tentar agendar o retorno, foi logo avisada de que não tinha mais vagas. Luciana não acreditava no que estava passando, mas só queria resolver logo a questão e ir para casa. Estava cansada, ainda tinha que passar na casa da mãe para pegar o filho.

Enquanto saía do consultório, lembrou-se de toda a situação que a fez chegar ali: estava desempregada há dois anos, quando finalmente conseguiu um emprego na produção de uma fábrica. Na entrevista de emprego, foi avisada de que não poderia manter as tranças, porque deveria usar touca durante todo o expediente, que o cabelo deveria estar sempre bem preso.

Luciana amava suas tranças, mas não poderia abrir mão da oportunidade de emprego. Retirou as tranças e começou a trabalhar. Na primeira semana de trabalho, as colegas de Luciana falaram que ela deveria alisar o cabelo ou usá-lo preso, mesmo sendo curto, pois já tinham ouvido os superiores comentando e que isso poderia levar à demissão dela.

Luciana passou a achar que as pessoas tinham razão, então começou a utilizar muito creme no cabelo e deixá-lo úmido e preso, o que ocasionou dermatite seborreica, coceira e lesões ao coçar com intensidade. Achou que a situação poderia se resolver sozinha, apesar da dor, da vergonha e do medo de alguém descobrir e perder o emprego. Acabou sendo demitida, foi quando procurou o serviço de saúde.

Orientações:

Escolher pessoas para encenação do roteiro proposto. Após a primeira encenação, outras pessoas deverão ser convidadas a participar, encenando e/ou intervindo na encenação, propondo situações diferentes em relação ao caso.

Refletir:

- Quais sentimentos que o caso desperta?
- Quais tipos de expressão do racismo são percebidos no caso?

OBS: roteiro elaborado pela autora inspirado no texto “Machucados na Cabeça”, do artigo “A sua consulta tem cor?: incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade” de Borret *et al.*

REFERÊNCIA

CAMPOS, F. N.; PANÚNCIO-PINTO, M. P.; SAEKI, T. **Teatro do oprimido: um teatro das emergências sociais e do conhecimento coletivo**. *Psicologia & Sociedade*; 26(3), 552-561
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300004>. Acesso em: maio 2023.

1. Estudo de caso : Projeto Ninar nos Terreiros**O Projeto Ninar nos Terreiros, da Secretaria de Saúde do Recife, realiza última ação de 2023**

O Ninar dos Terreiros, projeto da Secretaria de Saúde do Recife (Sesau), teve sua última edição do ano nesta terça-feira (05/12). O projeto integra serviços de atenção básica e valorização da cultura afro-brasileira como forma de combater o racismo na saúde, e recentemente recebeu reconhecimento internacional ao participar do Encontro sobre Intersetorialidade e Equidade em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Cuba. A ação de encerramento de 2023, que ocorreu na sede do Maracatu Estrela Dalva, na Ilha Joana Bezerra, incluiu rodas de conversa sobre amamentação, orientações de saúde bucal, avaliações físicas e vacinação, além de distribuição de kits de higiene e contação de histórias para crianças.

Voltado para crianças e seus responsáveis, integrantes da comunidade e gestores e profissionais da saúde, o evento aconteceu durante toda a manhã, no Terreiro Ilê Asé Oxum, na Rua Pinheiro, Joana Bezerra. A programação incluiu: rodas de conversa e troca de experiências acerca da amamentação; vacinação para o público de todas as idades (hepatite A, pentavalente, febre amarela, tríplice viral, rotavírus, influenza, COVID, HPV, dT, meningocócica, pneumocócica e poliomielite); avaliação física com um professor de educação física do Programa Academia da Cidade; orientação sobre saúde bucal com distribuição de kits de higiene bucal; e contação de histórias ancestrais envolvendo personagens dos contos africanos e orixás de forma lúdica.

O Projeto Ninar nos Terreiros, uma iniciativa da Política de Saúde Integral da População Negra do Recife, busca combater o racismo na infância e promover a equidade na saúde. Nos eventos realizados nos terreiros do Recife ao longo do ano, o projeto realiza serviços de atenção básica (como exames, vacinações e palestras) integrados a ações de valorização da cultura afro-brasileira por meio de contações de histórias, diálogos de grupo e práticas de autocuidado, entre muitas outras atividades voltadas para crianças e suas famílias. De acordo com a coordenadora da Política de Saúde Integral da População Negra do Recife, Rose Santos, as ações buscam a desconstrução de estereótipos e preconceitos envolvendo a população negra e suas manifestações culturais e religiosas, bem como o combate ao racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2023, a iniciativa realizou cinco edições pelos terreiros do Recife, tendo sido quatro delas realizadas entre 30 de maio e 1 de junho, durante a Semana do Bebê, e a última no dia 16 de novembro. No dia 23/11, teve a oportunidade de se apresentar em um encontro internacional da Organização Panamericana de Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual estavam presentes representantes de todos os níveis de gestão das Américas e especialistas mundiais em saúde. O projeto encerra o ano reafirmando o compromisso com a busca da equidade em saúde e o fortalecimento da luta antirracista na primeira infância, afirma a nota técnica do evento.

No ano que vem, os esforços do projeto continuarão a todo vapor. De acordo com Rose Santos, “a expectativa para 2024 é que possamos continuar contribuindo para a promoção da saúde nos terreiros, construção da identidade das crianças e combate ao racismo religioso, fomentando o desenvolvimento pleno. Além disso, favorecendo a equidade e a integralidade em saúde.”

Fonte:

<https://educ.rec.br/semanabebe/index.php/2024/04/04/projeto-ninar-nos-terreiros-da-secretaria-de-saude-do-recife-realiza-ultima-acao-de-2023/>

Diagnóstico e análise:

- Quais são os principais objetivos do Projeto Ninar nos Terreiros?
- Quais elementos do projeto o tornam inovador e bem-sucedido?
- Quais foram os principais desafios enfrentados na implementação?

Para reflexão:

- De que maneira o projeto contribui para a redução do racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)?
- De que forma o projeto conseguiu fortalecer o respeito às tradições religiosas de matriz africana no contexto da saúde pública?
- Como o reconhecimento internacional do projeto pode ser utilizado para fortalecer políticas públicas de equidade em saúde no Brasil?
- Como o projeto pode influenciar mudanças estruturais no SUS para atender melhor populações negras e periféricas?

Perspectivas:

- Quais estratégias podem ser adotadas para garantir a sustentabilidade financeira e institucional do projeto?
- De que maneira a capacitação dos profissionais de saúde pode ser aprimorada para combater o racismo institucional?

2. Construção da Linha do Tempo

A construção da linha do tempo é uma importante ferramenta para a discussão de uma temática por meio cronológico dos eventos ocorridos, proporcionando a participação ativa dos cursistas na discussão da temática. A turma pode ser dividida em grupos para melhor abordagem do evento/período analisado.

3. Referências para linha do tempo e aulas expositivas/dialogadas

BATISTA, LE; BARROS, S.; SILVA, NG; TOMAZELLI, PC.; SILVA, A.; RINEHART, D. **Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.3, e190151, 2020. DOI 10.1590/S0104-12902020190151.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 13 maio 2009.

CERQUETANI, S. **Vidas negras importam?** Racismo institucional afeta saúde e diminui expectativa de vida dos negros ao dificultar acesso a tratamentos. Viva bem. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/saude-da-populacao-negra/#cover>. Acesso em: jan. 2023.

CRUZ, I. **Tempo e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**. 2023. Disponível em: <https://nepae.uff.br/?p=3130>.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MILANEZI, J. **A institucionalização da saúde da população negra no SUS**. Nexo Políticas públicas 2020. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/linha-do-tempo/2020/10/14/a-institucionalizacao-da-saude-da-populacao-negra-no-sus>. Acesso em: jan. 2023.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. **Percursos da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil**. R. bras. Est. Pop., v.39, 1-13, e0214, 2022. DOI 10.20947/S0102-3098a0214.

UFBA. Série NEGRAS. Ep. 05. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-QcO3vnd3u4>. Acesso em maio de 2023.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2017.

WERNECK, J. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. Geledés–Instituto da Mulher Negra. São Paulo: Trama Design, 2013a. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

● MÓDULO III: Controle Social do SUS

1. Troca de experiências: mapa de atuação

Dinâmica para reflexão da atuação enquanto controle social e troca de experiências.

Iniciar com a exibição da música “Ilha de Maré” de Mariene de Castro para proporcionar uma reflexão sobre “de onde eu venho” e sobre “trajetória”. Após a exibição da música, explicar sobre a dinâmica e como ajudará a visualizar os diferentes caminhos trilhados pelos participantes e como suas experiências se conectam.

1. Escreva no centro do papel metro "Controle Social na Saúde" e divida o mapa em três grandes áreas:

- Motivações: o que levou você a atuar no controle social?
- Desafios: quais dificuldades?
- Conquistas e soluções: quais as conquistas percebidas até o momento?

2. Distribua tarjetas para que cada participante escreva suas respostas e cole nas respectivas áreas do mapa.

3. Os participantes, um a um, explicam suas respostas, compartilhando sua vivência.

4. Usando canetas ou barbantes, os participantes conectam as respostas que têm semelhanças (exemplo: desafios comuns, motivação).

2. Jornada de Projetos

Os participantes, divididos em pequenos grupos, deverão elaborar e apresentar propostas para o fortalecimento do controle social no SUS, com perspectivas no combate ao racismo e a efetivação de políticas em prol da saúde da população negra.

3. Pós-teste

A realização do pós-teste proporciona avaliar as mudanças ou os resultados da intervenção em comparação com a linha de base estabelecida durante o pré-teste, visando refletir a eficácia do processo de qualificação.

PÓS-TESTE

1. Raça?

- a) () é uma condição biológica que distingue grupos humanos.
- a) () é construção social que impõe hierarquias, conferindo poder a determinado grupo e inferiorizando outro.
- b) () as raças humanas são bem definidas geneticamente, o que justifica a separação social em grupos.
- c) () a noção de raça em humanos é amplamente aceita na biologia.

2. Racismo?

- a) () é uma atitude individual de discriminação que reflete a falta de educação da pessoa.
- b) () é um elemento estrutural da sociedade, gerando desigualdades sociais, econômicas e institucionais entre grupos racializados.
- c) () foi completamente superado nas sociedades modernas.
- d) () para existir, é necessário que haja leis que determinem explicitamente a segregação racial.

3. Em relação às condições de saúde da população negra:

- a) () A população negra tem os mesmos índices de acesso aos serviços de saúde que a população não negra.
- b) () As desigualdades na saúde da população negra estão relacionadas apenas às escolhas individuais e hábitos de vida, sem relação com fatores estruturais.
- c) () As altas taxas de mortalidade na população negra são porque as pessoas pretas e pardas são maioria na população.
- d) () O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade e a igualdade, porém se observa a desigualdade racial nos indicadores de saúde.

4. São estratégias de combate ao racismo na saúde:

- a) () Garantir que os profissionais de saúde atendam de forma neutra e universal, sem levar em consideração as questões étnico-raciais.

- b) () Implementação de políticas públicas que promovam a equidade no acesso à saúde como o Programa de Combate ao Racismo Institucional e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- c) () Não há necessidade da coleta do quesito raça/cor uma vez que todos são da raça humana.
- d) () Focar exclusivamente em políticas de combate à pobreza, pois, o racismo não apresenta impactos significativos na saúde da população negra.

5. Sobre a participação popular e o controle social no SUS:

- a) () A participação popular no SUS é opcional e não tem influência na formulação de políticas públicas de saúde.
- b) () Apenas profissionais de saúde podem participar do controle social no SUS, sem participação dos usuários.
- c) () O controle social no SUS ocorre por meio de conselhos e de conferências de saúde, onde a população pode contribuir para o planejamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde.
- d) () A participação popular no SUS se limita ao atendimento individual, sem interferência na gestão do sistema.

4. Referências para aulas expositivas-dialogadas

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5/10/1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: abril 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso: em abril 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm.

BOULLOSA, R. F. **Mirando ao revés as políticas públicas**: notas sobre um percurso de pesquisa. Revista pensamento e realidade. Ano XVI–v. 28 n° 3/2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/17572/15028>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BOULLOSA, R. F.; ARAÚJO, E. T. **Avaliação e monitoramento de projetos sociais**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009. 264 p.

CHAVES, MMN. Egry, EY. **Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde**. Rev Esc Enferm USP 2012; v.46, n.6, pp.1423-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gZtC5YJSbcDpXmJqSJvfHvN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 20 abr. 2023.

COSTA, MIS. IANNI, AMZ. **O conceito de cidadania**. In: Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica [online]. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018, pp.43-73.

ESCOREL, S. BLOCH, RA. **As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS**. In: LIMA, NT GERSCHMAN, S. EDLER, FC. SUAREZ, JM (orgs). Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2005.

GUIZARDI, FL. **Do Controle Social à Gestão Participativa: Interrogações sobre a Participação Política no SUS**. Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde mar/jun, 2009; v.7, n. 1, pp. 9-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000100002>. Acesso em: 20 abr. 2023.

LABRA, ME. **É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde?** Divulg. Saúde Debate 2008; v. 43, pp.106-117.

PAIM, JS. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, SP. **Democracia, políticas públicas e instituições de deliberação participativa: visões sobre a experiência brasileira**. Texto para discussão 2358. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

TENÓRIO, F. G. **(Re)Visitando o Conceito de Gestão Social**. Desenvolvimento em questão. Editora Unijuí. Ano 3, n. 5, jan./jun. 2005. Disponível em: https://www.ufjf.br/virgilio_oliveira/files/2014/10/Texto-17-Ten%C3%B3rio-2005.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.