

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

A educação permanente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS: A
experiência da UNA-SUS

Brasília, 2019

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

A educação permanente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS: A
experiência da UNA-SUS

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo
- Fiocruz Brasília como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas Públicas de
Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas de
Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Oliveira e Silva

Co-orientadora: Profa. Erica Ell

Brasília, 2019

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Jacqueline Portales – CRB 1924, com os dados fornecidos pelo autor.

L557e Lemos, Andrey Roosevelt Chagas.
A educação permanente na Política Nacional de Saúde
Integral da População Negra no SUS : a experiência da
UNA-SUS / Andrey Roosevelt Chagas Lemos;
orientadora Denise Oliveira e Silva. – Brasília : Fiocruz, 2019.
103 p. : il.

Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde)
-- Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

1. Saúde da População Negra. 2. Racismo.
3. Determinantes Sociais da Saúde. 3. Educação Continuada.
I. Oliveira e Silva, Denise, orient. II. Título.

CDU 613.94

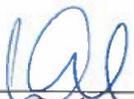
Andrey Roosevelt Chagas Lemos

A educação permanente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS: A experiência da UNA-SUS

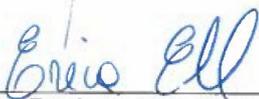
Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo - Fiocruz Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 17/05/2019

BANCA EXAMINADORA



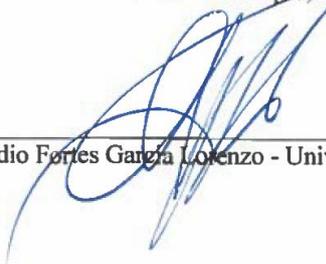
Dra. Denise Oliveira e Silva. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



Dra. Erica Ell – Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Tatiana Oliveira Novais - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília - UnB

Dedicatória:

Aprendi com a Professora Maria Inês Barbosa, que “nossos passos vêm de longe”, por isso não podemos deixar de citar aquelas e aqueles que dedicaram sua vida a luta pela saúde da população negra, em especial Mãe Beata de Yemonjá, Mãe Stela de Oxóssi, Mãe Luza de Oxum, Fátima Oliveira, Makota Valdina Pinto, Sony Santos e meu irmão de luta, José Marmo, todas e todos in memoriam.

AGRADECIMENTOS

À Olodumarè, força criadora de vida e aos Orisàs, Inkces e Voduns, em especial ao rei do meu ORI, OBALUAIYÊ, pela força ancestral que me ilumina, me fortalece e me reenergiza, me protegendo, me fortalecendo nas escolhas e nos caminhos;

À ancestralidade, por todo legado de luta, resistência, conhecimento, tradições, tecnologias e ritos;

À minha família, em especial ao meu avô José Américo, minha mãe Gilvanete, meu pai Raimundo, meu padrasto Joselito (in memoriam), minhas tias Gilzane e Antonia Creuza e meu tio Gilmar (in memoriam) por todo amor, respeito e apoio de sempre;

Às minhas irmãs Kelly e Katlyn, aos meus irmãos Isaac e Filipe e aos primos Claudio, Claudinho e Cinthia pelo afeto, companheirismo e respeito;

Ao meu babalorixá Fernando Kasiderán, por cuidar do meu ORÍ, parir meu ORÌXÀ, entender minhas lutas, ausências e apoiar meus sonhos;

Às minhas amigas Flavia e Rejane (In memoriam), Regina, Sonia, Cleanis, Marcela, Zélia, Eliana, Lucimara, Thaty, Lélia, Carol, Rejane, Darcy, Jô, Calzinha, Dulce, Katia, Santa, Neuza, Kyzze, Priscilla, Ângela e Angela, Eulina, Tamara, Virginia, Danizinha e Adriana, que nunca me permitiram sentir-me sozinho;

Aos amigos Jorge, Amado, Roberto, José Marcelo, Murilo, Eudes, Anderson, Manuel, Valter, Andson, Carlinhos, Julio Cesar, Thiego, Leonardo, Washington, Michael, Ronildo, Serginho, Carlos, Thiago, Vinícius, Marcus e Luiz pelos aprendizados, parcerias, toda atenção e os incentivos, por não permitirem eu desistir;

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, Jusseflávio, Euya, Kian, Jada, Catharine, Ana Sophia e Alicia Beatriz;

Aos meus filhos de fé, coração e luta, Moroni, Luizinho, Felipe, Clenio, Djonathan e Bruno;

À minha orientadora, professora doutora Denise Oliveira e Silva, por acolher e respeitar o meu tema e meus posicionamentos enquanto homem negro, militante, trabalhador e sonhador.

À minha co-orientadora, Dra. Erica Ell, por ter acreditado e insistido que eu conseguiria concluir a tarefa;

A Gerson Pena, ex-diretor presidente da Escola Fiocruz de Governo pelo total apoio ao nosso projeto de pesquisa;

A Fabiana Damásio pelo apoio e acolhida na Escola Fiocruz de Governo;

A Alisson Lemos, Lina Brasil e Guilherme Gomes da UNA-SUS pelo apoio e disposição das informações necessárias;

Ao professor doutor Cláudio Lorenzo por ter participado e contribuído com minha qualificação e banca final do mestrado;

A toda turma que entrou comigo na Escola Fiocruz de Governo, em especial a Olavo, Ademir, Henrique, Virginia, Cintia Clara, Raylayne, Ilano, Luciana, Rony Marcos e ao corpo docente em especial a Fernanda Severo, André Fenner e o coordenador Jorge Maia Barreto, desde o início acreditaram muito em mim, à secretaria administrativa e acadêmica, aos trabalhadores da limpeza, da segurança, da biblioteca e da lanchonete que sempre me fizeram sentir em casa;

A equipe do DAGEP pelo aprendizado na experiência de trabalho durante três anos e o auxílio na coleta das informações, e a equipe da CGGAB que me acolheu e me apoiou durante todo o período do mestrado.

Um agradecimento especial ao meu primeiro mestre, na formação e na luta, quem me emprestou os primeiros livros e me deu as primeiras dicas, o saudoso Professor Diomedes Silva Santos (in memoriam).

RESUMO

Dentre as várias iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde (MS) para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), foi ofertado em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o curso auto instrucional, à distância, “Saúde Integral da População Negra”, a partir de 2014. Esse curso, voltado para profissionais trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), estudantes e lideranças sociais, assume o debate sobre como o racismo e o racismo institucional produzem resultados desiguais na atenção à saúde e comprometem a qualidade no atendimento de negras e negros no SUS. De maneira abrangente, o curso visa capacitar profissionais de saúde para que, em sua rotina de trabalho, identifiquem iniquidades étnico-raciais que impactam sobre a saúde da população negra. Nesse sentido, esta dissertação realiza uma análise descritiva e analítica sobre o curso “Saúde Integral da População Negra”, ofertado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, entre 2014 a 2018, como estratégia para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Brasil. Busca conhecer os principais aspectos dos alunos matriculados relacionados ao vínculo com o SUS; descreve o perfil de inscrição e sócio demográfico, segundo idade, gênero, escolaridade, profissão, referência geográfica, porte da população e quesito raça/cor dos alunos matriculados; caracteriza os fatores demográficos, geográficos e sociais de conclusão dos matriculados no curso e, por fim, aponta propostas apoiar a formação/educação permanente no SUS para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Foi um estudo com base em fontes de informações e de dados disponibilizadas pela UNA-SUS, sendo a população de estudo constituída por todos os matriculados no Curso de Saúde da População Negra ofertado pela UNA-SUS, entre 2014 e 2018, que totalizaram 55.154 matriculados, em sete ofertas do curso *online* ao longo do período considerado. O tratamento estatístico dos dados foi realizado utilizando o software SPSS for Windows – *Statistical Package for Social Sciences* – versão 20. Os dados foram analisados e sumarizados por meio de análises univariadas, bivariadas e multivariadas. Dentre os principais resultados verificou-se que 9,28% dos matriculados concluíram os cursos. A idade média foi de 32,37 anos e mediana de 30 anos, sendo verificada idade maior para os não-concluintes. Quanto a escolaridade verificou-se maior frequência para o nível superior (87,4%) quando comparado ao nível médio (12,6%). As categorias profissionais mais frequentes foram os enfermeiros (23,8%), agente comunitário e assistente social com 4,6% para cada classe profissional. O auto referenciamento da raça/cor entre os matriculados, foi de 34,4% brancos, 37,4% pardos, 24,3% pretos, 1,6% amarelos, 0,4% indígenas e 1,9% não mencionaram. A frequência relativa de matriculados e concluintes do curso conforme o contingente populacional, demonstra maior proporção de matriculados em localidades com porte populacional entre 100 a 500 mil habitantes (28,5%) e acima de 500 mil habitantes (43,3%), sendo que a proporção de concluintes também foi maior nessas localidades. A experiência da UNA-SUS na oferta do curso oferece subsídios para se pensar em estratégias de continuidade para a educação permanente no sentido de apoiar a implementação da PNSIPN.

Palavras-Chave: Racismo, Racismo Institucional, Saúde da população negra, Determinante social, Educação permanente.

ABSTRACT

Among the various initiatives of Permanent Health Education (EPS) of the Ministry of Health (MS) to support the implementation of the National Policy of Integral Health of the Black Population (PNSIPN), was offered the course “Integral Health of the Black Population”, in partnership with the Open University of SUS (UNA-SUS), in the distance mode, starting in 2014. This course, aimed at professionals working in the Unified Health System (SUS), students and social leaders, assumes the debate about how Racism and institutional racism produce unequal results in health care and compromise the quality of care of black women in SUS. Comprehensively, the course aims to enable health professionals to identify, in their work routine, ethnic and racial inequities that affect the health of the black population. In this sense, this dissertation performs a descriptive and analytical analysis on the course “Integral Health of the Black Population”, offered by the Open University of the Unified Health System - UNA-SUS, from 2014 to 2018, as a strategy to strengthen the National Policy of Integral Health of the Black Population, Brazil. It seeks to know the main aspects of enrolled students related to the bond with the SUS; describes the enrollment and demographic profile, according to age, gender, education, profession, geographical reference, population size and race / color of enrolled students; characterizes the demographic, geographic and social factors of completion of enrolled in the course and, finally, points proposals to support the formation / continuing education in SUS for the implementation of the National Policy of Integral Health of the Black Population. It was a study based on information and data sources provided by UNA-SUS, and the study population consisted of all enrolled in the Black Population Health Course offered by UNA-SUS, between 2014 and 2018, which totaled 55,154 enrolled in seven online course offerings over the period considered. Statistical treatment of the data was analyzed using the SPSS for Windows software - Statistical Package for Social Sciences - version 20. Data were analyzed and summarized by univariate, bivariate and multivariate analyzes. Among the main results, it was found that 9.28% of the enrolled students completed the courses. The average age was 32.37 years and a median of 30 years, with a higher age for non-graduates. As for education, there was a higher frequency for higher education (87.4%) when compared to the average level (12.6%). The most frequent professional categories were nurses (23.8%), community agent and social worker with 4.6% for each professional class. Self-referencing of race / color among those enrolled was 34.4% white, 37.4% brown, 24.3% black, 1.6% yellow, 0.4% indigenous and 1.9% did not mention. The relative frequency of students enrolled and graduating in the course according to the population contingent, shows a higher proportion of those enrolled in locations with population size between 100 and 500 thousand inhabitants (28.5%) and above 500 thousand inhabitants (43.3%). that the proportion of graduates was also higher in these locations. UNA-SUS's experience in offering the course provides insights into continuity strategies for continuing education to support the implementation of the PNSIPN.

Keywords: Racism, Institutional Racism, Black population health, Social determinant, Permanent education.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Equipamentos de apoio e desenvolvimento da política | 45 |
| Quadro 2 - Ações de Formação e Participação Popular..... | 47 |
| Quadro 3 – Publicações de Apoio..... | 55 |
| Quadro 4 – Legislação de referência..... | 56 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Percentual de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra do UNASUS, conforme referência geográfica proposta pelo IBGE/2017 e raça, no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil..... | 73 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Frequência relativa de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra, entre no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil. 71
- Tabela 2:** Percentual de matriculados no Curso de Saúde da População Negra conforme o vínculo com o SUS, segundo o quesito raça/cor, no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil 72
- Tabela 3** -Frequência relativa de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra, no período entre 2014 a 2019 UNA-SUS, segundo porte da população, Brasília, Distrito Federal, Brasil 74
- Tabela 4** - Frequência relativa da conclusão do Curso de Saúde da População Negra, segundo quesito raça/cor e referência geográfica, no período entre 2014 a 2019..... 74
- Tabela 5** - Relação das variáveis referentes ao Curso de Saúde da População Negra, segundo a Regressão Logística, período considerado em 2014 a 2019 76

LISTA DE SIGLAS

ABEN Associação Brasileira de Enfermagem
ABPN Associação Brasileira de Pesquisadores Negros
ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACMUN Associação Cultural de Mulheres Negras
ACS Agente Comunitário de Saúde
AMB Associação Médica Brasileira
ANPG Associação Nacional de Pós-Graduandos
BID Banco Interamericano de Desenvolvimento
CBO Código Brasileiro de Ocupações
CDS Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CEBELA Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos
CDC Centro de Prevenção e Controle de Doenças
CGGAB Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica
CIES Comissão Intergestora Estadual de Saúde
CISPEN Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra
CIT Comissão Intergestora Tripartite
CMP Central de Movimentos Populares
COFIN Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
CONAM Confederação Nacional de Associações de Moradores
CONAQ Confederação Nacional de Quilombolas
CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONEN Coordenação Nacional de Entidades Negras
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS Conselho Nacional de Saúde
CT Comitê Técnico
CTSPN Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DAB Departamento de Atenção Básica
DAGEP Departamento de Apoio a Gestão Participativa e Controle Social
DATASUS Departamento de Informática do SUS
DEMÁS Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DIDA ARÁ Encontro Nacional de Tradições de Matriz Africana e Saúde

EAD Ensino a Distância
EAP/AP Escola de Administração Pública do Amapá
EDPOPSUS Curso Livre de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários em Saúde e Agentes de Vigilância de Saúde
EFG Escola Fiocruz de Governo
EMBRAPA Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENAFAL Encontro Nacional de Associações de Pessoas com Doenças Falciformes
ESB Equipe de Saúde Bucal
ESF Estratégia de Saúde da Família
EXPOGEP Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS
FBSP Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FDR Fundação Demócrito Rocha
FENAGEP Feira Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
FIOCRUZ Fundação Osvaldo Cruz
FIOTEC Fundação de Apoio a Fiocruz
FLACSO Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONAJUNE Fórum Nacional Juventude Negra
FNMN Fórum Nacional de Mulheres Negras
GM Gabinete do Ministro
GT Grupo de Trabalho
HIV Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HSH Homens que fazem sexo com homens
HV Hepatites Virais
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IST Infecção Sexualmente Transmissível
IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JAPPER Plano de Ação Conjunto entre o Brasil e os Estados Unidos
LDB Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MAB Movimento dos Atingidos Por Barragens
MCP Movimento Camponês Popular
MNU Movimento Negro Unificado
MS Ministério da Saúde

TEM Ministério do Trabalho e Emprego
NEAB Núcleo de Estudos Afro Brasileiros
OPAS Organização Panamericana da Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PIB Produto Interno Bruto
PENESB Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira
PPA Plano Plurianual
PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde
PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS Pesquisa Nacional de Saúde
PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
REDE AFRO LGBT Rede Nacional de Negros e Negras LGBT
RENAFRO Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde
SAGE Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAPATA Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras para Promoção em Saúde e Controle Social de Políticas Públicas
SAS Secretaria de Atenção à Saúde
SEAFRO Secretaria Extraordinária de Políticas para os Povos Afrodescendentes
SEPPIR Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES Secretaria de Estado da Saúde
SGEP Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SVS Secretaria de Vigilância da Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TCU Tribunal de Contas da União
TMO Transplante de Medula Óssea
UBES União Brasileira de Estudantes Secundaristas
UBM União Brasileira de Mulheres
UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF Unidade da Federação
UNA-SUS Universidade Aberta do SUS
UNB Universidade de Brasília

UNE União Nacional de Estudantes

UNEGRO União de Negros Pela Igualdade

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA Fundo de Populações das Nações Unidas

UPAC/RJ Universidade Popular de Arte e Ciência

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| APRESENTAÇÃO..... | 18 |
| 1. INTRODUÇÃO | 22 |
| 2. MARCO TEÓRICO E POLÍTICO | 31 |
| 2.1 A população negra brasileira: abordagens e percepções | 31 |
| 2.2 O sistema único de saúde e o atendimento a Negras e Negros | 33 |
| 2.3 Reflexões sobre as políticas públicas para a população negra no Brasil | 39 |
| 2.4 Caminhos e trajetórias da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, no período entre 2003 a 2016..... | 44 |
| 2.5 A experiência da UNA-SUS com o primeiro curso nacional sobre saúde da população negra..... | 58 |
| 3. PERCURSOS METODOLÓGICOS | 63 |
| 4. RESULTADOS | 64 |
| 4.1 Introdução | 66 |
| 4.2 Materiais e métodos | 68 |
| 4.3 Resultados | 70 |
| 4.4 Discussão | 77 |
| 4.5 Considerações | 85 |
| 4.6 Considerações finais..... | 87 |
| REFERÊNCIAS..... | 96 |
| Referências do Artigo | 96 |
| Referências Dissertação | 98 |
| ANEXOS..... | 101 |

APRESENTAÇÃO

Eu, Andrey Roosevelt Chagas Lemos, nascido em Aracaju, no dia 02 de novembro de 1972, ao longo da minha trajetória de luta nos movimentos sociais, assim como também na carreira profissional, sempre tive afinidade com o tema da equidade, principalmente com a luta pelo enfrentamento às iniquidades e desigualdades de acesso como consequências da discriminação por classe, raça, gênero, identidade de gênero, orientação sexual ou religiosa. A experiência de ativista social logo permitiu entender o racismo estrutural como um determinante social em saúde muito enraizado no Brasil e, conseqüentemente, a importância de políticas e ações afirmativas para garantir a promoção do acesso e ampliar o cuidado integral das populações discriminadas e excluídas, principalmente a população negra.

Ao considerar o processo histórico de exclusão social, cultural e econômica que incide no quadro de saúde e da doença de mulheres e homens negras e negros no Brasil, me indignei com as desigualdades e ingressei nos movimentos sociais ainda na condição de secundarista, em meados de 1988, ou seja, no período da Promulgação da Constituição Cidadã, em 1994, no movimento social da luta antirracista e, em 1999 pelos direitos das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

No período de 2003 a 2007 coordenei a seção de etnias da Fundação Municipal de Cultura, Turismo e Esportes de Aracaju/SE. Nesse mesmo período, em 2003 iniciei o curso de Pedagogia, mas não concluí e mudei para o curso de Licenciatura em História na Universidade Tiradentes, concluindo-o em 2007.

No ano de 2005 passei a integrar a equipe do Programa Municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV-AIDS) e Hepatites Virais de Aracaju, onde ocupei as funções de técnico e depois coordenador. Esta experiência profissional permitiu que acompanhasse também o debate sobre o crescimento da infecção do HIV e da Aids entre a população negra no Brasil e contribuiu para a criação do Projeto Jiberu, Feira de Saúde no Terreiro Ilê Axé Dematá Ny Sahara que teve início em 2006 e está em sua 14ª edição, no bairro Santa Maria em Aracaju, e realizamos também o I Encontro de Terreiros, Saúde e Axé de Aracaju.

Em 2008, me especializei-me em Ensino de História e Novas Abordagens pela Faculdade São Luís de França. Começo a integrar o Conselho Municipal de Saúde de Aracaju, e em seguida fui selecionado para o Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde para o período 2011/2012,

colaborando com a elaboração do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, publicado em 2011 pela Resolução CIT nº 02 de 06 de dezembro de 2011.

A partir de maio de 2014 passei a compor a equipe do Curso Livre de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários em Saúde e Agentes de Vigilância de Saúde – EDPOPSUS, numa parceria do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde com a FIOTEC na condição de bolsista. Do qual, já acumulava experiência em gestão de políticas de saúde e a certeza que mesmo sendo educador gostaria de continuar trabalhando em defesa da saúde pública, o que determinou a decisão de prestar concurso para o cargo de tecnologista júnior em gestão de políticas públicas de saúde no Ministério da Saúde que aconteceu em 2014, sendo aprovado, em 2015 como servidor público federal do Ministério da Saúde no referido cargo, para atuar no campo das Políticas Nacionais de Saúde Integral das Populações Negra e de LGBT.

Em 2017 considerei a importância da formação em *stricto sensu* para aprimorar e contribuir com a produção de conhecimentos no campo da saúde pública e apresentei à Escola Fiocruz de Governo minha candidatura ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde da Fiocruz-Brasília, na linha de pesquisa - saúde e justiça social.

Fui selecionado e aprovado e ao concluir este processo de formação, fortaleci os pressupostos da experiência dos movimentos sociais vividos, de reconhecer os processos históricos de discriminação de raça, etnia, gênero e orientação sexual legitimados pelo patriarcado e pelo escravagismo, que estão fortemente enraizados na cultura e sociedade brasileira, os quais se refletem nos determinantes sociais e de saúde.

O momento de apresentação desta dissertação revela-se como etapa de minha vida de consolidar conceitos teóricos sobre os racismos, estrutural e institucional, e a experiência da gestão federal do SUS com minha experiência vivida no processo de formulação e implementação da política nacional de saúde integral da população negra, a partir de 2003, quando é criada a Secretaria Estratégica de Gestão Participativa no Ministério da Saúde. Esta experiência de associar a teoria acadêmica em políticas públicas de saúde com a trajetória como técnico de ações de políticas públicas, foi fundamental para a reflexão sobre o diálogo interfederativo e com a sociedade civil para consolidar os direitos constitucionais e princípios do SUS como a participação da comunidade e equidade, colaborando efetivamente com a gestão do SUS na promoção do acesso dessas populações aos serviços de saúde. Neste sentido, a dissertação que apresento neste momento, visa compartilhar o conhecimento e experiência no SUS no enfrentamento ao racismo institucional para uma saúde equânime, universal e integral, corroborando para um bem-estar físico, mental e social de todas e todos.

Esta dissertação está dividida em tópicos, iniciando pela apresentação onde trago minha trajetória de percepção sobre os racismos e as injustiças, depois como se inicia minha relação com a política pública de saúde, o SUS, a equidade e a saúde da população negra.

Na introdução apresento uma breve narrativa sobre como os racismos construíram desigualdades no Brasil e como incidem no processo saúde – doença, o sistema único de saúde e o atendimento à população negra nos serviços.

No tópico objetivos, o recorte da dissertação demonstra como acreditamos que podemos contribuir com a saúde pública no país por meio da análise do curso pioneiro da UNA-SUS sobre saúde da população negra no Brasil.

O desenvolvimento do caminho metodológico que percorremos para o estudo e os resultados encontrados trouxemos em um artigo que analisa o primeiro curso de saúde da população negra ofertado para o país inteiro através de uma parceria do Ministério da Saúde e a Universidade Aberta do SUS com os seus resultados e nossas considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas no estudo.

Finalmente, o desafio de superar o que ainda hoje permeia o imaginário da população brasileira- do mito da democracia racial, na conclusão deste estudo encaminhamos algumas considerações sobre a importância da educação permanente de gestores, trabalhadores e usuários para a redução da discriminação racial nos serviços de saúde. Sobre a necessidade de maior sensibilidade e compreensão sobre a especificidades da população negra no SUS e os modos de vida decorrentes de processo de exclusão social, são os desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira. Mas, tenho certeza que a apresentação desta dissertação pode trazer contribuições para o processo de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Brasília, 08 de maio de 2019

Andrey Roosevelt Chagas Lemos

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país situado na América Latina que atualmente conta com uma população de aproximadamente 210 milhões de brasileiras e brasileiros, sendo 52 por cento de pretos e pardos (1).

Desde o século XVI o nosso país recebeu centenas de milhares de negros e negros vindos do continente africano para serem escravizados e escravizadas para o trabalho em solo brasileiro. Deste modo foi construída a sociedade brasileira, marcada pela escravização e pelas inúmeras oportunidades concedidas aos europeus que aqui chegaram e receberam terras, títulos e outros mecanismos de incentivos para trabalharem e construírem seu patrimônio.

Essa história de desigualdade criou uma sociedade hierarquizada onde alguns grupos ao longo de cinco séculos foram privilegiados e outros excluídos, violentados e negligenciados. Ao longo desse período, muitas lutas foram travadas e o Estado brasileiro implementou vários mecanismos de perseguição e violação de direitos a negros e negros e indígenas, consolidando-se numa sociedade marcada pelas desigualdades sociais, econômicas e culturais que ainda hoje incidem na organização social, cultural e política do país.

Durante o século XX, pudemos observar a presença de movimentos humanistas que pleiteavam uma sociedade mais justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando as necessidades de cada cidadão e considerando suas especificidades. Esses movimentos lutavam por oportunidades políticas, tentando criar programas e ações voltadas a populações em situações de desigualdades, na perspectiva de construir oportunidades e reduzir as iniquidades sociais e econômicas.

A luta pela redemocratização do Brasil, assim como em outros países da América Latina, é consequência de um processo histórico de negação de acesso a bens e serviços, invisibilidade de demandas históricas, incidindo diretamente na saúde da população. O Brasil durante esse período ousava lutar por um projeto político que pudesse trazer ao país mais oportunidades de crescimento com democracia participativa, direitos sociais e políticas públicas que reduzissem as vulnerabilidades.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a arena de construção de um profundo debate sobre direitos através da Assembleia Constituinte rumaram para a construção da luta pela universalidade do acesso à saúde e a efetivação da integralidade do cuidado, reconhecendo a saúde enquanto processo determinado socialmente por dimensões que

atravessam os sujeitos como preconceito, localização geográfica, barreiras culturais e estruturais dos serviços, dentre outros.

O presidente da Fiocruz, Antônio Sergio Arouca, em sua conferência de abertura na 8ª Conferência Nacional de Saúde, provocou: “...o que significa esse conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido (parece faltar uma palavra nesse trecho). Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo...” e continuou: “...se uma pessoa ganha pouco e não consegue comprar aquilo que é fundamental para a sua sobrevivência, ela não consegue recuperar toda a energia que está gastando no trabalho, e, portanto, se enfraquece; se alguém mora mal, não consegue que a sua casa seja uma proteção contra as agressões do meio ambiente; se não tem acesso à educação, não consegue ter aquele conhecimento que lhe permite controlar a natureza. Tudo isto, finalmente, leva à conclusão de que se uma pessoa não come aquilo que é o mínimo necessário e adequado à reprodução da vida, ela se enfraquece, e, se enfraquecendo, perde a luta contra a agressão e adocece. Adoecendo, não trabalha e nem pode mais vencer todas as lutas que uma sociedade competitiva lhe coloca. Portanto, trabalha menos, fala menos, mora pior, tem água em piores condições, se alimenta pior e adocece mais...” e em seguida refletiu: “...cada vez que um povo consegue ter direito a uma educação condigna; a uma habitação que não seja a casa do barbeiro nem um mangue com seus caranguejos, mas um lugar que permita ao camponês condições dignas de existência; a uma alimentação que possibilite e garanta a reprodução humana saudável, para que este país não se transforme numa nação de pigmeus (como já foi até denunciado); cada vez, enfim, que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade, visando a um nível de vida melhor, um bem estar condizente com o crescimento acelerado da civilização tecnológica...”.

A política deve ser vista como um compromisso oficial expresso em documento escrito, no qual consta um conjunto de diretrizes, objetivos, intenções e decisões de caráter geral e em relação a um determinado tema em questão e a partir daí deve funcionar como um instrumento para direcionar o planejamento e a elaboração de ações e estratégias, programas e

planos de ações, projetos ousados que corroborem para sua efetiva implementação e alcance os devidos resultados.

Nesse sentido, as políticas de promoção da equidade em saúde formam um conjunto de ações e serviços de saúde que são priorizados e ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde. A efetiva participação da sociedade civil organizada nas conferências e o diálogo construído com o parlamento possibilitou a garantia da gestão participativa como forma prioritária para promoção e produção de políticas e estratégias que buscam reduzir as iniquidades em saúde a que determinados grupos populacionais são cotidianamente expostos como as populações negra e quilombola; do campo, da floresta e das águas, LGBT, em situação de rua, população cigana dentre outras.

A gestão participativa deve ser capaz de articular as políticas e estratégias do SUS no sentido de promover a equidade e assegurar a universalidade do acesso à saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais, econômicos presentes na história do país (2).

Muitos são os dados e exemplos de iniquidades em saúde que podem compor o cenário de efetivação do SUS. Nos parágrafos abaixo se destacam alguns aspectos que notadamente implicam na qualidade de vida e na saúde das populações:

O racismo no Brasil é estruturante pois demarcou a separação entre aqueles que produzem as riquezas e os que usufruem dessas, e também institucionalizado porque as nossas instituições públicas não foram pensadas para acolher, reconhecer e trabalhar para a população negra, considerando que esta durante séculos foi excluída de vários direitos, inclusive com a legitimidade da lei, o que determina que esses racismos permeiam todas as áreas da vida dessa população.

O mito da democracia racial, infelizmente ainda permanece no imaginário da sociedade brasileira e conseqüentemente parte substancial dela ainda nega a existência do racismo. O Brasil não pode mais ser visto como uma democracia racial e alguns órgãos do Estado são constituídos por um racismo institucional, nos quais as hierarquias raciais são aceitas como normais.

O racismo tem várias dimensões interpretativas e se constitui de elemento de grande criatividade perversa para a discriminação social.

De acordo com Sueli Carneiro (3):

o racismo penetra os diferentes campos da vida social e produz seus resultados, o que nos permite compreender como o racismo estrutura profundamente o escopo de democracia no Brasil, reduzindo a abrangência da cidadania por estar na base da criação e manutenção de preconceitos, ou seja, ideias e imagens estereotipadas e inferiorizantes acerca da diferença do outro e do outro diferente, justificando o tratamento desigual (discriminação) (3).

Podemos considerar o racismo interpessoal que se caracteriza quando pessoas fazem uso de pensamentos preconceituosos e têm ações discriminatórias ofendendo a população negra de maneira a afetarem o seu direito à saúde entre outros bens e serviços sociais, como o simples fato de conviver respeitosamente.

O racismo institucional coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações quando, por exemplo, em políticas públicas não reconhecem que historicamente essa população foi direcionada pelo Estado brasileiro para o lugar da exclusão, vulnerabilidade e desigualdades, ou até mesmo marginalidade.

Ainda nos deparamos com situações vexatórias como não incluir nos folders, cartazes e meios de comunicação, imagens positivas de pessoas negras. A maioria dos livros didáticos não costuma retratar a pessoa negra como agente de sua própria história, ainda utilizamos de uma historiografia branca onde invisibiliza os protagonismos negros, e ainda nos deparamos em todo o território nacional com a omissão do tema nas salas de aula.

A ausência da realização do teste eletroforese utilizado para o diagnóstico de Anemia Falciforme, por exemplo, junto com o teste do pezinho, é uma marca do racismo institucional e segue colocando essa população em situação de iniquidade.

É urgente a necessidade de incluir os temas dos racismos e os impactos na saúde nos processos de formação e educação permanente para trabalhadores e trabalhadoras e também para o controle social da saúde. Para isto, é fundamental ampliar e fortalecer a participação dos movimentos sociais da luta contra os racismos nas instâncias de controle social e desenvolver

processos de informação, comunicação e educação que reduzam vulnerabilidades, desconstruindo estigmas, preconceitos e fortalecendo uma identidade negra positiva, contribuindo para a auto estima, valorização e o cuidado na população negra.

O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 se constitui um importante marco legal quando afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (4).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem procurado ao longo do tempo a construção e consolidação de políticas voltadas a segmentos específicos, na perspectiva de atendê-los em suas necessidades e, em relação a população negra, isso não foi diferente.

Ao implementar no MS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)ⁱ, enquanto instrumento capaz de somar aos esforços para romper com os injustos processos sociais aos quais os negros ainda estão sujeitos, em uma sociedade sobre a qual ainda repousa o manto do preconceito e isso reverbera sobre as oportunidades de trabalho, acesso à educação e cultura, enfim reduz as chances de ter uma vida digna.

Neste processo a Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em 2003 pelo Governo Lula, a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Conselho Nacional de Saúde em 2006, a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, por meio da Portaria GM/MS nº 992 em 2009, a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial, aprovado na Lei 12.288/2010, a pactuação do Plano Operativo de 2008 a 2011 da PNSIPN na CIT, o lançamento da campanha “*Igualdade Racial no SUS é Pra Valer*”, iniciada no Ministério da Saúde em 2012, foram outros marcos importantes para o fortalecimento da construção de ações articuladas que tinham como objetivo reconhecer os racismos como determinantes e condicionantes de vulnerabilidades junto a saúde da população negra no Brasil.

Uma importante demanda apresentada pelos movimentos sociais de negras e negros era também reconhecer e fomentar as práticas tradicionais de saúde preservadas pelos povos e comunidades tradicionais de matriz africana. Por isso o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de elaborar e /ou apoiar a criação de materiais de informação e educação sobre o tema Saúde da População Negra com respeito aos valores e saberes das tradições de matriz africana.

Em 2008, a população negra representou 67% do total de atendimentos no SUS, neste concentram-se usuárias/os com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, o que apontou como usuária preferencial do SUS a população de mais baixa renda e a população negra (5).

A constatação de tal contexto social aparece em diferentes momentos de nossa história e, nos dias atuais não são poucos os estudos e relatórios a traçar o quadro de negligência com a população negra, a exemplo de estudo publicado pela Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR), quando demonstrou que as mulheres negras, entre 10 e 49 anos estão entre o segmento de mortes maternas decorrentes de hipertensão, hemorragia e infecção puerperal, ou seja, causas perfeitamente evitáveis se tivesse acesso ao que é preconizado no pré-natal (6).

E, ao buscar outras causas de mortes de negros no Brasil, pode-se constatar o ato de indivíduos desses segmentos encabeçarem as estatísticas de homicídios e, em geral na faixa dos 15 aos 25 anos, um verdadeiro genocídio, ou ainda, na primeira semana de vida também morrem mais crianças negras do que brancas. Será que os negros estão mais vulneráveis a morte prematura?

O cenário vivenciado pela população negra perpassa um quadro de grave desigualdade e exclusão social. Parte do drama se deve a negação de direitos e ao baixo grau de empoderamento para o acesso às oportunidades presentes na sociedade, pois em geral os negros e negras possuem menor grau de escolaridade, recebem os menores salários, estão

expostos às atividades mais insalubres – a exemplo de coleta de materiais reciclados em lixões a céu aberto ou pelas ruas das grandes cidades –, morrem mais cedo e possuem menor participação no Produto Interno Bruto (PIB).

É importante ressaltar que no Brasil o racismo teve suas raízes na colonização e no processo de escravidão – essa última durou mais de três séculos – sendo um dos últimos países do mundo a abolir essa prática. Mesmo após a abolição da escravidão, mediante a assinatura da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, a população negra permaneceu marginalizada e com o acesso ao trabalho distribuído de forma desigual, cabendo a esse segmento, na maior parte das vezes, a ocupação de posições subalternas. Tem-se uma construção do racismo de forma histórica e o Estado Brasileiro contribui para a manutenção das iniquidades quando não institui políticas públicas que promovam a equidade, reconhecendo as diferentes especificidades étnico-raciais na saúde.

O que mais dificulta a implantação de práticas e políticas públicas antirracistas é o paradoxo central trazido por López (7). A autora diz que a ausência parcial de reflexões sobre o racismo institucional pode estar relacionada às dificuldades das próprias instituições reconhecerem esses mecanismos e se auto examinarem enquanto (re)produtoras de racismos. Para incluir políticas que garantam a equidade étnico-racial, é necessário que a instituição assuma a (re)produção do racismo institucional para justificar a execução de tais políticas.

O racismo institucional constitui um vetor importante a ser considerado para a dificuldade do sistema de saúde promover a atenção à saúde da população negra no Brasil. Essa constatação pode ser identificada nos diferentes serviços prestados à população em geral e, em seu conjunto se verifica ausência de cuidado com algumas doenças mais presentes em indivíduos negros, a exemplo da anemia falciforme.

A formação profissional, nem sempre se preocupou com a saúde de segmentos específicos, a exemplo da população LGBT, pessoas em situação de rua, moradores expostos

ao lixo e as condições insalubres de residência e, muito menos a problemática enfrentada pela população negra com relação a sua saúde. Esta situação impõe a adoção da PNSPN como resposta as demandas desse segmento social, por isso, há urgência em construir mecanismos e instrumentos para o monitoramento e avaliação da política.

Assim, reconhecendo que o racismo institucional vêm contribuindo para as iniquidades e condições de acesso da população negra a saúde; que o SUS vem implementando a PNSIPN que a formação profissional é um eixo sobre educação permanente e educação popular em saúde; a falta uma cultura de monitoramento e avaliação em políticas públicas no Brasil, e que tais questões constituem o problema de pesquisa ora trabalhado.

O estudo das políticas públicas reveste-se de importância singular, tanto para o gestor, quanto para a população, quando se busca desvelar os meandros de sua proposta, estratégias e resultados alcançados (embora tal procedimento nem sempre seja uma ação prioritária desenvolvida pelos governos no país).

O olhar aproximativo sobre a efetivação da PNSIPN constitui-se de ação de alta relevância e pertinência, especialmente em relação à verificação da relação entre acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida desse segmento.

Kabengele Munanga (8), cita que a desigualdade entre as diferentes etnias brasileiras demarca o acesso ou a exclusão a políticas sociais, gerando ainda mais exclusão, quando por trás se encontra o racismo arraigado nas relações sociais.

O preconceito no Brasil segregaciona um determinado grupo, isso é acarretado por uma ideologia que prega a supremacia de um povo, de uma raça, ou mesmo de uma cultura sobre outras, expressando-se de diversas maneiras: em nível cultural, religioso, biológico.

Na concepção de valores, e em nível institucional, legalizado. Nogueira (9) aponta que no Brasil acontece uma forma velada de preconceito, no intuito de vislumbrar um

igualitarismo racial, onde acaba por assumir um “caráter de atentado contra um valor social que conta com o consenso de quase toda a sociedade brasileira, sendo por isso evitada” (9).

Para Munanga,

Não existem leis no mundo que sejam capazes de erradicar as atitudes preconceituosas e que existem nas cabeças das pessoas (...). No entanto, cremos que a educação é capaz de dar tanto aos jovens quanto aos adultos a possibilidade de questionar e de desconstruir os mitos de superioridade e de inferioridade entre grupos humanos que foram socializados (...) não temos dúvidas que a transformação de nossas cabeças de professores e uma tarefa preliminar importantíssima. Essa transformação fará de nós os verdadeiros educadores, capazes de contribuir no processo de construção de individualidades históricas e culturais das populações que formam a matriz plural do povo e da sociedade brasileira (8).

Para isto, estabelecemos como objeto desta dissertação o estudo de caso da implementação do curso da UNA-SUS no período de 2014 a 2018, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para desvelar os atores envolvidos nesta estratégia com a intenção de compreender o alcance de tais ações.

Nesse sentido, o objetivo geral do estudo foi analisar o curso de formação auto instrucional, a distância, sobre saúde da população negra”, ofertado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, entre 2014 a 2018, como estratégia para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Brasil.

Nessa direção, os objetivos específicos visaram conhecer os principais aspectos dos alunos matriculados relacionados ao vínculo com o SUS; descrever o perfil de inscrição e sócio demográfico, segundo idade, gênero, escolaridade, profissão, referência geográfica, porte da população e quesito raça/cor dos alunos matriculados; caracterizar os fatores demográficos, geográficos e sociais de conclusão dos matriculados no curso; encaminhar propostas para a formação/educação permanente no SUS para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Assim, desejamos analisar a experiência do curso da UNA-SUS sobre a saúde integral da população negra.

2. MARCO TEÓRICO E POLÍTICO

2.1 A POPULAÇÃO NEGRA BRASILEIRA: ABORDAGENS E PERCEPÇÕES

Os estudos sobre a realidade da população negra na sociedade brasileira, inegavelmente, apontam o caráter de violência a qual esse segmento sempre esteve exposto. Inicialmente, sob o mando da chibata, das correntes e do cativo e, mais recentemente, pela negação a seus direitos de cidadania, imposta pela dura realidade de desigualdade social. O cotidiano vivenciado pela população negra brasileira se mistura com outras dificuldades, como viver na zona rural, sem terra ou apoio de qualquer ordem; ou esmagada nas precárias condições de vida das periferias das cidades; ou mesmo como principal inquilina do sistema carcerário. Em todas as situações descritas o acesso à saúde é dificultado por vários determinantes sociais.

A exclusão vivenciada por negros e negras é superior à dos brancos e das brancas. Essa assertiva aparece em diversos estudos, a exemplo da pesquisa realizada pelo Instituto Ethos e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), intitulada Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas Ações Afirmativas (10). A pesquisa aborda a diferença entre negros e não negros no mercado de trabalho, chegando a uma constatação estarrecedora: apenas 3,6% das empresas pesquisadas possuíam alguma política de inserção de afrodescendentes nos quadros de colaboradores.

Deve-se considerar ainda, no rol das pesquisas recentes sobre a exclusão social da população negra no Brasil, o Atlas da Violência 2017 (11), onde se verifica a maior incidência de mortes violentas junto a esse segmento social e, em sua maioria, jovens, conforme já apontava o Mapa da Violência de 2016 (12). A esse respeito, a repórter Caroline Oliveira, da Revista Carta Capital, abre sua reportagem tecendo a seguinte constatação: “[...] homens, jovens, negros e de baixa escolaridade são as principais vítimas de mortes violentas no País. A população negra corresponde à maioria (78,9%) dos 10% dos indivíduos com mais chances de serem vítimas de homicídios” (13).

A razão de tais mortes é sem dúvida o racismo, enquanto fenômeno social presente na sociedade brasileira e, neste estudo, tomado como um conceito central para o esforço interpretativo (14). É evidente o quanto o conceito de raça, racismo e identidade marcam o estudo em tela.

O conceito de identidade será trabalhado a partir de estudo de Stuart Hall (15), buscando, deste modo, nas ciências sociais diferentes percepções sobre o lugar do “eu”, em que há três diferentes concepções de identidade que se relacionam às visões de sujeito ao longo da história. A primeira é denominada *identidade do sujeito do Iluminismo*, que expressa uma visão individualista de sujeito, caracterizado pela contração e unificação, em que prevalece a capacidade de razão e de consciência. Assim, entende-se o sujeito como portador de um núcleo interior que emerge no nascimento e prevalece ao longo de todo seu desenvolvimento, de forma contínua e idêntica. A segunda, a *identidade do sujeito sociológico*, considera a complexidade do mundo moderno e reconhece que esse núcleo interior do sujeito é constituído na relação com outras pessoas, cujo papel é de mediação da cultura. Nessa visão, que se transformou na concepção clássica de sujeito na Sociologia, o sujeito se constitui na interação com a sociedade, em um diálogo contínuo com os mundos interno e externo. Ainda permanece o núcleo interior, mas este é constituído pelo social, ao mesmo tempo em que o constitui. Assim, o sujeito é, a um só tempo, individual e social; é parte e é todo. Mas tais papéis não são fáceis de mobilizar e tampouco de compreender diante da complexidade que é a vida social. Exatamente por isso, tais conceitos são essenciais quando se busca compreender o lugar ocupado pelo negro na sociedade brasileira e como isso afeta o acesso aos serviços de saúde.

Logo, os conceitos de estigma e rotulagem social são importantes, pois aqui se encontra um terreno fértil para se filiar aos estudos da memória, das narrativas sobre identidade e pertencimento. Sendo este último essencial para se compreender o lugar ocupado pelo indivíduo e seus referenciais de vida pessoal e comunitária. O estudo ainda requer uma passagem

considerável pelo conceito de políticas públicas, enquanto ação do estado frente à demanda e oferta de serviços.

Assim, faremos uso de conceitos e assertivas desenvolvidas por Paulo de Martino Jannuzzi (18), considerando que um dos pontos singulares de sua pesquisa é o debate sobre os indicadores sociais na formulação das políticas públicas, demonstrando o fato inegável de que a população negra tem sido historicamente excluída das ações governamentais, especialmente de empoderamento para o rompimento da desigualdade social. Tal negativa de direito está intimamente relacionada ao racismo institucionalizado.

O acesso à saúde é também um conceito chave para este estudo, especialmente quando se compreende existir mecanismos institucionalizados capazes de frear a população negra em relação ao seu direito de dispor dos serviços de saúde, em parte pelo racismo institucionalizado. Nesse sentido, faremos uso do conceito trabalhado por Sanchez e Ciconelli (19), quando associam o acesso a quatro dimensões, quais sejam, disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Assim, afirma-se a importância de se construir e sedimentar a prática de avaliação permanente das políticas públicas, como fomento a sua efetivação mais universal, conforme preconizam os princípios do SUS.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO A NEGRAS E NEGROS

O repórter da Revista Época, Rodrigo Capelo (20) procurou desvendar as razões dos negros terem menos acesso ao sistema de saúde e, constatou a discriminação, mesmo com os esforços governamentais para assegurar a plena efetivação dos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) publicada em maio de 2009, os negros apresentavam sentimento maior de não terem sido plenamente atendidos em suas demandas ao saírem das unidades de saúde, ou ainda, os negros apresentavam desvantagens em todos os quesitos pesquisados, como: se consultarem menos;

ter menos acesso a remédios; mais expostos a dengue; ter menos planos de saúde; enfim um rol de indicadores suficientes para comprovar o grau de vulnerabilidade ao adoecimento.

Deve-se considerar também indicadores sociais, especialmente em relação ao acesso a água potável, condições de habitação, saneamento básico, escolaridade, para se discutir a saúde da população negra no Brasil, especialmente quando se compreende o fato desse segmento se encontrar mais exposto a condições de insalubridade.

A pesquisa do IBGE, divulgada em 2016, informava o fato de pessoas pretas e pardas terem mais probabilidade de viver em domicílios em condições precárias, ou seja, sem acesso a água, rede de esgoto e coleta regular de lixo.

Diante das frequentes dificuldades enfrentadas pela população negra brasileira na atenção à saúde pelo SUS, a busca de soluções para aflições e enfermidades é uma das principais motivações que orientam a filiação religiosa. Desta forma, a terapêutica religiosa constitui uma das alternativas de cura, cuja adesão por parte de seus seguidores é influenciada, entre outros fatores, por experiências individuais ou coletivas de sua eficácia (21).

Os terreiros de candomblé não fogem desta lógica, sendo comum que pessoas que não encontrem amparo do Estado ou dos serviços de saúde em geral, depositem sua confiança nestes espaços para solucionar diversos casos que afligem a sua saúde.

É importante destacar que os terreiros estão, em geral, localizados em comunidades pobres e periféricas, fato que faz com que sejam referência para o cuidado de saúde. Assim, ao longo dos últimos anos alguns babalorixás (sacerdotes masculinos nos cultos de candomblé) ou Yalorixás (sacerdotisas nos cultos candomblecistas) têm despertado para a realização de feiras de saúde, a exemplo das propostas desenvolvidas no Terreiro de Gantois, na “Casa Branca” em Salvador e no Ilê Axé Demata Ny Sahára em Aracaju, com o objetivo de oferecer acesso a saúde para pessoas que dificilmente seriam atendidas nas unidades públicas de saúde.

As práticas de saúde desenvolvidas nos terreiros permitem focar as especificidades da saúde da população negra, a exemplo da anemia falciforme, diabetes mellitus, hipertensão arterial, miomas e a deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase ou de outras doenças com maior incidência entre negras e negros.

Mas é a pobreza crônica e abrangente, além do racismo disfarçado e profundo, que completa os principais determinantes do quadro de saúde da população negra no Brasil. Dados epidemiológicos indicam que os negros brasileiros, homens ou mulheres, adoecem mais e morrem mais cedo, em todas as idades. Tal fato fez com que na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, fossem aprovadas propostas que reforçam estratégias específicas de atenção à saúde desta população.

Para além das questões discutidas nesta conferência, também se destaca o tema da invisibilidade da população negra como obstáculo cultural que preside tanto o quadro de doenças quanto o conjunto de ações de saúde.

Luciano Toledo, diretor da unidade da Fiocruz na Amazônia e um dos coordenadores do Projeto Quilombo, acrescenta que o negro acaba não vendo a si próprio porque lhe falta, entre muitas oportunidades, o acesso à informação. "Ele não conhece sequer as doenças genéticas de sua etnia" (22).

Este cenário se torna mais preocupante por conta do racismo institucional que a população negra sofre, fato que fez com que o Ministério da Saúde lançasse em 2014 a campanha "Racismo faz mal à saúde, Denuncie!"

Esta campanha também tinha como objetivo informar e sensibilizar os profissionais da saúde sobre a existência do racismo e a necessidade de combatê-lo. Desta forma, a vinculação com religiões de matriz africana constitui uma dupla finalidade: de resistência política e afirmação identitária, pois é um lugar de compartilhamento dos problemas e aflições cotidianas, como também de compartilhamento de conquistas e curas (21).

É fundamental que o SUS perceba a importância da efetivação de parcerias com espaços religiosos como terreiros de candomblé, com vistas no fortalecimento da atenção integral à saúde de setores e grupos sociais em situação de vulnerabilidade social.

Desta forma, entende-se que os terreiros de candomblé se constituem em instrumentos e espaços que contribuem com a elevação da autoestima, inclusão e socialização de diferentes grupos vítimas de discriminação e possivelmente estigmatizados como negros, mulheres, pretos, pobres e população LGBT, que ainda encontram dificuldades na acessibilidade às políticas públicas e à cidadania principalmente no campo da saúde.

Assim, esse tema se reveste de especial relevância pelo fato de ser um estudo que aborde a necessidade da efetivação de uma política pública voltada para a promoção da saúde da população negra, a participação e luta do segmento em busca de políticas públicas para suas comunidades, onde indivíduos considerados até pouco tempo invisíveis na cena pública, adquirem grau de importância e reconhecimento como singulares para o mapeamento da situação da saúde na sociedade atual, em especial na compreensão do alcance do SUS nestes seus mais de 30 anos de existência e o dispositivo constitucional que define a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O Brasil é um país continental, com regiões que possuem aspectos diversos caracterizados por diferentes modos de vida, ambientes e formas de relacionamento do indivíduo com o coletivo e suas culturas, por isso estudar a saúde no Brasil constitui um desafio imenso, especialmente quando se compreende a multiplicidade de segmentos, reivindicações e propostas de ações em execução ao longo das duas últimas décadas, pelas três esferas de governo, como premissa para a efetivação do SUS, conforme a Lei nº 8.080/90 (23).

O reconhecimento de tal cenário impõe à ciência reflexão, para a análise de políticas públicas implementadas. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se constitui como política pública emblemática, devido ao seu papel

estratégico de fomento às ações de acesso ao SUS, bem como seu papel para a melhoria da qualidade de vida das pessoas negras por meio de ações de prevenção, promoção da saúde e proteção.

É possível afirmar, provisoriamente, o avanço do SUS com o advento de políticas e ações para grupos específicos, quais sejam: indígenas; pessoas com HIV/Aids, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); população carcerária; e, mais especificamente aqui tratada, a população negra. Essas ações potencializaram resposta às demandas por serviços de saúde e por melhor cobertura das ações.

Mas nem sempre tais propostas se efetivam, e a razão primeira para o fracasso junto aos negros pode ser a questão do acesso aos serviços, ou seja, o preconceito e a discriminação que termina minando as possibilidades de poder desfrutar de informações importantes para a prevenção a doenças, obtenção de tratamentos adequados, ou mesmo ter a garantia de direito assegurado quando se faz necessário, devido aos vários obstáculos presentes em nossa sociedade.

Na realidade presente, o simples ato de ir a uma unidade de saúde não significa dispor de resposta adequada às demandas individuais. Neste sentido, as razões para a propositura de uma política de saúde voltada à população negra traduzem o descaso e a distância desse segmento das políticas universais de saúde e, em certa medida, representa uma forma de responder aos desafios enfrentados pelos negros quanto a agravos à sua saúde. Entretanto, os indicadores em saúde para a população negra apontam taxas elevadas de HIV, doenças diabéticas, cardiopatas e anemia falciforme. Enfim, no geral doenças capazes de serem evitadas ou tratadas, mas as dificuldades de acesso a informações e serviços de saúde por parte desse segmento da sociedade se traduzem em obstáculos para alcançar qualidade de vida.

Deve-se considerar como obstáculo ao acesso aos serviços de saúde um histórico de negação da cidadania aos negros no Brasil. Isso se deu de forma sistemática, apesar do

discurso de não haver racismo, como se observa na argumentação do antropólogo Gilberto Freyre (24), ao considerar o Brasil uma democracia racial - embora pesquisas posteriores tenham desconstruído radicalmente tal perspectiva e apontado para o caráter excludente da nossa sociedade.

O cenário vivenciado por negras e negros na sociedade brasileira desmerece o status de Estado democrático de direito, ou seja, convivemos com direitos amplamente assegurados na Constituição Federal e amplamente negados, especialmente quando se diz não ser possível tratamento desigual, dado que a isonomia deve ser o alicerce das relações sociais.

A tão propalada democracia racial, alegada por Gilberto Freyre (24), em Casa Grande e Senzala, ainda serve de ponto de apoio para argumentos que procuram negar uma sociedade amplamente marcada pelo preconceito racial. Como aponta Laura Cecília López (25), que o racismo encontra-se cotidianamente materializado nas instituições de tal forma que passa despercebido por muitas pessoas.

De acordo com o Ministério da Saúde, a PNSIPN é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral.

Ao considerar que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras, a PNSIPN, formulada pela ação de gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde, ainda expressa dificuldades para sua plena implementação no país..

O Ministério da Saúde criou em 2004 um Grupo de Trabalho e em 2009 o Comitê Técnico Assessor da Saúde Integral da População Negra, instrumentos com a participação de

gestores da união, pesquisadores e lideranças sociais que tiveram como principal tarefa escrever, planejar e monitorar a política que tem como objetivo geral promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Estão entre os objetivos específicos da PNSIPN: a formação de seus trabalhadores¹., premissa da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004. (2)

2.3 REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

De acordo com Fátima Oliveira:

[...] a compreensão da dimensão das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em sociedade classista, apontam tamanhas controvérsias sobre o quesito cor – a identificação racial [...] nos meios científicos, entre profissionais, serviços, formuladores e implementadores das políticas de saúde. [...] Os argumentos a favor e contra o preenchimento da cor das pessoas são inúmeros. (26).

As acusações de posturas racistas partem de ambos os lados. Quando o item existe nos formulários, a negligência no seu preenchimento é regra. Mesmo quando preenchido por autodeclaração ou por observação do (a) profissional, não se sabe muito bem nem para que serve e nem o que fazer com ele. Em geral, os serviços não o consideram um dado epidemiológico essencial: (26).

A filósofa Sueli Carneiro afirma que as desigualdades que hoje percebemos, vem sendo construídas historicamente, e decorrem de uma abolição inconclusa não acompanhada de nenhuma política efetiva de inclusão de massa de ex-escravos. Ao contrário, foi relegada socialmente por meio de uma política eugênica de branqueamento da sociedade pelo estímulo

a imigração europeia mediante a políticas de exclusão que impediram o acesso democrático dos negros a uma educação formal e ao mercado de trabalho, limitando suas possibilidades de participação na vida social do país. “A esse acúmulo de desvantagens históricas, somam-se no presente, outros mecanismos de exclusão social que impedem aos negros o acesso democrático as oportunidades de trabalho(...)” (3).

Dessa maneira, são importantes estudos que contribuam para o debate teórico-acadêmico em saúde pública e, ao mesmo tempo, oferecer elementos que permitam aos gestores, atores sociais ligados a movimentos de saúde e de combate ao racismo, bem como à sociedade em geral, trabalhar no sentido do aprimoramento de políticas que promovam acesso a um direito fundamental previsto na Constituição Federal, nossa Constituição Cidadã, que é o direito a saúde.

Em 2016, a repórter Isabela Vieira (Agência Brasil) apontou em reportagem, o aumento do número de negros na faixa dos mais ricos no país, ou seja, entre 2005 e 2015 haviam chegado a 17%, apesar de $\frac{3}{4}$ da população se encontrar na pobreza e, o mais estarrecedor, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constar que 54% da nossa população é formada por pretos e pardos, ou seja, há um número expressivo de brasileiros que dependem totalmente do SUS para terem acesso aos serviços de saúde, ou morreram sem atendimento médico (39).

Segundo Jurema Werneck (27), em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde (...) no entanto, as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos.

Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência.

Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o *gap* entre a redução das vulnerabilidades e as melhores condições de vida da população negra.

É preciso compreender um pouco mais o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes. Uma aproximação interessante foi posta por Sueli Carneiro (3), que propôs a utilização do conceito de dispositivo desenvolvido por Foucault: de apreender a heterogeneidade de práticas de racismo e de discriminação racial que engendram na sociedade brasileira. A natureza dessas práticas segundo a autora, se articulam, se realimentam ou se realinham para cumprir um determinado objetivo estratégico, e por isto é importante utilizar na compreensão deste processo que o racismo assume três dimensões principais, segundo o modelo proposto por Jones (28). Pode ser visto como: um sistema, dada sua ampla e complexa atuação; modo de organização e desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades; e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência, atuando em diferentes níveis.

As três dimensões do racismo apontadas acima, atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas), gerando sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais.

Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível.

Segundo Jones (28), o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. Pode tomar conotação interpessoal se o preconceito e a discriminação são condutas intencionais ou não entre pessoas; institucional quando desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais; e sistêmico quando garante a exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos.

Este último conceito cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, como capaz de produzir: “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (29). Desse ponto de vista, ele atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial.

Atualmente, já é possível compreender que, mais do que uma insuficiência ou inadequação, o Racismo Institucional (RI) é um mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes, tanto no que se refere a formas de governo quanto de *accountability*.

Para que seja efetivo, o RI deve dispor de plasticidade suficiente para oferecer barreiras amplas – ou precisamente singulares – de modo a permitir a realização de privilégio para uns, em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade.

O conceito de RI guarda relação com o conceito de “vulnerabilidade programática”, desenvolvido por Mann e Tarantola (30) para analisar aspectos da epidemia de HIV/Aids. Para Ayres (31), o conceito de “vulnerabilidade” abrange o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao menor ou maior acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto de suas consequências indesejáveis.

Três diferentes dimensões interligadas atuam na produção de maior ou menor vulnerabilidade de pessoas e populações a determinadas condições. São elas:

- a) **dimensão individual** – na qual estão inseridos comportamentos que desprotegem;
- b) **dimensão social** – destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz e/ou legitima a vulnerabilidade;
- c) **dimensão política ou programática** – refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva de seus direitos humanos.

Dessa perspectiva, o RI equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo.

Ainda que o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante reconhecer, também, a existência de codeterminantes, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Como ferramenta útil para a compreensão desse fenômeno.

Crenshaw (32) cunhou o conceito de “interseccionalidade”:

A associação de sistemas múltiplos de subordinação descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências

estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (32).

Assim, ao destacar a intersecção, a conexão, a interdependência das diferentes “variáveis” presentes nas relações sociais e políticas, essa ferramenta permite dar um sentido mais complexo a noções de diversidade, diferença e discriminação. A interseccionalidade permite visibilizar as diferenças intragrupo, inclusive entre aqueles vitimados pelo racismo, favorecendo a elaboração de ferramentas conceituais e metodológicas mais adequadas às diferentes singularidades existentes. Permite, ainda, maior consistência na compreensão dos modos de aproximação e realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública.” (27).

2.4 CAMINHOS E TRAJETÓRIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, NO PERÍODO ENTRE 2003 A 2016.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1985, se configura como um importante marco histórico que nos serve de ponto de partida, considerando que trouxe para essa instância de participação e controle social ideias da Reforma Sanitária (NOTA DE RODAPÉ COM EXPLICAÇÃO) que buscavam reconhecer a invisibilidade de segmentos populacionais, a importância da participação da comunidade na formulação e execução de ações em saúde, e a luta pela saúde pública e de qualidade, bandeiras que chegaram com força na Assembleia Constituinte Brasileira, importante arena do debate político para a negociação e construção de direitos.

Desde então, um longo caminho foi percorrido até a aprovação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esse processo aconteceu no marco da luta pela democratização no Brasil, momento que se caracteriza também pela ausência de ações sistematizadas de garantia de acesso a bens e serviços de saúde, num cenário onde os movimentos sociais buscavam construir um projeto político para o Estado Brasileiro que dialogasse com a democracia, as liberdades e os direitos civis e sociais.

Deste modo, buscamos, a partir da revisão de documentos como portarias, relatórios de gestão e literatura existente sobre o tema, descortinar os caminhos e trajetórias da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra entre os anos de 2003 e 2016. Para isto serão apresentados em quatro eixos, quais sejam: a) os equipamentos criados para dar suporte a essa política; b) os eventos realizados na perspectiva da formação e fomento à participação popular; c) as ferramentas de publicização; d) a legislação aprovada no período. Por fim serão destacadas as listas de instituições governamentais e não governamentais que participam deste processo.

Quadro 1 – Ações e Estratégias de apoio e desenvolvimento da PNSIPN

| | |
|------|---|
| 2003 | Criada pelo Governo Federal a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que teve por finalidade o fortalecimento da gestão democrática no Sistema Único de Saúde (SUS); |
| 2006 | Criado o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), por meio do Decreto nº 5.841 de 13 de julho de 2006, como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); |
| | Criado o Programa Brasil Quilombola no Governo Federal coordenado pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial com execução por vários ministérios. |
| 2011 | Implantados 6 comitês estaduais para implementação das políticas de equidade como a Política para População Negra, LGBT e Campo e Floresta. |
| 2012 | Implantados e implementados 13 Comitês de equidade, 10 Comitês da População Negra nos Estados: São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Acre, Paraíba, Rio Grande do Norte, Goiás e Bahia e os 3 (três) Comitês da População LGBT nos Estados de Goiás, Pernambuco, Paraíba; |

| | |
|------|--|
| 2013 | Criados e implantados: 4 Comitês População Negra: (2) Comitês em Alagoas, Distrito Federal e em Pernambuco. 3 Comitês de Equidade: Espírito Santo, Piauí e Sergipe. 4 Comitês da População LGBT: São Paulo Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Sul; |
| 2015 | Neste ano buscou-se consolidar os comitês instituídos e articulá-los para o processo de mobilização da 15a Conferência Nacional de Saúde. |

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir dos relatórios de gestão do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde, DAGEP/SGEP/MS referente ao período de 2003 a 2017.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), cumpriu papel na organização das conferências, na coordenação do Programa Brasil Quilombola e na coordenação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, elaborada pelo Ministério da Saúde, articulada aos demais setores do Ministério da Saúde e com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Atuando na transformação do contexto histórico de discriminação racial secular em relação a essa população, nas relações com o racismo e a discriminação que ocorrem nos processos de atenção e cuidado à saúde, o qual contribui para a construção de um perfil epidemiológico, marcado pela desigualdade, evidenciado na exposição às morbidades, violência, precocidade dos óbitos, mortalidade infantil e materna, maior nesta população.

Por sua vez, após sua criação, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), passou a atuar na formação de conselheiros e lideranças sociais em saúde no contexto da Política de Educação Permanente para o Controle Social; na formulação e Gestão do Sistema Nacional de Informação sobre Conselhos de Saúde – Participanet SUS; no apoio técnico aos estados e municípios para aperfeiçoamento da Gestão Participativa; coordenando o processo de formulação e implementação de políticas para o Enfrentamento de Iniquidades em Saúde das populações do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), negra e quilombola, cigana e em situação de rua; fortalecendo a implementação das Práticas Educativas nos serviços de saúde, como estratégia de ampliação da consciência

sanitária da população; coordenando o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa, e outras iniciativas como estratégia de difusão de experiências exitosas, e na elaboração e divulgação de materiais de suporte a todas as ações atribuídas ao referido departamento.

Estas ações foram responsáveis por boa parte das ações desenvolvidas como forma de responder às demandas reprimidas dos movimentos sociais pelo direito à saúde, bem como peça atuação na direção dos Programas de inclusão social do Governo Federal, que buscava desenvolver ações e atividades intersetoriais para resolução dos problemas macro estruturados na sociedade brasileira; desempenhando o papel de articulação e parceria com setores do Ministério da Saúde, e dos três níveis de gestão, para elaboração, pactuação, aprovação e implementação das políticas de promoção da equidade em saúde.

As ações intersetoriais buscaram, de acordo com as consultas realizadas, ampliar medidas de intervenção sobre determinantes e condicionantes da saúde visando à promoção da equidade em saúde, e melhoria do acesso e nível da saúde de populações em condições persistentes de vulnerabilidade e iniquidade.

Quadro 2 - Ações de Formação e Mobilização Popular

| | |
|------|--|
| 2001 | I Conferência Nacional de Combate ao Racismo, Xenofobia e Outras Formas Correlatas de Intolerância, etapa preparatória para DURBAN, no Rio de Janeiro/RJ. |
| 2003 | 12ª Conferência Nacional de Saúde, coordenada pela SGEP, intitulada Conferência Sérgio Arouca, em Brasília, que contou com cerca de quatro mil delegados que discutiram o tema “A Saúde que temos - o SUS que queremos” |
| 2004 | A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa realizou 13 Seminários de Gestão Participativa em Saúde em Regiões Metropolitanas e Macro-regiões brasileiras: Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Paraná, Amapá, Pará, Rondônia, Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Ceará. |
| | Criado o Programa Brasil Quilombola; |

| | |
|------|---|
| 2005 | A Secretaria de Gestão Participativa realizou vários convênios com fóruns de Conselhos, Universidades e a Fiocruz, em especial no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de fortalecer a participação social no processo de gestão do SUS. ¹ |
| 2006 | II Seminário Nacional de Saúde da População Negra e lançamento da Campanha contra o Racismo Institucional. |
| | Seminário Macrorregional Centro-Oeste de Promoção da Equidade em Brasília-DF, |
| 2007 | 13ª Conferência Nacional de Saúde |
| | Implementação da Política de Saúde Integral da População Negra junto aos estados e municípios. |
| 2009 | I Seminário sobre Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS nos dias 05, 06, 07 e 08 de abril de 2009, em Brasília – DF. |
| | Seminários Integrados de Políticas para Comunidades Quilombolas nos estados da BA, MA, MG e PE; |
| 2010 | I Seminário Regional Sul e Sudeste para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| | II Seminário Nacional de Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS, Oficina “Saúde da População em Situação de Rua: Uma Questão de Equidade” |
| | Oficina de Capacitação em Saúde da População Negra, Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste |
| | I Seminário Regional Sul e Sudeste para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Rio de Janeiro/RJ |
| | Reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com 24 representantes dos movimentos negros, do Ministério de Saúde, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), |
| | Seminário sobre a Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com 70 pessoas, Manaus/AM; maio de 2010 |
| | I Conferência Municipal de Saúde da População Negra: "Um Desafio de Todos", em junho, Vitória - ES, com a participação de 100 pessoas; |
| | Oficina de Capacitação em Saúde da População Negra, Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, 22 e 23 de novembro 2010 |

¹ No ano de 2005, a população a ser atendida na ação específica sobre a promoção do acesso a saúde foi a população remanescente de quilombos, em 743 comunidades, totalizando 2 milhões de pessoas, nos 26 estados da Federação e Distrito Federal

| | |
|------|--|
| | <p>Seminário sobre saúde das comunidades quilombolas do estado da Paraíba, com a participação de 100 pessoas, em junho 2010.</p> <p>No segundo semestre de 2010, em parceria com a SES/PA, foi realizado Seminário Integrado de Políticas de Saúde para Comunidades Quilombolas do Estado do Pará I FENAGEP, em julho 2010</p> <p>Oficina de Capacitação de lideranças quilombolas sobre o SUS, nos dias 25 e 26 de novembro 2010</p> |
| 2011 | <p>14ª Conferência Nacional de Saúde: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. O eixo principal: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”.</p> <p>Reunião do Comitê Técnico Saúde da População Negra, DF, maio, 26 participantes;</p> <p>Reunião do Comitê Técnico Saúde da População Negra, DF, setembro, 30 participantes;</p> <p>Audiência Pública sobre implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da população Negra, MCP, dezembro, 130 participantes</p> <p>Oficina Quilombola, RJ, novembro, 120 participantes.</p> <p>Reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra- Brasília- DF. 17 de maio de 2011</p> <p>Oficina Nacional de Saúde Quilombola- realizada no mês de novembro em Brasília- DF contou com a participação de 120 pessoas.</p> <p>Audiência Pública para Discutir Doença Falciforme. Macapá- AP, em dezembro com a participação de 130 pessoas</p> <p>VIII Seminário Nacional Religiões Afro-brasileiras. Teresina/Piauí, no mês de abril, com a participação de 580 pessoas;</p> <p>Fórum Nacional de Entidades negras para Participar do VIII Seminário Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, no Piauí - com a participação de 400 pessoas, realizado no mês de abril;</p> <p>II Encontro Nacional de Mulheres de Axé na Paraíba aconteceu nos dias 17 e 18 do mês de junho, com a participação de 70 pessoas, no auditório do Centro Turístico de Tambaú.</p> <p>I Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Tecnologias em Saúde - Em Rondônia no mês de julho com a participação de 400 pessoas</p> <p>Seminário Mulheres de Terreiros, a Ética Ancestral dos Terreiros, Saúde e Sustentabilidade Ambiental realizado na Paraíba no mês de julho com a participação de 260 pessoas;</p> |

| |
|--|
| <p>VI Encontro Nacional das Comunidades Quilombolas -CONAQ-15 anos de luta, Nenhum Direito a Menos, foi realizado no Rio de Janeiro, no mês de agosto com a participação de 450 pessoas</p> |
| <p>Colóquio Nacional de Saúde da População Negra, realizado mês de outubro em Brasília- DF com a participação de 120 pessoas.</p> |
| <p>IV Congresso Nacional da União de Negros Pela Igualdade onde tivemos uma mesa que debateu a saúde da população negra</p> |
| <p>III Seminário Municipal de Equidade em Saúde da População Negra do Rio de Janeiro. Com participação dos conselheiros municipais de saúde sobre Política integral de Saúde da População Negra, em março de 2011;</p> |
| <p>Visita ao Center for Disease Control and Prevention (CDC) e aos Centros de Referência que desenvolvam ações afirmativas para a população negra no campo da saúde, no âmbito do Plano de Ação Conjunta Brasil-EUA para a Eliminação da Discriminação Étnico-Racial e a Promoção da Igualdade. Atlanta, Charleston e Chicago, EUA- Período: 22 e 26 de agosto de 2011</p> |
| <p>I Encontro de Lideranças Negras rumo à 14ª Conferência Nacional de Saúde- SP- realizado em São Paulo</p> |
| <p>Seminário de Ações Integradas do Programa Brasil Quilombola – Amapá, 20 e 21 de setembro</p> |
| <p>I Encontro Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional da População Negra e dos Povos e Comunidades Tradicionais, realizado no mês de setembro em Guarapari –ES</p> |
| <p>3º ENAFAL – Encontro Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes, do VI Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme. Realizado em Fortaleza – CE, no mês de outubro.</p> |
| <p>Mês de Mobilização em prol da Saúde da População Negra. Outubro, em Porto Alegre – RS</p> |
| <p>Audiência Pública – Saúde da População Negra. Realizada em Salvador no mês de outubro.</p> |
| <p>II Seminário de Saúde da População Negra e Quilombola do Estado de Minas Gerais. Realizado em Montes Claros – MG, no mês de outubro</p> |
| <p>Seminário de Capacitação de Gestores em Saúde da População Negra. Realizado em Salto – SP no mês de outubro.</p> |
| <p>Capacitação em Controle Social de Políticas Públicas de Saúde no Núcleo Maranhão da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Realizada em São Luís – MA no mês de outubro.</p> |

| |
|---|
| Seminário Saúde da População Negra. Realizada em Campo Grande – MS, no mês de outubro. |
| Seminário Metropolitano de Saúde Integral da População Negra, para promover a implementação da Política nos Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Realizado em Belo Horizonte – MG, no mês de novembro. |
| 4º Congresso Nacional da União de Negros Pela Igualdade – Por um Novo Projeto de Desenvolvimento Nacional: Negras e Negros Compartilhando o Poder; |
| Reunião Anual do Grupo Diretor do Plano de Ação conjunto Brasil Estados Unidos para eliminação da Discriminação Etnicorracial e a promoção da igualdade racial- JAPER em Washington D.C.- Estados Unidos; |
| Audiência Pública com o tema, “Política Saúde Integral da População Negra: Igualdade Racial é pra Valer”. |
| Seminário no Rio de Janeiro com 300 Conselheiros municipais de saúde sobre Política integral de Saúde da População Negra, em março, 2011; |
| III Seminário Municipal de Equidade em Saúde da População Negra do Rio de Janeiro Conselheiros Municipais de Saúde sobre a Política Integral da População Negra- Rio Janeiro- março de 2011; |
| Reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra- Brasília mês de maio de 2011; |
| VIII Seminário Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde: Dialogando com as Políticas Públicas de Saúde. Teresina- PI, abril de 2011; |
| Fórum Nacional de Entidades Negras para Participar do VIII Seminário Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Piauí- mês de junho de 2011. |
| II Encontro das Mulheres de Axé para preparação da 14ª Conferência Nacional de Saúde- João Pessoa/ PB – mês de junho de 2011. |
| 4º Encontro Nacional das Comunidades Quilombolas, realizado de 04 a 07 de agosto o encontro aconteceu nas dependências da UERJ (Universidade do Rio de Janeiro). Com a participação de 500 delegados participantes |
| Reunião Comitê Técnico Saúde da População Negra – Brasília -DF realizado no mês de setembro. |
| I Encontro Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional da População Negra e dos Povos Tradicionais- realizado no mês de setembro, 2011- Guarapari-ES; |
| Audiência Pública com o tema, “Política de Saúde Integral da População Negra: Igualdade Racial é pra Valer”, no Centro de Convenções João Batista de Azevedo Picanço. |

| | |
|------|---|
| | IV Encontro Nacional de Comunidades Quilombola. CONQ -15 anos Rio de Janeiro, realizada em agosto de 2011 |
| | Oficina Nacional Quilombola- realizada no mês de novembro de 2011 |
| | II Seminário de Saúde da População Quilombola- Minas Gerais – Montes Claro, mês de outubro |
| | Curso Promotoras em Saúde da População Negra. Assessoria, Educação e Pesquisa em Gênero e Raça |
| 2012 | 02 (dois) Seminários Regionalizados envolvendo as Comunidades quilombolas com participação de Gestores, Profissionais de Saúde e Lideranças das Comunidades, a saber: I Seminário de Capacitação de Lideranças Negras, Quilombolas e Povos Tradicionais de Terreiro em e as Tecnologias em Saúde realizado em novembro/2012 e o Seminário Enfrentamento a Violência Contra a Juventude Quilombola e Povos Tradicionais de Matrizes Africanas (dezembro/2012). |
| | Seminário Enfrentamento a Violência Contra a Juventude Quilombola e Povos Tradicionais de Matrizes Africanas, reunindo 110 jovens em União dos Palmares/AL. |
| 2013 | Foram realizados 03 (três) Seminários Compartilhados do Programa Brasil Quilombola, a saber: Bahia (Agosto), Rio Grande do Sul (Julho) e Maranhão (Agosto); |
| | Encontro Nacional de Quilombolas - Território e Saúde da População Negra que aconteceu em Brasília participaram 50 pessoas, dentre quilombolas de 24 estados e do Distrito Federal, gestores e profissionais de saúde do MS; |
| | Seminários Compartilhados de Saúde da População Quilombola, em Porto Alegre, Salvador e São Luís, dando visibilidade às condições de saúde das populações remanescentes dos quilombos. |
| | Roda de Conversa com Secretários Municipais de Saúde e discutida a importância do diálogo interdeferativo na implementação da PNSIPN. |
| 2014 | Em 2014 foram realizadas curso de Formação e Mobilização para o reconhecimento e o enfrentamento das iniquidades em saúde das populações Negra, Quilombolas, LGBT, campo, floresta e das águas, em situação de rua e populações nômades para a formação em Equidade no SUS; |
| | O Ministério avançou e qualificou a parceria com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ, bem como avançou na articulação interna no MS, em especial com a SGETS em função do programa Mais Médicos. |

| | |
|------|--|
| | <p>I Encontro de Mulheres Quilombolas, que teve como tema "O Protagonismo das Mulheres Quilombolas: Avanços e Desafios", ocorrido no período de 13 a 15 de maio de 2014, com a participação de 120 pessoas em Brasília, houve a contribuição da SGEF, além da SAS, SVS e SGTES.</p> |
| | <p>O Ministério da Saúde, por meio da SGEF e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS realizou o Seminário de Promoção da Saúde, Integralidade da Atenção e Práticas do Cuidado nas Comunidades de Remanescentes de Quilombos, e o Controle Social, na Região Nordeste, na cidade de Alcântara - no estado do Maranhão</p> |
| | <p>A SGEF em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS realizou 2 (dois) seminários: o Seminário de Promoção da Saúde, Integralidade da Atenção e Práticas do Cuidado nas Comunidades de Remanescentes de Quilombos, e o Controle Social, na Região Nordeste, onde vários temas foram debatidos, entre eles Atenção Básica, Saúde da Criança, do Homem, da Mulher, Prevenção das DST e Programa Mais Médicos, e o III DIDA ARA - Encontro Nacional de Tradições de Matriz Africana e Saúde que ocorreu em novembro na cidade de Porto Alegre/RS.</p> |
| 2015 | <p>Em 2015, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra se reuniu em três ocasiões: a primeira reunião nos dias 25 e 26 de fevereiro onde foi apresentada uma reestruturação do comitê. Na oportunidade houve avaliação do II Plano Operativo da Política Nacional – PNSIPN com discussões dos desafios para a nova gestão e a ferramenta de gestão e-Car foi apresentada subsidiando o encontro das informações formais. Em 26 e 27 de fevereiro de 2015 foi realizada uma oficina que teve como objetivo discutir com o comitê reestruturado e a antiga gestão, a constituição da nova Instância de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde. Nos dias 2 e 3 de setembro de 2015 houve uma reunião na SEPPIR que teve como pauta os seguintes assuntos: balanço do II Plano Operativo da PNSIPN; apresentação do Boletim Epidemiológico – Indicadores de Vigilância em Saúde analisados segundo a variável raça/cor;</p> |
| | <p>Assembleia Geral dos Agentes de Pastoral Negros do Brasil - APNs do Brasil, realizada nos dias 5 a 7 de setembro de 2015, no Rio de Janeiro;</p> |
| | <p>15a Conferência Nacional de Saúde/Conferência Livre sobre Saúde da População Negra.</p> |
| | <p>Foram implementados Comitês de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde no SUS, nos três níveis de gestão;</p> |

| | |
|------|--|
| | <p>II Encontro do Projeto IleráTiyé, realizado no dia 18 de setembro em Porto Alegre, no intuito de fortalecer a implementação da PNSIPN com especificidade do tema Saúde Mental;</p> <p>Oficina de Educação Permanente em Saúde da População Negra do 67o Congresso Brasileiro de Enfermagem, como gerenciamento estratégico para a diversidade e inclusão no SUS, realizada nos dias 28 e 29 de outubro, em São Paulo;</p> <p>I Seminário Internacional sobre a Avaliação da Qualidade da Atenção em Saúde de Populações Vulneráveis, realizado nos dias 12 e 13 de novembro, em São Paulo;</p> <p>Reunião Regional de Saúde Afrodescendentes, realizada em Cartagena/Colômbia nos dias 23 a 25 de novembro;</p> <p>Reunião Regional sobre Etnicidade e Saúde nas Américas, com a participação do Dagep, em Washington/EUA, nos dias 05 a 10 de dezembro;</p> <p>Roda de Equidade do Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC), realizada no dia 27 de novembro de 2015 na Universidade de Brasília (UnB);</p> <p>Plenária Nacional da Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas – CONAQ. O evento teve como objetivo discutir e prestar contas referentes ao ano de 2015.</p> |
| 2016 | <p>Reunião do CTSPN em 2016 foi realizada nos dias 15 e 16 de novembro, em Porto Alegre/RS, na ocasião do I Simpósio Internacional de Saúde da População Negra.</p> <p>Oficina de Trabalho: Eixos Condutores para a Promoção de Saúde da População Negra na Década Internacional de Afrodescendentes, no período dos dias 05 e 06 de maio de 2016.</p> <p>“Tenda Carolina Maria de Jesus” - ‘roda de conversa’ conduzida pelo DAGEP que contou com as participações de militantes, representantes de religiões de matriz africana, do movimento de articulação de nacional de pescadores e de representação cigana. Data: 21 de março de 2016.</p> |
| 2017 | <p>Pactuação do III do Plano Operativo da PNSIPN em 2017. Articulação com a Comissão Intergestores Tripartite - CIT.</p> |

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir dos relatórios de gestão do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde, DAGEP/SGEP/MS referente ao período de 2003 a 2017.

Ao longo desse período vários materiais foram produzidos como resultado dos encontros e reuniões ou para dar suporte a estes. Abaixo sintetizamos as principais publicações relatadas ao longo da pesquisa.

Quadro 3 – Materiais de Apoio na Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

| | |
|------|---|
| 2010 | <p>Publicação do 2ª Boletim Informativo/Eletrônico destinado aos membros do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), representantes de Movimento Negro e Profissionais de Saúde;</p> <p>Em parceria com o Ministério da Saúde e a SES/PA, foi realizada pesquisa para diagnosticar a situação da saúde em 110 comunidades quilombolas, em trinta municípios do estado</p> |
| 2012 | <p>Em 2012, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa lançou: (1.000) mil exemplares da revista Laroîê; 5.000 exemplares do Livro da População Negra; (10.000) mil exemplares do Livreto da Política de Promoção da Equidade; E em 2013 foi publicada a 2º Cartilha da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra com 40.000 exemplares e reimpresso o Livreto da Política de Promoção da Equidade com (20.000) mil exemplares;</p> <p>Elaborado o Manual da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra² em 2012 e feita à reedição de 40.000 mil exemplares em 2013 e foram distribuídos nos 26 estados do Brasil e no Distrito Federal no Evento da II Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS- II EXPOGEP em Brasília.</p> <p>Foram elaborados manuais e publicações relacionadas as atividades das Unidades Jurisdicionadas Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. a) Cartilha da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; b) Livro Saúde da População Negra; c) Cartilha da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2a edição); d) Livreto da Política de Promoção da Equidade.</p> |
| 2014 | <p>Campanha midiática de enfrentamento ao racismo institucional, lançada em novembro de 2014, a partir da customização da campanha “Igualdade racial no SUS é pra valer”, e do mote: “Ministério da Saúde adverte: Racismo faz mal à saúde”</p> |

²A elaboração do Manual da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi construída com a participação de várias lideranças do movimento da população negra envolvendo o Comitê Nacional de Saúde da População Negra. A publicação do manual é fundamental para apoiar a implementação da PNSIPN cujo foco principal é combater o racismo Institucional no SUS.

| | |
|------|--|
| | visando o combate ao racismo institucional no âmbito do Ministério da Saúde e no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS. |
| | Foi produzido um vídeo, que foi reproduzido na mídia televisiva nacional, impressos 255.000 folders e 265.000 cartazes, distribuídos em mais de 200 órgãos e instituições governamentais e da sociedade civil, contemplando o Distrito Federal e todos os estados do país |
| 2015 | Foi elaborado Módulo de Educação à Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para os cursos de especialização das equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, para profissionais de saúde de nível superior, ofertado no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); |
| | Publicada a revista Interface – Saúde, Educação Comunicação – Educação Popular em Saúde, numa tiragem de 3.000 exemplares; |
| | Publicada a cartilha Saúde da População em Situação de Rua, |
| | Publicada a cartilha Política Nacional de Saúde Integral da População negra (traduzido) |

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir dos relatórios de gestão do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde, DAGEP/SGEP/MS referente ao período de 2003 a 2017.

A Política Nacional é regulamentada por um arcabouço legal que envolve Leis, Decretos e Atos Normativos. Organizamos, a seguir, as principais legislações utilizadas no período estudado:

Quadro 4 – Legislação de referência

| | |
|------|--|
| 1937 | A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. |
| 1954 | Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros. |
| 1959 | Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros do CNS para 24. |
| 1962 | O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27. |
| 1970 | O Decreto no 67.300, de 30 de setembro de 1970 amplia a atuação do Conselho. |

| | |
|------|--|
| 1987 | Em 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde. |
| 1990 | A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. O Decreto n. 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros; |
| 2003 | O Plenário do Conselho Nacional de Saúde Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde; |
| 2005 | Portaria GM nº 2.460/2005 cria o Grupo da Terra sob coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, com objetivo principal de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo e da Floresta, em conjunto com os representantes dos movimentos sociais do campo e da floresta, bem como encaminhar as demandas oriundas destas populações. |
| 2006 | A PNSIPN ³ foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2006, e o Plano Operativo, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2008, e publicada por meio da Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009; Uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006 quando foi publicado o Decreto Presidencial 5.839, de 11 de julho de 2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11a Conferência Nacional de Saúde e 12a Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente; O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores. |
| 2007 | Decreto no 6.040/07 Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais; |
| 2008 | Resolução no 395, de 22 de fevereiro de 2008, cria a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra. Criada pela a CISPSPN exerce suas funções em fornecer subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na temática da população negra; |
| 2009 | Portarias GM/MS 992/2009, institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; |
| 2012 | O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião, realizada no dia 10 de maio de 2012, aprova a Resolução 453 que trata das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, revogando a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. |
| 2013 | Decreto n.o 8.065, de 07 de agosto de 2013 detalha competências da SGEP. A SGEP é órgão do Ministério da Saúde responsável por fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, articulação interfederativa e promoção da equidade, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do |

³ A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi elaborada pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP, articulada aos demais setores do Ministério da Saúde e com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.

| | |
|------|---|
| | controle social no SUS. A estruturação do documento obedeceu às orientações e atos normativos exarados pelos órgãos de controle, compreendendo: a Instrução Normativa TCU no 63/2010, alterada pela IN no 72/2013, |
| 2014 | Portaria 2.629/14, de 27 de novembro de 2014, que redefine o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. Resolução 02/14, de 2 de setembro de 2014, dispõe sobre o II Plano Operativo (2013- 2015) da Política Nacional de Saúde Integral |
| 2015 | Portaria-TCU no 321/2015 e Decisão Normativa TCU no 146/2015. Em concordância com a Decisão Normativa - TCU No 146, de 30 de setembro de 2015 que especifica, dentre outras, a forma e os conteúdos que deverão ser apresentados no Relatório de Gestão de 2015, este documento apresenta as seguintes informações: a identificação e visão geral da SGEP e CNS; a estrutura de governança; as áreas especiais da gestão; o relacionamento com a sociedade; o planejamento organizacional e desempenho orçamentário; e a conformidade da gestão e tratamento das demandas de órgãos de controle. Portaria no 30, de 30 de junho de 2015 que torna pública a decisão de incorporar no âmbito do SUS o transplante de células-tronco hematopoéticasallogênico aparentado para tratamento da doença falciforme, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde; Edital de apoio à pesquisa e produção de conhecimento sobre a temática da Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde e Controle Social no SUS. |

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir dos relatórios de gestão do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde, DAGEP/SGEP/MS referente ao período de 2003 a 2017.

2.5 A EXPERIÊNCIA DA UNA-SUS COM O PRIMEIRO CURSO NACIONAL SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O conceito pedagógico que abarca relações orgânicas entre ensino e ações e serviços e atenção à saúde, aparece como diretriz na Reforma Sanitária brasileira, para as relações entre a formação e gestão, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (33). Sob essa perspectiva, depreende-se que atualização técnico científica e educação popular representam aspectos da transformação das práticas profissionais, e não são diferentes da proposta da Educação Permanente em Saúde (34).

O desafio da educação em saúde é trabalhar para promover a formação e o desenvolvimento de gestores e trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde. A identificação da necessidade de educação permanente para os gestores e trabalhadores de saúde, da elaboração

de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde de modo a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva, e a qualificação de gestores e trabalhadores do SUS, a partir de suas necessidades, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo se constituem eixos da formação em saúde.

Dentre as várias iniciativas de EPS do Ministério da Saúde, foi elaborado o Módulo de Educação à Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para os cursos de especialização das equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF. O Módulo foi pensado inicialmente para profissionais de saúde de nível superior, a ser ofertado no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Com o objetivo de fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos territórios, utilizamos de pressupostos como: foco à qualificação dos profissionais e trabalhadores, conforme as reais necessidades para atuação no SUS, realizada de forma contínua pelos estados e municípios; o fortalecimento da diretriz da descentralização e das reais necessidades do território para assegurar a autonomia e o protagonismo de Estados e municípios, com a participação das CIES na elaboração das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), dentre as várias iniciativas de EPS do Ministério da Saúde.

A UNA-SUS foi criada em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da atuação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10 de 11 de julho de 2013).

O Sistema UNA-SUS foi criado pela portaria do Ministério da Saúde nº 1.325 de 28 de maio de 2010, através de uma Comissão Institucional para promover medidas que

garantam o suporte técnico administrativo necessário ao seu desenvolvimento e formalizando-se pelo decreto nº 7.385 de 08 de dezembro do mesmo ano. E conta com uma rede colaborativa formada atualmente por 36 instituições de ensino superior que oferecem cursos a distância como a Universidade Aberta do SUS (35).

Entre 2010 e 2017, a UNA-SUS alcançou a marca de 1 milhão de matrículas. Hoje, as ofertas educacionais cobrem cerca de 98% dos municípios brasileiros, sendo que aproximadamente 50% dos profissionais capacitados são oriundos da atenção básica. Os cursos ofertados pela UNA-SUS não são escolhidos a esmo. As ofertas sempre acompanham as necessidades da população e trazem as especificidades de cada público, além de buscar soluções para os problemas de saúde pública (35).

A gama de ofertas inclui cursos abertos online, de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais. Elas abordam os mais diversos temas na área da saúde, desde assuntos específicos como diagnóstico e tratamento de doenças, até temáticas mais abrangentes como políticas públicas em saúde.

O Sistema UNA-SUS inclui o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), repositório digital público da UNA-SUS, no qual são disponibilizados materiais, tecnologias e experiências educacionais de livre acesso pela internet.

Considerado hoje o maior acervo digital em saúde da América Latina, o ARES reúne milhares de recursos educacionais que versam sobre temáticas diferenciadas de livre acesso e reutilização, produzidos pelas instituições de ensino que compõem a Rede UNA-SUS (36). Outro componente do Sistema é a Plataforma Arouca, um banco de dados nacional do SUS, sob responsabilidade da Secretaria Executiva da UNA-SUS/Fiocruz, que concentra todos os dados dos cursos e suas ofertas. Esta ferramenta contém o registro histórico dos profissionais

de saúde do SUS e seus certificados educacionais. Por meio dessa ferramenta o usuário poderá visualizar os cursos ofertados, filtrados conforme a profissão, o interesse e/ou região (36).

Os cursos em oferta também podem ser acessados pelo Portal de Cursos e, de acordo com o Ministério da Saúde, os cursos da UNA-SUS são totalmente gratuitos, ofertados à distância e possuem enfoque prático, baseado na rotina dos profissionais de saúde e em suas reais necessidades (35).

Na UNA-SUS, os profissionais da saúde podem ser certificados em diversos níveis e modalidades. Os cursos podem ser desenvolvidos tanto pelas Instituições de Ensino Superior que compõem a Rede UNA-SUS, quanto pela Secretaria Executiva. É garantido a qualquer profissional de saúde se inscrever e ser certificado nos cursos oferecidos pelo Sistema UNA-SUS, desde que atenda aos pré-requisitos descritos em cada oferta. Além disso, também há cursos de livre acesso a pessoas de outras áreas do conhecimento (35).

Todas estas iniciativas demonstram que o Ministério da Saúde vem buscando parcerias com foco na consolidação da estratégia da formação em serviço para o fortalecimento do SUS.

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) desde 2004, contou com a participação de representantes das diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, representantes de movimentos sociais da luta antirracista e pesquisadores com a finalidade de assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde e encaminhou proposta de criação do curso sobre saúde da população negra, para profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica (37).

A iniciativa construída tinha como objetiva ampliar o conhecimento sobre a PNSIPN na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família. Dessa forma, contribuindo para a promoção do acesso equânime no SUS, com vistas as necessidades da população negra.

Para ofertar este curso o UNA-SUS elaborou o módulo educacional “Saúde Integral da População Negra” com vistas a ampliar o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família (37).

O curso assume o debate sobre como o racismo e o racismo institucional que produzem resultados terapêuticos desiguais e a diminuição da qualidade no atendimento de negras e negros no SUS. De maneira abrangente, o curso visa despertar os profissionais de saúde para que, em sua rotina de trabalho, identifiquem as iniquidades étnico-raciais que impactam sobre a saúde da população negra, de forma a monitorar e avaliar os resultados das ações para prevenção e combate dessas iniquidades (38).

O curso foi proposto inicialmente para profissionais de saúde vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou ao Programa Mais Médicos, e para quaisquer profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e tenham formação em nível superior. Mas ao longo de sua primeira edição foi aberto a trabalhadores da saúde, incluindo os de nível médio e também estudantes e lideranças sociais (37).

Como todas as ofertas do Sistema UNA-SUS, o curso é gratuito e utiliza a estratégia de ensino a distância – EAD para ampliar e facilitar o acesso de trabalhadoras e trabalhadores de todo o país.

A estrutura do curso é interativa utilizando perguntas e respostas comentadas, bem como vídeos e infográficos. As atividades são baseadas em situações cotidianas e em vivências clínicas, que aproximam o aluno da realidade da Unidade de Saúde (38).

Neste sentido, a compreensão sobre o SUS e seus desafios e, por fim uma tentativa de síntese das ações desenvolvidas no âmbito dos cursos de formação fornecidos pela UNA-SUS orientou o desenvolvimento de pesquisa sobre este curso. Com o propósito de analisar esta

experiência pioneira no Brasil como estratégia de formação na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

3. PERCURSOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo analítico, sobre a descrição e análise de dados relativos ao primeiro curso de formação realizado no Brasil com foco na Saúde da população Negra, auto instrucional, à distância, ofertado por meio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, a partir de 2014 a 2018.

A contextualização sobre a experiência da UNA-SUS em torno do primeiro Curso Nacional sobre a Saúde da População Negra, foi realizada a partir de fontes de informações disponibilizadas pela UNA-SUS em suas plataformas online.

Além disso, foram adotadas bases de dados disponibilizadas pela UNA-SUS, contendo informações sócio demográficas dos matriculados no curso fornecidos pelos interessados no momento da inscrição por meio de formulário eletrônico, em cada uma das ofertas do curso. A relação das variáveis que compõe a base de dados e suas respectivas descrições está apresentada em anexo (Anexo I).

A população de estudo foi constituída por todos os matriculados no Curso de Saúde da População Negra ofertado pela UNA-SUS, entre 2014 e 2018, que totalizaram 55.154 matriculados, em sete ofertas do curso online ao longo do período considerado.

Para o tratamento estatístico dos dados foi adotado o software SPSS for Windows – Statistical Package for Social Sciences – versão 20 e no momento da análise, as frequências relacionadas a informações ignoradas ou faltantes (missings) foram excluídas.

Após a limpeza das bases, os dados foram analisados e sumarizados por meio de análises univariadas, bivariadas e multivariadas e apresentados utilizando gráficos e tabelas e os resultados estão apresentados em forma de artigo.

Todos os dados adotados para as análises nesta dissertação são de uso público e em todos os procedimentos de análise foram mantidos os pressupostos éticos e de confidencialidade dos dados pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4. RESULTADOS

O perfil de alunos do primeiro curso da UNA-SUS sobre saúde da população negra no Brasil, no período 2014 a 2018. (Artigo acadêmico)

Andrey Roosewelt Chagas Lemos

Denise Oliveira e Silva, Pesquisadora Escola de Governo- Fiocruz Brasília

Erica Ell – Pesquisadora Escola de Governo-Fiocruz Brasília.

RESUMO

O artigo analisa o perfil dos discentes matriculados no primeiro curso da UNA-SUS sobre Saúde Integral da População Negra brasileira, no período 2014 a 2018, ofertado para apoiar e fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A implementação da PNSIPN é uma estratégia de ação afirmativa, que reconhece a necessidade de tratar diferente os desiguais, reconhecendo o racismo como um determinante social em saúde. Nesse sentido, busca reduzir as iniquidades em saúde da população negra promovendo ações estratégicas e articuladas, pactuadas nas instâncias intergestoras e de controle social. Foi um estudo com base em fontes de informações e de dados disponibilizadas pela UNA-SUS, sendo a população de estudo constituída por todos os matriculados no Curso de Saúde da População Negra ofertado pela UNA-SUS, entre 2014 e 2018, que totalizaram 55.154 matriculados, em sete ofertas do curso *online* ao longo do período considerado. O tratamento estatístico dos dados foi realizado utilizando o software SPSS for Windows– *Statistical Package for Social Sciences* – versão 20. Os dados foram analisados e sumarizados por meio de análises univariadas, bivariadas e multivariadas. Os achados apontam um percentual de concluintes de 9,28%, não sendo observado diferença significativa entre as ofertas. A idade

média foi de 32,37 anos (DP= 9,88) e mediana de 30 anos. A maioria dos matriculados eram de nível superior (87,4%), enfermeiros (23,8%), agente comunitário e assistente social com 4,6% para cada classe profissional, psicólogo (4,0%) e médico (3,4), além de 31,8% de estudantes. Quanto ao quesito raça/cor 34,4% se autodeclararam brancos, 37,4% pardos, 24,3% pretos, 1,6% amarelos, 0,4% indígenas e 1,9% não mencionaram. Observou-se mais chance de ser não-concluinte do que de ser concluinte nos municípios de 100 a 500 mil habitantes, sendo esta chance de 1,710 vezes maior do que em municípios de até 10 mil habitantes. Na raça preta/parda há maior prevalência de não-concluintes, e nas demais raças há maior prevalência de concluintes, sendo que para a raça indígena não há relação significativa, segundo o p-value de 0,77. A experiência do curso da UNA-SUS revela a necessidade de reflexões sobre as ações afirmativas no âmbito da saúde para assegurar a população negra que seus direitos e suas especificidades possam ser atendidas na rede de serviços do SUS.

Palavras-chave: Racismo, Racismo Institucional, Saúde da população negra, Determinante social, Educação permanente.

ABSTRACT

The article analyzes the profile of students enrolled in the first course of UNA-SUS on Integral Health of the Black Population, in the period 2014 to 2018, offered to help and strengthen the National Policy of Integral Health of the Black Population (PNSIPN). The implementation of the PNSIPN is an affirmative action strategy that recognizes the need to treat unequal people differently, recognizing racism as a social determinant in health. In this sense, seek to reduce health inequities of the black population by promoting strategic and articulated actions, agreed upon in the inter-management and social control instances. It was a study based on sources of information and data provided by UNA-SUS, being a population studied by all enrolled in the Black Population Health Course offered by UNA-SUS, between 2014 and 2018, which totaled 55,154 enrolled in seven online course offerings for a long period. Statistical treatment of the data was performed using the SPSS for Windows software - Statistical Package for Social Sciences - version 20. Data were analyzed and summarized by univariate, bivariate and multivariate analyzes. The findings indicate a percentage of graduates of 9.28%, with no significant difference between offers. The average age was 32.37 years (SD = 9.88) and a median of 30 years. Most of those enrolled were college level (87.4%), nurses (23.8%), community worker and social worker with 4.6% for each professional class, psychologist (4.0%) and doctor (3, 4), in addition to 31.8% of students. Regarding race / color 34.4% self-reported as white, 37.4% brown, 24.3% black, 1.6% yellow, 0.4% indigenous and 1.9% did not mention. It was more likely to be non-concluding than to be concluding in municipalities with 100 to 500 thousand inhabitants, which is 1.710 times greater than in municipalities with up to 10,000 inhabitants. In the black /brown race there is a higher prevalence of non-graduates, and in the other races there is a higher prevalence of graduates, and for the indigenous race there is no significant relationship, according to the p-value of 0.77. The experience of the UNA-SUS course reveals the need for reflections on affirmative health actions to assure the black population that their rights and specificities can be met in the SUS service network.

Keywords: Racism, Institutional Racism, Black population health, Social determinant, Permanent education.

4.1 Introdução

Após a realização da III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas na cidade de Durban, na África do Sul em 2001, onde participaram representantes de governos e de movimentos sociais de várias regiões do mundo, incluindo o Brasil, e foram aprovadas estratégias de mobilização para a construção de uma agenda política de redução dos efeitos dos racismos no mundo, o Governo brasileiro em 2003 cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) como órgão governamental responsável para transversalizar na esfera federal e estimular junto ao governos estaduais e municipais políticas públicas para o enfrentamento aos racismos e as desigualdades ainda fortemente presentes na população negra brasileira.

Em seguida o Ministério da Saúde em 2004 cria um grupo de trabalho e anos depois o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) como instrumento de garantir e fortalecer o diálogo entre governo e movimentos sociais na formulação de ações estratégicas que buscassem reduzir os impactos do racismo na saúde da população negra.

Em 2006 o Conselho Nacional de Saúde aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População negra, tendo sua publicação oficial apenas em 2009 e em 2010 com a assinatura da lei que promulga o Estatuto da Igualdade Racial.

Diante desse quadro o Sistema Único de Saúde (SUS) tem implementado ações de construção e consolidação de políticas voltadas a segmentos específicos, na perspectiva de atendê-los em suas necessidades.

Em relação a população negra, isso não foi diferente. A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)¹ foi um instrumento estratégico de ação afirmativa que reconhece a necessidade de tratar diferente os desiguais pela marca de reconhecer o racismo como um determinante social em saúde. Sua implementação busca

reduzir as iniquidades em saúde da população negra promovendo ações estratégicas e articuladas, pactuadas nas instâncias intergestoras e de controle social.

Em suas diretrizes a PNSIPN, tem em seu objetivo o eixo de educação permanente e popular em saúde com o propósito de estabelecer as diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e trabalhadores do SUS para ampliar o acesso da população negra contribuindo para a garantia da universalidade, equidade e integralidade no cuidado dessa população.

Com o propósito de fortalecer a PNSIPN foi criado o curso sobre Saúde Integral da População Negra, desenvolvido pela UNASUS como objetivo de proporcionar aos profissionais de saúde a oportunidade de refletirem e atuarem na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família, visando à melhoria da qualidade de atendimento e à redução das desigualdades, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional Integral da População Negra (PNSIPN).

Os conteúdos do curso promovem o debate sobre o racismo institucional, além de trazer informações gerais sobre a população negra, sua cultura e práticas tradicionais de saúde. Foi ofertado pela Secretaria Executiva da UNA-SUS, como iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

O curso é uma oferta educativa auto-instrucional de quarenta e cinco horas na modalidade de Educação à Distância – EAD. Foi construído por meio de uma parceria entre Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde-SGETES, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde - CTSPN e UNA-SUS. Tem como público alvo, profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, especialmente aos participantes do Programa Nacional de Valorização do

Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos. Além disso, também é aberto ao público, sendo ofertado para profissionais de quaisquer áreas do conhecimento ou nível de complexidade que se interessem pelo tema.

O pioneirismo deste curso no Brasil, determinou o interesse para sua análise como estratégia de educação permanente dos alunos matriculados na Universidade Aberta do SUS 2014 e 2018.

4.2 Materiais e métodos

A população de estudo foi constituída por todos os matriculados no Curso de Saúde da População Negra ofertado pela UNA-SUS, entre 2014 e 2018, que totalizaram 55.154 matriculados, em sete ofertas do curso online ao longo do período considerado.

A base de dados utilizada foi disponibilizada pela UNA-SUS, em software Microsoft Excel e abrange as informações preenchidas pelos interessados no Curso de Saúde da População Negra, no momento da efetivação da matrícula.

Foram consideradas e observadas todas as variáveis existentes na base UNA-SUS, no entanto, após a análise individual de cada variável foram extraídas do banco as variáveis de interesse para responder ao objetivo proposto para o presente artigo.

A descrição do perfil sócio demográfico dos matriculados no curso de Saúde da População Negra, oferecido pela UNA-SUS, no período entre 2014 e 2018, foi baseada nas variáveis: idade, gênero (categoria sociológica referida), raça/cor (amarela, branca, indígena, parda, preta - considerando na análise os campos preenchidos e não preenchidos pelos interessados no curso), ofertas do curso, código CNES do estabelecimento de saúde de atuação, adotado para criar a variável denominada de “vínculo com o SUS” (categorizada em: vínculo e não vínculo com o SUS), profissão, nível de escolaridade (ensino fundamental, médio,

graduação, residência, mestrado, doutorado e especial). A escolaridade especial, abrange a modalidade de ensino destinada a educandos portadores de necessidades educativas especiais no campo da aprendizagem, originadas quer de deficiência física, sensorial, mental ou múltipla, quer de características como altas habilidades, superdotação ou talentos, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9.394/1996).

Além dessas variáveis, com base nas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2017, foi criada a variável denominada “porte da população”, categorizada segundo classes de tamanho dos municípios brasileiros utilizadas pelo IBGE, compreendendo as seguintes categorias: população de até 10 mil habitantes, >10 mil a 20 mil habitantes, >20 mil a 50 mil habitantes, >50 mil a 100 mil habitantes, >100 mil a 500 mil habitantes e >500 mil habitantes, conforme pode ser verificado no endereço eletrônico do IBGE (1).

A partir das variáveis “data de ingresso” e “data de conclusão do curso”, foi criada uma variável categorizada em concluintes (abrangendo todos os campos que continham a data de conclusão do curso do matriculado) e não concluintes do curso (todos os campos sem a informação da data de conclusão).

Por fim, foi criada a variável denominada “referência geográfica” estruturada integralmente conforme a tipologia rural-urbano proposta pelo IBGE/2017, categorizada em urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto, adotando-se para construí-la a base de dados disponibilizada pelo IBGE (2).

De acordo com o IBGE, a definição dessa tipologia, segue um processo de classificações e cruzamentos matriciais sucessivos com base nos seguintes critérios: população

em áreas de ocupação densa, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização, com recorte municipal (3).

A partir dos cruzamentos matriciais, o IBGE realizou outro cruzamento que contemplou, além das dimensões analisadas, a dimensão da localização de forma a possibilitar a distinção, dentre os municípios classificados como intermediários e rurais, aqueles adjacentes a centros urbanos de maior hierarquia daqueles que se encontram remotos (3). Assim, para as análises do presente artigo as categorias propostas pelo IBGE-2017 foram relacionadas a variável “código do município” contida na base de dados do UNA-SUS.

Para proceder as análises estatísticas foi adotado o software SPSS for Windows – *Statistical Package for Social Sciences* – versão 20. Após a crítica de consistência, os dados foram analisados e sumarizados por meio de análises univariadas, bivariadas e multivariadas e apresentados em gráficos e tabelas, sendo que informações ignoradas ou faltantes (missings) foram excluídas das análises, quando pertinente. O tratamento estatístico foi realizado por intermédio de medidas de tendência central, de dispersão, de correlação do Qui-Quadrado de Pearson e Regressão Logística.

Todos os dados adotados para as análises são de uso público e em todos os procedimentos de análise foram mantidos os pressupostos éticos e de confidencialidade dos dados pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

4.3 Resultados

Ao longo do período entre 2014 a 2018, o Curso de Saúde da População Negra foi realizado por meio de sete ofertas pela UNA-SUS, totalizando 55.154 matriculados. O percentual de concluintes foi de 9,28%, não sendo observado diferença significativa entre as

ofertas (Tabela 1). No entanto, houve relação estatisticamente significativa nas proporções entre ser concluinte e não concluinte ($\chi^2 = 112,38$; $p < 0,000$), considerando o período de oferta.

Tabela 1: Frequência relativa de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra, entre no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

| Período da Oferta | Matrículas N | Concluintes* n | % de | Não | % de não |
|---------------------|-----------------|-------------------|-------------|---------------|--------------|
| | | | Concluintes | concluintes* | concluintes |
| | | | | n | |
| Out/2014 a ago/2015 | 6.717 | 710 | 10,57 | 6007 | 12,0 |
| Ago/2015 a dez/2015 | 6.539 | 743 | 11,36 | 5796 | 11,6 |
| Abr/2016 a dez 2016 | 7.793 | 715 | 9,17 | 7078 | 14,1 |
| Jan/2017 a jun/2017 | 10.581 | 931 | 8,80 | 9650 | 19,3 |
| Jul/2017 a jan/2018 | 6.506 | 596 | 9,16 | 5910 | 11,8 |
| Jan/2018 a jul/2018 | 11.529 | 1.086 | 9,42 | 10443 | 20,9 |
| Jul/2018 a jan/2019 | 5.489 | 340 | 6,19 | 5149 | 10,3 |
| Total geral | 55.154 | 5.121 | 9,28 | 50.033 | 90,72 |

* $\chi^2 = 112,38$; $p < 0,000$.

Fonte: UNA-SUS, 2019.

A idade dos matriculados variou entre 15 a 81 anos, com idade média de 32,37 anos (DP= 9,88) e mediana de 30 anos, sendo verificada idade maior para os não-concluintes nos dois gêneros.

A idade mediana do gênero feminino foi maior do que do gênero masculino para concluintes (29 e 28 anos, respectivamente) e para não-concluintes (30 e 29 anos, respectivamente). O teste de hipótese para mediana rejeita a igualdade entre medianas, por conclusão e por gênero, indicando diferença significativa, com 5% de significância.

Ao considerar o gênero entre os matriculados no Curso de Saúde da População Negra, no momento da matrícula 80,0% mencionaram ser mulher e 20,0% ser homem, sendo

que entre os concluintes do curso 73,6% são mulheres e 26,4% são homens e entre os não concluintes 80,7% são mulheres e 19,3% são homens.

Quanto ao nível de escolaridade dos alunos matriculados, o percentual foi maior para o nível superior (87,4%) quando comparado ao nível médio (12,6%), assim como o percentual de concluintes (88,7%) e de não concluintes (87,2%) com nível superior.

As categorias profissionais mais frequentes foram os enfermeiros (23,8%), agente comunitário e assistente social com 4,6% para cada classe profissional, psicólogo (4,0%) e médico (3,4), além de 31,8% de estudantes.

O auto referenciamento da raça/cor entre os matriculados, foi de 34,4% brancos, 37,4% pardos, 24,3% pretos, 1,6% amarelos, 0,4% indígenas e 1,9% não mencionaram.

O quesito raça/cor relacionado ao vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que a raça parda/preta (36,9%) foi predominante no vínculo com o SUS em relação às demais raças, assim como também entre aqueles que não tinham vínculo com o SUS (47,9%), considerando o Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Tabela 2).

Tabela 2: Percentual de matriculados no Curso de Saúde da População Negra conforme o vínculo com o SUS, segundo o quesito raça/cor, no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil

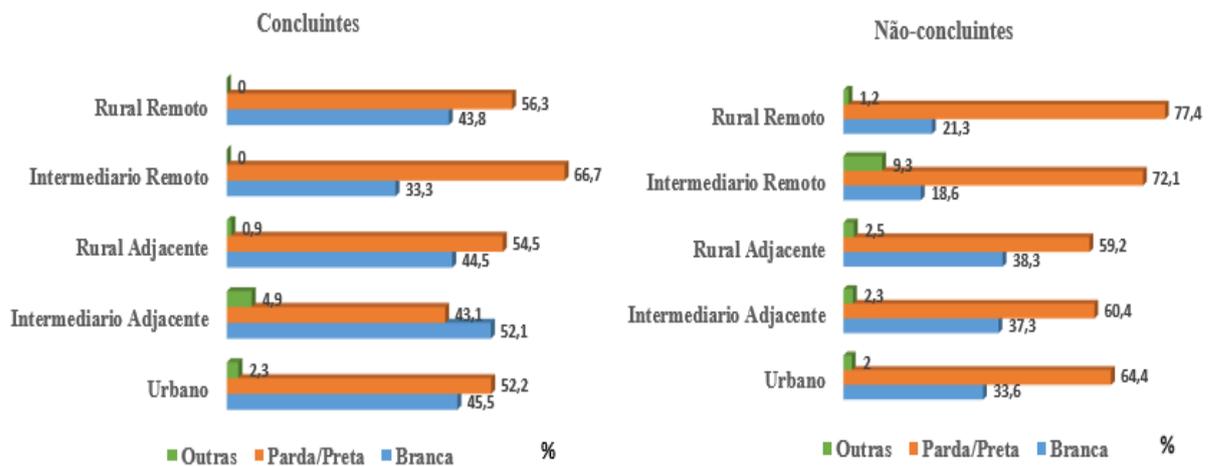
| Raça/cor | Vínculo - SUS/Não-SUS * | | | | | |
|----------------|-------------------------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | SUS | | Não-SUS | | Total | |
| | n | % | N | % | n | % |
| Amarela | 169 | 0,8% | 467 | 1,3% | 636 | 1,2% |
| Branca | 4.838 | 23,9% | 8.664 | 24,8% | 13.502 | 24,5% |
| Indígena | 53 | 0,3% | 114 | 0,3% | 167 | 0,3% |
| Parda/Preta | 7.463 | 36,9% | 16.726 | 47,9% | 24.189 | 43,9% |
| Sem Informação | 207 | 1,0% | 523 | 1,5% | 730 | 1,3% |
| Total | 20.205 | 100,0% | 34.949 | 100,0% | 55.154 | 100,0% |

* $\chi^2 = 1129,6$; $p < 0,000$.

Do total de matriculados do curso, a maioria dos concluintes (88,1%) e não-concluintes (86,7%) eram de área urbana e 6,9% e 8,3% respectivamente, eram de área rural adjacente, sendo que nas demais áreas as proporções foram bem reduzidas ($\chi^2 = 17,6$; $p < 0,001$).

Na área urbana, tanto concluintes (52,2%) quanto não concluintes (64,4) eram na maioria de raça parda/preta, assim como nas demais categorias relativas à referência geográfica, com exceção dos concluintes da área intermediário adjacente que foram 52,1% de raça branca e 43,1% de parda/preta. (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentual de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra do UNASUS, conforme referência geográfica proposta pelo IBGE/2017 e raça, no período entre 2014 a 2019, UNA-SUS, Brasília, Distrito Federal, Brasil.



Fonte: UNASUS, 2019.

A frequência relativa de matriculados e concluintes do curso conforme o contingente populacional, demonstra maior proporção de matriculados em localidades com porte populacional entre 100 a 500 mil habitantes (28,5%) e acima de 500 mil habitantes (43,3%), sendo que a proporção de concluintes também foi maior nessas localidades, respectivamente 31,6% e 41,2%, assim como de não-concluintes, sendo 28,2% e 43,5%, respectivamente. Estatisticamente, observam-se diferenças significativas nos percentuais entre concluintes e não concluintes, de acordo com o porte populacional, conforme o qui-quadrado ($\chi^2 = 31,003$; $p < 0,001$). Nas localidades com até 10 mil habitantes houve um percentual maior

de concluintes (4,2%), comparado aos não concluintes (3,5%). Entretanto, em localidades com população entre 10 a 20 mil habitantes a proporção de concluintes (4,1%), foi menor do que de não concluintes (5,1%), (Tabela 3).

Tabela 3 -Frequência relativa de alunos concluintes e não concluintes do Curso de Saúde da População Negra, no período entre 2014 a 2019 UNA-SUS, segundo porte da população, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

| | Matriculados | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|------|
| | Concluinte* | | Não concluinte* | | Total Matriculados | | |
| | N | % de n válida da coluna | n | % de n válida da coluna | n | % de n válida da coluna | |
| Porte da população | Até 10 mil hab. | 164 | 4,2 | 1377 | 3,5 | 1541 | 3,6 |
| | >10mil hab. a 20mil hab | 161 | 4,1 | 1961 | 5,1 | 2122 | 5,0 |
| | >20mil hab. a 50mil hab. | 363 | 9,3 | 3909 | 10,1 | 4272 | 10,0 |
| | >50mil hab a 100mil hab | 369 | 9,5 | 3735 | 9,6 | 4104 | 9,6 |
| | >100mil hab a 500milhab | 1229 | 31,6 | 10946 | 28,2 | 12175 | 28,5 |
| | >500mil hab. | 1603 | 41,2 | 16896 | 43,5 | 18499 | 43,3 |

* $\chi^2 = 31,003$; $p < 0,001$

Fonte: UNASUS, 2019.

Ao relacionar o quesito raça/cor com a referência geográfica, observa-se que a proporção da raça parda/preta matriculada predominou em todas as categorias relativas a referência geográfica quando comparada a raça branca e demais raças, sendo que os percentuais maiores para a raça parda/preta foram na categoria rural remoto (75,65%), intermediária remoto (71,7%) e urbano (63,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência relativa da conclusão do Curso de Saúde da População Negra, segundo quesito raça/cor e referência geográfica, no período entre 2014 a 2019.

| Cor/Raça | Referência Geográfica* | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------|-----|----------------------|-----|-----------------|-----|--------------|-----|--------|-----|
| | Intermediária Adjacente | | Intermediária Remoto | | Rural Adjacente | | Rural Remoto | | Urbano | |
| | n | % | N | % | N | % | N | % | n | % |
| Amarela | 32 | 2,1 | 1 | 1,1 | 47 | 1,6 | 0 | 0,0 | 548 | 1,6 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------|-------|----|-------|------|-------|-----|-------|-------|-------|
| Branca | 589 | 38,7 | 18 | 19,6 | 1139 | 38,7 | 42 | 23,3 | 11661 | 34,7 |
| Indígena | 7 | 0,5 | 7 | 7,6 | 24 | 0,8 | 2 | 1,1 | 127 | 0,4 |
| Preta/Parda | 894 | 58,7 | 66 | 71,7 | 1730 | 58,8 | 136 | 75,6 | 21294 | 63,3 |
| Total | 1522 | 100,0 | 92 | 100,0 | 2940 | 100,0 | 180 | 100,0 | 33630 | 100,0 |

* $\chi^2 = 196,8$; $p < 0,001$

Fonte: UNASUS, 2019

Na regressão logística o *p-value* até 0,05 indica significância na diferença entre concluintes e não-concluintes. As variáveis que melhor explicaram o modelo foram: porte populacional do município, faixa etária, escolaridade, referência geográfica segundo nova tipologia rural-urbana do IBGE e raça. As demais variáveis não apresentaram significância estatística e foram excluídas do modelo (Tabela 5).

Com relação ao porte populacional, verifica-se que o Exp(B) é maior do que 1 em todas as categorias, sendo que a categoria base do porte do município é a categoria de até 10 mil habitantes. Dessa forma, os resultados apontam que onde há mais chance de ser não-concluente do que de ser concluente são nos municípios de 100 a 500 mil habitantes, sendo esta chance de 1,710 vezes mais chances do que municípios de até 10 mil habitantes, bem como em municípios com porte de acima de 500 mil habitantes, onde há 1,684 vezes mais chance de ser não-concluente em relação ao porte menor.

Na variável faixa etária a categoria base é a de menor idade, ou seja, até 20 anos. Em todas as faixas etárias há menos chances de a pessoa ser não-concluente do que de ser concluente, se comparada à faixa etária de até 20 anos. Contudo, pode-se observar que há maior participação de não-concluintes na faixa de até 20 anos. Nas demais faixas etárias, a participação maior é a de concluintes.

Quanto a escolaridade a categoria base é técnico de ensino médio. O Exp(Beta) mais próximo de 1 é da categoria ensino médio sendo, portanto, a mais parecida com a categoria base de Técnico de ensino médio. Nas demais categorias (fundamental, graduado, mestrado, doutorado) todos os valores de Exp(B) são menores do que um, portanto, nestas, há menos

chances de ser não-concluinte do que de ser concluinte, comparando com o técnico. Dessa forma, nos níveis de escolaridade médio e técnico de ensino médio há maior prevalência de não-concluintes, e em todos os demais níveis de escolaridade a tendência é de haver prevalência maior de concluintes, principalmente na residência ($\text{Exp(B)}= 0,497$; $p\text{-value}= 0,00$) e no mestrado ($\text{Exp(B)}= 0,676$; $p\text{-value}= 0,00$).

Com respeito à variável de tipologia rural-urbana do IBGE, a categoria base é o urbano. Em todas as demais categorias, rural remoto, rural adjacente, intermediário adjacente, o Exp(B) se apresenta como maior do que 1, indicando maior prevalência de não-concluintes nestas tipologias, principalmente no rural adjacente; e maior prevalência de concluintes na tipologia urbano. A categoria intermediário remoto apresentou valores numéricos muito baixos ao cruzar com as demais variáveis da Regressão Logística e por isso o modelo a excluiu da análise.

A categoria base da variável raça é preta/parda. Nas demais raças o valor de Exp(B) é menor do que 1, portanto, há menos chances de ser não-concluinte do que de ser concluinte nestas raças do que na raça preta/parda. Na raça preta/parda há maior prevalência de não-concluintes, e nas demais raças há maior prevalência de concluintes, sendo que para a raça indígena não há relação significativa, segundo o $p\text{-value}$ de 0,77.

Tabela 5 - Relação das variáveis referentes ao Curso de Saúde da População Negra, segundo a Regressão Logística, período considerado em 2014 a 2019.

| | Variável | p-value | Exp(B) |
|--|-------------------|---------|--------|
| Porte populacional do município (categoria base: até 10 mil hab) | 10 a 20 mil hab | 0,00 | 1,449 |
| | 20 a 50 mil hab | 0,04 | 1,575 |
| | 50 a 100 mil hab | 0,00 | 1,647 |
| | 100 a 500 mil hab | 0,00 | 1,710 |
| | >500 mil hab | 0,00 | 1,684 |
| Faixa etária (categoria base: até 20 anos) | >21 a 30 anos | 0,01 | 0,753 |
| | >31 a 40 anos | 0,25 | 0,894 |
| | >41 a 50 anos | 0,71 | 0,962 |

| | | | |
|--|-------------------------|------|-------|
| | >51 a 60 anos | 0,01 | 0,749 |
| | >60 anos | 0,31 | 0,804 |
| Escolaridade (categoria base: técnico de nível médio) | Doutorado | 0,39 | 0,846 |
| | Ensino Fundamental | 0,13 | 0,612 |
| | Ensino Médio | 0,54 | 0,944 |
| | Especial | 0,00 | 0,760 |
| | Graduação | 0,04 | 0,854 |
| | Mestrado | 0,00 | 0,676 |
| | Residência | 0,00 | 0,497 |
| Nova Tipologia rural-urbana do IBGE (categoria base: Urbano) | Intermediário Adjacente | 0,79 | 1,029 |
| | Rural Adjacente | 0,00 | 1,600 |
| | Rural Remoto | 0,57 | 1,173 |
| Raça (categoria base: preta ou parda) | Amarela | 0,00 | 0,680 |
| | Branca | 0,01 | 0,620 |
| | Indígena | 0,77 | 0,921 |
| | | | |

Fonte: base de dados USASUS

4.4 Discussão

O curso da UNA-SUS sobre a saúde da população negra realizado entre outubro de 2014 a janeiro de 2019 alcançou o número de 55.154 inscritos com proporção de concluintes de 9,28%. Embora este percentual tenha sido baixo quando comparados aos cursos de modalidade a distância de outras instituições, estes resultados apontam questões para serem aprofundadas relativas a aspectos ao formato político pedagógico do curso.

A experiência deste curso pioneiro, demonstra o interesse de alunos com idade média de matriculados foi de 32,37 anos (DP= 9,88) e mediana de 30 anos. A maior idade sendo verificada para os não-concluintes nos dois gêneros. A idade mediana do gênero feminino foi maior do que do gênero masculino para concluintes (29 e 28 anos, respectivamente) e para não-concluintes (30 e 29 anos, respectivamente).

Quando observamos as matrículas, identificamos um percentual de matriculados maior para o nível superior (87,4%) quando comparado ao nível médio (12,6%) e neste segmento o percentual de concluintes (88,7%) e de não concluintes (87,2%) com nível superior.

Entre as categorias profissionais mais frequentes foram as e os profissionais da enfermagem (23,8%), agentes comunitários de saúde e assistentes sociais com 4,6% para cada classe profissional, entre psicólogos (4,0%) e médicos ocuparam a menor porcentagem com (3,4), além de 31,8% de estudantes.

Segundo Backes: Dirce; Backes, Marli; Erdmann, Alacoque; Buscher, Andreas (9) o enfermeiro precisa delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal, coerente com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com as diretrizes da ESF.

A formação permanente na modalidade de ensino a distância (EaD) segundo, Peters, (10); Dias; Leite, (11); Moore e Kearsley (12) aponta que estudantes da EaD são em sua maioria adultos, geralmente com a idade entre 25 e 50 anos, trabalhadores, que buscam uma aprendizagem mais orientada para a prática orientadas pelas experiências de vida e de trabalho.

Estes alunos apreciam ter o controle sobre seus atos e entendem essa modalidade como uma rica possibilidade de estudos, não oportunizada a eles quando mais jovens.

A modalidade EaD, segundo Moore e Kearsley (12), tem características subjetivas distintas. Os alunos têm ansiedade e a inexperiência com a modalidade a distância que aguça comportamentos atitudinais de receio de não atender às expectativas pessoais e às do curso contribuindo para desistências.

Devemos considerar também outros perfis quando pensamos no estudante usuário de tecnologias. Silva (13), por exemplo, utiliza as expressões nativos digitais e imigrantes digitais para delinear os principais comportamentos dos adultos.

O interesse em realizar o curso, apontou que a categoria auto referenciamento da raça/cor entre os matriculados, foi de 34,4% brancos, 37,4% pardos, 24,3% pretos, totalizando 61,7 de população negra e 1,6% se auto declararam amarelos, 0,4% indígenas e 1,9% não mencionaram sua raça/cor.

Foucault, em seu curso em defesa da Sociedade (1975-1976), discute sobre o discurso da guerra ou luta de raças. Coloca o discurso racista ou racismo como um episódio, localizado, particular, que capta um velho discurso, em especial, o das noções sócio-biológicas. Esse discurso tinha como primazia manter conservadorismo social e, principalmente, de dominação colonial (7).

Entre as e os cursistas com vínculo com o SUS tivemos uma predominância de população negra (pretos e pardos) com 36,9%, comparando às demais raças, assim como também entre aqueles que não tinham vínculo com o SUS (47,9%).

De acordo com Baptista (14) a PNSIPN tem apenas 10 anos. Há um desconhecimento da população e dos profissionais de saúde de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção. Os poucos gestores/gerentes que conhecem e assumem o compromisso em implementar a PNSIPN não sabem como fazê-lo, mas compreendem o impacto, a diferença que se pode fazer no perfil de morbimortalidade da população negra o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde.

Na perspectiva ontológica marxista, o trabalho é o elemento fundante de todas e quaisquer relações e constitui em elemento de transformação humana. Contudo, na particularidade histórica do capitalismo, o trabalho carrega em si uma negatividade. Ao invés de criação, torna-se alienação. O homem deixa de ser “homem”, desumaniza-se ocorrendo um

processo de “coisificação” da essência que vai repercutir nas suas relações sociais que se tornam embrutecidas e desumanizadas (15).

O SUS é um sistema nacional, mas enfrenta desafios em sua interiorização e atendimento a populações de bolsões de pobreza. Nesta perspectiva, o curso apresenta-se com objeto de interesse diferenciado segundo a origem geopolítica geográfica dos alunos e pode permitir a reflexão desta condição social implicar em diferenças.

A diferença segundo Ferraro e Oliveira (16) é uma espécie de parâmetro de determinação da condição, explicitando a condição social, o comportamento, o modo de produção de vida, entre outros, que fogem ao padrão etnocêntrico convencional.

Do total de matriculados no curso, a maioria dos concluintes (88,1%) e não-concluintes (86,7%) eram de área urbana, 6,9% e 8,3% respectivamente, eram de área rural adjacente, sendo que nas demais áreas as proporções foram bem reduzidas. Quando observamos exclusivamente a área urbana, tanto entre concluintes (52,2%) quanto não concluintes (64,4) a maioria era de raça parda/preta, assim como nas demais categorias, e a exceção para os concluintes da área intermediário adjacente que foram 52,1% de raça branca e 43,1% de parda/preta.

A maior proporção de matriculados se encontravam em localidades com porte populacional entre 100 mil a 500 mil habitantes (28,5%) e acima de 500 mil habitantes (43,3%), talvez por uma questão de maior infraestrutura ou acesso a tecnologias com a rede mundial de computadores, e encontramos diferenças significativas nos percentuais entre concluintes e não concluintes, de acordo com o porte populacional. Ou seja, em municípios de médio e grande porte, onde temos mais serviços e equipamentos de saúde, e segundo Simon Schwartzman; Claudio de Moura Castro (17), a necessidade de melhor qualificação dos recursos humanos é um requisito da economia e uma aspiração da população, que sabe que as pessoas mais educadas conseguem melhores empregos e melhores rendas.

Nestas localidades a população de raça parda/preta predominou em todas as categorias relativas a referência geográfica quando comparada a raça branca e demais raças, tendo os percentuais maiores para a raça parda/preta na categoria rural remoto (75,65%), intermediária remoto (71,7%) e urbano (63,3%) e nas localidades com até 10 mil habitantes houve um percentual maior de concluintes (4,2%), comparado aos não concluintes (3,5%) e entre municípios menores, como localidades com população entre 10 a 20 mil habitantes, a proporção de concluintes (4,1%), foi menor do que de não concluintes (5,1%).

De acordo com a diferença entre concluintes e não-concluintes segundo porte populacional do município, faixa etária, escolaridade e referência geográfica segundo nova tipologia rural-urbana do IBGE, podemos observar que há mais chance de ser não-concluinte do que de ser concluinte nos municípios de 100 a 500 mil habitantes, e há cerca de 1,710 vezes mais chances de alunos de municípios de até 10 mil habitantes serem não concluintes, sendo que em todas as faixas etárias há menos chances de uma pessoa de até 20 anos ser não-concluinte, e mais chances de ser não-concluinte quando é técnico de nível médio.

Com relação a tendência de haver prevalência maior de concluintes, principalmente na residência, os concluintes são do meio urbano, pois no rural remoto, rural adjacente, intermediário adjacente, principalmente no rural adjacente há maior prevalência de concluintes na tipologia urbano.

Essas contradições no SUS, podem ser enfrentadas se concebermos os trabalhadores como sujeitos de conhecimento e de cultura e, com isto, compreendermos qual o sentido dos conhecimentos para os trabalhadores, no exercício profissional em saúde e na sua condição de sujeito que produz sua existência nas relações sociais em geral, num dado tempo histórico. Sendo assim, os desafios da formação de trabalhadores em saúde no SUS situam-se no plano epistemológico pela afirmação de sentidos dos saberes formais e científicos com os saberes

profissionais técnicos e sociopolíticos, expressos pela histórica e difícil relação entre teoria e prática (18).

A questão racial nos participantes deste curso, revela que há menos chances de ser não-concluinte do que de ser concluinte na raça branca e entre pretos e pardos. Como há maior prevalência de não-concluintes, o que comprova que os racismos, estrutural e institucional, ampliam a exclusão da população negra na educação e segue impedindo dessa população ocupar espaços no mundo do trabalho.

No momento da matrícula 80,0% mencionaram ser mulher e 20,0% ser homem, o que no universo de trabalhadores da saúde, corrobora majoritariamente para o feminino. Esta característica esteve presente tanto para os concluintes do curso com 73,6% sendo mulheres e 26,4% homens, como entre os não concluintes, onde 80,7% são mulheres e 19,3% são homens.

A experiência de políticas universais, em especial do SUS, balizada pelos princípios e fundamentos de equidade tem demonstrado seus limites, face aos mecanismos recorrentes de reprodução do preconceito, da discriminação racial propagado na organização do trabalho e da gestão nos serviços em saúde e das instituições (19).

Scott (20) afirma que o gênero além de ser construído sobre as diferenças entre homens e mulheres, também serve para dar sentido à essas diferenças. Porque, a partir do sexo biológico se constroem e reproduzem características que marcam uma identidade de gênero para cada sexo. Porém se pensarmos o gênero como um conjunto de valores, atitudes e comportamentos construídos nas relações entre os sujeitos sociais, podemos dizer que também o gênero é mutável, já que constantemente reconstruímos e ressignificamos nossas representações sociais sobre feminino e masculino, mesmo no interior das diferentes culturas.

Há muito que se debate sobre as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade e como essas construções sociais são naturalizadas e reproduzidas na sociedade e conseqüentemente no mundo trabalho.

Historicamente a divisão sexual do trabalho enfatiza para os homens a produção e a subsistência da família, o lugar do provedor, e para as mulheres a reprodução, a educação dos filhos e o cuidado do lar. Num processo de institucionalização de uma hierarquização das funções.

Nesse sentido, a desigualdade sexual numa sociedade com o patriarcado enraizado ainda segue naturalizando a desvalorização do trabalho feminino, e estudos revelam que muitas mulheres ganham menos que os homens, mesmo ocupando as mesmas profissões.

Por conta dessa desigualdade, quando as mulheres entram no mercado de trabalho, permanecem ainda com as atividades como o cuidado com a casa e com os filhos. De acordo com o IBGE (3) a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho não reduziu a jornada delas com os afazeres domésticos.

Nos resultados encontrados, na faixa etária de 25 a 49 anos de idade, há a maior inserção das mulheres nas atividades remuneradas e coincide com a presença de filhos menores. O trabalho doméstico ocupa 94,0% das mulheres, o que aumentado o tempo de trabalho da mulher em função da dupla jornada de trabalho.

Por um lado, as mulheres devem se empenhar para a sua formação, com o objetivo de se preparar para o mercado de trabalho, que não a trata com igualdade em relação aos homens. Por outro lado, devido a sua dupla jornada de trabalho, as mulheres contam com um tempo restrito para a formação superior e continuada.

De acordo com o IBGE (21) em 2016, as mulheres de 15 a 17 anos de idade tinham frequência escolar líquida (proporção de pessoas que frequentam escola no nível de ensino adequado a sua faixa etária) de 73,5% para o ensino médio, contra 63,2% dos homens. Isso significa que 36,8% dos homens estavam em situação de atraso escolar. Na desagregação por cor ou raça, 30,7% das pretas ou pardas de 15 a 17 anos de idade apresentaram atraso escolar em relação ao ensino médio, face a 19,9% das mulheres brancas.

Comparando-se gênero e cor ou raça, o atraso escolar das mulheres brancas estava mais distante do registrado entre os homens pretos ou pardos (42,7%). Essa trajetória escolar desigual, relacionada a papéis de gênero e à entrada precoce dos homens no mercado de trabalho, faz com que as mulheres tenham um maior nível de instrução.

Nos resultados desta pesquisa, a faixa dos 25 a 44 anos de idade, 21,5% das mulheres tinham completado a graduação, contra 15,6% dos homens. Desagregando-se a população de 25 anos ou mais de idade com ensino superior completo por cor ou raça, as mulheres brancas estão à frente, com 23,5%, seguidas pelos homens brancos, com 20,7%; bem abaixo estão as mulheres pretas ou pardas, com 10,4% e, por fim, os homens pretos ou pardos, com 7,0%.

A problematização e a relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e da perspectiva cognitivista de David Ausubel, a teoria da aprendizagem significativa tem influências de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida. Deste modo, a aprendizagem significativa vincula-se ao pragmatismo (15).

Bergmann (22) introduz outra dimensão possível dessas políticas a diversidade, tema que tem recebido especial atenção na área educacional. De acordo com a autora, existiriam três ideias por trás da ação afirmativa. As duas primeiras seriam a necessidade de combater sistematicamente a discriminação existente em certos espaços na sociedade, e de reduzir a desigualdade que atinge certos grupos, como aquela marcada pela raça ou gênero. Uma terceira proposta envolveria a busca da integração dos diferentes grupos sociais existentes por meio da valorização da diversidade cultural que formariam. Essa ideia tenta conferir uma identidade positiva àqueles que antes eram definidos pela inferiorização e supõe que a convivência entre pessoas diferentes ajudaria a prevenir futuras visões preconceituosas e práticas discriminatórias.

No Brasil, ainda são presentes as marcas da escolarização excludente e precarizada para a população negra. Segundo Cristina Charão em sua matéria publicada no site do IPEA,

avanços nos indicadores socioeconômicos da população negra atestam o impacto positivo das políticas universais. Ao mesmo tempo, os dados mostram a necessidade urgente de ações afirmativas de caráter amplo na busca por igualdade racial no Brasil. Construir pontes que aproximem as realidades de brancos e negros no Brasil é um desafio monumental de engenharia social e econômica. Nas últimas duas décadas, políticas públicas de natureza diversa, adotadas em diferentes níveis de governo, têm sido capazes de impulsionar a construção das bases da igualdade. Indicadores socioeconômicos de toda ordem mostram uma melhoria nas condições de vida da população negra, bem como no acesso a serviços e direitos. Nesse período, homens e mulheres negras viram sua renda, expectativa de vida e acesso à educação – para citar apenas os componentes do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – avançarem de forma mais acelerada do que as da população branca (5).

Entretanto, ainda não é possível vislumbrar a superação do abismo racial. Os dados disponíveis indicam um caminho: é preciso apostar em políticas de ação afirmativa de forma consistente.

Ferreira (7) assegura que são muitos os tipos de resistência e elas se distribuem no tempo e no espaço de forma descontínua, fragmentada, transversal (coletiva ou individualmente).

Os processos podem ser motivadores de grupos ou de indivíduos. Criam “clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e remodelando-os, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis” (8).

No campo da saúde a égide do racismo institucional está instalada sobre a discussão da determinação social que assume que a pobreza e não a cor da pele o elemento de compreensão como um determinante social de saúde.

4.5 Considerações

De acordo com Werneck (4) a eliminação das disparidades raciais na saúde e a produção de respostas adequadas para a promoção de saúde das mulheres negras requerem o desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis, o que implica o estabelecimento de

medidas singularizadas, baseadas em diagnósticos aprofundados e igualmente singularizados, os quais devem fundamentar o desenho de processos, protocolos, ações e políticas específicos segundo as necessidades e singularidades de cada grupo populacional.

Assim, é preciso estabelecer medidas facilitadoras da aproximação e acesso, de modo a superar as barreiras interpostas ao exercício do direito à saúde pelas mulheres negras. É necessário, também, utilizar métodos e linguagens inteligíveis, que respeitem e dialoguem com os diferentes valores, crenças e visões de mundo, os quais devem ser produzidos com a participação dos sujeitos a que se quer beneficiar; além de priorizar ou incluir diferentes grupos de mulheres negras – que vivenciam condições semelhantes de idade, de local de moradia, de geração, de orientação sexual, de condição física e mental etc. –, de modo a serem adequadamente informados em cada uma das fases da tomada de decisões terapêuticas, de processos e de políticas.

Diante do exposto os resultados da análise deste curso revelam a necessidade de reflexões sobre as ações afirmativas no âmbito da saúde para assegurar a população negra que seus direitos e suas especificidades possam ser atendidas na rede de serviços do SUS.

Como a naturalização do racismo, do racismo institucional e sistêmico e suas dimensões individual, social e política/programática que podem estar influenciando este baixo percentual de concluintes do referido processo formativo.

Os alunos deste curso, pioneiros desta formação no Brasil, enfrentam o que Oliveira (6), classifica da produção de saberes sobre saúde da população negra como o campo identitário e libertário do povo negro no Brasil. Fato concebido dentro da academia, sem o reconhecimento de processos históricos e sociais o que tem perpetuado a institucionalização acadêmica e social limitada de compreensão político-ideológico para se legitimar junto às instituições formadoras.

Como demonstra a figura abaixo:



4.6 Considerações finais

Diante dos marcos legais internacionais e nacionais, podemos observar que ainda existe muito para consolidar, pois existem várias diferenças de níveis de acesso e da própria regulação na rede de serviços de saúde e que isso resulta numa baixa cobertura destes serviços e consequentemente em resultados diferenciados em diferentes regiões do país.

Existe um longo caminho a ser percorrido, precisamos ampliar a cobertura SUS nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, precisamos também de uma rede de serviços de saúde bem estruturada e em funcionamento para atender o conjunto das regiões considerando seus diferentes níveis de vulnerabilidade e os aspectos culturais, com foco na garantia de direitos.

Considerando o eixo de educação permanente dentro da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem um papel decisivo no enfrentamento aos racismos na saúde,

bem como na promoção de ação e reflexão para a promoção do acesso da referida população a essa política pública. A educação permanente permite o diálogo construído a partir do reconhecimento das vulnerabilidades como expressão das consequências dos processos históricos de discriminação e devem transformar os processos de trabalho para incidir na realidade e produzir novos resultados.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma das inúmeras políticas públicas de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde que tem como princípios e diretrizes Universalidade de acesso, Integralidade do Cuidado, Equidade, Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, e Participação da comunidade.

A Política de Educação Permanente precisa estar articulada com as necessidades das equipes e atentar para a discussão sobre os processos de trabalho, com o olhar sensível a situações de risco e vulnerabilidade a que a população negra se encontra exposta, devido principalmente ao processo histórico de discriminação.

Por isso as ações articuladas do eixo de educação permanente em saúde, na PNSIPN são estratégicas para reduzir as desigualdades existentes nas relações impostas pelo racismo institucional que ainda acarreta nos piores indicadores na saúde atingindo a população negra.

É dever também da saúde colaborar para a cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde,

levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde (24).

Precisamos incluir nos processos de educação permanente no SUS os temas referentes ao saber avaliar e manejar as situações clínicas mais comuns nessa população, saber lidar com situações e agravos mais presentes na população negra, saber escutar, respeitar à liberdade e autonomia do usuário e etc.

A política nacional de saúde integral da população negra deve estar articulada com a educação permanente de saúde para promover uma formação para o desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde, contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente dos trabalhadores de saúde, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde de modo a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva e por fim qualificar todos os profissionais do SUS, a partir de suas necessidades.

Precisamos de uma proposta a ser elaborada, discutida e aprimorada de forma conjunta com os diversos colegiados intergestores como CONASS e CONASEMS, com o propósito de fortalecer a PNEPS nos territórios e retomar o processo de implementação, tendo como foco à qualificação dos profissionais e trabalhadores, conforme as reais necessidades para atuação no SUS, sendo o acompanhamento realizado de forma contínua pelos estados e municípios.

Consideramos que os resultados trazem questões relevantes a contribuição desta iniciativa para o Sistema Único de Saúde de construir estratégias para a educação permanente na PNSIPN considerando as relações étnico-raciais e os efeitos dos racismos no processo saúde – doença.

Os números do curso também revelam uma acelerada e crescente procura das mulheres por processos formativos com um crescimento do contingente de mulheres no campo da saúde pública, sobretudo entre as ocupações de enfermagem e assistência, pois no SUS as mulheres possuem mais oportunidades de trabalho.

Os resultados apontados podem contribuir com a política e na tomada de decisões para as próximas ofertas e conseqüentemente para o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Assim, é tarefa inadiável do Estado brasileiro contribuir para o fortalecimento da diretriz da descentralização e das reais necessidades do território, ampliar o diálogo com estados e municípios, com a participação das CIES, garantindo autonomia para elaboração das ações de Educação Permanente em saúde.

“Aquela academia (universidade) tem que incorporar o que nós somos, o nosso saber. Coisas de nossa universidade de cá. Isso pra mim é que é enegrescer, é falarmos dos negros, para os negros que sabem quem são”.

MakotaValdina Pinto

Faz-se necessário aqui destacar que ao entrar no mestrado profissional, atuando no Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGEP) pretendia analisar a implementação da política nacional de saúde integral da população negra com enfoque no eixo de acesso, comparando as experiências da gestão participativa e do controle social em duas cidades.

Contudo, no meio do curso, fomos surpreendidos com atitudes autoritárias na gestão do DAGE/SGEP que nos impossibilitou de continuar atuando naquele departamento, quando fui transferido para o Departamento de Atenção Básica e fui obrigado pelas

circunstâncias a mudar meu objeto, partindo para o eixo de educação permanente com foco na experiência do Curso da UNA-SUS sobre saúde da população negra.

No período de democratização no Brasil, principalmente entre 2003 a 2015, tivemos a institucionalização de políticas e ações afirmativas que alteraram o quadro de oportunidades no nosso país, como a política de cotas na educação, em concursos públicos e muitos avanços nas políticas de equidade em vários setores, principalmente na saúde.

Porém, com a ruptura democrática em agosto de 2016, as políticas públicas no âmbito do governo federal tomaram outro rumo, retornando a privilegiar os interesses dos setores econômicos em contraposição de políticas e direitos sociais que transformavam a realidade reduzindo as desigualdades.

A necessidade de enfrentamento aos racismos no Brasil requer estratégias articuladas e transversais com o aprofundamento necessário para uma reparação histórica valorizando a história e a contribuição do povo negro no país e construindo caminhos para a justiça social.

Todo equipamento ou serviço público de saúde reflete os comportamentos presentes na sociedade que tem enraizado o racismo e que incide no imaginário social e cultural delineando as relações afetivas, sociais, culturais, políticas e econômicas.

O curso da UNA-SUS é uma experiência valiosa que vem contribuindo para a formação e para uma saúde equânime, integral e universal, mas requer monitoramento e avaliação para pensar estratégias que proporcionem maior alcance nas matrículas e territórios e melhores resultados.

Esse estudo possui limites de objeto e metodologia para o desenvolvimento dos resultados, portanto não nos permite, por exemplo, avaliar se os objetivos de aprendizagem foram alcançados.

As mulheres seguem sendo a maior força trabalhadora na saúde, incansavelmente contribuindo para o cuidado das pessoas e com maior grau de envolvimento e empatia às vulnerabilidades socialmente construídas.

Dessa forma buscamos mais chances de reduzir as desigualdades sociais, reconhecer os problemas e necessidades de saúde das populações, em especial nesse trabalho a população negra onde precisamos reduzir a mortalidade infantil, mortalidade precoce, mortalidade por doenças cardiovasculares, por causas externas, melhorar a precisão nos diagnósticos, garantir maior adesão aos tratamentos indicados, fortalecer a promoção, prevenção e atenção à saúde dessas pessoas garantir maior satisfação dos usuários do sistema e da rede.

A luta por ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional é um desejo de garantir os princípios e diretrizes do SUS para todas e todos, incluindo a população negra.

Para garantir a equidade na saúde é preciso reconhecer os determinantes sociais em saúde como o lugar de moradia, as condições sociais e econômicas, as demandas e necessidades da população considerando as especificidades dos grupos, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, raça/etnia, cultura e tradicionalidade, condições de mobilidade e deslocamento, indicadores epidemiológicos, acesso aos serviços de saúde, vínculo com as equipes e equipamentos de saúde, bem como as condições de trabalho.

É necessário a formulação de ações e estratégias articuladas que promovam a inclusão de todas e todos com a verdadeira noção de universalidade, considerando que as

respostas aos problemas de saúde passam também pelo reconhecimento de demandas específicas e o tratamento diferenciado.

O princípio da equidade busca alcançar a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

O respeito à diversidade significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos na gestão e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares.

O Ministério da Saúde deve de fato reconhecer e assumir a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A política de saúde deve também reafirmar as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

É urgente a necessidade de uma coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor como obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde e utilizar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo

(IBGE): branca, preta, amarela, parda ou indígena. Cabe também as esferas da gestão do SUS o compromisso para qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor e o Ministério da Saúde apresentar anualmente um Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, como mecanismo de fortalecimento e monitoramento da implementação da política nacional de saúde integral da população negra.

Durante a pesquisa podemos observar que a participação do movimento e o controle Social, a instituição de Comitês Técnicos, Áreas Técnicas, Comissões e afins, o lançamento e a disponibilização de publicações referentes a saúde da população negra e a realização de capacitações e eventos, contribuíram efetivamente para o impulsionamento da agenda de implementação da PNSIPN.

O SUS em sua gestão tripartite deve buscar caminhos a serem trilhados em pesquisa e avaliação para aprimorar estratégias para a implementação das Políticas Nacionais de Saúde Integral da População Negra e de Educação Permanente.

Estimular a inclusão da PNSIPN nos instrumentos de planejamento de gestão nas esferas federal, estadual e municipal (PPA, Plano Nacional de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Municipal de Saúde, etc.);

A principal dificuldade apresentada é a materialização das Políticas de Promoção da Equidade nos serviços de saúde e no cotidiano da Gestão do Sistema Único de Saúde. Este nó crítico é enfrentado cotidianamente por meio do estabelecimento de mecanismos tripartite de pactuação, envolvendo estados e municípios na construção de ações que superem as iniquidades em saúde. Uma das estratégias adotadas vem sendo a instituição de Comitês Estaduais de Promoção da Equidade em Saúde.

A sociedade civil junto aos governos precisa colaborar para uma articulação intrasetorial contribuindo com a inclusão das temáticas nas políticas de saúde transversais,

priorizando aquelas que façam a diferença para alcançar resolutividade na atenção à saúde das populações específicas.

Avançar no processo de divulgação e implementação das Políticas de Equidade garantindo a articulação intrasetorial e transversal dentro das áreas de saúde, com participação efetiva da sociedade civil.

Outros desafios citados são o racismo institucional e interpessoal e os preconceitos vigentes, a falta de profissionais de saúde e de qualificação dos mesmos para lidar com a temática, a falta de apoio técnico e infraestrutura para a manutenção dos comitês

Espera-se que este estudo provoque outros questionamentos a fim de que num futuro bem próximo haja um aprofundamento da questão aqui analisada, na tentativa de repensar à Política Pública, a ação do Estado e da sociedade civil, trazendo às rodas de conversa e às mídias o problema de saúde que ainda acomete esse povo, mais precisamente a Política da Saúde Integral da População Negra.

“A felicidade do negro é uma felicidade guerreira”

Gilberto Gil e Wally Salomão

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. IBGE. Indicadores Sociais Municipais 2000. Brasília. Acesso em maio de 2019. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtml
2. IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil. Brasília, Acesso em maio de 2019. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm
3. IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.84p.
4. Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.
5. Charão, C. O longo combate às desigualdades sociais [Internet]. Site do IPEA. Acesso em maio de 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=711
6. Oliveira, F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
7. López, L.C. El concepto de racismo institucional: aplicaciones en el campo de la salud. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>
8. Foucault, M. Microfísica do Poder. 25 ed. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 2012.
9. Backes, D; Backes, M; Erdmann, A; Buscher, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.1, pp.223-230. I. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100024&script=sci_abstract&tlng=pt
10. Instituto Ethos. Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas. BID. 2016. Disponível em: <https://www.ethos.org.br/cedoc/perfil-social-racial-e-de-genero-das-500-maiores-empresas-do-brasil-e-suas-acoes-afirmativas/#.XNN8pWhKjIU>
11. Cerqueira, D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da Violência 2017. Brasília: IPEA e FBSP; 2017. [Acesso em 16 abr 2018]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/2/2017>.

12. Moore, M. e Kearsley, G. Distance Education – A Systems View. Belmont: Wadsworth, 1996.
13. IPEA. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. 2011. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/>
14. Baptista, L.E; Barros, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 33. Perspectiva. (2017). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00090516.pdf>
15. Lemos CLS. A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2010.
16. Ferraro, A. R.; Oliveira, J. de. Gênero, cor/raça e níveis de letramento em Santa Catarina e Alagoas: um experimento com base em microdados do censo 2000. Perspectiva, v. 27, n. 1, p. 249-271, jan.-jun, 2009. Acesso em: 17 dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2009v27n1p249>.
17. Schwartzman, S; Moura-Castro, C. Ensino, formação profissional e a questão da mão de obra. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 21, n. 80, p. 563-624, jul/set. 2013,
18. Ramos MN. Referência teórico-metodológicas da educação permanente em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Mimeografado.
19. Moura-Correa, M. J.; Rodrigues, S. D. P.; Kronbauer, S. C.G. Formação em Saúde da População Negra: Uma abordagem a partir da metodologia ativa. Identidade! | São Leopoldo | v. 22 n. 1 | p. 16-26 | jan.-jul. 2017 | Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/download/3065/2886>
20. SCOTT (1990) “Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica.” Traduzido pela SOS: Corpo e Cidadania. Recife, 1990
21. Agência Brasil. IBGE: negros são 17% dos mais ricos e três quartos da população mais pobre. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/ibge-negros-sao-17-dos-mais-ricos-e-tres-quartos-da-populacao-mais-pobre>. Acesso em 20 abr. 2019.
22. Bergmann, B. In defense of affirmative action. New York: BasicBooks, 1996.
23. Moehlecke, S. Ação Afirmativa: História e Debates no Brasil. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p. 197-217, novembro/ 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15559.pdf>
24. Peret, E. Mulher estuda mais, trabalha mais e ganha menos que o homem. Agência IBGE Notícias. 07/03/2018. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20234-mulher-estuda-mais-trabalha-mais-e-ganha-menos-do-que-o-homem>
25. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego /SPPE. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010 - 3a ed. Brasília : MTE, SPPE, 2010.

REFERÊNCIAS DISSERTAÇÃO

1. Agência Brasil. IBGE: negros são 17% dos mais ricos e três quartos da população mais pobre. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/ibge-negros-sao-17-dos-mais-ricos-e-tres-quartos-da-populacao-mais-pobre>. Acesso em 20 abr. 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: MS; 2003
3. Carneiro, S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2008
5. IPEA. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. 2011. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/>
6. ONUBR. Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>. Acesso: 02 abr. 2019.
7. López, L.C. O Conceito de racismo institucional: Aplicações no Campo da Saúde. Botucatu: Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 40 (16): 121-134, 2012. [Acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop0412.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.
8. Munanga, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação PENESB-RJ, 05/11/03. Niterói: UFF; 2003. [Acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nacoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>.
9. Nogueira, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem Sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 19, n. 1. 2006, p 298. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/ts/v19n1/a15v19n1.pdf>
10. Instituto Ethos. *Perfil social, racial e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas*. São Paulo: Instituto Ethos e BID; 2016. Disponível em: https://www3.ethos.org.br/wp-content/uploads/2016/05/Perfil_Social_Tacial_Genero_500empresas.pdf.
11. Cerqueira, D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da Violência 2017. Brasília: IPEA e FBSP; 2017. [Acesso em 16 abr 2018]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/2/2017>. Acesso em: 20 abr. 2019.

12. Waiselfsz, JJ. *Mapa da Violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil*. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA; 2016.
13. Oliveira, C. Atlas da Violência 2017: negros e jovens são as maiores vítimas. Portal Carta Capital; 2017. [Acesso em 16 abr 2018]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/atlas-da-violencia-2017-negros-e-jovens-sao-as-maiores-vitimas>.
14. Munanga, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação PENESB-RJ, 05/11/03. Niterói: UFF; 2003. [Acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoos-de-raca-racismo-dentidade-e-etnia.pdf>.
15. Hall, S. A identidade cultural na pós-modernidade. 11. ed. São Paulo: DP&A; 2006.
18. Januzzi, PM. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Administração Pública, 36 (1): 51-72, 2002.
19. Sanchez, RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Washington: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (31): 260–268, 2012.
20. Capelo, R. Por que o negro tem menos acesso à saúde do que o branco no Brasil?. [Internet]. Revista Época. São Paulo. SP. Acesso 02 abr. 2019. Disponível em: <https://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-branco-no-brasil.html>.
21. Mota e TradMOTA, C.; TRAD, L.A.B.; VILLAS BOAS, M.J.V.B. El papel de la experiencia religiosa al afrontar aflicciones y problemas de salud. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.665-75, jul./set. 2012. 2011 https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v16n42/v16n42a07.pdf
22. Radis Fonte: Radis. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 2014;142. [acesso em 21 jul 2014]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/142>
23. 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. Brasília, 19 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 25 abr. 2018.
24. Freyre, G. *Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob regime da economia patriarcal*. 51. ed. São Paulo: Global; 2009.
25. López, L.C. O Conceito de racismo institucional: Aplicações no Campo da Saúde. *Botucatu: Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 40 (16): 121-134, 2012. [Acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop0412.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.
26. Oliveira, F. *Oficinas mulher negra e saúde*. Belo Horizonte, Mazza Edições, 1998.

27. Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/535-549/>
28. Jones 2002 JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.
29. Carmichael, S; Hamilton, C. *Black power: the politics of liberation in America*. Vintge Book. 1967.
30. Mann, J. Tarantola, D.J M. (Ed.). *AIDS in the world: the global AIDS policy coalition*. Boston: Harvard University Press, 1992.
31. Ayres, J. C. R. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.
32. Crenshaw, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002.
33. Brasil. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). Brasília. DF. Disponível em <http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>. Acesso 19/09/2019
35. Brasil. Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Brasília. DF. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em 19/09/2019
36. Brasil. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Brasília. DF. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/> Acesso em 19/09/2019
37. Brasil. Ministério da Saúde. Relatórios de Gestão. Brasília, DF. Disponível em <http://www.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>. Acesso em 19/09/2019
38. Brasil. Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Apostilas. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/publicacoes>. Acesso em 19/09/2019
38. Vieira, I. Percentual de negros em universidades dobra, mas é inferior ao de brancos. Agência Brasil. Brasília, DF. Disponível em : <http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2016-12/percentual-de-negros-em-universidades-dobra-mas-e-inferior-ao-de-brancos>. Acesso em 19/09/2019

¹Decreto n. 7.385, de 8 de dezembro de 2010 e regulamentado pela Portaria Interministerial n. 10, de 11 e julho de 2013.

ANEXOS

Anexo I – Relação das variáveis que constituem a base de dados gerais dos matriculados no Curso de Saúde da População Negra, disponibilizada pela UNASUS.

- Número de identificação do matriculado na Plataforma Arouca;
- Sexo do aluno (categoria biológica), informado na Plataforma Arouca;
- Gênero do aluno (categoria sociológica referida), informado no acesso ao curso pelo matriculado;
- Idade do matriculado;
- Faixa Etária;
- Código do curso na Plataforma Arouca;
- Nome do curso na Plataforma Arouca;
- Código da oferta na plataforma Arouca;
- Nome da oferta na Plataforma Arouca;
- Início das atividades no curso;
- Fim das atividades no curso;
- Data de ingresso no curso;
- Data de desligamento no curso;
- Situação no curso (C - conclusão com aprovação);
- Data de geração do certificado na Plataforma Arouca;
- Unidade federativa (UF) de vínculo do profissional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (cadastro instituído pelas [Portarias nº 376](#), de 03 de outubro de 2000, e [nº 511](#), de 29 de dezembro de 2000, em que todos os profissionais de saúde do país devem estar registrados);
- Nome da Classificação Brasileira de Ocupações do vínculo no CNES, conforme estabelecido na Portaria nº 121/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2015, que estabelece a terminologia de vínculos de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Código CNES do estabelecimento de saúde de atuação;
- Nome do estabelecimento de saúde de atuação;
- Código do tipo do estabelecimento de saúde de atuação;
- Descrição do tipo do estabelecimento de saúde;
- Código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do local do vínculo;

-
- Descrição do tipo de vínculo; data do início do vínculo;
 - Data do termino do vínculo;
 - Código CNES da equipe de saúde;
 - Nome da equipe de saúde;
 - Descrição do tipo de equipe de saúde;
 - Data da atualização;
 - Código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Vínculo de Saúde (A CBO foi estabelecida pela Portaria nº 397, de 09/10/2002, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE);
 - Código sequencial do curso na Plataforma Arouca;
 - Modalidade do curso;
 - Nome da modalidade;
 - Soma das cargas horárias dos vínculos;
 - Nome da Instituição;
 - Código CBO do Profissional de Saúde;
 - Profissão;
 - Código CBO do vínculo primário;
 - Nível escolaridade;
 - Data do nascimento;
 - Código IBGE do acesso;
 - Descrição da escolaridade;
 - Raça;
 - Estado civil;
 - Descrição da profissão; nome CBO;
 - Código do CBO;
 - Código IBGE;
 - Código IBGE com sete dígitos;
 - Nome do município;
 - Código do município;
 - Código da região de saúde;
 - Nome da região de saúde;
 - Código da UF;
 - Sigla da UF;
 - Nome da UF;
 - Código da região;

-
- Sigla da região;
 - Nome da região;
 - Latitude;
 - Longitude;
 - População de acordo com o IBGE para 2017.