



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO**

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO
ÂMBITO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

LUCIANA DA COSTA

São Paulo
2023

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO**

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO
ÂMBITO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Serviço Social, sob orientação do Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

Área de concentração: Política Social. Linha de pesquisa: Assistência Social e Seguridade Social.

São Paulo
2023

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO
ÂMBITO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ademir Alves da Silva (Orientador)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof.^a Dra. Rosangela Dias de Oliveira Paz
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof.^a Dra. Maria Inês da Silva Barbosa
Prof.^a Dra. Aposentada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal
de Mato Grosso – ISC/UFMT

À minha amada mãe, dona Rufina Francisca da Costa, que está sempre ao meu lado, me apoiando e orientando. A toda a população negra brasileira, que essa dissertação faça diferença nos espaços de educação em saúde. Por uma saúde pública sem racismo!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) – nº do processo 88887.630606/2021-00 ”

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – nº do processo 88887.630606/2021-00"

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro passo, é firmar a cabeça, e agradecer aos meus ancestrais pela oportunidade de estar nesse plano terrestre. Agradecer aos meus orixás, que não dormem cuidando do meu *Orí*,¹ para que eu permaneça firme em espaços tão desafiadores.

Enquanto caminho pelo percurso do início até a finalização dessa pós-graduação, percebi que é imprescindível mencionar que durante o processo seletivo para realização do mestrado em Serviço Social da PUC/SP, que ocorreu em 2021, o mundo passava já algum tempo e ainda passa, por um processo muito delicado e triste que se refere à pandemia mundial COVID-19, e na data da entrevista eu estava em luto, pois a menos de um mês eu havia perdido meu pai, José Armando Gonçalves da Costa. Tio, pai, padrinho e um amigo maravilhoso, que vivia e sonhava meus sonhos. Seu Zé Armando, minha eterna gratidão!

De maneira especial agradeço minha mãe Sra. Rufina F. Costa, meu esposo Ivanei S. Silva, minha prima Marília F. Costa e ao meu filho Yuri Marauê C. Tinun, que sempre estão ao meu lado. Minha querida tia Maria Lucia F. Costa, que queria fazer lanche para mim todos os dias, como forma de apoio nessa jornada.

Gratidão ao meu amigo Ketinho Oliveira, sem sua insistência e seu apoio, eu não teria participado do processo seletivo para o mestrado da PUC/SP. Sou grata ao universo, por possibilitar nesse processo de aprendizagem conhecer as queridas Juliana Brito e Thaiz Sardinha. Meu queridíssimo amigo Amaral, que sempre possui palavras sábias para oferecer. Vocês são nota 1000!

¹ Conforme site O Candomblé “Quando nascemos, o Orí (cabeça), é o primeiro òrisà que recebemos, é quando tomamos nosso primeiro banho de sangue, nele trazemos as impressões que estão gravadas no inconsciente, a nossa origem no universo. Este Orí está ligado ao Orí òrun pelo nosso Iponri, ele é fonte da inteligência para a sobrevivência no ayé (Terra) e dele (Orí), geramos toda a força propulsora que nos conduz em nossa jornada não somente para a vida em si, mas também na saúde, prosperidade e equilíbrio. Nosso Orí está diretamente ligado ao Orí òrun, portanto ele conhece nosso destino e desta forma nos conduzirá na passagem do mundo físico para o mundo espiritual e vice e versa.” Disponível em: <https://ocandomble.com/2014/06/18/entendendo-o-ori/> Acesso em 08 de junho de 2023.

Não posso esquecer de minha amiga virtual Priscila Ferrer, que me ajudou na correção do projeto. A várias pessoas conhecidas e desconhecidas que me ajudaram na *vaquinha* online que realizei para pagamento da matrícula, pessoas como vocês, tornam o mundo um lugar melhor!

Prof. ^a Dra. Maria Inês Barbosa, Prof.^a Dra. Rosangela Dias Oliveira da Paz, Dra. Maria Liduína de Oliveira e Silva e Maria Beatriz da Costa Abramides por aceitarem prontamente ao convite para participar da banca examinadora do Exame de Defesa, e fazerem parte dessa etapa imensurável de minha vida.

Agradeço, em especial, ao Prof. Dr. Ademir Alves da Silva, gratidão pelo cuidado, orientações e acolhimento. Suas contribuições, sem dúvida, foram imensuráveis para realização desse sonho!

Gostaria de expressar minha gratidão à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), por me fornecer as condições necessárias para concluir minha formação profissional com excelência. Gostaria também de agradecer ao corpo docente da PUC-SP, em particular à Professora Doutora Carmelita Yazbek e à Professora Doutora Aldaíza de Oliveira Sposati, que cumpriram um papel fundamental na minha formação durante o programa de mestrado.

Gostaria de estender meus agradecimentos aos funcionários da PUC/SP, com destaque para a Andreia Fazekas Canhetti, que prestou assistência de forma competente e dedicada nos processos administrativos do mestrado. Também agradeço aos meus amigos e colegas da PUC/SP, cujo compartilhamento de experiências tornou essa jornada acadêmica mais agradável e enriquecedora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), expresso minha gratidão por ter financiado parcialmente minha bolsa de estudos ao longo de dois anos de mestrado. Sou imensamente grata pela oportunidade concedida e pelo apoio contínuo ao longo desse período.

Trevo, figurinha e suor na camisa – Emicida e Ivete Sangalo

*Eu volto todo dia que nem o Sol
Cortando o horizonte (agora vai)
Se cada aurora é uma chance, agora é olho no lance
É tipo uma revanche no front
Então nesse momento, é meu talento (meu talento)
Pra ser a boa nova todo tempo (todo tempo)
De longe como monges, vou nos bondes
Onde a fé transforma casas em templos (que assim seja)
Eu sou o sonho dos meus pais, que eram sonhos dos avós
Que eram sonhos dos meus ancestrais
Vitória é sonho dos olhares, que nos aguardam nos lares
Crendo que na volta somos mais
O lar é nesse abraço, a casa, o detalhe
Onde plantamos paz
Se tem metade divide, se tem o dobro convide
É assim que Deus vive nos mortais
É o primeiro diploma
A viagem, a nova porta que se abre
Da janela do carro, o vento diz
Esteja atento aos milagres
Eu joguei pro universo, pedi um novo dia
Onde tudo se ajeita e nossa colheita é paz e alegria
Eu joguei pro universo, vibração positiva
Trevo, figurinha e suor na camisa
Então eu vou no passo da formiga, faço figa
Compro a briga desde as antigas
Humilde no passinho de formiga, hã
E o coração diz siga
suor na camisa.*

RESUMO

COSTA, Luciana da. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

O presente estudo discute a formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Universidade de São Paulo (USP), com foco no Serviço Social, e a ausência da abordagem teórica referente à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), nas aulas dos cursos de formação profissional, COREMU e dos programas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma política de longo prazo, que visa promover mudanças significativas na formação e prática dos profissionais de saúde, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e efetivo. E, dentro desse processo, está a RMS, que é uma modalidade de Pós-Graduação (Especialização) *lato sensu*, e que se caracteriza pela formação de profissionais de diferentes áreas da saúde, tendo como objetivo principal formar profissionais altamente capacitados e comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, contribui para a consolidação dos princípios do SUS que trabalha diretamente com os determinantes de saúde. Podemos afirmar que os determinantes de saúde são influenciados por questões econômicas, políticas, ambientais e socioculturais e que grande parte das causas de doenças e desigualdade em saúde são relacionadas a condições de vida e moradia, raça, gênero, etnia, idade, emprego e renda, acesso à informação, bens e serviços, trajetórias familiares e de vida. Nos processos de formação para saúde, serão utilizados o perfil epidemiológico da população atendida, com intuito de planejar essa formação a partir de ações pedagógicas que possibilitem uma análise crítica desse fazer profissional. Conforme a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade mais de 67% da população brasileira que se declaram pretos ou pardos, são usuários do Sistema Único de Saúde. É urgente que a PNSIPN seja integrada de forma efetiva em todos os níveis de educação em saúde, e isso requer a capacitação dos profissionais de saúde para atuar de maneira sensível, assertiva e livre de preconceitos.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Serviço Social. Racismo Institucional. Política de Saúde.

ABSTRAT

COSTA, Luciana da. National Policy for Comprehensive Health of the Black Population in the Scope of Multiprofessional Residency in Health. Dissertation (Master in Social Work). Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2023.

This study discusses training in Multiprofessional Health Residencies (RMS) at the Federal University of São Paulo (UNIFESP) and the University of São Paulo (USP), with a focus on Social Work, and the absence of a theoretical approach referring to Integral Health of the Black Population (PNSIPN), in professional classes, COREMU and programs. The National Policy on Permanent Education in Health (PNEPS) is a long-term policy, which aims to promote significant changes in the training and practice of health professionals, contributing to the construction of a fairer, more equitable and effective health system. And, within this process, there is the RMS, which is a modality of Graduate (Specialization) *lato sensu*, and which is characterized by the training of professionals from different areas of health, with the main objective of training highly qualified professionals committed to the promoting health and improving the quality of life of the population. In addition, it contributes to the consolidation of the principles of the SUS, which works directly with health determinants. We can say that health determinants are influenced by economic, political, environmental and sociocultural issues and that most of the causes of disease and health inequality are related to living and housing conditions, race, gender, ethnicity, age, employment and income. access to information, goods and services, family and life trajectories. In health training processes, the epidemiological profile of the served population will be used, with the aim of planning this training based on pedagogical actions that allow a critical analysis of this professional activity. According to Brazilian Society of Family and Community Medicine, more than 67% of the Brazilian population who declare themselves to be black or brown are users of the Unified Health System. It is urgent that the PNSIPN be effectively integrated into all levels of health education, and this requires the training of health professionals to act sensitively, assertively and free of prejudices.

Keywords: Multiprofessional Health Residency. National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. Social Work. Institutional Racism. Health Policy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Condição laboral de trabalhadores brancos e negros	41
Gráfico 2 – Média salarial entre trabalhadores brancos e negros	42
Gráfico 3 – Diferenças no saneamento básico entre brancos e negros	43
Gráfico 4 – Taxa de Analfabetismo entre brancos e negros	43
Gráfico 5 – Deputados Federais.....	45
Gráfico 6 – Consumo de frutas e hortaliças pela população brasileira.....	65
Gráfico 7 – Consumo de bebida alcoólica pela população brasileira	66
Gráfico 8 – População brasileira que pratica atividade física.....	67
Gráfico 9 – Consumo de tabaco pela população brasileira.....	68
Gráfico 10 – Hipertensão da população brasileira	70
Gráfico 11 – Morte ocasionada por Diabetes Mellitus na população brasileira	70
Gráfico 12 – Morte ocasionada por Tuberculose	71
Gráfico 13 – Incidência de óbito por arma de fogo	71
Gráfico 14 – Dados referentes à violência psicológica, física e sexual	72
Gráfico 15 – Pessoas com deficiência	73
Gráfico 16 – Atendimento pré-natal.....	74
Gráfico 17 – Gestantes infectadas pelo HIV	75
Gráfico 18 – Óbitos devido à HIV/AIDS.....	76
Gráfico 19 – Óbitos ocorridos com recém-nascidos	77
Gráfico 20 – Óbitos em decorrência da anemia falciforme	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marco legal do período do Império e pós – abolição	33
Quadro 2 – Marcos históricos do Programa Nacional em Direitos Humanos	53
Quadro 3 – Leis e Decretos que possibilitaram a construção da PNSIPN	59
Quadro 4 – Políticas de Manutenção e Efetivação da saúde no Brasil	85
Quadro 5 – Histórico da Residência Multiprofissional em Saúde	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hipertensão da população brasileira, entre 2018 e 2022.....	69
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENUN – BA	Coletivo de Estudantes Universitários (as) Negros (as) da Bahia
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAPIR	Conferências Nacionais de Promoção da Igualdade Racial
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEGETS	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPM	Escola Paulista de Medicina
EPS	Educação Permanente em Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior

JUNAC	Juventude Negra Afro-Consciente
LULA	Luiz Inácio Lula da Silva
MEC	Ministério da Educação
MNU	Movimento Negro Unificado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNDH	Plano Nacional de Direitos Humanos
PNE	Política Nacional de Estágio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PROEC	Pró - Reitoria de Extensão e Cultura
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
REUNI	Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RM	Residência Médica
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SNPIR	Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UNEGRO	União de Negros pela Igualdade
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1. FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA: DA ABOLIÇÃO, PÓS- ABOLIÇÃO, DESIGUALDADES E DIREITOS HUMANOS.....	26
1.1 Um passo atrás: Liberdade para quem?.....	26
1.2 É por todos nós: Quilombos e revoltas.....	29
1.3 “Gratidão” à Princesa Isabel: Abolição e pós-abolição.....	32
1.4 Questão Social, Serviço Social e as Desigualdades em Dados.....	37
1.5 GOVERNOS FERNANDO HENRIQUE CARDOSO E LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA: Uma discussão sobre direitos humanos e as políticas de ações afirmativas	46
CAPÍTULO 2. MARCADORES DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	62
2.1 Desigualdades em saúde: <i>Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro!</i>	62
2.2 Marcadores das Desigualdades em Saúde.....	63
2.3 Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas.....	64
2.3.1 Acesso a frutas e hortaliças.....	65
2.3.2 Uso abusivo de álcool.....	66
2.3.3 Atividades Físicas.....	66
2.3.4 Tabagismo.....	67
2.3.5 Hipertensão.....	68
2.3.6 Diabetes mellitus.....	69
2.3.8 Causas Externas (acidentes e violências).....	71
2.3.9 Vítima de violência psicológica, física ou sexual.....	72
2.3.10 Pessoa com deficiência.....	73
2.3.11 Pré-natal.....	74
2.3.12 HIV na Gestaçã.....	75
2.3.13 Taxa de Mortalidade por HIV/AIDS.....	76
2.3.14 Mortalidade materna.....	77
2.3.17 Óbitos por COVID-19.....	78
2.4 Saúde Integral da População Negra: Uma Política Necessária.....	79

CAPÍTULO 3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. CUMpra-SE A LEI!	83
3.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	83
3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: de que se trata?	88
3.3 A RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: UNIFESP E USP EM FOCO	95
3.3.1 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)	95
3.3.2 UNIVERSIDADE SÃO PAULO (USP)	97
3.4 EDUCAÇÃO ANTIRRACISTA EM SAÚDE: considerações e análises de residentes multiprofissionais em Serviço Social egressos da UNIFESP e USP	98
CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS:	121

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada em 20 de novembro de 2007, dia Nacional da Consciência Negra, pelo Conselho Nacional de Saúde. A Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde (MS), marca o reconhecimento das desigualdades enfrentadas pela população negra, historicamente. Esta política objetiva promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 18).

Para a construção de tal política, o MS recorreu a estudos que evidenciaram essas desigualdades, estabelecendo um diálogo com os movimentos sociais, por meio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Tal processo de formulação recebeu a contribuição e aprovação do Conselho Nacional de Saúde à pactuação do Plano Operativo pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), comprometendo todas as esferas de gestão do SUS com o desenvolvimento de iniciativas e metas para a melhoria da saúde da população negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 5). Suas diretrizes e objetivos incluem diversas ações, entre elas:

A produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadoras e trabalhadores da saúde, com foco na promoção da equidade em saúde da população negra. Dessa forma, as Diretrizes explicitam a necessidade de incluir os temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde, na perspectiva de desenvolver processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. Expressa-se, assim, o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 18).

No âmbito dos objetivos do documento, destacam-se:

III – Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 18)

A PNSIPN trabalha e coaduna-se com os princípios do SUS, ratificando a necessidade da equidade em saúde e da promoção da igualdade racial. A criação desta política e o acesso universal à saúde, compreendendo as particularidades de cada usuário, criou arranjos sócio-políticos favorecedores das lutas para que as iniquidades em saúde sejam minimizadas e superadas. Portanto, tal política trata-se, primordialmente, de algo essencial na formação continuada dos profissionais da área da saúde, visto que, estes necessitam conhecer amplamente e dominar seus princípios para realizarem atendimentos alinhados e comprometidos não apenas com a pluralidade de usuários, mas, principalmente, para proporcionar um acolhimento humanitário com direcionamento mais assertivo nos cuidados.

O Brasil foi, historicamente, construído em cima do sofrimento de toda uma população e suas riquezas distribuídas de formas desiguais, e, não obstante, foram criadas as representações de ser um país fundado no mito da democracia racial. De acordo com Santos, o mito da democracia racial é compreendido como:

[...] uma narrativa ideológica que nega a desigualdade racial, conseqüentemente o racismo, afirmando que entre negros e brancos existe uma igualdade de oportunidade. Ao negar o racismo, ele perpetua os estereótipos e preconceitos sobre os grupos étnicos marginalizados, pois somos levados a pensar que existe igualdade de tratamento, e as desigualdades socioeconômicas são resultado da incapacidade de negros e índios que possuem culturas subalternas. (SANTOS, 2002, p.3).

Em 2001, na *III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas* rompe-se com essas representações e assume-se, mundialmente, que o Brasil é um país no qual o racismo e a desigualdade permeiam a sociedade, exigindo ações contundentes para seu enfrentamento (COSTA, 2018).

Muito se discute acerca das consequências que o racismo estrutural traz para a população negra, como, por exemplo: a falta de acesso a saneamento básico, habitação, saúde, entre outros. Por isso, é importante perceber os fatores fundamentais para reconhecer a necessidade de uma política de saúde voltada para a população negra. Uma dessas políticas, a PNSIPN, existe há aproximadamente 13 anos e é ainda, infelizmente, pouco conhecida por grande parte da população e, inclusive, pelos próprios profissionais de saúde.

A despeito dos 134 anos pós-abolição do sistema escravocrata, a população negra é vulnerável em praticamente todos os setores (saúde, economia, educação, saneamento básico, entre outros). O “Ministério da Saúde ratifica que a população negra possui maior índice no que se refere a doenças crônicas em virtude da hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal crônica, câncer, entre outras”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A população negra, em sua diversidade, também é um dos grupos de risco, obviamente com gradações internas, variando nas comorbidades que atingem negras e negros em maior número, caso da hipertensão e da diabetes. E, principalmente, a anemia falciforme ou mesmo pela letalidade social, motivada por questões históricas, políticas e sociais estruturantes de nossa sociedade (MARTINS, 2020).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade aponta que aproximadamente 67% a 70% dos brasileiros que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) são negros. E, quando se direcionam para ter atendimento, encontram um sistema de saúde sucateado e, muitas vezes, com profissionais sem formação necessária para entender as particularidades desta população (VALOR ONLINE, 2020).

As incursões feitas até aqui parecem traduzir que a PNSIPN demanda, para sua efetivação e implementação, que esteja na agenda de aprendizagem das instituições de ensino, principalmente nos cursos voltados para cuidados em saúde, como, por exemplo, a residência multiprofissional em saúde.

É sabido que muitos profissionais se formam sem ter acesso ou conhecimento de uma política tão importante e necessária. Desta forma, terão restritos dispositivos teóricos e metodológicos para compreender as particularidades desta população e não atuarão na direção de um acesso à saúde com equidade “[...] a atuação de cientistas e a formação de profissionais que lidem com tais questões sociais e raciais que fazem parte do nosso cotidiano de atendimento em saúde devem ser reforçadas ainda mais nos períodos especiais” (MARTINS, 2020, p. 1).

Não abordar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos espaços de formação em saúde e, principalmente, nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde é corroborar com o racismo estrutural e institucional ainda existente em nossa sociedade, uma vez que o Ministério da saúde reconhece o racismo como determinante social da saúde. Afinal,

“o racismo estrutural na saúde se revela por uma divisão desigual de acesso, pelo tratamento desigual dentro do sistema e também, principalmente, pela invisibilidade das desigualdades raciais na hora do planejamento das políticas e ações de saúde” FAUSTINO apud MARTINS, 2020, p. 1).

Ao pensar a saúde da população negra é fundamental relacioná-la aos movimentos políticos e sociais. Conforme a Constituição Federal de 1988, a saúde é universal, prescrita como direito de todos, pontuado no artigo 196:

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

As relações entre o SUS e a população negra são proclamadas e defendidas, e também explicita-se a diretriz que abrange o enfrentamento do racismo, ratificando os princípios de universalidade, a integralidade e equidade. Uma materialidade expressiva dessas relações manifesta-se na “A Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (BRASIL, 2001). Em tal documento expressam-se as pautas das organizações sociais e do movimento negro brasileiro, as quais denunciam as desigualdades sociais e sublinham as particularidades da saúde da população negra. No que se refere às diretrizes gerais da PNSIPN constam:

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde;
III – Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
VI – Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (BRASIL, 2009).

Muito se discute sobre a importância do Código de Ética Profissional da/o Assistente Social de 1993, que ratifica o compromisso da categoria no que se refere à classe trabalhadora e os movimentos sociais no combate à discriminação racial. Esta afirmação fica evidenciada nos seguintes princípios:

III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

VI - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VIII - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;

X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

XI- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (BRASIL, 1993).

Sendo assim, a delimitação do objeto da pesquisa versou sobre as necessidades latentes e imediatas para que esta discussão adentre em todos os espaços, utilizando-se do Código de Ética do Serviço Social na formação profissional dos Assistentes Sociais em saúde, que em 2023 comemora-se 30 anos de sua vigência. Assume-se, enquanto objetivo geral da pesquisa: analisar a apropriação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no curso de pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde, ofertado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pela Universidade de São Paulo (USP), situadas na cidade de São Paulo, duas das maiores instituições de ensino com Residência Multiprofissional em Saúde do Estado de São Paulo. Portanto, o problema central de pesquisa pode ser expresso da seguinte maneira: Como - e se - ocorre a utilização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no processo de formação em serviço dos residentes multiprofissionais em saúde? Buscamos, por meio desta pergunta central e de suas possíveis respostas, conduzir um estudo de campo que permita compreender o contato e a formação de estudantes residentes com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e o seu impacto num momento tão desafiador como o que estamos atravessando devido a pandemia do Coronavírus (COVID-19) e o sucateamento do SUS.

Assim, pode-se destacar como objetivos desta pesquisa: 1-) Identificar se as grades de aulas das COREMU, da UNIFESP e da USP, possuem alguma disciplina que aborde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; 2-) Identificar se as aulas dos cursos de formação profissional e dos programas que possuem Assistentes Sociais em seus quadros multiprofissionais, possuem abordagem acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e como esta ocorre; 3-)

Verificar se as residentes Multiprofissionais em Serviço Social se sentem conhecedoras da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e como o impacto deste conhecimento - ou não conhecimento - afeta suas práticas ; e 4-) Como o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem auxiliado no enfrentamento do racismo.

Para a realização da primeira fase deste estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica para a construção do referencial teórico tanto no campo do Serviço Social, como do Sistema Único de Saúde, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, embasando-se em descritores na busca em periódicos (SciELO), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Biblioteca Nacional e no Banco de Teses e Dissertações da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), dando atenção às publicações que abordam as interfaces e questões relativas a gênero, raça e classe, bem como aos demais marcadores sociais no âmbito da saúde. A pesquisa bibliográfica, conforme Fonseca, configura-se como

[...] levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto (FONSECA, 2002, p. 32).

Na segunda fase, foi realizada pesquisa de campo. Conforme Minayo a pesquisa de campo é “o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (1994, p. 53).

Quanto aos instrumentos de pesquisa empírica, foram realizadas entrevistas individuais com quatro residentes multiprofissionais em saúde, assistentes sociais, egressos da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade de São Paulo, com roteiro semiestruturado para que fosse possível o levantamento de seus entendimentos referentes à formação continuada pelo SUS, as implicações do racismo na saúde e a importância de o profissional de Serviço Social em saúde conhecer a PNSIPN.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem sido abordada em uma série de pesquisas nos últimos anos. Precisamente na área de saúde, os

trabalhos existentes buscam compreender sua efetivação e discutir a necessidade de apropriação por parte da sociedade, em principal os profissionais da saúde.

No primeiro capítulo foi necessário dar um passo atrás e apresentar de forma sucinta a constituição da sociedade brasileira com ênfase no processo de abolição, pós-abolição, racismo e suas diversas faces. Além disso, enfatizo a área social e apresento os dados das desigualdades sociais em âmbito nacional, pautando-me em autores negros, como: Clóvis Moura, Sueli Carneiro, Cida Bento, Marcia Eurico, Deivison Faustino, Elisabete Pinto, Ramites Jacino e Silvio de Almeida, com uma extensa bibliografia acerca de temas relacionados. Também utilizou-se o marco legal para materializar e situar o leitor no tempo, possibilitando a compreensão sistematicamente de como foi o processo para a criação da PNSIPN, passando pelos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDH I, II e III), acessando a Constituição Federal do Brasil de 1988, a luta dos movimentos sociais, o SUS e a própria política que são fundamentais para a discussão apresentada.

Trabalhos como “O conceito de racismo institucional no âmbito da formação acadêmico-profissional do serviço social” (2019), de Leonardo Dias Alves, e a dissertação de mestrado de Marcia Eurico, “Questão racial e serviço social: uma reflexão sobre o racismo institucional e o trabalho do assistente social”(2011), nos ajudam a elaborar este capítulo, visto que discutem contundentemente os desafios e avanços do Serviço Social na luta antirracista, demonstrando introdutoriamente as possibilidades de enfrentamento do racismo institucional na formação acadêmico-profissional.

No segundo capítulo, utilizou-se o marco legal para que seja possível uma análise temporal da construção da política. Foi realizada a apresentação e análise da PNSIPN, seus objetivos e diretrizes. Além dos marcadores de saúde para ratificar a necessidade de implantar a PNSIPN nos estados, municípios, equipamentos de saúde e nas instituições de ensino, uma vez que, esses dados epidemiológicos, conforme o que estabelece o SUS, são fatores para que se tenha prioridade na alocação de recursos, estratégias, formulação de políticas, entre outras. Ou seja, “VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Lei 8080/90).

No terceiro capítulo analisou-se as disciplinas ofertadas no currículo nos três ambientes teóricos da Residência Multiprofissional da UNIFESP e da USP, a saber: Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) programas e

Serviço Social. Após o levantamento de dados, foi efetuada entrevista semiestruturada com as residentes multiprofissionais em serviço social, formadas entre 2019 - 2022, com intuito de compreender se as mesmas conhecem a PNSIPN, se foi apresentada no âmbito da residência multiprofissional em saúde, e suas considerações sobre a PNSIPN.

São amplos os aportes teóricos utilizados para o desenvolvimento dessa dissertação, no que tange às palavras-chave: Racismo Institucional, Serviço Social, Residência Multiprofissional em Saúde, PNSIPN, Política de Saúde. Mas, quando buscamos pesquisas que envolvam a formação em residência multiprofissional e a PNSIPN é perceptivo que a discussão ainda está ausente, sem pesquisas sistemáticas que toquem no tema. Neste sentido, o estudo aqui apresentado possui uma importante contribuição para a formação, não somente dos assistentes sociais que atuam na área da saúde, mas também de todos os profissionais atuantes na área da saúde. Além disso, versa sobre as questões das políticas que envolvem a população negra, especificamente a PNSIPN, endossando a extrema importância do ensino permanente e dos princípios do SUS e do Código de Ética do Serviço Social para a consolidação de uma sociedade antirracista.

CAPÍTULO 1. FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA: DA ABOLIÇÃO, PÓS-ABOLIÇÃO, DESIGUALDADES E DIREITOS HUMANOS

A carne - Elza Soares²

A carne mais barata do mercado
É a carne negra
(Tá ligado que não é fácil, né, mano?)
Se liga aí
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Só-só cego não vê)
Que vai de graça pro presídio
E para debaixo do plástico
E vai de graça pro subemprego
E pros hospitais psiquiátricos
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Dizem por aí)
A carne mais barata do mercado é a carne negra
Que fez e faz história
Segurando esse país no braço, meu irmão
O cabra que não se sente revoltado
Porque o revólver já está engatilhado
E o vingador eleito
Mas muito bem-intencionado
E esse país vai deixando todo mundo preto
E o cabelo esticado
Mas mesmo assim ainda guarda o direito
De algum antepassado da cor
Brigar sutilmente por respeito
Brigar bravamente por respeito
Brigar por justiça e por respeito (pode acreditar)
De algum antepassado da cor
Brigar, brigar, brigar, brigar, brigar
Se liga aí
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Na cara dura, só cego que não vê)
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Tá, tá ligado que não é fácil, né, né mano?)
Negra, negra
Carne negra
É mano, pode acreditar

1.1 Um passo atrás: Liberdade para quem?

É de conhecimento da própria História do Brasil que este país foi o último das Américas a abolir a escravidão, sendo considerado o maior território escravocrata

²Elza Gomes da Conceição (1930 – 2022). Possuía como nome artístico Elza Soares, regravou esta música ao seu estilo após solicitar autorização ao compositor, Seu Jorge, denunciando o racismo brasileiro. Disponível em: <https://guia.folha.uol.com.br/streaming/2022/01/conheca-elza-soares-que-morreu-aos-91-anos-em-dez-musicas-essenciais.shtml> Acesso em fevereiro de 2022.

do Ocidente. Ao analisarmos documentos disponíveis na Biblioteca Nacional, os mesmos apontam que esse processo durou aproximadamente 358 anos, e, após seis dias de votações e debates na Assembleia Geral a Princesa Isabel assinou no dia 13 de maio de 1888, a Lei Áurea, e, a partir da referida data, decretou o fim da escravidão da população negra.³ Diante do exposto, todo cidadão brasileiro possui liberdade, e, por conta disso somos uma nação livre!⁴

A palavra *libertas*, em *latim*, significa *liberdade*.⁵ Ao pesquisarmos seu significado no dicionário Michaelis online é possível encontrar uma série de definições, dentre elas: “Nível de total e legítima autonomia que representa o ideal maior de um cidadão, de um povo ou de um país; “Extinção de todo elemento opressor que seja ilegítimo”; “Condição do indivíduo livre”; “Condição de um ser que não vive em cativeiro”. Assim, no calendário nacional, no dia 13 de maio, comemora-se a abolição da escravidão. Ainda que o processo de abolição e pós-abolição do sistema escravocrata não sejam o tema central dessa dissertação é imprescindível realizar uma análise crítica sobre como se deu tal processo, libertação dos negros escravizados. E, para iniciar esta discussão é de suma importância questionarmos: liberdade para quem?

O presente capítulo apresenta a formação da sociedade brasileira, analisando diversos marcos históricos e legais do período da abolição e pós-abolição e seus desdobramentos na contemporaneidade, para, principalmente, explicitar a necessidade de que nunca caia em esquecimento tal barbárie histórica. É de amplo conhecimento que o Brasil foi colonizado por mais de três séculos pelos portugueses (1530-1888). Processo este considerado por muitos pesquisadores um empreendimento exploratório que visava a produção, comercialização e o lucro, por meio da exploração dos recursos naturais do país, realizado por uma vasta mão de obra escravizada. Para tal, os colonizadores portugueses utilizaram a dominação extermínio da população indígena nativa através da guerra, escravização e do fator biológico, visto que, doenças trazidas pelos portugueses foram fatais para os povos

³ População negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refere-se à soma das pessoas que se autodeclararam de pele preta ou parda.

⁴ Após levantamento bibliográfico sobre o processo de abolição da escravatura brasileira no acervo da Biblioteca Nacional, foi possível realizar esta afirmação e verificar que o acervo também possui fotos desse período. Disponível em: < <https://www.bn.gov.br/es/node/509>>. Acesso em: janeiro de 2022.

⁵ No que se refere ao significado da palavra Liberdade, ver: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=NyqME>.

originários. Eric Williams, afirma que

[...] Os indígenas sucumbiram rapidamente ao excesso de trabalho exigido, à alimentação insuficiente, às doenças do homem branco e à incapacidade de se adequar ao novo modo de vida. Acostumados a uma vida de *liberdade*, a constituição física e o temperamento dos índios não se adaptavam bem aos rigores da escravidão nas fazendas [...].⁶ (WILLIAMS, 2002, p.35).

Concordando parcialmente com Williams, uma vez que na atualidade alguns historiadores brasileiros chamam atenção para a questão, que por vezes pode ser analisada de forma genérica, no que se refere à transição do trabalho escravo indígena para africano sobre o imaginário de que os indígenas eram incapazes de adequação a novas realidades. Ramos defende que,

[...] Durante muito tempo foi lugar comum nos livros didáticos, e até mesmo na historiografia brasileira, dizer-se que o índio não foi escravizado, por não se adaptar à organização do trabalho imposta pelos colonizadores. Quando muito admitia-se que a incorporação do indígena ao trabalho escravo ocorreu apenas no início da colonização, sendo posteriormente substituído pelos povos africanos. [...] Este pensamento generalista para as diversas regiões e para diferentes situações, apesar de francamente difundido nos saberes históricos do país, na última década começou a ser questionado, a partir do surgimento de estudos, na maioria realizados por antropólogos que utilizaram instrumentos e categorias da disciplina histórica, por vezes concentrando-se em estudos de economias subsidiárias do quadro colonial, caracterizados por recortes mais locais e por um minucioso trabalho de crítica às fontes, que têm contribuído para repensar a história social e o papel do indígena como agente histórico.(RAMOS, 2004, p.02).

O autor nos alerta que as pesquisas sobre os povos indígenas e o processo de escravidão necessitam avançar, e, que talvez, a falta de aprofundamento da discussão seja um dos motivos da generalização de informações que anulam o protagonismo dos povos indígenas no processo de colonização brasileira. Concordando com Ramos, e citando Monteiro, Almeida (2017, p.02) ratifica que “o protagonismo indígena passou a ser mais valorizado pelos pesquisadores na década de 1990”.

O que os autores em questão concordam é que mesmo com a escassez de pesquisas historiográficas que aprofundem a transição do processo escravocrata

⁶ Eric Williams foi um historiador caribenho, militou pela Independência de Trinidad e Tobago, sua cidade natal. Foi ministro das finanças antes e após a independência do país. WILLIAMS, Eric. **Capitalismo e escravidão**. 1º ed. São Paulo. Companhia das Letras, 2002, p.35

dos povos indígenas para os povos africanos e afrodescendentes essa mudança ocorreu por questões econômicas. Portela (2014, p.50) ratifica Schwartz

A expansão da economia do açúcar nas décadas de 1550 e 1560 fez-se às custas do acesso a essa mão de obra “barata”. Durante a década de 1570, porém, a resistência à escravidão, a peste e a legislação antiescravista reduziram a disponibilidade – e a lucratividade – dos indígenas.⁷

De um lado, a dificuldade em continuar com a escravização de povos indígenas, de outro, a escassez de mão de obra foi aumentando e para cobrir essa defasagem, novos escravizados eram capturados de diferentes regiões do continente africano e trazidos para o Brasil. Isto ocorreu desde a segunda metade do século XVI de forma ininterrupta até 1850. Portanto, vinte e oito anos após a proclamação da sua independência frente a Portugal.⁸

É importante ratificar que o fim do tráfico de pessoas negras escravizadas, em 1850, ocorreu após forte pressão da Inglaterra que culminou na invasão de portos brasileiros, com o intuito de afundar os navios suspeitos de serem utilizados como transporte de escravizados, uma vez que já haviam exigido ao império brasileiro o fim do tráfico de pessoas em 1827. E, em 1831, o Brasil sancionou a Lei Feijó, conhecida popularmente como a *Lei para inglês ver*, que proibia a importação de escravizados, porém, sem nenhuma efetividade.⁹

1.2 É por todos nós:¹⁰ Quilombos e revoltas

No período colonial, os escravizados não possuíam direito e sim deveres em respeitar, não reclamar, aceitar todos e quaisquer tipos de humilhação, sofrer castigos psicológicos e físicos sem possibilidades de contestações diante a tantas opressões vivenciadas. Em outras palavras, os escravizados não tinham direito sobre si, eram vistos como coisas, objetos sendo propriedade de outrem. Eram

⁷ PORTELA, Bruna Marina. **Gentio da terra, gentio da guiné: a transição da mão de obra escrava e administrada indígena para escravidão africana (Capitania de São Paulo, 1697-1780)**

– Curitiba, 2014. Tese de Doutorado. Disponível: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/36778/R%20-%20T%20-%20BRUNA%20MARINA%20PORTELA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

⁸ Aula ministrada no mês de junho de 2022, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -PUC, pelo Prof. Dr. Deivison Faustino na disciplina *A questão social e as determinações reflexivas entre capitalismo, colonialismo e racismo*.

⁹ Ibidem

¹⁰ Esta frase é muito utilizada por meu companheiro de luta Cléverson Oliveira, conhecido popularmente como Ketinho, Assistente Social formado pela Universidade Federal de São Paulo e, atualmente, mestrando no curso de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP.

vistos como os *outros* e foram impedidos de acessarem espaços de socialização pelos seus senhores, que os consideravam despossuídos do direito de frequentarem locais tidos como seus (de brancos), tais como: escolas, igrejas, praças, entre outros.

Segundo a ideologia dominante da época, a população escravizada e seus descendentes não tinham almas, eram vistos como seres inferiores de forma naturalizada. Apesar deste cenário, a população negra brasileira não foi passiva e aceitou a escravidão de forma dócil, muito pelo contrário, nunca deixou de se revoltar, lutar e resistir, em busca de respeito e da tal *liberdade*.¹¹

Uma das formas de resistência encontrada pela população negra escravizada como maneira de se organizar foram as criações de quilombos,¹² considerados um dos movimentos de resistência mais importantes da História do Brasil. Formados por fugitivos, individuais ou em grupos que protegiam-se de forma mútua, tinham como um de seus vieses conquistar a *liberdade* dos que ali estavam, isto é, no seu espaço de luta. Reis (1996) afirma que

[...] os quilombos tinham várias características, podendo ser pequenos ou grandes, temporários ou permanentes, isolados ou próximos a núcleos populacionais. As revoltas organizadas por estes grupos pediam mudanças pontuais no sistema vigente ou a *liberdade* para os escravizados, em geral. (REIS, 1996,p.16).

Rebeliões e resistência fazem parte da história dos escravizados no Brasil, sendo curiosamente algumas planejadas em datas festivas, quando os senhores de escravizados estavam mais dispersos. Reis (1996), apresenta alguns exemplos como o levante negro realizado em Minas Gerais, em 1719, na comemoração de Quinta-Feira Santa; A revolta articulada para ocorrer na celebração de *Corpus Christi* em 1807, em Salvador; A fuga bem-sucedida, por escravizados rurais, na região de Campinas, em 1809; Em 1824, em Sergipe, Rosário do Catete convoca

¹¹ Para saber mais sobre as diversas revoltas ocorridas no Brasil durante o período colonial, veja-se: ABREU, Martha; GURAN, Milton; MATTOS, Hebe. "**Por uma história pública dos africanos escravizados no Brasil**". *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 54, pp. 255-273, julho-dezembro de 2014.

¹² No período colonial, comunidade fortificada formada por negros fugitivos e por uma minoria branca e indígena, organizada politicamente, representando uma forma de resistência e combate à escravidão. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=NyqME>. Acesso em 08 de abril de 2022. Conforme Reis, o termo *quilombo* derivaria de Ki-lombo, uma sociedade iniciática de jovens guerreiros mbundu adotada pelos invasores jaga (ou imbangaba), estes formados por gente de vários grupos étnicos desenraizados de sua comunidade. REIS, José João. **Quilombos e revoltas escravas no Brasil: "Nos achamos em campo a tratar da liberdade"**. Revista USP, São Paulo, Vol 28, dezembro / fevereiro, 1996, p.16).

uma rebelião natalina; Em Cabuça, localizado em Salvador, em 1826, teve a revolta do quilombo do Urubu, que deveria ocorrer no natal, porém, foi antecipada; Levante dos Malês, em Salvador, no ano de 1835 na igreja do Bonfim; dentre outras.

Essas ações de luta por liberdade, muitas vezes, caem no esquecimento e não por coincidência, e sim, para que a herança deixada pelo processo de escravidão seja esquecida. Bento nos alerta,

Essa omissão da resistência negra e indígena na historiografia oficial nos mostra que precisamos entender sobre memória coletiva, mas também sobre amnésia coletiva, como nos ensina Charles W. Mills [...] salientando que o óbvio precisava ser lembrado, já que interesses podem mudar a cognição e as sociedades escolhem o que querem lembrar e o que querem esquecer. (BENTO, 2022, p.39).

Difundir essas informações se faz necessário, uma vez que, na história do período escravocrata brasileiro, houve protagonismos negros nas reivindicações pelo fim do trabalho escravo. Além disso, decorre daí, um viés de silenciamento ou, melhor dizendo, um enorme apagamento histórico e proposital que reflete de forma negativa diretamente na identidade da população negra na contemporaneidade.

[...] Mas ao longo da longa história da escravidão, tiveram pouco ou nenhum acesso às leis do Estado. Entretanto não se acomodaram. Inventaram estratégias para negociar no dia-a-dia melhores condições de vida com os senhores, e quando não encontraram espaço para a negociação, e perceberam condições favoráveis, eles se rebelaram individualmente ou se uniram na revolta, fazendo política com uma linguagem própria, ou com a linguagem do branco filtrada por seus interesses. Embora fossem derrotados na maioria das vezes, os escravos rebeldes marcariam limites além dos quais seus opressores não seriam obedecidos. Hoje, eles inspiram o povo negro do Brasil em suas lutas pela cidadania plena. (BENTO, 2022, p.35).

A partir dos movimentos por libertação, que ocorreram durante todo processo escravocrata, senhores de escravizados tinham grande preocupação de que os negros brasileiros lograssem se unir de forma mais efetiva. E, obtivessem como resultado uma grande rebelião negra, como ocorreu no início da década de 1790, na Revolução do Haiti, realizada em Saint-Domingue. Esta Revolução, além de destruir a mais lucrativa colônia da Europa, alcançou, em 1804, sua total independência frente ao poderio francês, representando a primeira colônia latino-americana a realizar tal feito.¹³

¹³ Para conhecer mais sobre o processo de independência do Haiti, veja-se: JAMES, C. R. L. *Os jacobinos negros: Toussaint L'Ouverture e a revolução de São Domingos*. São Paulo: Editora Boitempo, 2000.

A onda de transformações políticas e ideológicas, algumas revolucionárias, iniciada no final do século XVIII, influenciou grandemente a rebeldia negra nas Américas, inclusive no Brasil. Os debates em torno do direito dos homens e das nações à liberdade, além de desmascarar a hipocrisia dos brancos, que conciliavam esses princípios com a escravidão, revelaram aos cativos que aqueles estavam em crise. A chamada Conspiração dos Alfaiates, em 1798 na Bahia, embora tendo à frente homens pardos livres e libertos, principalmente artesãos e soldados, contou com a participação de alguns escravos e incluiu em seu programa, de inspiração liberal-francesa, o fim da escravidão. (REIS, 1996, p.27).

1.3 “Gratidão” à Princesa Isabel: Abolição e pós-abolição

Antes de iniciarmos este item, vale ressaltar que o título contém ironia. Avançando, lembro de minha infância e do período do ensino fundamental, no qual os livros didáticos e as aulas eram apresentadas como se a Princesa Isabel fosse uma heroína, que havia libertado os escravizados por acreditar na injustiça que a população negra sofria. Princesa Isabel, foi o símbolo da bondade e da justiça, até eu iniciar a graduação, em 2014, e conhecer a história do período colonial com outra lupa.

Parafraseando Jacino (2014), o fim do trabalho escravo se deu por três pontos fundamentais: a lógica capitalista; a escassez de cativos e a luta dos trabalhadores escravizados por libertação.¹⁴ ¹⁴Com o desenvolvimento da lógica capitalista, ter um trabalhador assalariado seria mais lucrativo, pois, caso ocorresse algum problema com esse trabalhador o empregador contrataria outro sem prejuízos. Com a Lei 581, de setembro de 1850, de autoria de Eusébio Matoso de Queiroz da Câmara,¹⁵ a qual decreta o fim do tráfico negreiro, houve uma diminuição significativa de mão de obra escravizada e as lutas dos escravizados obrigaram os proprietários destes a realizarem um alto investimento financeiro em outras formas de repressão, o que não era vantajoso.

Com a expansão do café, os cafeicultores teriam como base o trabalho de escravizados, porém, os produtores agrícolas compreenderam que com o

¹⁴ Professor Dr. Ramatis Jacino é graduado em História pela Faculdade Brás Cubas (2000), mestre em História Econômica FFLCH/USP (2007) e doutor pela mesma universidade (2013). JACINO, Ramatis. **Transição e exclusão: o negro no mercado de trabalho em São Paulo pós- abolição 1912/1920**. São Paulo: Nefertiti, 2014, p.54.

¹⁵ Eusébio de Queirós Coutinho Matoso da Câmara, nasceu em Angola, África, a 27/12/1812 e faleceu no Rio de Janeiro, a 07/05/1868. Foi ministro da Justiça (1848-1852), Senador em 1854, membro do Conselho de Estado em 1855, Deputado à Assembleia Provincial (1838 e 1842-1844), Desembargador da Relação do Rio de Janeiro, juiz do crime do bairro do Sacramento, chefe de Polícia da Corte e um dos chefes do Partido Conservador, na província do Rio de Janeiro.

desenvolvimento do sistema capitalista o sistema escravista não era mais uma opção, uma vez que, impedia o mercado de crescer. Além disso, os produtos necessitavam de procura e demanda e pessoas escravizadas não possuíam poder de compra. Assim, o real motivo para o fim do sistema escravocrata se deu não pelo reconhecimento da brutalidade que ele aplicava, mas sim pelo crescente processo de industrialização iniciado em muitos países. Logo, a escravidão não daria mais lucro, sendo necessária a transição de mão de obra escravizada para livre. (Jacino, 2014).

A cultura abolicionista/antiescravista surge com a compreensão de que o trabalho de pessoas escravizadas seria mais oneroso que o trabalho livre e findar o processo de escravidão acabaria com a visão de uma sociedade atrasada, visto que esse sistema de produção já havia sido superado em outros países.¹⁶ Como já afirmamos, o Brasil foi o último país a acabar com o processo escravagista. Entretanto, antes que houvesse a abolição, o Estado e a elite brasileira tinham como premissas manter o *status quo*, utilizando do poder jurídico e legislativo, por meio de leis e decretos, e incentivando à imigração, regulação do trabalho livre, propriedade privada, entre outros.

Estes são fatos importantes para podermos compreender as condições sociais da população negra brasileira na contemporaneidade, visto que, a população negra, após a abolição, foi deixada à própria sorte, sem nenhuma política pública por parte do Estado. Enfim, libertos! (SANTOS, 2012). O quadro abaixo demonstra de maneira cronológica leis e decretos, assinados no período imperial e no pós-abolição.

Quadro 1 - Marco legal do período do Império e pós - abolição

1831	Lei Feijó, ¹⁷ 7 de novembro de 1831, é a primeira lei	Conhecida como a <i>Lei para inglês ver</i> , uma vez que, apesar de ser sancionada, em 15
------	--	--

¹⁶ Ibidem p.60

¹⁷ Conforme dados do site Mundo Educação/ UOL, foi primeiro regente, padre Diogo Antônio Feijó (1784-1843), que começou sua carreira política na década de 1820, ganhando notoriedade com a criação da Guarda Nacional durante a Regência Trina, em 1832. Ver Ricci, Magda Maria de Oliveira, **Assombrações de um padre regente: Diogo Antônio Feijó (1784-1843)**. Campinas, Ed. da UNICAMP, 2002. Disponível em: <https://www.cecult.ifch.unicamp.br/pf-cecult/public-files/publicacoes/88/assombracoes-miriam-dolhnikoff.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2022.

	que proibia a importação de africanos.	de novembro de 1831, não possuía efetividade no que se refere ao tráfico de escravizados.
1850	Lei nº581, ¹⁸ de setembro de 1850, criada por Eusébio de Queirós	Proibia o tráfico de africanos e prometia a entrega de prêmios para quem denunciasse os traficantes de escravizados.
1850	Lei nº 601, ¹⁹ 18 de setembro 1850. Terras devolutas do Império.	A partir desse período, a terra seria demarcada, medida e vendida. Sendo proibida qualquer outra forma de aquisição que não fosse a compra e venda. Inicia-se o processo de propriedade privada.
1871	Lei nº2040, ²⁰ de 28 de setembro, conhecida como a Lei Rio Branco ou Ventre Livre.	Sancionada pela Princesa Isabel, deixaria livres filhos nascidos de escravizadas. Porém, sob tutela do senhor de escravizados, até 8 anos de idade, e o mesmo receberia uma indenização do governo após esse período ou poderia utilizar dos serviços dessas crianças, ou adolescentes, então <i>livres</i> , até 21 anos de idade.
1885	Lei nº3270, ²¹ conhecida como Lei do Sexagenário, promulgada em 28 de setembro	O nome refere-se à libertação do escravo com mais de 60 anos, porém, seus artigos atendiam a necessidade da elite e a grande maioria dos escravizados não sobrevivia até essa faixa etária.

¹⁸ Lei. Estabelece **medidas para a repressão do tráfico de africanos neste Império**. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim581.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

¹⁹Lei 601.**Dispõe sobre terras devolutas ao império**. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L0601-1850.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

²⁰ **Lei do Ventre Livre**. Disponível em:< <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leimp/1824-1899/lei-2040-28-setembro-1871-538828-norma-pl.html>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

²¹ Lei que **Regula a extinção gradual do elemento servil**, conhecida como Lei Sexagenário. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM3270.htm. Acesso em 10 de novembro de 2022.

1888	Lei Áurea nº3.353 ²² ou Lei da Abolição da Escravatura.	A partir de 13 de maio de 1888, toda sociedade brasileira passa a ser considerada cidadã.
1890	Decreto n. 528, ²³ de 28 de junho, regulariza o serviço de introdução de imigrantes no país	Apresenta os perfis de imigrantes indesejáveis como indígenas da Ásia e africanos.
1890	Lei nº847, ²⁴ promulgada em 11 de outubro, a Lei dos Vadios e Capoeiras	Decretava que aqueles que perambulavam pelas ruas, sem trabalho – desempregados - ou residência comprovada - pessoas em situação de rua - e que fizessem apresentações de capoeiras em praça pública, seriam presos, conforme Cap. XIII, art. 399-404.
1890	14 de setembro ²⁵	O então Ministro das Finanças Rui Barbosa, ordena que todos os documentos referentes à escravidão fossem queimados e destruídos.

Elaboração própria a partir da legislação.

²² Lei **Declara extinta a escravidão no Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lm3353.htm. Acesso em 10 de novembro de 2022.

²³ Decreto que regulariza o serviço de imigração no país. Disponível em: <https://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/legislacao-brasileira-controle-e-embranquecimento-do-mercado-de-trabalho-livre> Acesso em 09 de junho de 2023.

²⁴ **Lei Declara como crime a apresentação de capoeira e a presença em espaços públicos de pessoas desempregadas**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html> .Acesso em 10 de novembro de 2022

²⁵ A destruição dos documentos sobre a escravidão. Disponível em: <http://m.acervo.estadao.com.br/noticias/acervo-a-destruicao-dos-documentos-sobre-a-escravidao-11840,0.htm> Acesso em 10 de novembro de 2022

O marco legal desse período nos mostra como o processo de abolição e pós-abolição foi pensado de forma minuciosa, excluindo toda população negra da sociedade brasileira, com intuito de manter a ordem vigente e invisibilizar seu passado. Este processo de apagamento teve grande apoio nas produções científicas, como a utilização da teoria darwinista.²⁶ Clóvis Moura afirma:

[...] a partir do momento que o ex-escravo entrou no mercado de trabalho competitivo foi altamente discriminado por uma série de mecanismos de peneiramento que determinava seu imobilismo. Além disso, privilegiou-se o trabalhador branco estrangeiro, especialmente após a abolição, o qual passou a ocupar os grandes espaços dinâmicos dessa sociedade. Surge, como um dos elementos dessa barragem, a ideologia do preconceito de cor que inferioriza o negro em todos os níveis de sua personalidade [...].²⁷(MOURA, 2003, p. 106)

Desse modo, as vagas de emprego foram ofertadas aos imigrantes com o argumento de que a população negra brasileira não era apta ao trabalho, fomentando a ideologia dos vadios, violentos, viciados, entre outros. Conforme aponta Sueli Carneiro,

[...] uma das heranças da escravidão foi o racismo científico do século XIX, que dotou de suposta cientificidade a divisão da humanidade em raças e estabeleceu hierarquia entre elas, conferindo-lhes estatuto de superioridade ou inferioridade naturais. Dessas ideias decorreram e se reproduzem as conhecidas desigualdades sociais que vêm sendo amplamente divulgadas nos últimos anos no Brasil.²⁸ (CARNEIRO, 2011, p.35).

É possível afirmar que as teorias de inferioridade surgiram no processo de reconhecimento do lucro que a escravidão trazia. Uma das estratégias de mudança de uma sociedade monárquica e escravagista foi o processo de branqueamento. Assim, seríamos uma nação moderna, capitalista e republicana, conforme salienta Jacino, em que “Entendiam como modernidade, todavia, não apenas a eliminação do trabalho escravo, mas a eliminação de quem, mesmo livre, denunciava a existência recente da escravidão: o negro”.²⁹ (JACINO, 2014, p.84)

²⁶ Para mais informações: <https://www.scielo.br/j/er/a/sNH6RP4vvMk6wtPSZztNDyt> .Acesso em: 10 de novembro de 2022

²⁷ MOURA, Clóvis. **Sociologia do Negro Brasileiro**. 2003, p. 106. Clóvis Moura, nasceu em Amarante, no Piauí, no dia 10 de julho de 1925. Foi, e continua sendo, um respeitado jornalista, sociólogo, historiador e escritor brasileiro, tendo produzido importantes estudos sobre a escravidão e sobre a resistência dos negros no Brasil. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/ensaistas/1381-clovis-moura> . Acesso em 10 de novembro de 2022.

²⁸ CARNEIRO, Sueli. É filósofa e doutora em Educação na Universidade de São Paulo (USP).

²⁹ JACINO, Ramatis. *Transição e exclusão: o negro no mercado de trabalho em São Paulo pós-abolição 1912/1920*. São Paulo: Nefertiti, 2014 op. cit., p. 84.

A partir do dia 13 de maio de 1888, a sociedade, em sua maioria, acreditou e acredita na expressão de que “*somos todos cidadãos brasileiros*” sem nenhum tipo de preconceito, porém, Jacino nos alerta que “[...] o discurso oficial, entretanto, escondia um dos principais objetivos: “branquear” o país, condição básica para torná-lo moderno, capitalista e republicano”. (JACINO, 2014, p.74). Após um ano da abolição, em 1890, o Brasil terá seu Hino da República, que em sua estrofe, proclama: “*Nós nem cremos que escravos outrora / Tenha havido em tão nobre País / Hoje o rubro lampejo da aurora / Acha irmãos, não tiranos hostis / Somos todos iguais!*”.³⁰

Logo, sem nenhum tipo de políticas públicas por parte do Estado, os negros egressos das senzalas continuaram sem direitos básicos como acesso à educação, saúde, habitação, trabalho assalariado, lazer, cultuar sua religião, entre outros. De tal modo, as vagas que surgiram durante o processo de industrialização, foram ofertadas para os imigrantes. Citando Renata Gonçalves,

Ironia das ironias, finalmente libertos(as) e aptos(as) a venderem livremente sua força de trabalho ao capitalista, a almejada liberdade não garantiu condições para que se integrassem de fato ao proletariado, não puderam sequer compor o exército industrial de reserva [...].³¹ (GONÇALVES. 2018, p.02).

Apresentar, mesmo que de forma sucinta, este panorama do processo de abolição e pós-abolição, se fez necessário para que possamos compreender a questão social que surge nesse período. Assim, conseguiremos materializar toda discussão e analisar os dados das desigualdades sociais e sua importância para a idealização, planejamento e materialização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

1.4 Questão Social, Serviço Social e as Desigualdades em Dados

Podemos afirmar que a questão social é o conjunto das expressões de desigualdades da sociedade, que surgiu no século XIX, na Europa. Durante esse período, no Brasil a economia do país baseou-se principalmente na produção e

³⁰ ~~Link Hino da República. Disponível em:~~ <<https://www.letras.mus.br/hinos/hino-da-proclamacao-da-republica/>>.

³¹ Renata Gonçalves, é professora da Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais, Santos, SP, Brasil.

exportação de produtos primários, como café, açúcar e borracha. O processo de industrialização ainda estava em ascensão, e o país dependia fortemente do trabalho escravo para sustentar sua economia agrária.

Atualmente, as expressões da questão social se materializam em múltiplas demandas, como, por exemplo: moradia, vagas escolares, alimentação, emprego, saúde, entre outros. Estas serão acompanhadas pelos assistentes sociais que, em sua formação, devem possuir fundamentos teóricos e metodológicos para compreensão, enfrentamento e desnaturalização das desigualdades.

A lógica de acumulação e apropriação não se limita apenas ao fator econômico, impacta também as relações e representações sociais, afetando o campo cultural, histórico, político e ideológico. Estas desigualdades marcam o surgimento da questão social, que é o conjunto das expressões das desigualdades do capitalismo maduro.

Observar, portanto, todo caminho histórico percorrido até aqui é imprescindível para analisar as particularidades da questão social no Brasil. O discurso higienista sobre a população negra, a exclusão desse grupo como mão de obra, o desenvolvimento social baseado em teorias racistas e o desenvolvimento tecnológico em nosso país, que aumentou a produção do trabalho morto, e os trabalhadores negros, que majoritariamente, compunham o exército industrial de reserva permanente, visto como um segmento jamais competitivo e valorizado pelo processo de produção vigente. Dessa maneira, a lei de acumulação tem como base o sistema pré-capitalista, existente nos países que tiveram o colonialismo. Mara,³² Bezerra,³³ nos pontuam que:

[...] a lei geral da acumulação só pôde nascer porque a transição para o capitalismo nos países centrais foi alimentada por relações pré-capitalistas existentes nos países de origem colonial. [...] pelo menos desde fins do século XVIII e grande parte do século XIX, as transformações na formação social escravista no Brasil correspondiam já aos imperativos de consolidação do capitalismo em nível mundial. E é este ponto de partida que destinará ao Brasil papel subordinado no interior da divisão internacional de trabalho, o que implica determinações particulares à própria lei geral de acumulação no capitalismo dependente. (MARA; BEZERRA,2021,p.115).

³² Eduardo Mara, Cientista Social, Doutor em Serviço Social e Docente do curso de Serviço Social do Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

³³ Lucas Bezerra, Assistente Social, Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Professor substituto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF)

Nas décadas de 1930 e 1940 o Serviço Social brasileiro emerge como profissão, 42 anos após a abolição, juntamente com o novo modelo econômico, tendo como base sócio-histórica a questão social. Nesse sentido, podemos afirmar que para o Serviço Social a “questão social” é a manifestação das contradições expressas pela relação entre capital e trabalho, que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção.

Muitos autores de Serviço Social, afirmavam que, a questão social tinha como base o proletariado imigrante e suas primeiras manifestações grevistas, não se atentando que o lucro da burguesia brasileira dava-se não pelo consumo interno, e sim pela exploração absoluta da força de trabalho que sustentava as demandas internacionais. Como afirmam Mara; Bezerra (2021, p. 121) sobre a gênese da questão social no país

[...] É enganoso supor que o processo de organização política dos trabalhadores tem a ver exclusivamente com a chegada dos imigrantes europeus. As primeiras greves no Brasil ocorreram no século XIX, e não no século XX. A mais conhecida seja, talvez, a Greve dos Tipógrafos no Rio de Janeiro em 1858.

Além disso, conforme os autores, *apud* Reis (2019, p. 121) apontam e ratificam a “Greve Negra ocorrida em Salvador, em 1857, que envolveu escravizados de ganho³⁴ e teve duração de aproximadamente duas semanas, tendo impacto direto nos setores de transporte e abastecimento”.

As percepções aqui apresentadas, compreendem que a questão social, analisada anteriormente por vários pesquisadores marxistas com foco nos imigrantes europeus, teve como consequência uma leitura não diferenciada na conjuntura brasileira. Logo, ao analisar a questão social dessa forma, o Serviço Social acaba por não compreender a magnitude que a questão racial possui dentro desse processo histórico. Conforme Gonçalves (2018),

[...] o modo de produção capitalista beneficiou-se enormemente do escravismo e amparou as bases da opressão racial, possibilitando que esta se mantenha e continue a sustentar a reprodução do capital. Para a visão turva do Serviço Social acerca das relações étnico-raciais talvez tenha contribuído uma certa tradição marxista que considerava que os problemas

³⁴ Os escravizados de ganho trabalhavam para outros senhores e o valor recebido pelo trabalho era entregue a seus proprietários. Para mais informações ver **Os escravos de ganho no Rio de Janeiro no século XIX**. Disponível em:< <file:///C:/Users/NoteBook/Downloads/luizcarlosoares.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

raciais se resolveriam por meio da luta dos(as) trabalhadores(as) em geral.(GONÇALVES, 2018, p. 07).

A questão racial se configura, segundo Ianni citado em Pinto³⁵ (2015, p.375), como

[...] um desafio do presente, mas tem sido permanente. Modifica-se ao acaso das situações, das formas de sociabilidade e dos jogos das forças sociais, mas reitera-se continuamente, modificada mas persistente. Esse é o enigma com o qual defrontam-se uns e outros, intolerantes e tolerantes, discriminados e preconceituosos, segregados e arrogantes, subordinados e dominantes, em todo o mundo. Mais do que tudo isso, a questão racial revela, de forma particularmente evidente, nuançada e estridente, como funciona a fábrica da sociedade, compreendendo identidade e alteridade, diversidade e desigualdade, cooperação e hierarquização, dominação e alienação.

Na atualidade, essa discussão toma outros direcionamentos, já que vários pesquisadores do Serviço Social nos alertam para a encruzilhada da questão social e racial em nosso país, ratificando que a questão social brasileira não pode ser direcionada por uma ideologia de dominação que mesmo inconsciente a torne branca. No Brasil, ainda, é muito presente a ideologia do mito da democracia racial, ou seja, acredita-se que vivemos em um país sem preconceito racial, camuflando o racismo existente.

Ademais, Sueli Carneiro (2011) analisa as duas ideologias: o mito da democracia racial e a luta de classes. A autora é assertiva ao afirmar que as duas ideologias possuem em comum a minimização, ou do reconhecimento e/ou a invisibilidade da intersecção de raça para as questões dos direitos humanos, da justiça social e da consolidação democrática, elementos que dificultam a erradicação das desigualdades raciais nas políticas públicas. A partir da discussão apresentada, nos deparamos com os dados das desigualdades brasileiras, herança do contexto histórico e político de nossa sociedade.

É perceptível que, mesmo após 135 anos de abolição, a sociedade brasileira comemora o dia 13 de maio de 2023, tido como um dia de libertação. Mesmo diante desse cenário, se comparado aos marcadores de acesso à educação, trabalho, habitação e representação política, temas essenciais à produção e reprodução das

³⁵ Elisabete Aparecida Pinto, formada em Serviço Social pela PUC de Campinas (1986), é mestra em Ciências Sociais Aplicada à Educação pela UNICAMP (1993) e doutora em Psicologia Social pela PUC de São Paulo (2004). Disponível em:< <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do>>.

condições de vida da população, percebemos que pouca coisa mudou quando realizado o recorte de raça/cor.

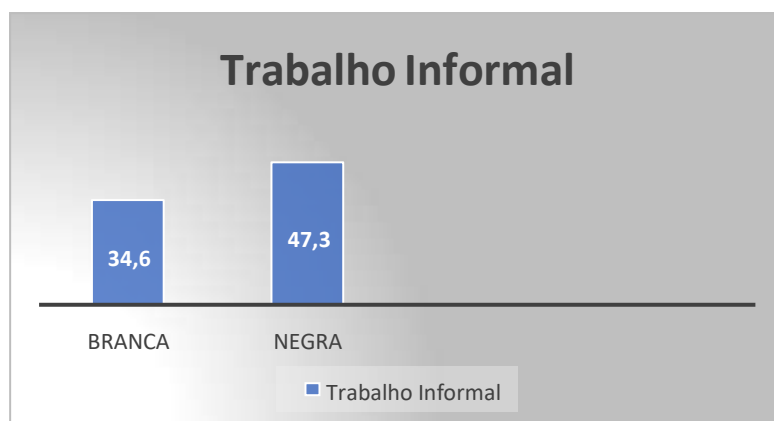
Em contrapartida, na atualidade o movimento negro brasileiro utiliza a referida data como o dia da denúncia contra o racismo e nos convida a uma reflexão sobre o legado da escravidão, a luta contínua pela igualdade racial e a necessidade de ações concretas para combater o racismo em todas as suas formas. É um dia de denúncia, de lembrar que a liberdade não é suficiente se a justiça racial e social não for alcançada para todos.

O que pretendo discutir com os dados que serão apresentados não é o fato de a população negra ser mais vulnerável e sim o motivo que fez com que ela se mantenha nestas condições de exclusão e vulnerabilidade social, na contemporaneidade.

Esses marcadores são utilizados por pesquisadores para mensurar e formular políticas públicas, nas quais o quesito cor é elemento central. Utilizando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicados entre 2019 e 2021, podemos traçar uma espécie de perfil de quem o profissional de Serviço Social irá acolher e qual é o público das políticas públicas no Brasil.

Sabemos que o trabalho informal é um grande retrocesso para a classe trabalhadora, no qual o/a trabalhador(a) não possui proteção social, sem acesso a direitos básicos como salário-mínimo, seguro social ou aposentadoria. Conforme os dados do IBGE, no ano de 2018, 34,6% da população branca estava na condição de trabalhador informal, em contrapartida, no mesmo período, 47,3% de pessoas negras estavam na mesma situação de desproteção. (IBGE 2019)

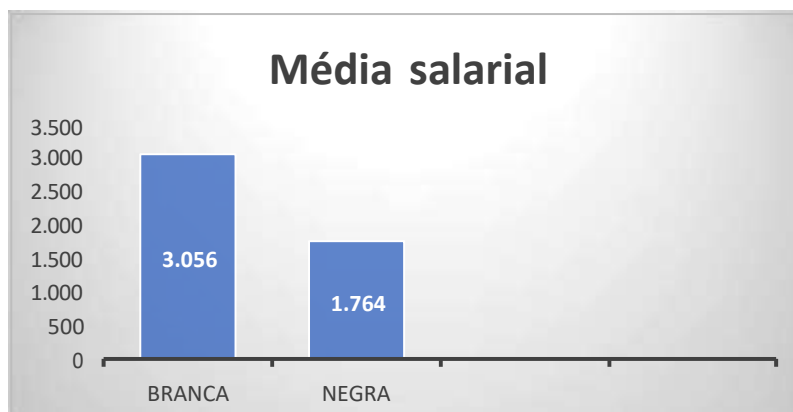
Gráfico 1 – Condição laboral de trabalhadores brancos e negros



Fonte: IBGE (2019)

Ao analisarmos a questão salarial, o quadro se agrava, uma vez que, pessoas brancas recebem até 73,3% a mais que pessoas negras. A média mensal de salário de um trabalhador(a) branco é de aproximadamente R\$3.056,00 (três mil e cinquenta e seis reais) contra R\$1.764,00 (um mil setecentos e sessenta e quatro real) média mensal de um trabalhador negro referente ao ano de 2020.

Gráfico 2 – Média salarial entre trabalhadores brancos e negros

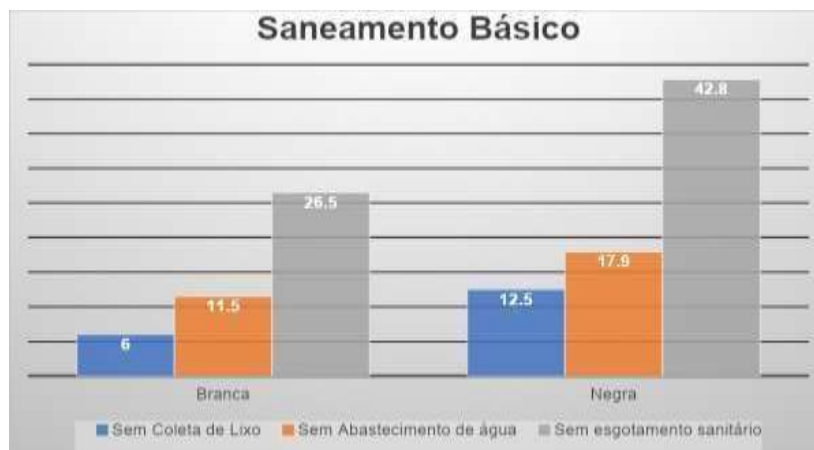


Fonte: IBGE (2021)

Esses dados são a materialização da segregação ocupacional, falta de acesso à educação de qualidade e ganhos inferiores, mesmo quando realizam atividades semelhantes. O documento do IBGE ratifica a pirâmide da desigualdade no quesito gênero, onde os homens brancos recebem o maior salário, seguido da mulher branca, homem negro e na base da pirâmide, a mulher negra com salário inferior aos demais. No que se refere ao saneamento básico, em 2018,

[...] verificou-se maior proporção da população negra residente em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca). Sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca), implicando condição de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças (IBGE. 2019, p. 5).

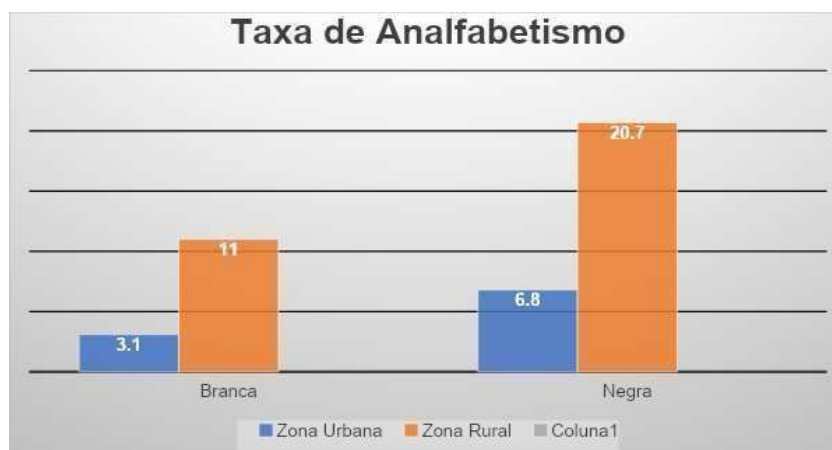
Gráfico 3 – Diferenças no saneamento básico entre brancos e negros



Fonte: IBGE (2019)

No quesito educação, a taxa de analfabetismo é maior para a população negra, sendo de 6,8%, quando o percentual de pessoas brancas analfabetas é de 3,1% na zona urbana. E, referente à zona rural, 11% das pessoas brancas e 20,7% das pessoas negras. Quando analisamos o ensino médio, a evasão em 2018 foi de 61,8% entre jovens negros, de 18 a 24 anos.

Gráfico 4 – Taxa de Analfabetismo entre brancos e negros



Fonte: IBGE (2018)

Ao verificar os dados de acesso ao ensino superior, em 2016, apenas 50,5% dos matriculados eram negros. Já em 2018, essa porcentagem teve um aumento significativo, chegando a 55,6%, porém quando comparada a população branca, 78,8% da população branca conseguem permanecer no ensino superior e finalizar o curso de formação. É importante mencionar que o acesso da população negra ao ensino superior decorre da pressão exercida pelo movimento negro sobre o Estado brasileiro. A partir dessas denúncias e pressões, foram criadas políticas de ações

afirmativas na educação, que preveem vagas com cotas raciais para pessoas negras, indígenas e quilombolas, bem como a implementação de ações que auxiliem na permanência desses estudantes. Entretanto, a permanência da população negra no ensino superior é prejudicada, devido aos cortes orçamentários realizados constantemente na educação, impossibilitando acesso ao auxílio permanência, é possível ratificar que estamos longe da igualdade.

Não podemos desvincular o acesso sem a efetividade de políticas de permanência desses discentes. Outro dado preocupante aponta que, entre indivíduos negros com ensino superior completo, 13,4% recebem um salário-mínimo. Em 2012, esse percentual era de 8,9%. Isso significa que mesmo os que se graduaram continuam a receber salários baixíssimos (REDAÇÃO CUT, 2021). Os dados apresentados pelo IBGE apontam que pessoas brancas recebem 45% a mais do que pessoas negras com o mesmo grau de instrução ao nível superior.

Muito se discute acerca da questão da violência no país, a taxa de homicídio é mensurada para análise da violência. Já existe no Brasil a afirmação sobre o genocídio da população negra, visto que, são os mais assassinados no país, principalmente, quando se tratam de homens, jovens, portadores de guarda-chuva, celular ou vítimas de bala perdida.³⁶ Almeida 2021, afirma que

O racismo, mais uma vez, permite a conformação das almas, mesmo as mais nobres da sociedade, à extrema violência a que populações inteiras são submetidas, que se naturalize a morte de crianças por “balas perdidas”, que se conviva com áreas inteiras sem saneamento básico, sem sistema educacional ou da saúde, que se exterminem milhares de jovens negros por ano, algo denunciado há tempos pelo movimento negro como genocídio. (ALMEIDA. 2021, p.122).

Estamos em um país onde primeiro mata e depois pergunta.

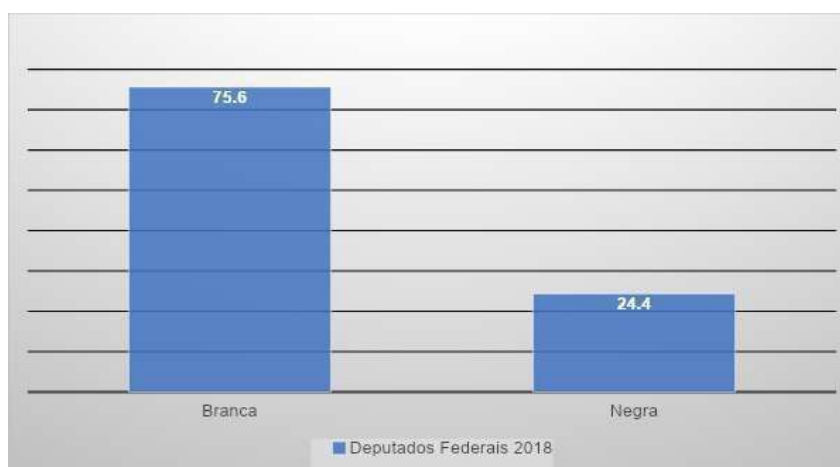
[...] a taxa de homicídios foi 16,0 entre as pessoas brancas e 43,4 entre as pretas ou pardas a cada 100 mil habitantes em 2017. Em outras palavras, uma pessoa preta ou parda tinha 2,7 vezes mais chances de ser vítima de homicídio intencional do que uma pessoa branca. A série histórica revela ainda que, enquanto a taxa manteve-se estável na população branca entre 2012 e 2017, ela aumentou na população preta ou parda nesse mesmo período, passando de 37,2 para 43,4 homicídios por 100 mil habitantes desse grupo populacional, o que representa cerca de 255 mil mortes por

³⁶ Balas perdidas que possuem endereço e são encontradas em corpos negros dentro das comunidades do Brasil e não em regiões consideradas nobres. A expressão “portadores de guarda-chuva” refere-se as justificativas usadas por policiais militares, que facilmente ceifam vidas de jovens negros ao confundirem armas de fogo com guarda-chuva.

homicídios registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, em seis anos. Altas taxas de homicídios trazem não só sofrimento físico e psicológico, como também impactos sociais e econômicos [...] (IBGE, 2019. p. 9).

Em 2018, apenas 24,4% dos deputados(a) federais eram negros(a), contra 75,6% de deputados(a) brancos(a).

Gráfico 5 – Deputados Federais



Fonte: IBGE (2018)

A representação política brasileira é branca e possui uma maioria de deputados homens, estando a mulher negra novamente na base da pirâmide, visto que,

Por último, mas não menos importante, cite-se a situação das mulheres pretas ou pardas, em desvantagem no quesito representação, tanto em comparação aos homens de mesma cor ou raça, quanto em relação às mulheres brancas. Em 2018, as mulheres pretas ou pardas constituíram 2,5% dos deputados federais e 4,8% dos deputados estaduais eleitos, e, em 2016, 5,0% dos vereadores. Consideradas apenas as mulheres eleitas, foram 16,9%, 31,1% e 36,8%, respectivamente (IBGE, 2018, p. 12).

No que se refere às eleições de 2022, poderíamos considerar um avanço, uma vez que, houve aumento significativo de parlamentares que autodeclararam ser negras e que foram eleitas. É importante mencionar que em 2022 houve a inclusão de política de ações afirmativas para candidatura de mulheres e população negra.

A partir da eleição de 2022, candidaturas de mulheres e negros passaram a receber maior aporte financeiro dos partidos, por força de lei. Além disso, a Emenda Constitucional 111/2019 determina que, até 2030, cada voto em candidaturas negras terá peso dois na distribuição dos fundos partidário e eleitoral, que financiam as campanhas. (CARVALHO, 2022, s/n).

Entretanto, dos 135 deputados eleitos 19.5% que usufruíram das políticas de ações afirmativas se declaravam brancos nas eleições anteriores. (CARVALHO, 2022,s/n). Este cenário reafirma toda discussão apresentada, de que é mais que urgente que a população negra ocupe espaços de decisões, para que o racismo seja gradualmente reduzido, porém, a branquitude sempre busca estratégia para se manter no poder, mesmo que para isso brancos tenham que se tornar negros.

Desde 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende que, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Entretanto, em 1986 na 8º Conferência de Saúde esse conceito é problematizado e compreendido como fora das bases materiais. Seguindo, a direção das discussões realizadas na reforma sanitária, a 8º Conferência de saúde irá refletir sobre o conceito mais abrangente e apresentar em seu relatório final

“ como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Os delegados da 8ª atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais”. (CNS. 2019, p.04)

Portanto, as explicações anteriores nos possibilitam entender as condições de saúde da população negra brasileira, sem nenhuma dúvida de quem são os maiores violados em seus direitos à saúde e de bem-estar.

1.5 GOVERNOS FERNANDO HENRIQUE CARDOSO E LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA: Uma discussão sobre direitos humanos e as políticas de ações afirmativas

Para compreender a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), acredito ser necessário apresentar como a discussão sobre as desigualdades em nossa sociedade foi entendida e administrada por seus representantes governamentais, tendo como referência as três gerações de Direitos Humanos, sendo: a primeira geração os direitos civis e políticos que compreendem a liberdade clássica; a segunda, os direitos econômicos, sociais e culturais que reafirmam o princípio de igualdade e a terceira que engloba os direitos ao meio ambiente, saudável qualidade de vida, paz, autodeterminação dos povos, que

reafirmam os princípios de fraternidade difusos. Iremos apresentar de forma breve essas gerações.

Nesse processo, Ballestrin³⁷ (2008, p.2), afirma que houve três fatores decisivos no que se refere à discussão sobre Direitos Humanos:

[...] o *desempenho* das Nações Unidas em estabelecer um Sistema Internacional de Proteção aos Direitos Humanos, a *atuação* de uma sociedade civil internacional capaz de responsabilizar as ações dos governos nacionais, principalmente, no que concerne ao cumprimento das normas estipuladas por esse mesmo Sistema e a *vinculação* entre o discurso democrático liberal - amplamente aderido pelo mundo Ocidental - e a proteção aos Direitos Humanos

Os debates sobre as desigualdades no Brasil e o reconhecimento da sociedade sobre a importância dos Direitos Humanos, possibilitaram ações técnicas e políticas com intuito de promover cidadania e o respeito a seus direitos. As argumentações do movimento negro, referentes à saúde da população negra brasileira, tiveram como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos, com projeção em 1948 no processo democrático. Entretanto, com a ditadura militar brasileira, de 1964, essa discussão foi perdendo força como outras pautas dos movimentos sociais. Este documento internacional foi publicado, 60 anos, após a abolição do sistema escravocrata, prevendo direitos universais e fundamentais para toda sociedade. Neste sentido, foi utilizado como base para criação de leis e decretos no Brasil.

[...] Ratificam-se: a elaboração da Constituição Brasileira de 1988, conhecida por Constituição Cidadã, não apenas porque reconhece os direitos humanos na lei, mas também por indicar instrumentos para sua garantia e efetividade; a Reforma Sanitária, responsável pela democratização da saúde, entendida como um direito inerente à cidadania, aos direitos sociais e ao Estado; a construção dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (em sua terceira versão) e a formulação e execução de políticas afirmativas que, posteriormente, passam a buscar a Igualdade Racial – assim expressa, inclusive pela criação de uma Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial no governo Lula. (LIMA, 2010, *apud* TRAD, 2012, p.76).

No que se refere ao direito à saúde, a Declaração Universal, de 1948, em seu Art. 25 informa que:

³⁷ Cientista Social, Mestre em Ciência Política pela UFRGS e doutoranda em Ciência Política na UFMG.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.(ONU,1948).

É importante salientar que em 1948 a população negra não era considerada humana e tal declaração foi pensada para a população não negra. Um grande marco desse período é o Apartheid da África do Sul³⁸ que durou 46 anos ou melhor de 1948-1994, tendo seu fim apenas com a eleição de Nelson Mandela para presidente em 1994. No que se refere ao Apartheid dos EUA, as leis de segregação só começaram a serem revogadas entre 1950 e 1960 a partir das pressões dos movimentos negros liderados por Martin Luther King Jr, dentre outros.³⁹

Tendo como sustentáculo o marco temporal, 40 anos depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, foi promulgada a Constituição Federal (CF) de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Art. 196º da CF 1988, estabelece que:

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

Apesar dos avanços que a sociedade obteve, através dos Direitos Humanos, conforme o site da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura do Brasil (UNESCO)⁴⁰,

[...] ainda não existe uma clara compreensão da universalidade e da indivisibilidade dos direitos humanos – civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. No Brasil existe um número muito alto de pessoas que continuam a encontrar grandes dificuldades no exercício de sua cidadania e de seus direitos fundamentais. (UNESCO).

Ainda de acordo com a UNESCO, somente pela mobilização de todos os atores direta ou indiretamente envolvidos será possível contribuir para a promoção da cidadania, a consolidação da democracia, a promoção da igualdade, o amplo

³⁸ Para mais informações acesse: <https://www.unama.br/noticias/voce-sabe-o-que-foi-o-apartheid#:~:text=Na%20pr%C3%A1tica%2C%20era%20assim%20que,mito%20da%20superioridade%20racial%20europeia>.

³⁹ Para mais informações acesse: <https://escolakids.uol.com.br/historia/segregacao-racial-nos-estados-unidos.htm>

⁴⁰ Para mais informações sobre a UNESCO acesse: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/human-rights-brazil>

acesso à justiça e a garantia da segurança. Esses avanços são de importância crucial para que o Brasil construa e consolide uma cultura de direitos humanos e uma cultura de paz.

Compreendendo o lugar marginal em que a população negra sobrevive, no Brasil, a luta por um sistema de igualdade em saúde tem grande base em vários movimentos sociais e parte considerável da sociedade, iniciado no fim do século XX e início do século XXI, que através dos dados censitários e epidemiológicos identificaram o lugar da população negra na sociedade brasileira. Neste sentido, informações necessárias que mostrassem de forma empírica as desigualdades vivenciadas pela população negra no Brasil. Assim, nas esferas estaduais, municipais e federal buscou-se várias formas de estruturar em bancos de dados de divulgação essas informações com respostas adequadas, acessíveis e democráticas. Conforme Cunha (2012),

Os militantes dos movimentos sociais, em geral, especificamente os defensores dos direitos humanos, e mulheres negras, tiveram notória participação em dois processos que ocorreram de forma simultânea. Por um lado, se avocaram em entender, divulgar e conscientizar a sociedade civil sobre a importância de contar com informações sistemáticas e confiáveis e de análises científicas que deixassem evidente a existência das desigualdades raciais. Por outro, continuaram suas atuações no sentido de conscientizar a população da importância de persistir na construção da identidade racial, reforçando a valorização da condição de ser negro, reivindicando direitos, e da relevância de não só se reconhecer, mas também se autodeclarar negro quando indagado sobre a raça/cor a qual pertence. (CUNHA, 2012,p. 38).

Esse panorama possibilitou uma análise histórica e atual sobre a situação desfavorável étnico-racial nas condições de sobreviver, adoecer e morrer em nosso país. Os estudos que discutiram o tema específico “saúde da população negra” tiveram financiamento importante da Fundação Ford, OPAS-OMS, Fundação Mc Arthur, CNPq, dentre outras, subsidiando vários projetos, pesquisas e políticas públicas com a intenção de diminuir as desigualdades raciais. A construção de vários documentos, seminários, entre outros, possibilitou o reconhecimento, pelo Estado brasileiro de que na saúde é possível identificar o racismo Institucional. Entretanto, conforme Barbosa (2023)⁴¹, “em 2001 a Fundação Ford deixou de financiar a discussão racial em saúde com a argumentação de que pautar raça na saúde não é viável”.

⁴¹ Fala da Professora Dra. Maria Inês da Silva Barbosa, no dia 28 de agosto de 2023 na banca de defesa dessa dissertação.

Uma das pautas apresentadas pelo movimento social negro em especial de mulheres negras, foi a inclusão do quesito cor/raça nas estatísticas oficiais de saúde no Brasil, fato que começou a se tornar realidade nos anos 90 (GIOVANETTI. Apud FILHO. 2007, p. 02). Essa reivindicação possibilita analisar as desigualdades no processo saúde-doença com dados empíricos, permitindo analisar e construir políticas e ações de saúde para esse público específico.

As denúncias do movimento negro, referentes às desigualdades em saúde, que foram sempre apresentadas, principalmente na década de 1980, tomaram um novo cenário a partir da Marcha Zumbi dos Palmares, organizada e realizada pelo movimento de mulheres negras, em novembro de 1995.

Este movimento teve participação de mais de 30 mil pessoas, e a partir da marcha foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para valorização da população negra, seguido de seminários nacionais, fóruns [...] para a inclusão da temática racial no âmbito da saúde. (TRAD; BRASIL, 2012, p.71).

Em 2010 foi aprovado o Estatuto da Igualdade Racial no Brasil,

A Lei nº 12.288 (Estatuto da Igualdade Racial), que imprime força de lei à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e ainda estimula a implementação de ações afirmativas em saúde para promover a equidade, aponta a importância da informação em um dos seus objetivos, que é de melhoria dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”. Em 2010, o Conselho Nacional de Saúde recomendou ao Ministério da Saúde a padronização dos sistemas com relação ao quesito cor e a capacitação de recursos humanos na sua coleta, e mais a realização de um seminário interinstitucional sobre a questão (Recomendação nº 16, de 7/10/2010). (Saúde da População Negra, 2012, p.41).

Como já explanado, as discussões acerca das desigualdades sociais brasileiras têm sido pautadas durante anos. Entretanto, somente na década de 1990, o então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), 1994-2002, colocou este debate em pauta. Mas, a materialização do debate e suas reivindicações foram efetivadas no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), 2003-2010.

Ainda em relação ao governo de Fernando Henrique Cardoso, conforme Trad (2012, p.76), “foi marcado por uma gestão neoliberal onde o crescimento da dívida pública obteve seu auge, privatizações e tudo que um modelo de governo neoliberal conseguiu tirar dos trabalhadores”. Porém, ao contrário do que muitas pessoas pensam, as políticas de ações afirmativas tiveram seu início nesse governo, que apesar de governar para poucos, o cenário internacional estava favorável e possuiu lideranças políticas importantes. Em 1993, ocorreu a *Conferência Mundial de*

Direitos Humanos, realizada em Viena, na ocasião o Brasil assumiu o compromisso de realizar um Plano Nacional de Direitos Humanos. Em alguns trechos de seu discurso de posse, realizado no Congresso Nacional, em 1º de janeiro de 1995, FHC (BRASIL,2009) declara sobre a questão racial:

Joaquim Nabuco, o grande propagandista do abolicionismo, pensava em si mesmo e em seus companheiros como titulares de um “mandato da raça negra” — mandato que não era dado pelos escravos, pois eles não teriam meios de reclamar seus direitos, mas que os abolicionistas assumiam mesmo assim, por sentirem no coração o horror da escravidão e por entenderem que os grilhões dela mantinham o País inteiro preso no atraso econômico, social e político.(p.12).

Também nós nos horrorizamos vendo compatriotas nossos – e ainda que não fossem brasileiros –, vendo seres humanos ao nosso lado subjugados pela fome, pela doença, pela ignorância, pela violência. Isso não pode continuar! Tal como o abolicionismo, o movimento por reformas que eu represento não é contra ninguém. Não quer dividir a Nação: quer uni-la em torno da perspectiva de um amanhã melhor para todos.(p.12).

Mas, ao contrário de Nabuco, eu tenho bem presente que o meu mandato veio do voto livre dos meus concidadãos. Da maioria deles, independentemente da sua condição social. Veio também, e em grande número, dos excluídos; dos brasileiros mais humildes, que pagavam a conta da inflação sem terem como se defender; dos que são humilhados nas filas dos hospitais e da Previdência; dos que ganham pouco pelo muito que dão ao País nas fábricas, nos campos, nas lojas, nos escritórios, nas ruas e estradas, nos hospitais, nas escolas, nos canteiros de obra; dos que clamam por justiça porque têm, sim, consciência e disposição para lutar por seus direitos – a eles eu devo em grande parte minha eleição.(p.12).

Vamos assegurar com energia direitos iguais aos iguais; às mulheres, que são a maioria do nosso povo e às quais o País deve respeito, oportunidades de educação e de trabalho; às minorias raciais e a algumas quase minorias – aos negros, principalmente –, que esperam que igualdade seja, mais do que uma palavra, o retrato de uma realidade; aos grupos indígenas, alguns deles testemunhas vivas da arqueologia humana, e todos testemunhas da nossa diversidade. (p.17)

Ao apresentar o discurso presidencial, não pretendo abranger a discussão sobre sua efetividade e analisar seu mandato. Porém, acredito ser importante ratificar que implantando políticas sociais ou não, as desigualdades eram pautas constantes e impossíveis de serem invisibilizadas. Em seu segundo mandato, o discurso de posse realizado no dia 1º de janeiro de 1999, intitulado *Por um Brasil solidário*, FHC declara sobre os Direitos Humanos:

Não há democracia onde subsiste a violência. Onde ainda são desrespeitados direitos básicos das crianças e das mulheres, dos negros e dos índios. Avançamos nesta área. É inegável. Mas temos que fazer mais. O desafio está em transformar os valores e as normas em práticas quotidianas. A Secretaria dos Direitos Humanos foi fortalecida

institucionalmente para melhor cumprir sua missão. A sociedade será convidada a participar mais diretamente da execução e controle das políticas. (BRASIL, 2009, p.49-50).

Trad (2012) pontua que as políticas de ações afirmativas tiveram seu início no governo em questão, onde foi possível demarcar a situação de precarização do negro brasileiro, porém, com caráter tímido, uma vez que, as alianças governamentais não eram simpatizantes da agenda em questão. Ações mais efetivas foram realizadas após a *III Conferência Mundial contra Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas*, realizada entre 31 de agosto a 8 de setembro de 2001, na África do Sul, que possuiu como objetivo central responsabilizar os países que utilizaram a escravidão e a integrar os negros na sociedade, buscando garantir igualdade, através de ações afirmativas.

[...] Foi no Governo FHC que se cunhou a ideia de “valorização da população negra”, cujas propostas para essa população foram gestadas no âmbito de alguns programas e ministérios. As ações mais concretas dessa gestão foram tímidas. Posteriormente à Conferência de Durban, houve avanço para as “reivindicações de caráter valorativo”, que tratavam da nacionalidade, da valorização dos símbolos negros e do sincretismo das raças fundadoras da nação brasileira, pois interessavam aos governantes. Todavia, pouco se investiu em políticas de redistribuição de renda e serviços públicos em saúde, educação, trabalho etc. (TRAD, 2012, p.77).

A falta de investimentos em políticas de redistribuição de renda e em serviços públicos condiciona toda uma população vulnerável a continuar em estado de pobreza, dificultando seus acessos a serviços básicos como saúde, educação, assistência, entre outros. No governo de FHC foram formulados dois Programas Nacionais de Direitos Humanos (PNDH), a saber: o PNDH I, criado em 13 de maio de 1996, sob o decreto nº 1.904, que tinha como objetivo:

- I - a identificação dos principais obstáculos à promoção e defesa dos direitos humanos no País;
- II - a execução, a curto, médio e longo prazos, de medidas de promoção e defesa desses direitos;
- III - a implementação de atos e declarações internacionais, com a adesão brasileira, relacionados com direitos humanos;
- IV - a redução de condutas e atos de violência, intolerância e discriminação, com reflexos na diminuição das desigualdades sociais;
- V - a observância dos direitos e deveres previstos na Constituição, especialmente os dispostos em seu Art. 5º;
- VI - a plena realização da cidadania. (BRASIL, 1996).

Em síntese, a proposta era de realizar uma análise sobre as desigualdades sociais, o acesso ao judiciário com intuito de combater as injustiças, ao arbítrio e à

impunidade, relacionados aos direitos civis. Em seu Art. 4º consta que a coordenação desse programa será realizada pelo Ministério da Justiça.

O primeiro PNDH possibilitou a efetivação de várias medidas legislativas de proteção, entre elas: a Lei nº 9.140/95, que reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, em atividades políticas; a Lei 9.299/96, que transfere os julgamentos da justiça militar no que se refere aos crimes dolosos⁴² contra a vida, praticados por policiais militares para a justiça comum; a Lei 9.455/97, de tipificação do crime de tortura e outras providências; e a construção da proposta de reforma do Poder Judiciário, entre outras.

Quadro 2 – Marcos históricos do Programa Nacional em Direitos Humanos

1948		Declaração Universal dos Direitos Humanos.
1988		Constituição Federal.
1990		Sistema Único de Saúde.
1993		Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena.
1994		Primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso.
1995		Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida.
1995	Lei nº 9.140/95	Lei que reconhece como mortas as pessoas desaparecidas em razão de participação em atividades políticas.
1996	Decreto nº 1.904/96	Criação do Primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH - I).
1996	Lei nº 9.299/96	Lei que transfere da Justiça Militar para a Comum os julgamentos de crimes dolosos, como os do Carandiru, Corumbiara e Eldorado dos Carajás.
1997	Lei nº 9.455/97	Lei de tipificação do crime de tortura e outras providências; e a construção da proposta de reforma do Poder Judiciário
1999		Segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso.

⁴² A definição de crime doloso está prevista no artigo 18, inciso I do Código Penal, que considera como dolosa a conduta criminosa na qual o agente quis ou assumiu o resultado. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/crime-doloso-x-crime-culposo>

2001		III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas, realizada na África do Sul.
2001	Decreto nº4.229/01	Criação do Segundo Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH - II).

Elaboração própria com base na legislação e no referencial bibliográfico.

Esse plano foi um marco referente aos Direitos Humanos no Brasil, dando maior ênfase aos direitos civis. Além de ter sido um dos primeiros países a cumprir a recomendação específica da Conferência de Direitos Humanos, realizada em Viena, atribuindo os direitos humanos às políticas públicas governamentais. Ballestrin (2008) destaca que este documento foi o primeiro plano nacional para a proteção aos Direitos Humanos da América Latina e o terceiro do mundo - antecedido pela Austrália e Filipinas.

Esta iniciativa esteve condicionada pelas determinações da Conferência de Viena, em 1993. A autora ainda salienta, em nota de rodapé, que houve outras iniciativas relevantes antes de tal plano, tal como:

a criação do Prêmio de Direitos Humanos, do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, do Grupo Executivo de Repressão ao Trabalho Forçado, a assinatura em 8/03/1996 de protocolos internacionais em benefício das mulheres. (BALLESTRIN, 2008, p.6).

O segundo PNDH II, criado em 13 de maio de 2002, pelo decreto nº4.229, ao contrário do primeiro, teve como foco os direitos sociais, com intuito de diminuir o abismo social brasileiro. Em contrapartida, esse documento traz em seu Art. 4º que o acompanhamento da implementação do PNDH II será de responsabilidade da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, do Ministério da Justiça, com a participação e o apoio dos órgãos da Administração Pública Federal.

Sobre a questão mencionada, o documento oficial sobre o PNDH II, afirma: "A criação da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, no âmbito do Ministério da Justiça, possibilitou o engajamento efetivo do Governo Federal em ações voltadas para a proteção e promoção de direitos humanos". (BRASIL,2002). Referente a seus objetivos consta:

- I - a promoção da concepção de direitos humanos como um conjunto de direitos universais, indivisíveis e interdependentes, que compreendem direitos civis, políticos, sociais, culturais e econômicos;
- II - a identificação dos principais obstáculos à promoção e defesa dos direitos humanos no País e a proposição de ações governamentais e não-governamentais voltadas para a promoção e defesa desses direitos;
- III - a difusão do conceito de direitos humanos como elemento necessário e indispensável para a formulação, execução e avaliação de políticas públicas;
- IV - a implementação de atos, declarações e tratados internacionais dos quais o Brasil é parte;
- V - a redução de condutas e atos de violência, intolerância e discriminação, com reflexos na diminuição das desigualdades sociais;
- VI - a observância dos direitos e deveres previstos na Constituição, especialmente os inscritos em seu art. 5º. (BRASIL, 2002).

É indiscutível que o primeiro PNDH possui um papel de extrema importância nas discussões sobre as desigualdades em nosso país. Porém, o segundo PNDH possibilitou uma ampliação da discussão racial, incluindo propostas e a responsabilização do Estado para formular ações com intuito de findar essas desigualdades. A inclusão dos direitos econômicos, sociais e culturais, no segundo PNDH, está expressa na declaração e programa de ação de Viena. E, para a materialização deste documento, foram realizadas consultas públicas no formato virtual, seminários regionais e discussões entre órgãos governamentais e não governamentais, em todo território brasileiro.

Além disso, considero relevante mencionar alguns desses atores - não será possível apresentar todos os movimentos, coletivos e instituições que participaram dessa construção, isso não significa que possuem valor menor, muito pelo contrário, sem a participação desses, acredito que não teríamos avançado tanto no debate de forma mais que positiva – como: o Conselho Regional de Serviço Social da Bahia (CRESS); Núcleo de Estudos sobre a Mulher, organizado pela PUC-Rio; O Seminário 1º Encontro Brasileiro de Direitos Humanos: Os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PUC/SP); Movimento Negro Unificado (MNU); Coletivo de Estudantes Universitários (as) Negros (as) da Bahia (CENUN – BA); União de Negros Pela Igualdade (UNEGRO); Movimento Negro da Paraíba; Fala Preta! Organizações de Mulheres Negras; Jornal Consciência Negra/Sociedade Comunitária: “Fala Negão” da Zona Leste (SP); Juventude Negra Afro-Consciente (JUNAC); Núcleo de Estudos em Saúde a Mulher e Relações de Gênero – (UNIFESP) e Secretaria de Combate ao Racismo do PT.

Apresentar como foi pensado, articulado e concretizado o Programa Nacional de Direitos Humanos I e II nos possibilita ampliar a discussão sobre a saúde da

população negra e entender as políticas de ações afirmativas que serão materializadas no governo seguinte. Conforme documento PNDH II

[...] o PNDH 2 deverá influenciar a discussão, no transcurso de 2003, do Plano Plurianual 2004-2007. O Programa Nacional servirá também de parâmetro e orientação para a definição dos programas sociais a serem desenvolvidos no país até 2007, ano em que se procederá a nova revisão do PNDH. (BRASIL, 2002).

Se faz necessário ratificar que a análise aqui apresentada, não possui o intuito de discutir as gestões governamentais, e sim, demonstrar como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra teve seu início nessas ações governamentais com respaldo da sociedade civil.

Partindo dessas questões, em 2003, o então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), deu continuidade aos PNDH I e PNDH II, já construídos pelo seu antecessor. A história de luta e o fato de ser do campo de esquerda, o mandatário, Lula da Silva, trouxe expectativas à sociedade civil, aos sindicatos e aos movimentos sociais e raciais do Brasil, no que concerne à ampliação da democracia.

Após o primeiro mandato de Lula, alguns autores como MECCA (2014) e FERNANDES (2018) refutaram essas expectativas, que em tese, segundo eles, não alcançaram um patamar satisfatório em relação ao poder participativo da sociedade naquilo que ela ensejava. E, um dos equívocos do governo, segundo eles, foi a política de conciliação, que trouxe prejuízos para a classe trabalhadora.

Contudo, é possível considerar que foi um dos governos que mais ouviram a população quando comparamos com gestões anteriores. De acordo com Trad; Brasil, (2012, p.79)

[...] na possibilidade ou não da política de saúde da população negra conformar transformações profundas e revolucionárias para a sociedade brasileira, no tocante às relações raciais historicamente estabelecidas, não se pode deixar de pontuar o grau de avanço da democracia no país, fruto da saída de um governo autoritário.

O governo Lula abriu mais espaço para a criação de políticas, que já tinham sido discutidas na criação do PNDH I e II. Ademais, este governo possibilitou a entrada de representantes do movimento negro a compor cargos estratégicos em seu mandato, e isso possibilitou que as pautas raciais entrassem com mais ênfase nas discussões governamentais.

[...] embora a questão racial nunca tenha tido uma forte adesão por parte do Partido dos Trabalhadores, o governo Lula representa o cume dessa mudança ao incorporar em seus quadros representantes do movimento negro, dando maior visibilidade às suas reivindicações, que são fortemente atreladas às ideologias negras de circulação internacional – pan-africanismo, a negritude e o afrocentrismo – somadas aos elementos tradicionais da identidade afro-brasileira (LIMA, 2010, *apud* TRAD, 2012, p.80).

Como já apresentado, a luta do movimento negro, ocorrida no século XX, a fim de se consolidar a temática da igualdade racial e a partir de dois grandes marcos, sendo o primeiro a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, realizada em 1995, e o segundo, a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na cidade de Durban, em 2001, impulsionaram na criação da Lei. N° 10.678, que deu origem a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Posteriormente, esta foi transformada em Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPIR) com o propósito de enfrentar as desigualdades étnico-raciais brasileira, hoje incorporada na pasta do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, através da Lei nº 13.266/2016.

No mesmo ano, cria-se, por meio do Decreto nº 4.886, a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) que argumenta a importância de sua criação, ratificando o compromisso assumido em Durban, a saber: “o Plano de Ação de Durban, produto da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata”, no qual governos e organizações da sociedade civil, de todas as partes do mundo, foram conclamados a elaborar medidas globais contra o racismo, a discriminação, a intolerância e a xenofobia;

[...] Considerando, por derradeiro, que para se romper com os limites da retórica e das declarações solenes é necessária a implementação de ações afirmativas, de igualdade de oportunidades, traduzidas por medidas tangíveis, concretas e articuladas”. (BRASIL,2003).

O Decreto nº 4.886 ratifica a obrigação que o Estado brasileiro possui de pensar e efetivar ações que acabem com as desigualdades, baseadas na raça. Além disso, reforça a importância da SEPPIR

Considerando que o Governo Federal, ao instituir a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, definiu os elementos estruturais e de gestão necessários à constituição de núcleo formulador e coordenador

de políticas públicas e articulador dos diversos atores sociais, públicos e privados, para a consecução dos objetivos de reduzir, até sua completa eliminação, as desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira. (BRASIL,2003. Decreto nº 4.886).

Uma de suas ações, previstas no quesito saúde, consiste em apoio aos projetos de saúde da população negra. Ao longo do governo Lula, foi possível realizar a I e a II Conferências Nacionais de Promoção da Igualdade Racial (CONAPIR), sob a coordenação da SEPPIR, da Presidência da República e do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR), sendo a primeira conferência realizada no mês de maio de 2005, em Brasília, e teve como tema central *Estado e Sociedade Promovendo a Igualdade Racial*. Já a segunda foi realizada em junho de 2009, em Brasília, com o tema *Os avanços e os desafios e as perspectivas da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial*, tendo como resultado a formulação do I Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR), aprovada por Decreto nº6.872/ 2009.

Nestes documentos, vários pontos foram discutidos, incluindo a saúde da população negra e a importância de uma formação dos profissionais em saúde que compreendam as desigualdades presentes em nossa sociedade. Aprovado em 04 de junho de 2009, o PLANAPIR, possui doze eixos, a saber:

- Trabalho e Desenvolvimento Econômico;
- Educação;
- Saúde;
- Diversidade Cultural;
- Direitos Humanos e Segurança Pública;
- Comunidades Remanescentes de Quilombos;
- Povos Indígenas;
- Comunidades Tradicionais de Terreiro;
- Política Internacional;
- Desenvolvimento Social e Segurança Alimentar;
- Infraestrutura
- Juventude.

No que se refere à saúde, o eixo apresenta as seguintes propostas:

- I - ampliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- II - promover a integralidade, com equidade, na atenção à saúde das

populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas;
 III - fortalecer a dimensão étnico-racial no Sistema Único de Saúde, incorporando-a à elaboração, implementação, controle social e avaliação dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde;
 IV - aferir e combater o impacto biopsicossocial do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra;
 V - promover ações que assegurem o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade da população negra e indígena;
 VI - ampliar o acesso das populações negra, indígena, cigana e quilombola, com qualidade e humanização, a todos os níveis de atenção à saúde, priorizando a questão de gênero e idade;
 VII - preservar o uso de bens materiais e imateriais do patrimônio cultural das comunidades quilombolas, indígenas, ciganas e de terreiro;
 VIII - desenvolver medidas de promoção de saúde e implementar o programa saúde da família, nas aldeias indígenas, acampamentos ciganos e comunidades quilombolas;
 IX - assegurar a implementação do programa nacional de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
 X - desenvolver ações específicas de combate à disseminação de HIV/AIDS e demais DST junto às populações negras, indígenas e ciganas;
 XI - disseminar informações e conhecimento junto às populações negras, indígenas e demais grupos étnico-raciais discriminados, sobre suas potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, e os consequentes riscos de morbimortalidade;
 XII - ampliar as ações de planejamento familiar, às comunidades de terreiros, quilombolas e ciganas.(BRASIL, 2009).

Quadro 3 – Leis e Decretos que possibilitaram a construção da PNSIPN

2003		Primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva
2003	Lei nº 10.639, de 9 de janeiro	Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências.
2003	21 de março	Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir)
2003	Decreto nº 4.886 de 20 de novembro	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR).
2005		Síntese do Plano Nacional de Saúde: Um pacto pela saúde no Brasil. Este plano irá ter a discussão sobre a saúde da população negra impulsionada

		pela Seppir.
2005		1º Conferência de Igualdade Racial com o tema: Estado e Sociedade Promovendo a Igualdade Racial.
2005	Portaria nº 1.391, de 16 de agosto	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
2008	Lei nº 11.645, de 10 março	Torna obrigatório o estudo da história e cultura indígena e afro-brasileira nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio.
2009	Portaria Ministerial da Saúde nº 992, de 13 de maio.	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
2009	Junho	2º Conferência de Igualdade Racial com o tema: Os avanços e os desafios e as perspectivas da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
2009	Decreto nº 6872. Decreto Nº 6.872, de 4 de Junho	Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PLANAPIR, e institui o seu Comitê de Articulação e Monitoramento.
2010	Lei nº 12.288, de 20 de julho	Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.
2017	Portaria nº 344, de 1º de fevereiro	Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

Elaboração própria com base na legislação e no referencial bibliográfico.

A abolição do sistema escravocrata não efetivou a *liberdade* da população negra, muito pelo contrário, houve um silenciamento por parte do Estado, jogando-os em vulnerabilidade absoluta. Esta população se viu obrigada a procurar estratégias de sobrevivência. Sem direito à propriedade privada, a grande maioria se viu obrigada a morar em comunidades periféricas de forma precária, com dificuldade de acesso aos seus direitos básicos, como: trabalho, alimentação, educação, habitação, saneamento básico, entre outros. Este é um dos motivos pelos quais o movimento negro vem lutando e apontando todo racismo presente e a necessidade de uma reparação histórica, para que possamos um dia viver em uma sociedade mais justa e igualitária.

A PNSIPN é resultado de toda essa discussão que perdurou anos até sua implementação, e é uma das políticas que pretende findar com as desigualdades no quesito saúde. Quando pensarmos na palavra *liberdade* e seu significado é necessário percorrer o caminho aqui apresentado, para que não sejamos ludibriados pelo discurso de que a *Universalidade* presente nos princípios do SUS dá conta da questão social e racial no âmbito da saúde. Afirmo que não é possível ter um sistema universal na saúde enquanto a equidade⁴³ não estiver presente.

A partir dos pontos apresentados, a discussão étnico-racial foi ganhando visibilidade a partir do PNDH I e teve sua construção estabelecida a partir do PNDH II. O movimento social negro teve um importante papel neste cenário, para a fiscalização e execução de leis, decretos, entre outros, que possibilitaram, em 2009, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que obriga o Estado brasileiro a conceber esta política de ações afirmativas, no âmbito da saúde, em acordo com os princípios do SUS. As condições de marginalidade e vulnerabilidade que a população negra vivencia, desde a época do sistema colonial, terão seu reflexo nos marcadores de saúde, que é uma das bases da PNSIPN que iremos apresentar em nosso próximo capítulo.

⁴³ “A Equidade é um importante princípio para o alcance da igualdade no SUS, pois a partir do reconhecimento das desigualdades se torna possível a formulação de estratégias para seu enfrentamento, corrigindo distorções injustas e evitáveis nas instituições e serviços de saúde”. Painel de Indicadores do SUS nº10. **Temático Saúde da População Negra**. Vol. VII. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf Acesso em 23 de agosto de 2022.

CAPÍTULO 2. MARCADORES DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

2.1 Desigualdades em saúde: *Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro!*⁴³

Como foi possível observar, as desigualdades sociais pós-abolição fizeram com que durante anos houvesse uma luta pelo reconhecimento das desigualdades, no âmbito da saúde, e a partir da década de 1990 essa pauta ganhou visibilidade. As propostas apresentadas no governo de FHC ganharam materialidade no governo de seu sucessor, Lula. Entretanto, foram necessários aproximadamente 15 anos para que a PNSIPN fosse reconhecida legalmente. Em 10 de novembro de 2006 o Conselho Nacional de Saúde aprova, por unanimidade, e institui a PNSIPN. Esta será efetivada via Portaria nº992, em 13 de maio de 2009, três anos depois de sua aprovação.

É necessário compreender que a saúde é o completo bem-estar físico, social e mental, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os marcadores de vulnerabilidade social já demonstram que a população negra não possui acesso a serviços básicos, que irão refletir diretamente em sua saúde. Nesse sentido, a PNSIPN tem como objetivo reduzir as desigualdades étnico-raciais, combater o racismo e a discriminação nas instituições e serviços de saúde.

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente. (PNSIPN, 2017, p.32)

Quando analisamos os marcadores de saúde em âmbito nacional, com intuito de averiguar a saúde da população negra, os resultados reforçam a necessidade dessa política específica.

2.2 Marcadores das Desigualdades em Saúde

⁴³ Alusão à música *Sujeito de Sorte* do cantor e compositor Belchior. A população negra brasileira sangra todos os dias, entretanto não se aceita as derrotas. Morremos todos os anos, entretanto temos sede de vida, dignidade e igualdade. Esse ano eu não morro. Para ouvir a música acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=oy5w9mWrzBg>

O Ministério da Saúde ratifica, na portaria que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a seguinte marca: “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” (BRASIL, 2009). O reconhecimento das desigualdades sociais vivenciadas pela população negra brasileira é fundamental para que políticas públicas sejam pensadas e efetivadas com o intuito de promover a igualdade racial e a equidade em saúde.

A materialização deste compromisso com a população negra, ratificada nas políticas de ações afirmativas, possibilita que os dados das desigualdades sejam minimizados. Porém, é possível afirmar que teremos um grande caminho a percorrer enquanto o racismo institucional e estrutural não for superado.

Exemplo para os demais países, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma das boas práticas existentes no Brasil de como enfrentar as desigualdades. Destaca-se também, entre outras ações afirmativas, a política de cotas em universidades; os programas sociais como o Bolsa Família; a criação de instâncias políticas de coordenação, como a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial; e a promoção da participação social. A PNSIPN pode ser considerada um instrumento do Estado para posicioná-lo perante sua sociedade e a sociedade mundial, de que aqui neste país há uma definição clara de que a igualdade somente pode ser alcançada por meio da superação das iniquidades, e que o Estado adota os meios necessários para sua efetivação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.9).

Como já apresentado, a conferência realizada em Durban foi um grande marco para a legitimação das discussões sobre o racismo, presente em nossa sociedade e a urgência de políticas de ações afirmativas. Não podemos esquecer que é neste período que a Organização das Nações Unidas (ONU), a partir de sua Assembleia Geral, realizada em dezembro de 2013, através da Resolução nº68/237⁴⁴, anuncia a *Década Internacional de Afrodescendentes*, considerada entre 2015 a 2024, sob o tema “Povos Afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”.

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde acreditam que a declaração da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada por meio da Resolução nº 68/237 e que tem como tema “Afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”, é uma oportunidade para se reconhecer a contribuição significativa feita

⁴⁴ Resolução 68/237 da ONU. **Década Internacional de Afrodescendentes**. Disponível em: https://decada-afro-onu.org/N1362881_pt-br.pdf Acesso em 23 de agosto de 2023.

pelos afrodescendentes às nossas sociedades, bem como para propor medidas concretas para promover sua inclusão e combater todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e qualquer tipo de intolerância relacionada. O principal objetivo da Década Internacional consiste em promover o respeito, a proteção e a realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais dos afrodescendentes, conforme reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.9).

Ademais, desde 1970, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) possui como eixo estruturador as desigualdades sociais que estão presentes na sociedade brasileira e uma das formas de materialização deste trabalho são os relatórios sociais.

É de extrema importância informar que ao analisarmos a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 e o Plano Nacional de Saúde referente aos anos de 2020 – 2023, não apresentam recorte de raça em alguns determinantes de saúde como mortalidade materna; incentivo à prática de atividades físicas no lazer e no trabalho; sintomas de angina; autoavaliação de saúde; entre outros. “Essas pesquisas são utilizadas para formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS”. (Pesquisa Nacional de Saúde. 2019, p.09). Não apresentar dados com recorte de raça é escolher manter o *status quo*.

Os indicadores da saúde abrem a possibilidade do debate sobre a população, seu acesso à saúde, como os usuários vivem ou sobrevivem no território, entre outros. E, possibilitam a construção de políticas públicas em saúde que almejam a equidade respeitando as particularidades demográficas.

Neste sentido, os equipamentos de pesquisas, os pesquisadores e toda equipe envolvida neste processo almejam contribuir para a diminuição das desigualdades sociais, o que irá refletir diretamente na saúde da população assistida. Anteriormente, apresentamos os indicadores sociais da população brasileira e suas consequências. Avançando, iremos apresentar os indicadores em saúde onde mais uma vez as desigualdades são evidenciadas, motivo da idealização e materialização da necessária PNSIPN.

2.3 Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (2019)⁴⁵, podemos compreender que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que incidem em fatores

⁴⁵ Para maiores informações referente a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 acesse: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>.

como renda, educação, gênero e raça, estão diretamente relacionadas com a questão social e a prevalência de DCNT. De tal modo,

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição de renda familiar resultantes de apenas três DNCT (diabetes, doenças do coração e AVC) levaram a uma perda na economia brasileira de U\$4,8 bilhões entre 2006 e 2015. (PNS, 2019, p.31 Apud MALTA, 2015).

A partir de políticas públicas e sociais, as DCNT poderão ser minimizadas, uma vez que tais políticas possibilitam pensar estratégias, ações, monitoramento, prevenção das doenças evitáveis e a redução das desigualdades em saúde, presentes em nossa sociedade. Nesse sentido, são fatores evitáveis, conforme a PNS (2019), alimentação insuficiente, hipertensão, diabetes, depressão, uso abusivo de álcool, falta de realização de atividades físicas, entre outros.

2.3.1 Acesso a frutas e hortaliças

A PNS, verificou que as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, informa que o consumo recomendado de frutas, verduras, legumes e sucos naturais deve ser realizado no mínimo 25 vezes por semana. Quando analisamos os dados coletados, é possível afirmar que pessoas brancas consomem mais frutas e hortaliças quando comparadas a pessoas pretas e pardas.

No que se refere a instrução escolar, pessoas com nível superior completo consomem estes alimentos com uma diferença de aproximadamente 50% a mais do que pessoas sem formação ou com ensino fundamental incompleto.

Gráfico 6 – Consumo de frutas e hortaliças pela população brasileira

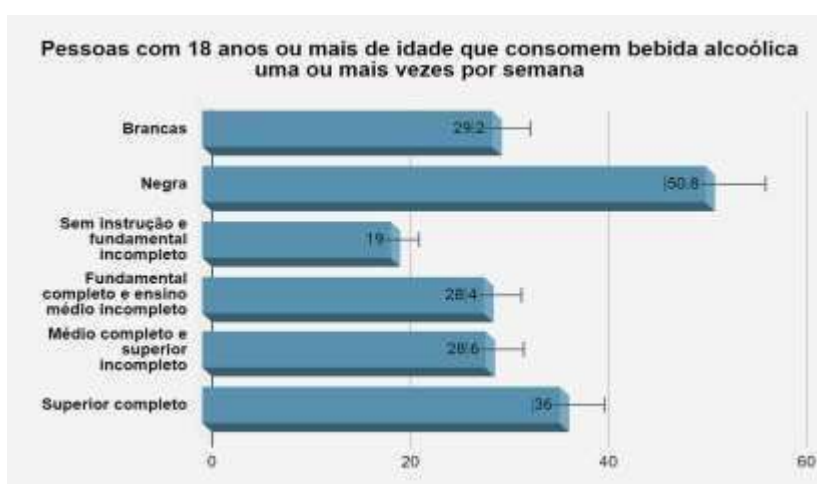


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

2.3.2 Uso abusivo de álcool

Sabemos que o uso abusivo de álcool pode acarretar diversas consequências, como: dependência, violência, problemas de saúde, entre outros. Este consumo é maior nas pessoas com nível superior completo, do que em pessoas sem instrução ou com ensino fundamental completo. Quando analisamos os dados com recorte de raça, a população negra possui o maior índice de consumo, seguida de pessoas brancas.

Gráfico 7 – Consumo de bebida alcoólica pela população brasileira



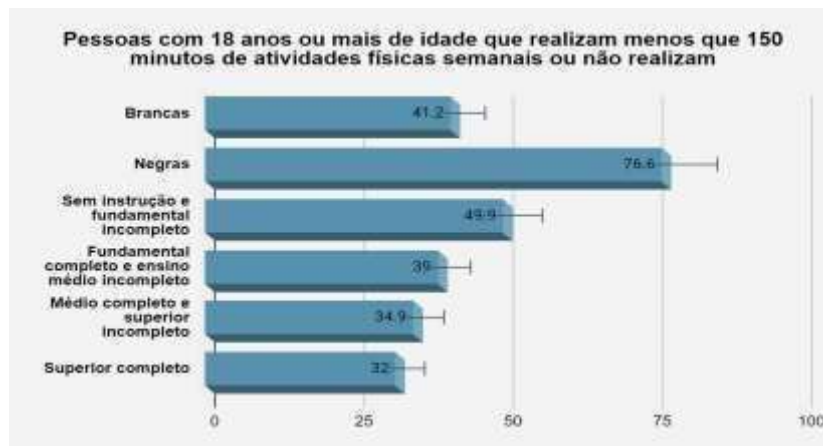
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

2.3.3 Atividades Físicas

Sabemos que realizar atividade física é necessário para prevenção de doenças e possibilita uma vida mais saudável. “A OMS recomenda que a realização de atividades físicas deve ocorrer no mínimo 150 minutos semanais com intensidade leve e moderada ou 75 minutos com intensidade vigorosa”. (PNS, 2019, p.43)

Os dados apresentados indicam mais uma vez que o grau de instrução escolar está vinculado diretamente à qualidade de vida. Quando analisamos pessoas que realizam atividades físicas suficientes ao recomendado, pessoas brancas e de nível superior possuem um índice elevado. Em contrapartida, pessoas pretas e pardas são as que menos realizam atividades físicas.

Gráfico 8 – População brasileira que pratica atividade física



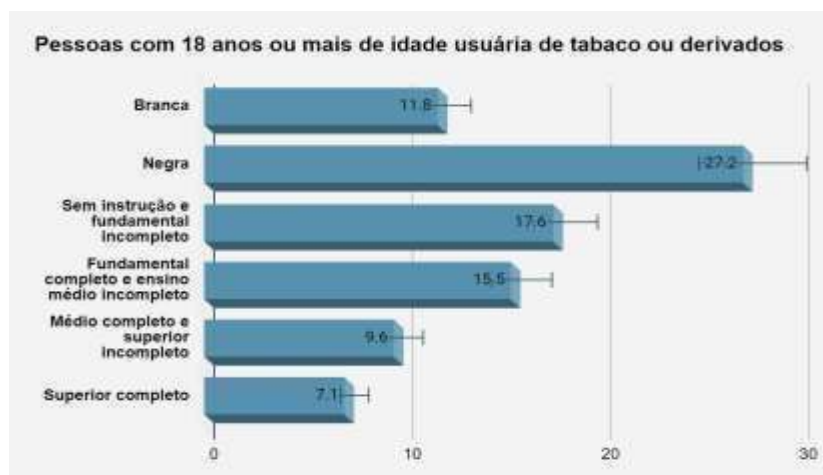
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

2.3.4 Tabagismo

O PNS corrobora que o tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública e que aproximadamente 8 milhões de pessoas no mundo morreram com doenças decorrentes do tabaco, e deste montante 1,2 milhão de óbitos são decorrentes de fumantes passivos. O consumo de tabaco por pessoas brancas é menor que o de pessoas negras e pardas. Quando olhamos o grau de instrução, mais uma vez, quem não tem estudo ou possui ensino fundamental incompleto são os que mais recorrem à substância.

Em relação ao rendimento domiciliar *per capita*, os resultados mostram que quanto maior a classe de rendimentos em salários mínimos menor era a prevalência de usuários atuais de tabaco. Para as pessoas sem rendimento, a prevalência foi de 17,2%, e reduz até 8,6%, para aqueles cujo rendimento domiciliar *per capita* era de 5 salários mínimos. (PNS, 2019, p.50).

Gráfico 9 – Consumo de tabaco pela população brasileira

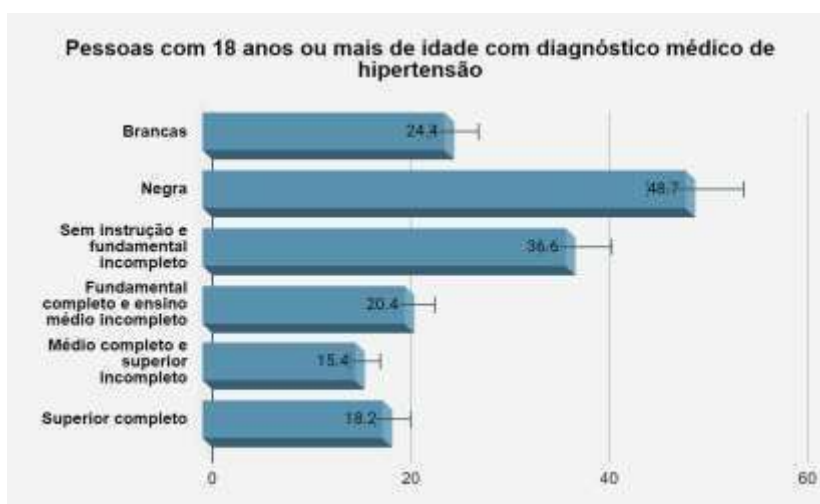


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

2.3.5 Hipertensão

A hipertensão arterial, também conhecida como pressão alta, é uma doença de alta prevalência, em especial, nos países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. “É um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares.” (BRASIL, 2013). A pesquisa aponta que 25,8% das pessoas autodeclaradas pretas referiram diagnóstico de hipertensão arterial, proporção estatisticamente equivalente à encontrada para pessoas de cor branca (24,4%), no entanto, maior que a encontrada para pessoas de cor parda (22,9%). (PNS, 2019, p.55).

Gráfico 10 – Hipertensão da população brasileira



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

O documento chama a atenção para o resultado destes dados, uma vez que, foi verificado que na região Norte, por exemplo, 4,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade nunca haviam aferido sua pressão arterial. Dito isso, a falta de diagnóstico ou subdiagnóstico pode estar relacionada com os dados acima.

O painel de monitoramento⁴⁶ sobre mortes prematuras de pessoas de 30 a 60 anos de idade, apresenta dados entre os anos de 2018 e 2022, referentes a mortalidade por hipertensão. É necessário salientar que conforme o painel, disponível no site da Secretaria de Vigilância em Saúde, as informações referentes aos anos de 2021 e 2022 são preliminares.

⁴⁶ Para mais informações sobre o painel de monitoramento acesse:

<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcmt/>

Tabela 1 – Hipertensão da população brasileira, entre 2018 e 2022

Ano	Branca	Negra	Amarela	Indígena	Ignorado	Todos
2018	6.522	9.780	66	31	428	16.827
2019	6.551	9.809	54	45	352	16.811
2020	7.945	12.257	81	43	458	20.784
2021	8.385	12.172	68	47	482	21.154
2022	4.952	7.223	41	35	224	12.475

Fonte: Gov. SVS, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doença Não Transmissível. Dados Preliminares (2022)

2.3.6 Diabetes mellitus

De acordo com Plano Nacional de Saúde o diabetes mellitus é considerado uma epidemia no mundo todo e acarreta complexos desafios aos sistemas de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, mais de 422 milhões de pessoas no mundo possuíam diabetes. Assim como no caso da hipertensão, para os resultados de diabetes foram consideradas as informações referidas pelos entrevistados. Da mesma forma, considerou-se quem referiu ter recebido, em algum momento, diagnóstico de diabetes por médica(o). (PNS, 2019, p. 60)

Em 2019, aproximadamente 12,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico médico de diabetes. Quando analisamos a escolaridade, 12,9%, são pessoas sem instrução e ensino fundamental incompleto. Na contramão, quem possui ensino superior incompleto representa 4,6% e com superior completo possuem 4,7%. Levando em consideração a cor ou raça, não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre pretos, brancos e pardos – todos, portanto, bem próximos à média nacional. (PNS, 2019, p. 60)

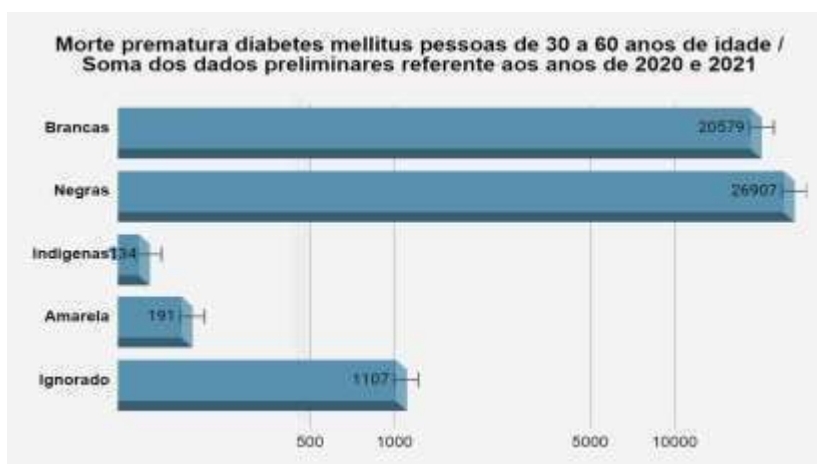
Não será possível a apresentação de gráfico para análise, visto que, a PNS não apresentou dados com recorte de raça/cor. Em contrapartida, foi possível acessar os dados preliminares, referentes a 2021 e 2022, sobre a mortalidade por

diabetes mellitus no painel de monitoramento da mortalidade prematura, que contradiz a distinção dos dados apresentados pela PNS.

Conforme dados do painel, em 2018, o número de mortes de brancos alcançou o patamar de 11.424, pretas 2.944, amarela 127, parda 11.221, indígena 84 e ignorado 793. Referente ao ano de 2019, os dados indicam que morreram 11.432 brancos, 3.020 pretos, 109 amarelos, 11.281 pardos, indígenas 66 e 727 ignorados.

Em 2020, foram: 12.485 pessoas brancas, 3.615 pretas, 124 amarelas, 13.491 pardas, 98 indígenas e 801 ignorados. Os dados preliminares de 2021, mostram que: brancos foram 12.904, pretos 3.577, amarelos 127, pardos 13.069, indígenas 86 e ignorados 713. Ao ano de 2022, brancos 7.675, pretas 2.077, amarela 64, pardas 7.874, indígena 48 e ignorados 394.

Gráfico 11 – Morte ocasionada por Diabetes Mellitus na população brasileira

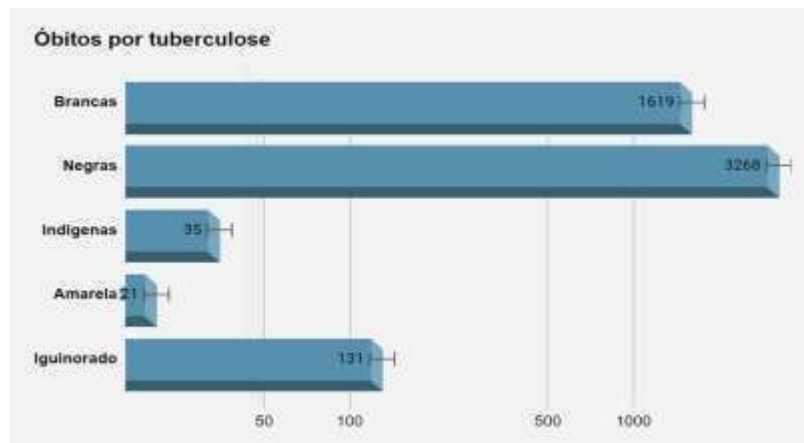


Fonte: Gov, SVS, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doença Não Transmissível – Dados Preliminares (2021/2022)

2.3.7 Óbitos por tuberculose

Condições sociais desfavoráveis, como habitação precária, insegurança alimentar, dificuldade em acessar o sistema de saúde de forma adequada são fatores que estão associados com as ocorrências de tuberculose. O índice de mortalidade por tuberculose é predominantemente ligado à população negra, que totaliza 3.268 contra 1.619 de pessoas brancas, conforme dados preliminares referentes ao ano de 2020, com atualização em junho de 2021.

Gráfico 12 – Óbitos devido à tuberculose



Fonte MS/DATASUS – Dados Preliminares (2020/2021)

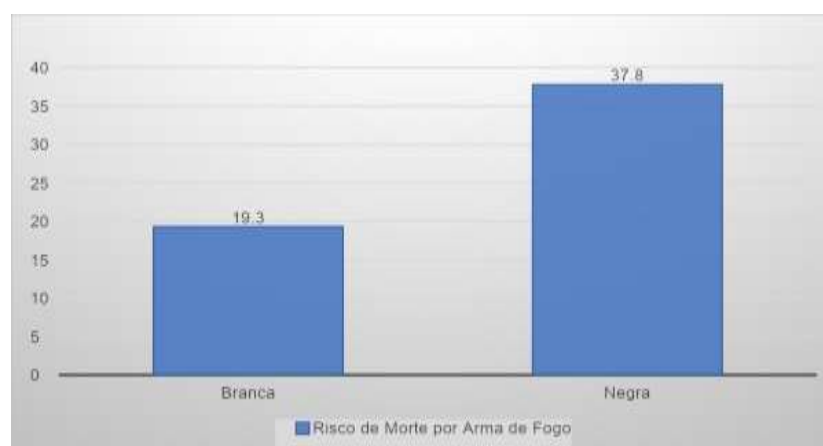
2.3.8 Causas Externas (acidentes e violências)

Pesquisas apontam que, em 2017, ocorreram 63.758 mortes por homicídios no Brasil. Sendo que,

[...] 92,1% dos óbitos registrados foram de homens jovens” e, ao fazer o recorte de raça e idade, os dados apontam que homens na faixa etária de 15 a 39 anos que representam “76,4% e dentro dessa porcentagem jovens negros representam 75,4% das mortes por homicídio neste período. (IBGE, 2019, p.37).

O risco de morte por homicídios em pessoas brancas onde foi utilizada arma de fogo foi decrescente, “19,3%, enquanto em pessoas negras o risco aumentou em 37,8%. Pessoas negras exibiram 2,6 vezes mais chance de morrer por homicídios que pessoas brancas.” (IBGE, 2020, p.44)

Gráfico 13 – Incidência de óbito por arma de fogo

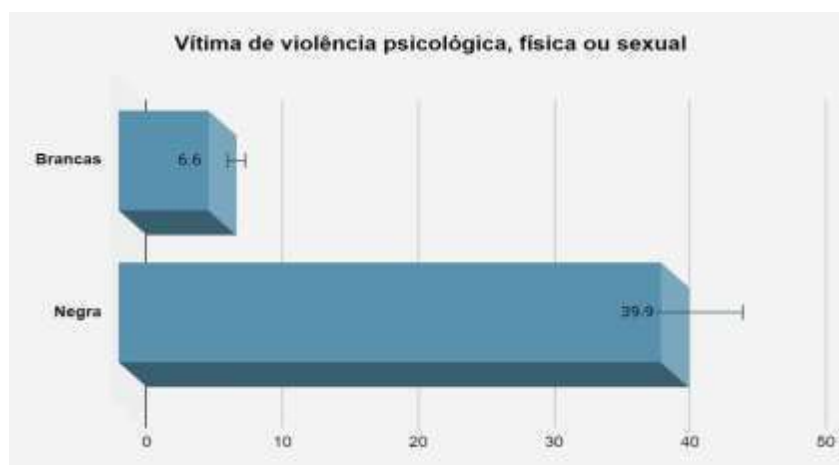


Fonte: IBGE(2019)

2.3.9 Vítima de violência psicológica, física ou sexual

A pesquisa nacional de saúde realizada pelo IBGE, em 2019, aponta que no Brasil 3,5 milhões de pessoas deixaram de realizar suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida, o que representa 12,0% das vítimas de violência, seja psicológica, física ou sexual.⁴⁷ Neste cenário, pessoas pretas representam 20,6% e pardas 19,3% dos caso, que sofreram mais com a violência, sendo ela psicológica, física ou sexual do que as pessoas brancas que representam 6,6%.

Gráfico 14 – Dados referentes à violência psicológica, física e sexual



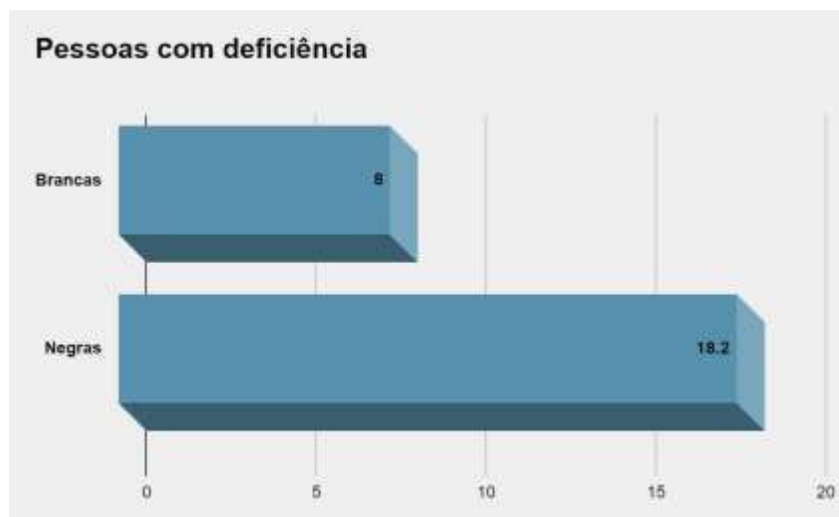
Fonte: IBGE (2019)

2.3.10 Pessoa com deficiência

O Plano Nacional de Saúde apresenta o número absoluto de pessoas, com 2 anos ou mais, e com deficiência, no período em que a pesquisa foi realizada, sendo que 10,5 milhões eram mulheres e 6,7 milhões eram homens. Desses dados, pessoas que se autodeclararam pretas 9,7% eram pessoas com deficiência, seguida de pessoas pardas 8,5% e brancas com percentuais 8,0%.

Gráfico 15 – Pessoas com deficiência

⁴⁷ A pesquisa completa que possui como marcadores de saúde, acidentes; violências; doenças transmissíveis; atividade sexual; características do trabalho e apoio social, está disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em 08 de outubro de 2022.



Fonte IBGE (2019)

Ao observar o grau de instrução desse grupo de pessoas, com 18 anos de idade ou mais, o resultado chama a atenção, uma vez que, a maior parcela de pessoas com deficiência não possui formação escolar e quanto mais elevado o nível de ensino, menos pessoas terão algum tipo de deficiência.⁴⁸

No que se refere à saúde mental, 78,4% de pessoas com deficiência, não possuem instrução ou ensino, ou, ainda, está com ensino fundamental incompleto. Sendo que 8,0% possuem ensino fundamental completo e médio incompleto; 10,5% possuem ensino médio completo e superior incompleto e 3,0% conseguiram terminar o ensino superior. A pesquisa acima referida, não fez análise a partir da raça ou cor das pessoas com deficiência mental, porém, a partir da análise do grau de instrução podemos afirmar que grande parte é constituída por pessoas negras.

2.3.11 Pré-natal

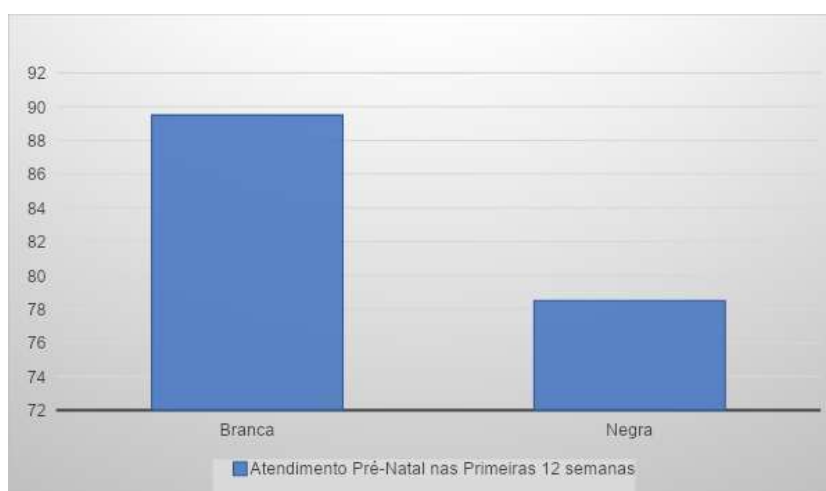
De julho de 2017 a julho de 2019, o Plano Nacional de Saúde realizou uma pesquisa, publicada em 2019, e teve como objetivo avaliar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos atendimentos pré-natal no país. No desenvolvimento do estudo, utilizou-se como base mulheres com idade de 15 anos ou mais e a utilização da Caderneta de gestante, elaborada pelo Ministério da Saúde, que é um documento utilizado pelo SUS e pela rede suplementar, onde possui informações

⁴⁸ A pesquisa faz uma análise de pessoas com deficiência e sem deficiência no Brasil. Apresentamos apenas os dados da saúde mental que são apontados no PNSIPN. Para mais informações sobre pessoas com deficiência acessar o Plano Nacional de Saúde que possui mais informações. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf> Acesso em 08 de outubro de 2022.

importantes sobre a gestantes; direitos e esclarecimento de dúvidas.

A pesquisa ratifica que para avaliação da qualidade da atenção básica em saúde é necessário que a gestante inicie suas consultas nas primeiras 12 semanas de gestação. Quando olhamos os dados referentes ao acesso ao pré-natal no país, mais uma vez as mulheres negras são as que possuem menos acesso a este cuidado de extrema importância, sendo que apenas 78,5% dessas mulheres tiveram seus atendimentos iniciados no período mencionado. Entretanto, mulheres brancas iniciaram suas consultas nas 12 primeiras semanas de gestação, correspondendo a 89,5%.⁴⁹

Gráfico 16 – Atendimento pré-natal



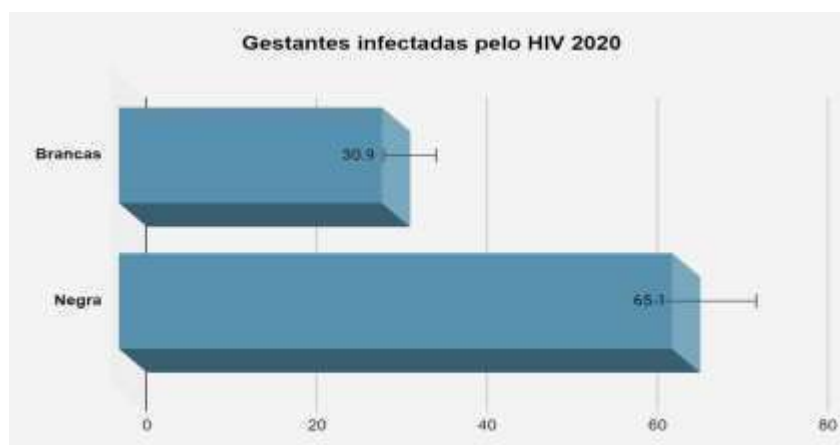
Fonte: IBGE (2019)

2.3.12 HIV na Gestação

Ao analisarmos os dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em dezembro de 2021, podemos ter um parâmetro referente aos índices de HIV/Aids no Brasil. O documento possui várias informações com recorte de idade, raça/cor, gênero, religião, entre outros. Iremos apresentar as informações referentes ao HIV na gestação, taxa de mortalidade e Aids em mulheres. No período de 2000 ao primeiro semestre de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV. Em 2020, o índice de infecção pelo HIV entre gestantes pardas foi de 50,6%, seguidas de brancas, 30,9%, e pretas, 14,5%.

⁴⁹ É importante informar que a pesquisa, ao fazer análise de cor ou raça, utilizou apenas branca; parda e preta. Mais informações em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf> Acesso em 08 de outubro de 2022.

Gráfico 17 – Gestantes infectadas pelo HIV



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

A pesquisa ratifica que os casos de gestantes pardas tiveram um crescimento significativo, desde 2010, e em 2012 passou a responder pelos maiores casos no país. A análise foi realizada a cada 1.000 nascidos vivos.⁵⁰

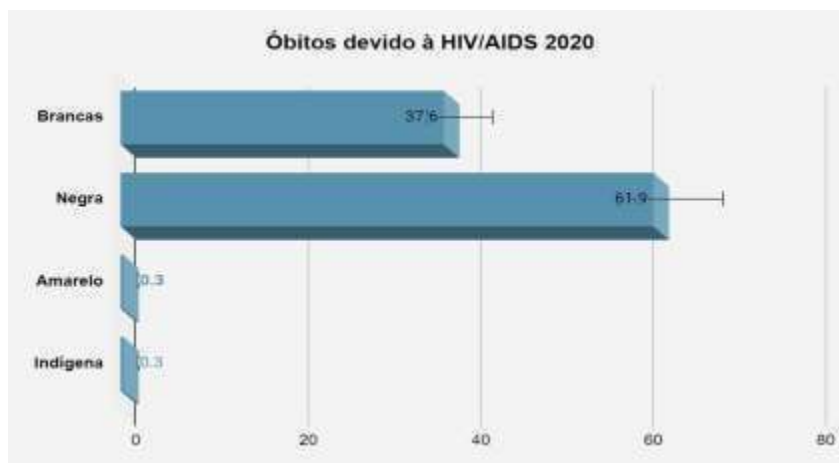
Em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores incrementos dessa taxa nos últimos dez anos (111,3% e 73,8% respectivamente). Em toda a série histórica, a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país. Em 2020, a taxa observada nessa região foi de 5,2 casos/mil nascidos vivos, quase duas vezes superior à taxa nacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.10).

2.3.13 Taxa de Mortalidade por HIV/AIDS

No ano de 2020, dos óbitos notificados por HIV/Aids 47,0% eram pessoas pardas; 14,9% pessoas pretas e 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. Pretos e pardos somam 61,9% dos óbitos.

Gráfico 18 – Óbitos devido à HIV/AIDS

⁵⁰ Para maiores informações referente aos índices de HIV/Aids no Brasil, acessar o boletim disponível em: <file:///C:/Users/NoteBook/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Especial%20-%20HIV-Aids%202021.pdf> . Acesso em 08 de outubro de 2022.



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

Ademais, mulheres negras que foram a óbito representam 62,9%, uma taxa superior a homens negros que representam 61,4%. O boletim realizou a comparação entre os anos de 2010 e 2020, sendo perceptível a queda de 10,6 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas brancas e o crescimento de 10,4 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras.⁵¹

2.3.14 Mortalidade materna

O Ministério da Saúde (MS), apresenta Plano Nacional de Saúde 2020-2023, informa que apesar da redução significativa da mortalidade materna no Brasil nas últimas décadas, os índices ainda são altos, não atingindo as expectativas. Conforme o MS, é necessário que as gestantes tenham um atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, assim como no nível de complexidade necessário, sendo determinante para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

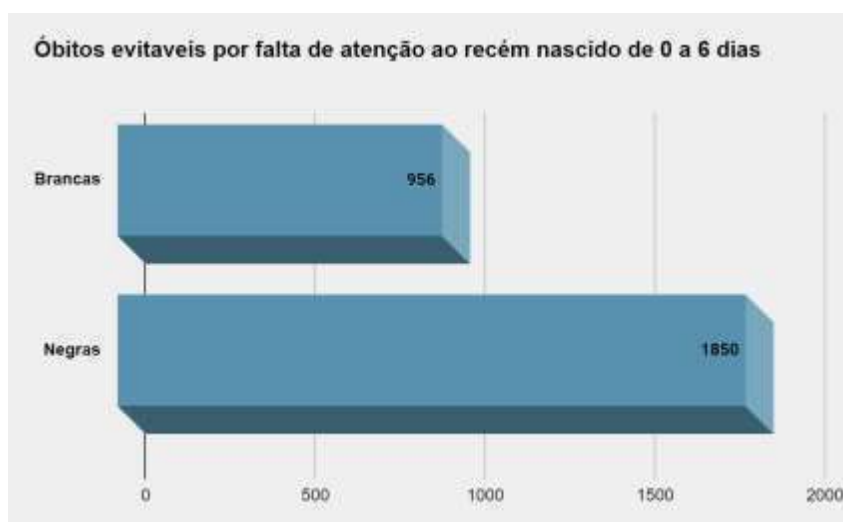
O Brasil teve 360.323 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica. Esses dados correspondem ao início dos anos 1980 até 31 de dezembro de 2020. De 2010 a 2020, o Ministério da Saúde informa que houve uma redução de 29,9% no coeficiente de mortalidade padronizado de Aids por 100.000 habitantes.

2.3.15 Óbitos infantis

⁵¹ Ibidem. p.24.

Sabemos haver muitos óbitos que podem ser evitáveis. Desse modo, referente a óbitos evitáveis por falta de atenção adequada ao recém-nascido, de 0 a 6 dias, os dados preliminares, referentes a 2020 e publicados no DATASUS em junho de 2021, nos apresentam que a mortalidade infantil de crianças negras (pretas e pardas) totalizou no ano de referência 1850 óbitos, contra 956 de crianças brancas.

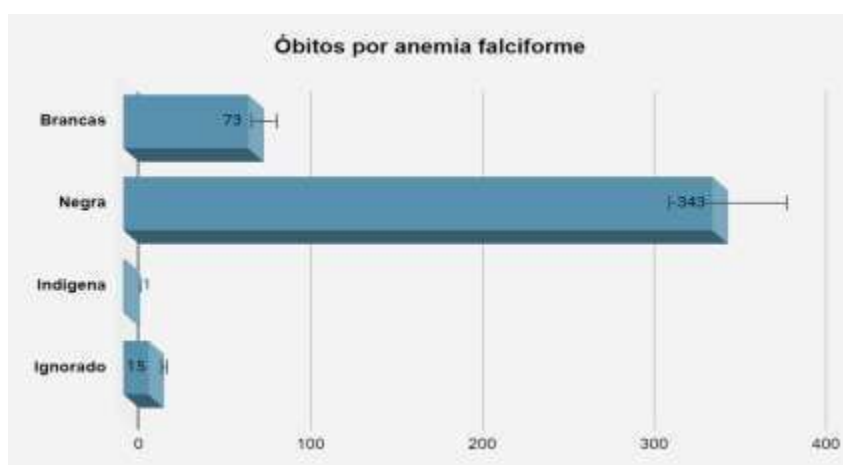
Gráfico 19 – Óbitos ocorridos com recém-nascidos



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

2.3.16 Óbitos por anemia falciforme

Gráfico 20 – Óbitos em decorrência da anemia falciforme



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

2.3.17 Óbitos por COVID-19

Apesar do Coronavírus (COVID-19) ser uma doença infecciosa que atinge a população mundial, e também, na sociedade brasileira, com mais incidência no final de 2019 até os dias atuais, alguns dados já podem ser visualizados e acompanhados, como, por exemplo: óbitos, recuperação, casos por dias, etc. Nesse sentido, segundo IBGE (2021, p.116),⁵² dos 10 anos de idade até os 59 anos de idade, homens negros possuem o maior índice de óbitos, sendo 11,9% no ano de 2020, e este cenário só se modifica a partir dos 70 anos de idade, faixa na qual não se registrou número significativo de óbitos.

No que se refere à morte por Coronavírus, popularmente conhecido por COVID-19, que entre 2020 à 2023 dissipou 1.507.858 vidas de brasileiros conforme dados do Ministério da Saúde em 22 de junho de 2023,⁵³ conforme a pesquisa realizada pelo IBGE e publicada no livro *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira (2021)*. Ainda, segundo o IBGE, a população branca de 70 anos de idade ou mais que veio a óbito, por conta do coronavírus, foi de 30,1%, em contrapartida, a população negra na mesma faixa etária, registrou 24,3%. Por outro lado, pessoas pretas ou pardas nos demais grupos de idade registraram 24,9% dos óbitos, muito mais elevados que as pessoas brancas, que registraram 20,7%.⁵⁴

2.4 Saúde Integral da População Negra: Uma Política Necessária

Os marcadores de saúde, aqui apresentados, evidenciam as iniquidades em relação à saúde da população negra, a partir dos dados que há muitos anos foram e são motivos de denúncias sobre o racismo como determinante de saúde. Nesse sentido, a PNSIPN surge como resultado da luta do movimento social negro, juntamente com o Ministério da Saúde, pautando a equidade em saúde e o reconhecimento das várias violações de direitos que afetam a saúde da população negra.

⁵² Para mais informações sobre mortes por COVID 19, acessar o documento disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2023

⁵³ Para mais informações sobre mortes por COVID 19, acessar o documento disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 22 de junho de 2023

⁵⁴ Para mais informações sobre os indicadores sociais e as condições de vida da população brasileira, acessar o documento disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em 08 de outubro de 2022.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando 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. (PNSIPN, 2017,p.8)

Conforme o Art. 5º da Constituição Federal (CF), todos somos iguais perante a lei e a prática do racismo é crime inafiançável e imprescritível. Além disso, a PNSIPN possui como base os princípios constitucionais, baseados na cidadania, dignidade e reafirma os princípios do SUS, a saber: universalidade, equidade e integralidade.

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/2003, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (PNSIPN, 2017,p.31)

Em seu capítulo II, apresenta as diretrizes gerais, objetivos gerais e específicos, a saber:

1. Diretrizes Gerais:

I – inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II – ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III – incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV – promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V – implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;

VI – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (PNSIPN, 2017, p.31).

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. (PNSIPN, 2017, p. 32).

2. Objetivos Específicos:

I – garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II – garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III – incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;– identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

IV– aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

V – melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VI – identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VII – definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

VIII– monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

IX– incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

X – monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;

XI – fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.(PNSIPN, 2017,p. 32)

O Plano Nacional de Saúde apresenta marcadores importantes, entretanto o único que possui o recorte de raça/cor é o que se refere a violência. O quesito raça/cor é de extrema importância para realizar estratégias, ações, criações de políticas, análise da situação populacional, entre outros, com intenção de reduzir o racismo institucional presente em nossa sociedade. Recentemente o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou *Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia*, que afirma a importância da coleta de dados para a população e para o fazer profissional

A coleta do quesito raça/cor/etnia é essencial na elaboração de políticas públicas em uma perspectiva antirracista, pois, para além de um indicador, a coleta faz emergir as nuances do silenciamento da desigualdade étnico-racial e da vinculação direta entre acumulação capitalista e racismo. O racismo, enquanto uma construção sócio-histórica, permite que a estrutura de dominação e opressão erigida pelo modo de produção capitalista permaneça intacta. (CFESS,2022, p.2).

É necessário compreendermos a PNSIPN e sua importância para a população

brasileira, só assim conseguiremos avançar na discussão sobre equidade e racismo na saúde. Afinal, em pleno ano de 2022 e início de 2023, ter que defender e apresentar uma política de saúde que ratifica os princípios do SUS e possui em sua base o fim do racismo em saúde, é afirmar que estamos longe de findar a discussão sobre a herança deixada pelo racismo e todo o processo histórico da população negra do Brasil. Algo está muito errado em nossa sociedade, aqui, eu pergunto novamente: liberdade para que(m)?

CAPÍTULO 3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. CUMPRAM-SE A LEI!

3.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Abordar a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é discutir várias políticas e ações de aperfeiçoamento e atendimento em saúde. É compreender a importância e o papel da Política de Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Política de Educação, Política de Educação Permanente em Saúde, entre outras. Para entender como foi pensada a RMS é necessário conhecer, mesmo que de forma breve, a Educação Permanente em Saúde (EPS) e sua importância para a formação dos profissionais de saúde no SUS.

O debate sobre a necessidade de ter um processo constante e permanente de formação dos profissionais de saúde teve grande visibilidade no período da reforma sanitária, sendo definida como uma necessidade social na Constituição Federal de 1988 e ratificada na Lei 8080/90. Esses documentos oficiais afirmam que a competência em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde é do SUS.

A Educação Permanente em Saúde privilegia o processo de trabalho como essencial para aprendizagem e reconhece a capacidade humana de produzir conhecimento novo, com base nas discussões, análises conjuntas e implicações com os problemas reais, em um processo constante de investigação das suas causas e da busca de alternativas de soluções (JESUS; RODRIGUES, 2022, p.3).

O art. 6º da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política de Educação Continuada em Saúde, na qual estão incluídas no campo de atuação do SUS:

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (BRASIL, 2004).

Após ampla discussão sobre a EPS pela sociedade civil, o Ministério da Saúde, os movimentos sociais, entre outros, em 2004, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.8).

Tal política, busca garantir a formação continuada e o desenvolvimento de profissionais da saúde em todo o país. Além disso, baseia-se na compreensão de que a educação permanente é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a consolidação do SUS.

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.8).

Neste sentido, ao discutir a necessidade de pensar a formação de profissionais da saúde que compreendam a importância do SUS inicia-se um

processo de pensar a EPS, com uma pedagogia voltada para o desenvolvimento e intervenção na área da saúde, que possui a intenção de promover a melhoria da qualidade dos atendimentos em saúde. O conceito de Educação Permanente em Saúde foi ratificado e está presente na Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispondo sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, s/n).

A PNEPS tem como objetivo promover a integração entre educação e serviço, valorizar o trabalho em equipe e a participação dos usuários na construção de práticas de saúde mais humanizadas e eficazes. Além disso, busca fortalecer a gestão do trabalho em saúde e a articulação entre as diferentes áreas do conhecimento e setores da sociedade.

Entre suas ações, destacam-se a criação de redes de colaboração entre instituições de ensino e serviços de saúde, o estímulo à pesquisa e produção de conhecimento em saúde, o desenvolvimento de metodologias de educação permanente, a oferta de programas de formação e qualificação para profissionais de saúde, avaliação e monitoramento das práticas educativas. Abaixo expomos, no Quadro 4, políticas importantes para a manutenção e efetivação da saúde no Brasil:

Quadro 4 – Políticas de Educação Permanente em Saúde no Brasil

2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e aprovação no Conselho	Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para
------	--	--

	Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ⁵⁵	Educação Permanente em Saúde.
2003	18 de setembro ⁵⁶	Pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite
2003	Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 330, de 4 de novembro ⁵⁷	Resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS
2003	Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 335, de 27 de novembro	Aprova a "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia

⁵⁵ Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/153866-politica-nacional-de-educao-permanente-em-saude-dispue-sobre-as-diretrizes-para-a-implementacao-da-politica-nacional-de-educao-permanente-em-saude.html> . Acesso em: 01 de maio de 2023.

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem

		de "Polos de Educação Permanente em Saúde" como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.
2004	Portaria GM/MS nº 198 ⁵⁸	Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores
2005	Lei nº 11.129, de 30 de junho ⁵⁹	Institui o Programa Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residência em Área Profissional da Saúde, também criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) no Brasil.

⁵⁸ Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

⁵⁹ Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/153866-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-a-implementacao-da-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.html%3E>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

2006	Portaria GM/MS n° 399 ⁶⁰	Institui o Pacto pela Saúde
2007	Portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto ⁶¹	Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
2009		PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
2017	Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde. ⁶²	Implantação do Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS) ⁶³

Elaboração própria com base na legislação e no referencial bibliográfico.

No processo de formação para saúde será utilizado o perfil epidemiológico da população atendida, com intuito de planejar essa formação a partir de ações pedagógicas que possibilitem uma análise crítica desse fazer profissional. A PNEPS é uma política de longo prazo, que visa promover mudanças significativas na formação e prática dos profissionais de saúde, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e efetivo. E, dentro desse processo, está a Residência Multiprofissional em Saúde.

3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: de que se trata?

Conforme Silva (2018, p.3) “a primeira experiência brasileira com a formação

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Ibidem

⁶² Esse programa possui como objetivo principal estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, contando com a colaboração das CIES. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312> Acesso em 12 de maio de 2023.

multiprofissional em saúde, ocorreu em 1976 na Escola de Saúde Pública, vinculada ao Estado do Rio Grande do Sul”. Entretanto, apenas em 30 de junho de 2005 teremos a Lei nº 11.129, que institui o Programa Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residência em Área Profissional da Saúde. A mesma lei, também, criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) no Brasil.

Em 2023, o site do MEC ilustra que 168 (cento e sessenta e oito) instituições de ensino estão credenciadas e ofertam vagas em 827 (oitocentos e vinte e sete) Programas de Residência Multiprofissional e em Área profissional de Saúde, distribuídas pelo país. Ademais, o Ministério da Educação financiou 4.330 bolsas de residentes matriculados em programas em área profissional da saúde em 51 Universidades Federais e 1 Hospital Federal, um investimento da ordem de R\$ 256,0 milhões.

A RMS é uma modalidade de Pós-Graduação (Especialização) *lato sensu*, que se caracteriza pela formação de profissionais de diferentes áreas da saúde que atuam em equipe. Essa formação é voltada para o desenvolvimento de habilidades e competências técnico-científicas, éticas e políticas, visando à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da população.

Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

Desde então, essa modalidade de formação tem crescido significativamente no país, com a criação de novas vagas e a expansão dos programas para diferentes áreas de atuação. A RMS tem duração de dois anos e são oferecidos em instituições de ensino superior, hospitais e outros serviços de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. O discente recebe uma bolsa mensal, através do Ministério⁶³ ao qual a instituição de ensino está vinculada, no valor de R\$ 4.106,09 (quatro mil cento e seis reais e nove centavos).

Cada programa de RMS é formado por equipe multiprofissional, que poderá

⁶³ Informações retiradas do site do MEC. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12/11/2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192 Acesso em 11 de maio de 2023.

ser composta por 15 (quinze) profissionais de diferentes áreas da saúde, como, por exemplo: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiólogo, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Saúde Coletiva, Física Médica e Terapia Ocupacional.

No que se refere à formação para o SUS, a RMS produz uma ação inovadora na medida em que supera a lógica da residência médica historicamente vinculada à especialização do médico e de outras residências uniprofissionais que, embora não tenham como objetivo central especializar os profissionais, realizam a formação entre seus pares, perdendo assim, em certa medida, a discussão coletiva e multiprofissional. Nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde. Nesse sentido, a implementação e sustentação desta formação em serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RMS. (SILVA, 2018, p. 7).

É importante ratificar que esse processo de formação equivale a 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas totais, distribuídas em 20% de carga horária teórica e 80% em carga horária práticas. Entretanto, nem sempre a RMS teve essa carga horária tão destoante no que se refere à proposta de formação em serviço. Embora não seja este o tema a ser tratado nessa dissertação, considero ser de extrema importância refletir sobre o papel da residência e a exploração da força de trabalho desses estudantes, que embora sejam profissionais formados, estão em processo de formação em serviço e receberão o título de pós-graduados especialistas. Logo, não são trabalhadores do equipamento de saúde, como ocorre há alguns anos em que o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) e os Coletivos Estaduais de RMS vem denunciando.

A Portaria Interministerial, MEC/MS nº 45/2007, expõe que a carga horária da RMS poderá ser de 40 quarenta a 60 sessenta horas semanais. Porém, com a justificativa de seguir o mesmo modelo da Residência Médica em 2008, a referida portaria foi revogada e, a partir da Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008, institui-se a carga horária da RMS em 60 sessenta horas semanais. Silva (2018, p. 4) afirma que

[...] O argumento apresentado pelos técnicos do MS e do MEC para a fixação em 60 (sessenta) horas semanais foi o de uniformização de carga horária e valor de bolsa entre as residências médicas, uni e multiprofissionais. Em nenhum momento foi aventada a possibilidade de

diminuição da carga horária da residência médica a fim de promover isonomia, optou-se pela fixação na carga horária máxima. É importante destacar que, na maioria dos programas, a residência multiprofissional funciona sem escalas de plantão noturno, por exemplo. Desse modo, significa que as 60 horas semanais implicam em 6 (seis) dias da semana para o cumprimento da carga horária, diferente dos residentes médicos que podem realizar, por exemplo, plantões de 24 horas.

Para que possamos fazer uma breve comparação, o curso de graduação em Serviço Social tem carga horária mínima de 3.000 (três mil) horas, conforme a Política Nacional de Estágio (PNE).⁶⁴ Logo, a RMS é um processo de especialização onde o discente terá uma carga horária de aprendizagem em serviço, sendo superior a todo seu processo de formação no bacharelado. Essa carga horária de aprendizagem em serviço, nos faz refletir sobre a luta dos sindicatos, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e sociedade civil referente a saúde mental do trabalhador, a exploração do capital, o sucateamento do SUS, a precarização dos serviços de saúde e a necessidade de redução da carga horária de trabalho. Silva, *apud* Mendes (2018, p. 5), nos alerta que

Considerando que dessas 60 horas 80% estariam destinadas às atividades práticas, esse total equivaleria a 48 horas semanais de atividades assistenciais, configurando, portanto, uma jornada de trabalho superior ao limite de 44 horas semanais, definido pela Constituição Federal de 1988, o qual só poderia ser excedido mediante acordos individuais ou coletivos. Tal carga horária encontra-se ainda na contramão da reivindicação das centrais sindicais brasileiras, que vêm se mobilizando pela redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais. Encontra-se também na contracorrente da luta dos profissionais de saúde, que de uma forma geral vêm pleiteando a redução de suas jornadas de trabalho.

Durante esse processo de formação na RMS, os discentes recebem uma formação teórica e prática, por meio de atividades de ensino e pesquisa, que visam a construção de uma visão integrada e interdisciplinar da saúde. Além disso, os residentes têm a oportunidade de atuar em diferentes áreas da saúde, como, por exemplo: hospitais universitários, atenção básica, urgência e emergência, saúde mental, entre outras; que lhes permitem vivenciar diferentes práticas e realidades.

A RMS tem como objetivo principal a formação de profissionais altamente capacitados e comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, essa modalidade de formação contribui para a

⁶⁴ ABEPSS república PNE com carga horária mínima para curso de Serviço Social. Disponível em: < <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/407> >. Acesso em: 12 de maio de 2023.

consolidação dos princípios do SUS, promovendo a humanização do atendimento e a efetivação da integralidade da assistência à saúde.

Conforme Art. 2º da Lei nº 11.129/2005 a RMS deverá seguir os princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, tendo os seguintes eixos norteadores:

I - Cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;

II - Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;

III - Política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;

IV - Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

VII - Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

VIII - Integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

IX - Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

X - Descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI - Estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

É possível visualizar o cronograma histórico da RMS, apresentado por Silva (2018), e sua importância para o SUS, conforme o Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Histórico da Residência Multiprofissional em Saúde

1976		A primeira experiência de RMS na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
2005	Lei 11.129, de 30 de junho	Institui-se a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residente Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Neste documento é apresentado o regime de dedicação exclusiva, porém, não menciona carga horária de 60 sessenta horas semanais para as atividades.
2005		I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
2006		3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Foram aprovadas 16 propostas para a RMS, legitimando a criação do CNRMS.
2006		Publicação pelo MS e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), da primeira coletânea intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios”.
2006		II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Neste seminário foi constituído o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS).
2007	Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro	Definiu as diretrizes para os programas multiprofissionais e em área da saúde e a composição da CNRMS. Estabeleceu a carga horária de 40 a 60 horas semanais.

2007	Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho	Nomeou os membros da CNRMS
2008		Realização do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e da I Oficina Nacional de Avaliadores.
2008	Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/08	Definiu o regulamento interno da CNRMS e instituiu a carga horária de 60 sessenta horas semanais.
2009	Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.007, de 12 de novembro	Revoga a portaria 45/2007 e altera as regras para composição da CNRMS. Segue caminho oposto ao da proposta inicial da RMS.
2009		MEC lança o projeto 'Implantação do Programa de Residência integrada Multiprofissional em Saúde', na rede de Hospitais Universitários Federais.
2011		IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
2012	Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224/12	Acrescenta mais um membro na representação do MEC na composição da CNRMS.
2021	Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro ⁶⁵	Institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Totalmente reformulada, a Comissão realizou treze plenárias, quando foram aprovadas normativas por meio de Resoluções, como os Regimentos das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (CODEMU) e

⁶⁵ Informações retiradas do site do MEC. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamultiprofissional> Acesso em 15 de maio de 2023.

		das Câmaras Técnicas, e a primeira matriz de competências de um Programa de Residência em Área Profissional de Saúde.
--	--	---

Elaboração própria com base na legislação e no referencial bibliográfico.

Podemos afirmar que existe uma arena de lutas no SUS, que de um lado está a defesa por um SUS com equidade para que a universalidade seja atingida, e de outro lado, vários ataques a política de saúde pública e ações que fortalecem o sucateamento desse sistema, fazendo com que a saúde suplementar tome protagonismo neste cenário. A Educação Permanente em Saúde está presente neste campo de disputa, onde poderemos lutar em defesa do SUS.

A proposta inicial da RMS nos direciona para uma formação em serviço com qualidade seguindo os princípios do SUS. Nesse sentido, é necessário ficarmos atentos para mudanças singelas que ocorrem dentro dessa arena, e que poderão levar toda proposta de formação em saúde a um campo do trabalho precarizado e a utilização desse modelo de formação como mão de obra barata.

3.3 A RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: UNIFESP E USP EM FOCO

3.3.1 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

A Escola Paulista de Medicina (EPM) foi a 11ª criada no país, no ano de 1933, por um grupo de médicos e, em 1936, necessitava colocar seus alunos em atividade prática de aprendizagem, porém, não havia um hospital para que fosse possível realizá-lo. Conforme o site da instituição, fora cancelada a criação de um hospital para jovens carentes, no município de Piratininga, e com este recurso financeiro foi construído um dos maiores hospitais do Estado de São Paulo e, em 1937, surge o primeiro hospital escola do país conhecido como Hospital São Paulo.

[...] Mas estes pioneiros não desanimaram: foram escolhidos doentes do Hospital Humberto Primo para as aulas e estudos clínicos. Com a condescendência do Conde Francisco Matarazzo. Paralelamente, convenceram Dona Maria Tereza Nogueira de Azevedo a desistir do seu Hospital Piratininga, destinado aos menores carentes e, com este dinheiro, reformaram e readaptaram uma casa da Chácara Schiffini, de tal sorte que em pouco mais de dois meses surgia o Hospital (constituído de um prédio de dois pavimentos) com 100 leitos, o "Pavilhão Maria Tereza" sede provisória do sonhado Hospital São Paulo [...]. (UNIFESP, 2019,s/n)

A instituição que foi oficialmente reconhecida em 1938, incluiu o curso de Enfermagem em 1939. E, ainda, foi federalizada, através de decreto presidencial, no ano de 1956 e, em 1957 implantou o programa de residência médica, o primeiro do Brasil. Em dezembro de 1994, a EPM transforma-se em Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP- EPM), com cursos voltados para área da saúde como: Medicina, Enfermagem, Ciências Biológicas (modalidade médica), Fonoaudiologia e Tecnologia Oftálmica; conforme Lei n.º 8.957, de 15 de novembro de 1994:

Art. 1º Fica criada a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) por transformação da Escola Paulista de Medicina, instituída na forma da Lei nº 4.421, de 29 de setembro de 1964, autarquia de regime especial nos termos da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, com sede e foro na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, vinculada ao Ministério da Educação e do Desporto. (BRASIL, 1994, grifos do autor)

Em 2010, o MEC aprova a RMS em atenção hospitalar na UNIFESP, conforme o site da instituição. Assim, a Pró - Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) da UNIFESP é a instância responsável pelo gerenciamento da Comissão das Residências Multiprofissionais (COREMU).

Neste mesmo ano, a primeira turma de residentes multiprofissionais em saúde inicia-se com 34 (trinta e quatro) estudantes, no Campus São Paulo, nos programas de Atenção Hospitalar - Saúde da Criança e do Adolescente e Atenção Hospitalar - Saúde do Adulto e Idoso e 14 (quatorze) residentes matriculados, no Campus Baixada Santista, no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde. Em 2012, o MEC amplia esse quantitativo para os dois *campi*, totalizando 113 (cento e treze) vagas. Em 2023, a instituição possui 369 (trezentos e sessenta e nove) residentes matriculados nos *campi* Santos e São Paulo.

Atualmente, a UNIFESP possui 13 programas de Residência Multiprofissional e 3 Uniprofissionais, sendo 14 no campus São Paulo e 2 no campus Baixada Santista. Em 2022, os programas ofereceram vagas nas áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com o quantitativo de 369 residentes matriculados. (UNIFESP, 2023,s/n)

Todos os anos a universidade oferta em seu vestibular 185 (cento e oitenta e cinco) vagas distribuídas em vários programas. Esses profissionais passam por uma prova e pagam aproximadamente R\$320,00 (trezentos e vinte reais); sendo aprovados nessa etapa, passarão pela prova de títulos que é classificatória. Após toda análise de documentações, os profissionais são chamados para realizar a

matrícula nos programas nos quais foram aprovados. O site da instituição até a data de finalização deste documento estava em construção, impossibilitando coletar informações sobre os programas que possuem Serviço Social e as quantidades de vagas ofertadas.

3.3.2 UNIVERSIDADE SÃO PAULO (USP)

A Universidade de São Paulo (USP) é uma das instituições de ensino superior mais renomadas e prestigiadas do Brasil. Sua história remonta ao ano de 1934, quando foi criada por meio do Decreto Estadual nº 6.283, assinado pelo então governador de São Paulo, Armando de Salles Oliveira.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é reconhecida pelo pioneirismo e excelência no ensino e pesquisa. Foi fundada em 1912 e implantada em 1913. Em 1931, o atual prédio da Faculdade de Medicina foi inaugurado. Em 1934, passou a integrar a Universidade de São Paulo.(USP, 2023)⁶⁶

No início, a USP era composta por quatro escolas: a Faculdade de Medicina, a Faculdade de Direito, a Escola Politécnica e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Essas instituições já possuíam tradição e excelência acadêmica em suas áreas de atuação. No entanto, a criação da USP trouxe consigo uma nova perspectiva de integração entre as diferentes áreas do conhecimento contribuindo para o desenvolvimento científico, tecnológico e cultural do país.

A instituição possui 14 programas de Residência Multiprofissional em áreas da Saúde e foi criada buscando ampliar a formação dos profissionais da saúde, por meio da inserção em serviços de atenção à saúde, desenvolvimento de atividades práticas e estímulo à pesquisa e à produção de conhecimento.

A Universidade oferece programas de residência em diversas áreas da saúde contemplando 14 (quatorze) profissões, como: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Física Médica. O processo seletivo é realizado em 2 (duas) fases, sendo a primeira prova objetiva e dissertativa, e a segunda fase análise de documentações e currículo.

⁶⁶ Disponível em:<<https://fm.usp.br/fmusp/institucional/a-fmusp>>. Acesso em: 18 de maio de 2023.

A FMUSP oferece o maior número na USP de Programas de Residência em Áreas da Saúde, uni e multiprofissionais. Entre 2018 e 2022, participaram 562 residentes, de diversas regiões do país, com bolsas do Ministério da Saúde. Além disso, a CCEX apoiou: reuniões regulares da Subcomissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da CCEX com Coordenadores de Programa; o 1º Fórum das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde da FMUSP (em 2020); e o Curso para Educadores de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em parceria com o CEDEM e NEDH (em 2021). (Relatório de Gestão FMUSP, 2018 – 2022, p. 32).

Conforme o edital de RMS, referente ao ano de 2024, o valor da inscrição é de R\$330,00 (trezentos e trinta reais), podendo ser solicitada isenção da taxa de inscrição. Neste edital, o curso de Serviço Social possui 09 (nove) vagas distribuídas em 5 (cinco) programas, e quando se soma a quantidade de vagas para todas as profissões totalizam 210 (duzentos e dez) vagas.

- Programa de Residência Multiprofissional: Prevenção e Terapêutica Cardiovascular;
- Programa de Residência Multiprofissional: Saúde Coletiva e Atenção Primária;
- Programa de Residência Multiprofissional: Reabilitação de Pessoas com Deficiência Física Incapacitante;
- Programa de Residência Multiprofissional: Saúde Auditiva;
- Programa de Residência Multiprofissional: Síndromes e Anomalias Craniofaciais.

3.4 EDUCAÇÃO ANTIRRACISTA EM SAÚDE: considerações e análises de residentes multiprofissionais em Serviço Social egressos da UNIFESP e USP

A partir do exposto, é possível compreender a escolha das instituições de ensino que foram analisadas, ambas são universidades renomadas e estão localizadas na região sudeste do país, especificamente, no Estado de São Paulo. Andrade (2020, p.137), afirma que “o total de vagas ofertadas para o Serviço Social em RMS no Brasil é de 317 e a categoria profissional está entre as 10 profissões mais requisitadas nos editais de 2018-2020. A região nordeste possui o maior número de vagas para Assistentes Sociais, totalizando 113 vagas. Logo em seguida está a região sudeste com 75 vagas da profissão”. A UNIFESP e a USP possuem

um número significativo de programas e vagas no que se refere a RMS, em outras palavras, são as instituições com os maiores programas de RMS do Estado de São Paulo e possuem em seus programas vagas para Assistente Social.

Os Assistentes Sociais desempenham um papel fundamental nos programas de RMS, uma vez que, estão inseridos em um processo de formação teórico – prático, onde a partir de sua atuação com equipe multiprofissional poderão elaborar abordagens que visam romper com o paradigma do modelo biomédico.

O Serviço Social em programas de Residência Multiprofissional em Saúde indica a importância do profissional enquanto membro da equipe de saúde, permitindo a sua inserção em um espaço de formação em serviço e a qualificação; no trabalho multidisciplinar; na elaboração de instrumentais técnicos operativos que visem romper com o paradigma do modelo biomédico; no reconhecimento dos determinantes sociais do processo de adoecimento dos pacientes; na articulação com a rede socioassistencial do próprio Estado e de outros circunvizinhos; além de propiciar ao usuário um acompanhamento em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), estimulando a sua participação e promovendo a educação em saúde.(ANDRADE, 2020, p. 114).

Dentro do contexto da RMS, o assistente social poderá realizar diversas intervenções, tais como: acolhimento social com usuário e sua rede de apoio; coleta de dados para elaboração do perfil socioeconômico do usuário; contato com a rede socioassistencial e de serviços disponíveis no território dos usuários e encaminhamento; orientações individuais e em grupo sobre direitos sociais, previdenciários, assistenciais, entre outros.

Em 2017, a gestão do CFESS “*É de batalhas que se vive a vida!* (2017-2020)”, com o propósito de estimular pensamentos sobre os princípios e valores que orientam a profissão do Serviço Social na RMS, publica o caderno “Residência em Saúde Serviço Social: subsídio para reflexão”⁶⁷. Por isso, o documento foi dividido em três partes: “A Relação entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária”; “Histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde”; e “A supervisão de estágio e as residências: problematizações necessárias”.

Essa instituição, ainda, apresentou como subitem o “*I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social*”, realizado em 4 e 5 de setembro de 2016 e finalizou com “*Agenda de Desafios*” para a profissão no contexto da RMS. É necessário aprofundar os estudos sobre a RMS, assim, será possível compreender as particularidades da inserção do Serviço Social e relacioná-las com a conjuntura

⁶⁷ Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2023.

atual, visto que, houve mudanças significativas nos últimos anos.

Os RMS da UNIFESP e a USP realizam suas atividades práticas nos maiores hospitais do Estado de São Paulo, como: Hospital São Paulo (UNIFESP), Hospital das Clínicas e Hospital Universitário (USP), sem contar outros espaços de atuação como ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Para compreender como se dá o processo de formação nas duas maiores universidades do Estado, foram entrevistadas 4 (quatro) residentes multiprofissionais em Serviço Social egressos, dos anos de 2021 e 2023, sendo 2 (dois) da USP e (dois) da UNIFESP.

A finalidade das entrevistas é analisar se as instituições de ensino apresentaram no processo de formação em RMS a PNSIPN e se as Assistentes Sociais conhecem e compreendem a importância da referida política.

Das entrevistadas da USP, 1 (uma) ingressou no ano de 2019 e se formou em 2021, e a outra entrou na RMS em 2021 e finalizou em 2023. Para as entrevistas da UNIFESP, o ingresso e término são os mesmos.

A participação foi voluntária, em que foi explicado para as entrevistadas o motivo da pesquisa e sua importância para os profissionais na área da saúde, não apenas do Serviço Social, mas de todas as profissões. Após realizar os devidos esclarecimentos referentes à dinâmica das entrevistas, as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre (TCL) e apenas após a assinatura do termo, o formulário com as perguntas foi disponibilizado.

No que se refere ao quesito raça/cor, 50% se declararam pretas e 50% se declararam pardas.

As respostas serão apresentadas na íntegra, sem alteração do discurso. Além disso, as entrevistadas não serão identificadas, tendo sua identidade preservada. Para que seja possível diferenciar as respostas, para cada residente será utilizado o nome de um distrito localizado no Estado de São Paulo. Esses distritos possuem o maior percentual de população negra, conforme mapa da desigualdade de 2022, “No topo do ranking, está o Jardim Ângela, no extremo sul, com 60,1% da população negra. Na sequência Grajaú (56,8%) e Parelheiros (56,6%), que também ficam na região sul de São Paulo, e Lajeado (56,2%)”.⁶⁸

⁶⁸ Disponível em: <<https://www.terra.com.br/comunidade/visao-do-corre/15-distritos-de-sao-paulo-com-mais-moradores-negros-ficam-nas-periferias-da-cidade,98a6137e5dfc3dfce49c8e49c88fca241m46bzmv.html>>. Acesso em: 19 de maio de 2023.

Todas as participantes são mulheres cisgênero.⁶⁹

Jardim Ângela é Assistente Social, entrou na RMS da UNIFESP em março de 2019 e finalizou o curso em março de 2021.

Grajaú é Assistente Social, entrou na RMS da UNIFESP em março de 2021 e finalizou o curso em março de 2023.

Parelheiros é Assistente Social, entrou na RMS da USP em março de 2019 e finalizou o curso em março de 2021.

Lajeado é Assistente Social, entrou na RMS da USP em março de 2021 e finalizou o curso em março de 2023.

Como já apresentado no primeiro capítulo dessa dissertação, o Brasil é um país onde ainda acredita-se no mito da democracia racial. É importante que este mito seja desacreditado, para que possamos caminhar para uma sociedade livre de racismo. Dito isso, a partir das entrevistas foi possível constatar que as profissionais compreendem o que é o racismo em nossa sociedade. Afinal, caso não soubessem a resposta, não depreenderiam a importância de uma educação antirracista e, muito menos, o impacto que a PNSIPN tem na população usuária.

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Para mim, racismo é entendido como a forma de discriminar, segregar e agir de maneira preconceituosa contra pessoas, por conta de sua raça/cor. Da mesma maneira, não ter tais atitudes, porém não se impor e não intervir também se coloca em uma posição racista.”

Lajeado (USP)

“Atos e palavras preconceituosas e discriminatórias realizados por um indivíduo ou grupos sociais a um determinado grupo racial/étnico.”

⁶⁹ Com o intuito de conhecer melhor o perfil das entrevistadas, no formulário havia as seguintes opções referentes a identidade de gênero: Cisgênero: pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao gênero que lhe foi atribuído no nascimento; Transexual: pessoa que se identifica com um gênero diferente do que lhe foi atribuído no nascimento; Travesti: identidade de pessoa que foi designada homem no seu nascimento, mas se entende como uma figura feminina. Por muito tempo considerado um termo pejorativo, hoje vem sendo ressignificado; Não-binário: cuja identidade não se limita a masculino/feminino; prefiro não responder e outros. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/10/Aula-10-Identidade-de-Genero-e-Diversidade.pdf>

Parelheiros (USP)

“É a discriminação de um indivíduo ou grupo por motivo de cor ou etnia.”

Grajaú (UNIFESP)

“O racismo são ideias e práticas equivocadas, manifestadas de forma consciente ou inconsciente, de que há uma superioridade ou inferioridade entre seres humanos, a partir da criação de padrões corporais. O produto do racismo no Brasil são as desigualdades entre brancos e negros, que se manifestam por meio da dificuldade de acesso aos direitos constitucionais e da discriminação racial presente no seio das relações sociais, econômicas, políticas e jurídicas em nosso país.”

Algumas entrevistadas apresentaram respostas técnicas e objetivas, outras refletiram sobre a questão apresentando uma análise crítica referente ao racismo. Entretanto, todas apresentaram o significado do racismo e suas consequências para a população como um todo e não apenas para os usuários do SUS.

Quando refletimos sobre as implicações que o racismo traz para nossa sociedade, percebemos o quanto ele aparece em nosso cotidiano e, muitas vezes, essas violências são naturalizadas. Após questionar as entrevistadas sobre as situações ou exemplos de ações racistas, foi perceptível que as profissionais conseguem identificar ações e atos racistas, para além do discurso e do conceito da palavra.

Lajeado (USP)

“Sim, permanecemos sofrendo reflexos de Racismo estrutural, onde um negro não pode adentrar espaços elitizados porque é "confundido" com bandidos, é impedido de utilizar elevador de moradores, negro não pode namorar brancos e os ditados que insistem em hostilizar a cor/raça preta.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Sim. Infelizmente ainda é uma realidade vivenciada pela população negra em nossa sociedade. Em minha prática profissional, participo do Grupo de Trabalho - GT de saúde integral à população negra e compartilhamos situações de racismo de usuários que acessam a política pública de saúde e de profissionais. Também

apresentamos casos de racismo noticiados nas mídias sociais para efetivar e materializar tais situações, pois ainda há uma parcela que não identifica tal cenário.”

Parelheiros (USP)

“A falta ou dificuldade de acesso a serviços públicos são exemplos de como uma determinada população pode ser afetada pelo racismo.”

Grajaú (UNIFESP)

“Sim, a população negra sofre racismo no Brasil, porque somos um país racista. A escravidão foi um sistema que desumanizou, explorou, violentou e expropriou a população negra de si mesma, tendo em vista que distanciou os povos escravizados de suas origens. Mesmo com o fim legal da escravidão, a população negra não foi incluída socialmente, pois o Estado brasileiro não atuou na implementação de medidas que visassem a plena inserção social dos ex-escravizados. O preto era tratado como caso de polícia e as poucas Políticas Públicas da época foram direcionadas à população imigrante branca que aqui chegava, por incentivo do próprio governo. O resultado disso nós vemos no nosso cotidiano, embora muitos queiram negar, inclusive alguns/as colegas assistentes sociais. Os exemplos são muitos: somos nós que ocupamos as encostas e favelas de todo o país, em moradias precárias e sem acesso à infraestrutura urbana. Temos dificuldade de acesso aos serviços públicos de qualidade, como os serviços de saúde, educação e habitação. E quando acessamos esses serviços, somos alvo de discriminação e violências das mais diversas, a exemplo da violência obstétrica. Somos o alvo principal da violência policial. Inclusive, a instituição policial utiliza as nossas características físicas na construção e identificação de um perfil criminoso. Nós estamos no topo das listas de desemprego e subemprego. Temos dificuldade em concluir os estudos e assim galgarmos mobilidade social, porque muitos de nós necessitam ingressar no mercado de trabalho para ajudar na renda da família. Os exemplos estruturais não faltam, mas também enfrentamos discriminação cotidiana, nas micro relações do dia-a-dia, através de atos individuais, que não deixam de ser reprodução de algo que é estrutural. Um exemplo ocorrido recentemente, se deu no Rio de Janeiro, quando uma ex atleta agrediu verbalmente e fisicamente um

entregador negro, o chamando de “lixo, favela” e o chicoteando com a coleira de seu cachorro.”

Durante o processo de formação profissional, muitos discentes não conseguem entender a importância da Residência Multiprofissional em Saúde, assim como seus efeitos na sua própria formação, na vida dos usuários e na instituição formadora. No entanto, no caso das entrevistadas, tornou-se evidente que elas possuem um entendimento abrangente do papel formativo da residência e estão comprometidas com a profissão e os usuários do SUS.

Lajeado (USP)

“É um processo extenso e bem complexo, o qual nos proporciona um amplo conhecimento e abre portas para os profissionais de Serviço Social, porém, em contrapartida os espaços costumam ser elitizados e dominados pela branquitude, fazendo com que o racismo e preconceito esteja presente diariamente, nos impedindo de discutir assuntos extremamente importantes como racismo na saúde.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“O processo de especialização, através da modalidade de residência multiprofissional em saúde, se apresenta como um campo de aprendizado que vislumbra a possibilidade de aplicação da teoria e prática profissional atuando em conjunto. Contudo, verifica-se um campo de aprendizado sucateado e a utilização dos residentes como mão de obra para atuação nos serviços que recebem os estudantes de residência multiprofissional, com discussões rasas sobre a prática profissional e preceptores desatualizados para supervisionar tal prática.”

As entrevistadas compreendem o papel da RMS e o espaço de atuação, ratificam a importância de lutar por um SUS de qualidade e denunciam o sucateamento da saúde pública. Ratificam que os espaços de prática são espaços conservadores que, majoritariamente, possuem como profissionais pessoas brancas. E, será nesse cenário que os usuários serão atendidos e serão essas pessoas que irão pensar currículo e formação.

Parelheiros (USP)

“A residência multiprofissional é uma pós-graduação lato sensu, voltada para formação no trabalho. As legislações sobre esta indicam que deve ser realizada em mais de 5000 mil horas, durante dois anos. 80% do horário é destinado ao trabalho de campo e 20% à horários de estudo. Mas nem sempre isso ocorre na prática. Durante o período em que fui residente tinha metas gigantescas e inalcançáveis de atendimentos diários, e um irrisório período de estudo que foi conquistado através de muita conversa com a supervisão de serviço social.”

Grajaú (UNIFESP)

“A Residência Multiprofissional se constitui como espaço privilegiado de formação e qualificação para os profissionais de saúde, visto que esse processo se dá através do aperfeiçoamento do conhecimento teórico e, sobretudo, prático, em instituições de pesquisa, ensino e saúde. A Residência nos possibilita ter acesso às potencialidades e fragilidades do SUS, em articulação com as demais políticas públicas. Por seu caráter multiprofissional, proporciona a experiência de trabalho com outras profissões da saúde, o que pode favorecer as intervenções junto aos/às usuários/as e suas famílias. Claro que esse processo não ocorre sem conflitos e embates, pois às vezes cada profissional traz em seu discurso e atuação a noção de saúde pública e de projeto de sociedade que não condiz com o que nós assistentes sociais defendemos.”

A presença do racismo em saúde é evidente e unânime nos discursos das entrevistadas. Ao compreender o que é o racismo, suas implicações para população negra e qual a proposta da RMS as profissionais conseguem exemplificar várias situações de racismo, presenciadas por elas, quando estavam no processo de formação, em: ações que, muitas vezes, são naturalizadas pela equipe em suas discussões de caso e em sua atuação profissional individual; e, ações racistas que matam, adoecem, excluem, entre outros adjetivos, toda uma população.

Lajeado (USP)

“Sim, raspar o cabelo da paciente com afirmações de que a mesma estava com pediculose, a mesma estava desacordada na UTI e quando acordou entrou em desespero e sentiu-se lesada por aquele ato.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Durante a prática profissional foi possível identificar algumas formas de acesso diferenciadas e excludentes e o despreparo dos profissionais sobre a temática, também considero formas de racismo, pois desconsiderar os fatores determinantes do processo saúde-doença e não visualizar de maneira integral o usuário para garantia do acesso equitativo também se apresentam como fragilidade no processo de cuidado e muitas vezes vivenciei o cerceamento de propostas de ações de combate ao racismo, que se apresentou com as seguintes falas: “de que não há racismo na instituição”, o que não corresponde com a realidade, haja vista que vivemos numa sociedade racista e negar esse fato e a importância de atualização e realização de ações é um descompromisso com os usuários.”

Parelheiros (USP)

“Sim, principalmente quando a equipe identificava que um usuário apresentava alguma situação de vulnerabilidade por ser negro, sem a devida avaliação socioeconômica. Ou quando um profissional de saúde repassava as informações de saúde sem a adequada comunicação, onde pacientes com menor grau de educação formal saíam sem entender as informações necessárias a manutenção de sua saúde.”

Grajaú (UNIFESP)

“Sim, lembro de algumas situações. Um dos episódios ocorreu numa discussão de caso em um dos ambulatórios onde atuei. Estavam presentes os estagiários de medicina, os residentes, a docente e eu. A dinâmica dos atendimentos e discussões de caso ocorria da seguinte forma: os pacientes eram atendidos pelos residentes e estagiários de medicina em um dos consultórios. Após o término do atendimento, o paciente se retirava, a fim de aguardar a discussão do seu caso e o estabelecimento de conduta por parte dos residentes e da docente de medicina. O Serviço Social se fazia presente nessas discussões, na figura do residente da profissão. No dia do ocorrido, os residentes e os estagiários de medicina referiram à docente que “o paciente não escovava os dentes com regularidade” (sic), esboçando feições de riso. A docente, ao final de toda a avaliação do paciente, verbalizou de maneira

bastante desdenhosa para os estudantes: “você devem reforçar a esse paciente que ele precisa escovar os dentes todos os dias, faz parte da higiene básica. A gente sabe que as pessoas dessa classe não têm hábitos de higiene adequada”. Pediram-me que o atendesse, para fins de orientação sobre mercado de trabalho e primeiro emprego. Durante o atendimento social identificamos que se tratava de paciente autodeclarado preto e oriundo de família de baixa renda. Sabemos que as desigualdades sociais no Brasil inviabilizam o acesso da população às ações de promoção e prevenção à saúde. Quem utiliza os serviços de saúde prestados pelas UBS’s, sabe o quão difícil é conseguir um agendamento com um profissional dentista. Alguns usuários ficam meses na fila de espera. Essas desigualdades devem ser analisadas a partir da ótica da interseccionalidade de raça, classe e gênero, pois estes se constituem como marcadores sociais que delimitam o lugar dos sujeitos na sociedade. Mesmo que não esteja explícita em sua fala a raça, sabemos o que as pessoas querem dizer quando dizem “pessoas dessa classe”.

O quesito raça/cor/etnia é extremamente importante em todos os espaços de nossa sociedade. Essas informações são utilizadas para pensarmos políticas públicas e ações com intuito de findar com as desigualdades e injustiças sociais, entre outros. Como já apresentado anteriormente, em 2022, o Serviço Social apresenta uma nota técnica sobre a coleta de dados do quesito raça/ cor com a intenção de se posicionar em prol de práticas antirracistas.

Lajeado (USP)

“Eu questionava e até anotava, porém no modelo de relatório que nos é imposto não possui espaço para preencher. Eu utilizava a informação e trazia em todas as discussões de caso que eu apresentava o contexto social do paciente.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Sim.”

Parelheiros (USP)

“Não em todos os momentos, mas fui orientada à preencher.”

Grajaú (UNIFESP)

“Em todos os meus atendimentos o quesito raça/cor era preenchido por mim. Esse marcador estava presente na ficha social padrão do Serviço Social, no sistema

hospitalar. E mesmo quando não era possível inserir os atendimentos no sistema, o quesito raça/cor era indagado por mim aos pacientes, ou ao responsável/acompanhante, nos casos em que o paciente não podia responder.”

Apesar de ser uma discussão antiga, é evidente que o quesito raça/cor/ etnia, não é preenchido como deveria. Por um lado, existem profissionais que não coletam a informação utilizando várias desculpas, essa afirmação está presente quando a entrevistada evidencia que não preenchia em todos os atendimentos, mesmo com orientação da instituição formadora e do CFESS. Por outro lado, temos profissionais que mesmo sem a presença do marcador em seus instrumentos de trabalho, o questionamento é realizado e alimentado de alguma forma no prontuário do usuário.

O quesito raça/cor/etnia quando preenchido no âmbito da saúde, possibilitaria quantificar e analisar o perfil da população usuária do SUS e, assim pensar as atividades que serão realizadas e apresentadas aos residentes em seu processo de formação, como foi apresentado nos capítulos anteriores, visto que a maioria da população que utiliza os SUS é a população negra. Neste sentido, a Lei 10.639/2003 possui um papel fundamental ao estimular uma reflexão sobre as desigualdades raciais e seus impactos na saúde da população. Ao trazer para o cenário educacional a história e cultura afro-brasileira e africana, a lei busca desconstruir estereótipos e promover uma visão mais abrangente e inclusiva da saúde.

Uma das principais contribuições da lei para a saúde é a conscientização sobre as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde e nos indicadores de saúde. Ela reforça o compromisso social ratificado na CF 88 onde afirma que racismo é crime. E, nos discorre sobre a necessidade de considerar as especificidades da população negra e de implementar políticas públicas que reduzam essas disparidades. Isso inclui a oferta de serviços de saúde culturalmente adequados, a valorização dos conhecimentos tradicionais de saúde, presentes nas comunidades afro-brasileiras, e o fortalecimento da participação dessas comunidades nas decisões que inferem em sua saúde, ratificadas na PNSIPN.

Além disso, a Lei 10.639/2003 contribui para a formação de profissionais de saúde mais sensíveis e capacitados para lidar com a diversidade étnico-racial. Ela promove uma reflexão sobre o racismo estrutural e seus efeitos na saúde das pessoas negras. Entretanto, nenhuma das instituições apresentou aos seus

discentes discussões sobre gênero, raça e classe. Demonstrando, assim, que é nas sutilezas das ações que o racismo na saúde está presente. A partir das entrevistas é possível afirmar que essas instituições não cumprem a Lei 10.639/2003 e nem a PNSIPN.

Lajeado (USP)

“Nenhuma e nem discussões sobre a possibilidade de incluir a mesma.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Não.”

Parelheiros (USP)

“Não tive nenhum tipo de formação na grade voltada para qualquer determinante social de saúde. Fomos estimulados a realizar simulado sobre o tema, mas sem grande supervisão. A prioridade de formação da residência foi voltada ao estudo das doenças em que a especialidade da residência foi voltada. Tive diversas aulas de farmacologia, aprendi o que eram vários remédios. Mas em nenhum momento um profissional falou de como as condições de vida da população poderiam afetar a saúde dos indivíduos.”

Grajaú (UNIFESP)

“Durante os dois anos de Residência não tivemos nenhuma disciplina que abordasse as questões de gênero, raça, classe e racismo e seus impactos sobre a saúde da população negra. Não tivemos nas disciplinas da profissão (o que é lastimável e incompreensível), nas disciplinas do programa de residência, muito menos nas disciplinas da Coremu (com todos os programas e profissões).”

Durante a análise dos discursos, foi interessante saber que as entrevistadas conheciam a PNSIPN, não por conta da formação na RMS e sim, porque realizaram a discussão na graduação para realização do trabalho de conclusão do curso ou após a formação em seus espaços de trabalho, que possuem grupos de trabalhos de combate ao racismo.

Lajeado (USP)

“Sim, e é extremamente necessária para a formação desses profissionais, para que possam ter um olhar mais minucioso para essa população, compreender suas necessidades e eliminar todo tipo de preconceito institucional que existe.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Conheço, considerando que atualmente 67% da população que acessa o SUS são negros e as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde para grupos vulneráveis, em decorrência de marcadores de raça, etnia, gênero e modo de vida, se apresentam para garantia de um acesso equitativo e integral, se faz de suma importância na formação direta e continuada de profissionais de saúde em sua prática profissional.”

Parelheiros (USP)

“Sim, mas apenas por que determinantes sociais de raça foi um dos temas abordados no meu trabalho de conclusão de residência. Enfrentei bastante resistência com alguns dos meus orientadores para falar sobre o tema. A formação sobre o assunto era de suma importância, principalmente para minha especialidade. Por trabalhar num hospital de referência em cardiologia, por saber que a hipertensão é um grande indicador de doenças cardiológicas e também ser bastante prevalente na população negra brasileira o tema deveria ser debatido em todos os espaços do hospital, o com toda a equipe implicada no cuidado ao paciente.”

Grajaú (UNIFESP)

“Estudei sobre a PNSIPN na graduação, durante a minha inserção na iniciação científica. As disciplinas obrigatórias e optativas não abordaram em nenhum momento sobre a Política de Atenção à População Negra. Acredito que o conhecimento da PNSIPN é de suma importância para a formação dos profissionais de saúde, porque somos um país historicamente marcado por processos desiguais de inserção social entre brancos e pretos, onde o racismo estrutural tem contribuído para os péssimos índices de saúde da população negra, no que tange o acesso à promoção, ao diagnóstico e ao tratamento. O Brasil é um país formado majoritariamente de mulheres negras e homens negros, vivendo em situação de

desvantagem no acesso à educação, ao trabalho, à renda, ao lazer, e tantas outras dimensões da vida em sociedade. Nós temos as maiores taxas de doenças crônicas, pressão alta, insegurança alimentar, dificuldade de acesso a medicamentos. Essas condições precárias de vida e existência incidem diretamente sobre o estado de saúde da população. Há doenças que estatisticamente atingem mais a população negra, como as doenças cardiovasculares e a anemia falciforme. O conhecimento sobre as Políticas de Saúde voltadas para essa população nos possibilita a obtenção de instrumentos para a criação de ações, estratégias, intervenções multiprofissionais e intersetoriais que contribuam para o combate às desigualdades em saúde e a promoção da equidade, um dos princípios do SUS.”

Essas profissionais compreendem a importância da PNSIPN, e os impactos e consequência na saúde da população usuária quando os profissionais desconhecem a política e não realizam uma discussão antirracista em seu processo de formação.

Lajeado (USP)

“Propostas terapêuticas ineficazes, as quais não atendem as necessidades dessa população e causam a desigualdade na promoção e prevenção de saúde desta população.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Não conhecer a PNSIPN traz impactos significativos no atendimento com qualidade, efetivo e integral à população negra, desconsiderar tais determinantes de saúde está diretamente ligado ao não acesso e ações que segregam o acesso e reafirmação de práticas racistas em nossa sociedade. A proposta de tal política é de enfrentar o racismo presente em nosso país, reduzindo os dados de morbimortalidade por mortes violentas, doença falciforme, diabetes, entre outros. Ela é baseada no princípio da equidade do SUS. Compreendendo o processo histórico e cultural da população negra em nosso país, a política vem para diminuir as desigualdades, foi uma política construída e pautada nos movimentos sociais negros e deve ter materialidade diariamente por todos os profissionais que atuam no SUS.”

Parelheiros (USP)

“Entendendo que estudos apontam que a população negra tem piores índices de acesso à saúde, educação, trabalho, renda, alimentação adequada, não entender que essa é a realidade que pode afetar de forma mais atenuada um paciente negro, encaminhamentos, orientações podem estar destoando do processo possível de saúde para a população indicada.”

Grajaú (UNIFESP)

“O que pode ocorrer é a incompreensão dos profissionais sobre as condições reais de vida da população e os impactos das questões estruturais e históricas sobre a saúde da população negra, maior usuária do SUS. O profissional tende a culpabilizar os sujeitos, como se eles fossem os únicos responsáveis pela dificuldade de adesão ao tratamento, pela dificuldade de compreensão do diagnóstico de saúde e do tratamento, pela desmotivação no cuidado em saúde, pela dificuldade em acompanhar os filhos nos tratamentos de saúde, dentre tantos outros pré-julgamentos. Ao longo dos 2 anos de Residência eu notei que em alguns casos os profissionais (principalmente de medicina) estavam completamente desconectados com a realidade cotidiana dos usuários, beirando à criminalização da própria pobreza.”

Podemos afirmar que a pandemia da COVID-19 escancarou as desigualdades existentes na saúde, especialmente, no que diz respeito à população negra. Nesse contexto, a PNSIPN desempenhou e desempenha um papel fundamental na busca por equidade e justiça social. A população negra no Brasil enfrenta uma série de desafios em relação à saúde, sendo impactada de maneira desproporcional pela COVID-19. Os dados apontam que essa parcela da sociedade apresenta taxas mais elevadas de contaminação, internações e óbitos, em decorrência da doença. Essa situação reflete uma conjunção de fatores, como as condições socioeconômicas desfavoráveis, a falta de acesso adequado aos serviços de saúde, a desigualdade racial, entre outros.

No contexto da pandemia da COVID-19, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se tornou ainda mais relevante, uma vez que, ela ressalta a importância de medidas, como: a facilidade do acesso a testes, diagnóstico precoce,

tratamento adequado e acompanhamento integral das pessoas com infecção pelo vírus, considerando suas necessidades específicas. As afirmações aqui apresentadas, também estão presentes nos discursos das entrevistadas, que por unanimidade ratificam como a pandemia atingiu a população negra e a necessidade dos profissionais conhecerem a PNSIPN.

Lajeado (USP)

“Sim, com certeza pois foi um dos públicos mais atingidos pelo vírus e muitos não possuíam acesso aos serviços de saúde ou acessaram o mesmo em estado grave de saúde.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“Sim, com certeza seria, pois discutimos muito em nossos encontros autônomos entre residentes, o quanto dados apontavam que determinantes de saúde, como classe social, gênero e etnia impactavam nos processos de cuidado, prevenção e contaminação da população, diante da crise sanitária vivenciada no cenário da pandemia. Nos deparamos com os teleatendimentos para repasse de dados e condição dos usuários internados, o acesso de tal população aos meios de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs, entre outros pontos relevantes que poderiam ter contribuído nos processos de cuidados, criação e implantação de políticas públicas que apoiassem e garantissem tais acessos, proteção social a tais populações, mas longe disso, visualizamos um governo omissivo, fascista e negacionista, com a própria pandemia em si e com os públicos que mais precisavam de suporte e apoio.”

Parelheiros (USP)

“Estive atuando durante o período de 2020 e 2021 na residência. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra teria sido sim importante, principalmente porque os indicadores apontavam também que a população negra também estava no topo da lista dos que eram afetados de forma mais agressiva pela doença, mas não consegui identificá-la sendo utilizada na prática.”

Grajaú (UNIFESP)

“A pandemia da COVID-19 trouxe graves impactos sociais e econômicos principalmente aos países do Sul Global. No Brasil tivemos quase 1 milhão de mortos, o aumento da pobreza, do desemprego, da fome, da população em situação de rua, a diminuição da oferta e interrupção de serviços essenciais (como os serviços de saúde e educação), dentre outros impactos sociais. Nós assistentes sociais devemos olhar para essas expressões da questão social por meio da lente interseccional de raça, gênero, classe, territorialidade, geração e sexualidade, compreendendo-os como marcadores sociais da desigualdade e da diferença entre indivíduos e grupos sociais. O racismo por si só cria os piores resultados para a saúde da população negra, por isso, o conhecimento sobre a Política nos possibilita compreender os impactos da COVID-19, anteriormente mencionados, sobre a saúde dos usuários e seus familiares.”

Sabemos que o profissional em Serviço Social possui um compromisso ético e político na luta contra o racismo. Como profissionais comprometidos com a promoção da justiça social e a garantia dos direitos humanos, os assistentes sociais desempenham um papel crucial na identificação, enfrentamento e prevenção das desigualdades raciais no sistema de saúde. Como foi apresentado ao longo da discussão, as disparidades presentes na saúde se manifestam em diferentes aspectos, desde a falta de acesso a serviços básicos de saúde até a identificação e estigmatização no atendimento.

Nesse contexto, os assistentes sociais em sua atuação profissional poderão realizar ações antirracistas, desenvolvendo estratégias e intervenções que promovam a equidade e a justiça racial. Além disso, os profissionais em saúde, aqui com foco no assistente social, têm a responsabilidade de denunciar casos de racismo estrutural e institucional; orientar a população usuária; apoiar os movimentos negros ou quaisquer movimentos sociais que lutam por políticas públicas que abordem as desigualdades raciais na saúde; realizar pesquisas e avaliação das políticas e práticas de saúde, buscando identificar e documentar as desigualdades raciais existentes. O papel do assistente social na luta contra o racismo na saúde é multifacetado. E as entrevistadas compreendem esse papel.

Lajeado (USP)

“Promover discussões nestes espaços sobre a população negra e as práticas antirracistas, abordar a importância do conhecimento da Política Nacional da População Negra e fazer pesquisas, artigos com o tema para serem propagados em todo âmbito da saúde.”

Jardim Ângela (UNIFESP)

“O papel do Assistente Social no combate ao racismo pode ser apresentado de diversas maneiras, sendo elas, participar de grupos de trabalho com os profissionais dos serviços de saúde, para discussão de demandas relacionadas ao acesso integral e equitativo da população negra, identificando situações de não acesso, de racismo e pensar em estratégias coletivas de enfrentamento. Participar de oficinas aos colaboradores, usuários e na comunidade sobre a temática, acolhendo e direcionando para serviços de acompanhamento e proteção em situação vivenciada. Trazer tais discussões nos espaços colegiados de pactuações e deliberações de políticas públicas para tal enfrentamento, entre outras ações que se colocam em nosso cotidiano profissional.”

Parelheiros (USP)

“Muito importante, temos o princípio ético de um trabalho voltado para a defesa dos direitos humanos, a ampliação da cidadania e a eliminação de todas as formas de preconceito. A atuação está ligada ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde, e a raça é um dos componentes destes. O trabalho do assistente social deslocado do estudo de raça é incipiente. A defesa deve estar também na participação e permanência de profissionais negros em todos os âmbitos da política de saúde. Durante minha passagem pelo programa de pós-graduação o Hospital em que fiz residência não se mostrou apto para receber nem pacientes nem profissionais de saúde negros.”

Grajaú (UNIFESP)

“Enquanto assistentes sociais devemos primeiramente desenvolver uma consciência crítica a respeito de nossas crenças pessoais sobre a população negra, inclusive sobre a forma como essa população lida com os aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Nós assistentes sociais temos em nosso horizonte um projeto ético político que aponta para uma sociedade mais justa e igualitária para todos, sem

distinção de raça, classe e gênero. Nesse aspecto, o nosso papel é de promover em nossos espaços sócio-ocupacionais, práticas individuais e coletivas antirracistas, que viabilizem a ampliação do acesso dessa população aos direitos sociais historicamente negados. O registro qualificado dos dados de identificação da população usuária, com inserção do quesito raça/cor, é uma forma de nos auxiliar na criação de diagnósticos do território que identifiquem os problemas de saúde da comunidade. Conhecer e compreender os reais problemas enfrentados pela população usuária nos possibilita atuar na adequação da Política para atender as especificidades da população negra, em suas diversas esferas. Faz-se necessário também que sejamos atuantes coletivamente, no interior dos colegiados, nos diversos fóruns, seminários e congressos, no sentido de trazermos à cena política o debate em torno da questão racial. Esse processo contribuirá para o fortalecimento do nosso projeto ético-político e para a construção de uma sociedade justa ao qual almejamos.”

Depreende-se das entrevistas que a PNSIPN não está sendo abordada nas aulas teóricas e nas discussões na RMS da USP e UNIFESP, nos programas que possuem Assistentes Sociais em seus quadros multiprofissionais e na COREMU. As profissionais entrevistadas compreendem a importância da PNSIPN e as consequências para os usuários quando os profissionais desconhecem sua importância. Elas reforçam a importância de uma educação antirracista e a urgência de incluir a PNSIPN nas grades curriculares, a fim de eliminar gradualmente o racismo na saúde. Elas também mencionam o Serviço Social e seu papel no combate ao racismo.

Em suma, conclui-se da análise das entrevistas que:

- A PNSIPN não é abordada na pós-graduação na modalidade de RMS da USP e UNIFESP;
- As entrevistadas tiveram dificuldade em discutir a questão racial nos espaços dentro da RMS;
- Todas confirmam que presenciaram algum ato racista contra o usuário durante seu processo de formação;

- Ratificam a urgência de que as instituições cumpram a Lei e incluam em seus currículos a PNSIPN;
- Uma das entrevistas mesmo orientada quanto ao quesito raça/cor/etnia, não registrava tal informação, apesar de compreenderem sua importância.

As/os assistentes sociais desempenham um papel fundamental na luta contra o racismo no campo da saúde, guiados por seu compromisso ético e político em promover a justiça social e garantir os direitos humanos. Ao longo da pesquisa, ficou evidente que as desigualdades raciais no sistema de saúde se manifestam em várias formas, desde a falta de acesso a serviços básicos até a discriminação e estigmatização no atendimento.

Nesse contexto, a/os assistentes sociais têm o dever de agir de forma antirracista em sua prática profissional, desenvolvendo estratégias e intervenções que busquem equidade e justiça racial. As/os são responsáveis por denunciar casos de racismo estrutural e institucional, orientar os usuários, apoiar movimentos negros e outros movimentos sociais que lutam por políticas públicas que enfrentem as desigualdades raciais na saúde. Além disso, devem conduzir pesquisas e avaliações das políticas e práticas de saúde, a fim de identificar e documentar as disparidades raciais existentes.

O papel das/os assistentes sociais na luta contra o racismo na saúde é abrangente e multifacetado. As entrevistadas demonstraram compreender plenamente esse papel e estão engajadas em promovê-lo. Conforme foi apresentado durante as entrevistas, elas buscaram e buscam capacitação e atualização profissional fora dos espaços de formação, uma vez que, esses espaços não possuem uma educação antirracista, com o intuito de potencializar sua atuação e ampliar o impacto das ações antirracistas na saúde.

Somente por meio de um esforço coletivo contínuo será possível avançar na superação das desigualdades raciais e na promoção de uma sociedade mais justa e equitativa para todos.

CONCLUSÃO

Para que possamos dar início à conclusão dessa dissertação, é necessário apresentar as limitações e os próximos desafios encontrados durante esse percurso. É de conhecimento da maioria da população, que o processo de mestrado possui previsão para término em no mínimo de 18 meses e máximo de 36 meses. Entretanto, bolsistas necessitam finalizar sua pesquisa em 24 meses, e caso o tempo não seja o suficiente, poderá solicitar prorrogação sem bolsa de estudos sendo necessário apresentar justificativa, que será analisada. Dito isso, o primeiro semestre do mestrado foi utilizado para cumprir os créditos obrigatórios e aos poucos adaptar-se a mais uma fase do processo de educação continuada. O segundo semestre, utilizei para realização do levantamento bibliográfico e leitura. Terceiro e quarto semestre para escrita, leitura e entrevistas.

Quando pesquisamos o tema *racismo*, afirmo que é possível apontá-lo em todos os espaços sociais em que vivemos, neste sentido, com o limite de tempo presente em toda formação, acredito que pontos importantes não foram discutidos nessa dissertação, uma vez que, seriam apresentados de forma breve e em uma sociedade pautada no racismo não são aceitáveis discussões superficiais.

Destacam-se pontos como o fato da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) não estar sendo cumprida, uma vez que, temos a Lei 11645/08, Lei 10639/03 e a resolução de 2007, que ratificam a referida lei e a urgência de que se realize a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira, seja urgente.

Outro ponto importante, trata-se da dialética das relações, sendo necessário abordar o privilégio que a branquitude teve e ainda tem com a abolição do processo de escravidão brasileiro, e os ataques que as religiões de matriz africana sofrem na contemporaneidade.

Essas limitações passaram a ser meu próximo desafio, e serão trabalhadas em minha tese de doutorado, onde darei continuidade a essa pesquisa realizando uma análise das RMS da região sudeste. Com um tempo maior para realização de leituras, levantamentos bibliográficos, entre outros pontos, acredito que será possível trabalhar esses pontos que considero essencialmente necessários e que não foram abordadas nesse estudo.

Como já fora apresentado, os determinantes de saúde são influenciados por questões econômicas, políticas, ambientais e socioculturais. Grande parte das causas de doenças e desigualdade em saúde são relacionadas a condições de vida e moradia, raça, gênero, etnia, idade, emprego e renda, acesso à informação, bens e serviços, trajetórias familiares e de vida.

Esses determinantes epidemiológicos serão utilizados para criação de políticas sociais e estão presentes em toda documentação existente na saúde, uma vez que, tais políticas seguem as diretrizes e princípios do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e dos eixos norteadores. Logo, os dados das desigualdades sociais e em saúde que estão desagregados, e foram apresentados no capítulo dois dessa dissertação, servem para que não haja dúvidas sobre a obrigação que as instituições de ensino têm com a formação de seus discentes na perspectiva de uma educação antirracista e da PNSIPN.

É fundamental destacar que a implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra requer um conjunto de esforços, por parte de gestores de saúde, profissionais da área, movimentos sociais, organizações da sociedade civil e toda a sociedade. É necessário promover a sensibilização, o combate ao racismo estrutural e a adoção de práticas inclusivas, nos serviços de saúde.

É urgente que a PNSIPN seja integrada de forma efetiva em todos os níveis do sistema de saúde, com a participação ativa e o envolvimento das comunidades negras. Isso requer a capacitação dos profissionais de saúde para atuar de maneira sensível, assertiva e livre de preconceitos.

As entrevistadas compreendem que o racismo é fator de adoecimento da população, causador do genocídio e das desigualdades em saúde. Ao analisar as respostas apresentadas, podemos afirmar que as participantes compreendem o que é o racismo e como ele é entendido em nossa sociedade. A partir do momento que o profissional entende de forma crítica o que é o racismo e suas implicações na vida da população usuária, espera-se que sua atuação profissional seja realizada com posicionamento crítico, analisando a totalidade das demandas apresentadas.

Ao analisarmos as grades curriculares da RMS da USP e UNIFESP, que estão disponíveis no site das referidas instituições, ficou perceptível que a discussão

racial e a PNSIPN não estão inseridas nas aulas da COREMU, da formação das diversas áreas profissionais e dos programas. Esta informação é ratificada pelas entrevistadas, que verbalizaram a dificuldade em discutir gênero, raça, classe, racismo em saúde e PNSIPN, nos espaços da RMS.

Já apresentamos que durante o período de formação na modalidade de residência multiprofissional em saúde, os profissionais são inseridos em equipes interdisciplinares, que ocorrem de forma colaborativa e complementar. Eles participam de atividades de atendimento direto aos pacientes, discussões de casos, reuniões científicas, além de estarem envolvidos em projetos de pesquisa e extensão. Essa vivência prática aliada à supervisão e orientação por profissionais experientes possibilita uma formação mais completa e abrangente. O racismo institucional aparece nesse contexto, ou melhor, nesse processo de formação, uma vez que, não discute racismo em saúde e nem apresenta a PNSIPN.

Tal afirmação coloca o Serviço Social em um lugar de contradição, onde de um lado, em seus princípios éticos, ratifica que a profissão não discrimina *“por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física”*, como é apresentado no Código de Ética Profissional. E, de outro lado, não realiza a discussão na formação de seus profissionais de saúde e, muitas vezes, nem abre espaço para que isso ocorra, conforme dados das entrevistas.

Essa dissertação está longe de findar a discussão sobre racismo na saúde e a necessidade de ter uma disciplina que discuta a PNSIPN na formação dos profissionais da saúde. O Estado de São Paulo possui uma grande quantidade de instituições formadoras de profissionais da saúde, e é dentro desses espaços que teremos Assistentes Sociais como preceptoras, que irão organizar a ementa de aulas nos cursos de formação profissional. Nesse sentido, é mais que urgente que discussões sobre gênero, raça, classe, racismo em saúde e a PNSIPN sejam inseridas. É inadmissível que precisemos a todo momento ratificar a necessidade de um posicionamento crítico, frente ao racismo estrutural e institucional.

É importante ratificar que a profissão avançou nos últimos anos, no que se refere à discussão sobre gênero, raça e classe. Entretanto, não podemos utilizar desses avanços, para naturalizar a inexistência do debate no processo de formação dos assistentes sociais na área da saúde, afinal, estamos em pleno ano

de 2023, quando se comemora 30 anos do Código de Ética da Profissão, isso significa assumir um compromisso com a população usuária. O Assistente Social, necessita de uma apreensão crítica da realidade com base teórica para que sua atuação profissional siga em uma direção política, rumo a uma sociedade com valores emancipatórios, com relações livres de quaisquer processos de exploração, opressão ou discriminação por gênero, raça e classe social.

O não posicionamento, é um posicionamento!

Não questionar a ausência do debate sobre racismo na saúde e sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em seu espaço de trabalho, de formação, de convivência, entre todos os espaços possíveis e imagináveis é ratificar o racismo e manter o privilégio da branquitude.

REFERÊNCIAS:

_____. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude;** altera as Leis no s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 45, de 12 de janeiro de 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2007a. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 698, de 19 de julho de 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2007b. Disponível em Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que **dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde.** Diário Oficial da União, n. 79, Brasília, DF, 25 abr. 2008a. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 593, de 15 de maio de 2008. **Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 maio 2008b. Seção 1, p. 10-11. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009a. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que **dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2012. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2023.

ABREU, Martha; GURAN, Milton; MATTOS, Hebe. **Por uma história pública dos africanos escravizados no Brasil.** *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 54, pp. 255-273, julho-dezembro de 2014.

ALMEIDA, Silvio L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2021.

Altera os dispositivos da Resolução CoCEX nº [6276/2012](#), que baixa o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade de São Paulo (COREMU-USP). <https://leginf.usp.br/?resolucao=resolucao-cocex-no-6630-de-23-de-setembro-de-2013> Acesso em 19 de maio de 2023.

ALVES, Leonardo Dias. **O conceito de racismo institucional no âmbito da formação acadêmico- profissional do Serviço Social**. Disponível em: <file:///C:/Users/NoteBook/Downloads/14740-Texto%20do%20artigo-56281-1-10-20190629.pdf> Acesso em 19 de maio de 2023.

ANDRADE, Kércia Rocha. **Residência Multiprofissional em Saúde: a formação em serviço no Brasil**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

BALLESTRIN, Luciana. **Direitos Humanos, Estado e Sociedade Civil nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002)**. Teoria & Sociedade (UFMG), v. 16.2, p.10-33, 2008. Disponível em:<<https://www12.senado.leg.br/senado/educacao/artigos/artigo-luciana-ballestrin#:~:texto%20governo%20Fernando%20Henrique%20estabeleceu.fim%20de%20legitimar%20suas%20pol%C3%ADticas>>. Acesso em: 22 de abril de 2022.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da população negra**. Coleção negras e negros: pesquisas e debates -- 2. ed. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em: file:///home/chronos/ufb666f8390329780fb72da6d4650cf1a155c46b2/MyFiles/Downloads/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 22 de abril de 2022.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. 1.ºed. São Paulo - Companhia das Letras. 2022, p.39.

BRASIL, Ministério das Relações Exteriores. **Discursos selecionados do Presidente Fernando Henrique Cardoso**.(1995, 1 de janeiro). Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2009. Disponível em:<http://funag.gov.br/loja/download/636-Discursos_FHC.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bonfim. **O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro**. In. Saúde da População Negra (70-98), Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012.

BRASIL. **13 de maio de 1988 - Dia da Abolição da Escravatura**. Biblioteca Nacional. Disponível em: <https://www.bn.gov.br/es/node/509> Acesso em maio de 2022.

BRASIL. Lei. 1.409, de 13 de maio de 1993. **Institui o Programa Nacional de**

Direitos Humanos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1904.htm Acesso em 22 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 10.639, de 9 de janeiro de 2003. **Diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm Acesso em 23 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 10.678, de 23 de maio de 2003. **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.678.htm Acesso em 24 de junho de 2022.

BRASIL. Lei. 4.229, de 13 de maio de 2002. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4229.htm#8. Acesso em 22 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 4.886, de 20 de novembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial PNPIR e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4886.htm. Acesso em 24 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 6.872, de 4 de junho de 2009. **Plano Nacional de Igualdade Racial - PLANAPIR.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6872.htm Acesso em 23 de junho de 2022.

BRASIL. Lei. 9.140, de 4 de dezembro de 1995. **Reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, ou acusação de participação, em atividades políticas, no período de 2 de setembro de 1961 a 15 de agosto de 1979, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9140.htm Acesso em 23 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 9.299, de 7 de agosto de 1996. **Altera dispositivos dos Decretos-leis nº s 1.001 e 1.002, de 21 de outubro de 1969, Códigos Penal Militar e de Processo Penal Militar, respectivamente.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9299.htm. Acesso em 23 de abril de 2022.

BRASIL. Lei. 9.455, de 7 de abril de 1997. **Define os crimes de tortura e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm. Acesso em 23 de abril de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degex/pneps> Acesso em 01 de maio de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996 de 20/08/2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.**

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/153866-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-a-implementacao-da-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.html>

Acesso em 01 de maio de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente na Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?** Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_e_saude_fortalecimento.pdf Acesso em 01 de maio de 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. **Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH.** Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1904.htm. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos II.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/pp/edh/pndh_2_integral.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

BREITMAN, George. **Quando surgiu o preconceito contra o negro.** In: A revolução e o negro: textos do trotskismo e da questão negra. São Paulo: Edições Iskra, 2015.

Carneiro, Ester Martins; Teixeira, Lívia Maria Silva; Pedrosa, José Ivo dos Santos. **A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos.** Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2021.v31n3/e310314/pt> Acesso em 14 de maio de 2023.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo negro, 2011.

CARVALHO, Igor. **Dos 135 deputados eleitos, 19% eram brancos nas últimas eleições.** In: Brasil de Fato. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/10/11/dos-135-deputados-federais-negros-eleitos-19-eram-brancos-na-ultima-eleicao> Acesso em: 11 de novembro de 2022.

CERQUEIRA, Daniel. **Atlas da Violência 2021** — São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>>. Acesso em: 11 de novembro de 2022.

BRASIL. Código de Ética profissional do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão.

CFESS. **“Assistentes Sociais no Combate ao Racismo – O Livro”.** Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2020Cfess->

[LivroCampanhaCombateRacismo.pdf?fbclid=IwAR39ubYgDu310BP6COmtyTARfpZ050A5eE0iuXZaAr-iUsRrhNsBanF6dQ](https://www.fcc.org.br/portal/imagens/LivroCampanhaCombateRacismo.pdf?fbclid=IwAR39ubYgDu310BP6COmtyTARfpZ050A5eE0iuXZaAr-iUsRrhNsBanF6dQ). Acesso em: 02 junho 2022.

CFESS. **Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia.** Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/nota-tecnica-raca-cor-2022-nov.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2022.

CIAMPA, Antônio da Costa. **Identidade.** In: W. Codo & S. T. M Lane (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 58-75), São Paulo: Brasiliense, 1984.

Conferência de Direitos Humanos de Viena 1993. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html> Acesso em 22 de abril de 2022.

COSTA. L. **Na Encruzilhada: A questão social e a questão racial, no contexto do Serviço Social.** TCC-UNIFESP, 2018.

Cronograma de aula COREMU R1- UNIFESP 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1dbpdAhiXTmdQmYEak2lc9FC-KNHrDBk/view> Acesso em 15 de maio de 2023.

Cronograma de aula COREMU R2- UNIFESP 2023. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1D0dOcZucSaiDz7-B43r_mxRjfrdeC1Qq/view Acesso em 15 de maio de 2023.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto da. **Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios.** In. *Saúde da População Negra* (37-48), Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012.

EURICO, M. C. **Questão Racial e Serviço Social: uma reflexão sobre o racismo institucional e o trabalho do assistente social.** Dissertação de mestrado. São Paulo, 2011.

FERNANDES, Luis Eduardo R. M ; CASSIN, MÁRCIA P. S. **Os governos petistas e a conciliação de classes: breve balanço e perspectivas para as políticas sociais.** Praia Vermelha: estudos de política e teoria social/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.28, n.1 (2018) – UFRJ. Escola de Serviço Social.

FILHO, José Barbosa da Silva. **O negro e o curso de Serviço Social da UFF.** *Revista África e Africanidades* – Ano I - nº 2. agosto de 2008.

FIOCRUZ. **Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU.** Canal Saúde, construindo cidadania. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu-2018-02-01> Acesso em 20 de maio de 2023.

GIOVANETTI, Márcia Regina. **A implantação do quesito raça/cor nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo.** 2007 (1-8) Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V8sCTjK6SLNWLpzYn6rPbBv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 agosto de 2022.

GONÇALVES, Renata. **Quando a questão racial é o nó da questão social.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/JGPd8LQgf3yWcxfRRWwjtFN/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Almeja%2Dse%20demonstrar%20que%20a,Rela%C3%A7%C3%B5es%20%C3%A9tnico%2Draciais>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

HOLLANDA, Bernardo Borges Buarque de; MAIA, João Marcelo Ehlert; SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Escravidão e liberdade nas Américas.** Estudos Históricos (Rio de Janeiro), Volume: 32, Número: 66, Publicado: 2019 Páginas 1 - 4 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2178-14942018000300001> Acesso em 09 de junho de 2022.

IBGE. **11% dos jovens com menores rendimentos abandonaram a escola sem concluir a educação básica em 2018.** Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25885-11-8-dos-jovens-com-menores-rendimentos-abandonaram-a-escola-sem-concluir-a-educacao-basica-em-2018#:~:text=Em%202018%2C%20a%20taxa%20de,parda%20se%20encontrava%20nesta%20situa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 de setembro de 2022.

IBGE. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf> Acesso em: 06 de outubro de 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social.** Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida.** Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf> Acesso em: 06 de outubro de 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf> Acesso em: 08 de outubro de 2022.

IBGE. **Plano Nacional de Saúde 2020 - 2023.** Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf Acesso em: 06 de outubro de 2022.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021. Coordenação de População e Indicadores Sociais. -

Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2022.

IPEA. Desigualdades Raciais e de Renda no Acesso à Saúde nas Cidades Brasileiras. 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/1/td_desigualdades_raciais_renda_publicacao_preliminar.pdf Acesso em: 11 de novembro de 2022.

IPEA. Igualdade Racial. Políticas Sociais: Acompanhamento e análise. 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11459/1/BPS_29_igualdade_racial.pdf Acesso em: 11 de novembro de 2022.

IPEA. Participação em Foco: Conferência Nacional de Igualdade Racial. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/participacao/conferencias-2/579-1-conferencia-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial> Acesso em: 24 de abril de 2022.

JESUS, Josefa Maria de; Rodrigues, Waldecy. **Trajetórias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro. V. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312> Acesso em 12 de maio de 2023.

MARA. Eduardo; BEZERRA Lucas. **A busca como medida: A questão social na formação social brasileira.** *Temporalis*, Brasília (DF), ano 21, n.42, p.110-125, jul/dez.,2021.

MECCA, Andrea Cordeiro. **O governo Lula: política, governabilidade e hegemonia** Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110432/000792541.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 01 de julho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis.** Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/?s=MSQyMDIyJDEkMSQzNSQ3NiQxJDEkMCQ1MDA4JDAkMCQyJDEyJDUwMDYzOSQw>. Acesso em: 23 de outubro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síntese do Plano Nacional de Saúde: Um pacto pela saúde no Brasil.** Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_brasil_sintese.pdf Acesso em 08 de setembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Temático Indicadores do Sistema Único de Saúde. Saúde da População Negra.** Vol. VII. 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf Acesso em: 23 de agosto de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2007. Disponível em:<<https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/153866-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-dispue-sobre-as-diretrizes-para-a-implementacao-da-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.html>>. Acesso em: 01 de maio de 2023

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Perspectiva, 2019. 2ª edição.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em:<https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em : 23 de agosto de 2022.

PINTO, Elisabete Aparecida. **Etnicidade, gênero e educação: a trajetória de vida de Laudelina de Campos Mello (1904-1991)**. Livro no prelo. 2015.

PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em 01 de maio de 2023.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde UNIFESP. Disponível em: <https://residenciamultiprofissional.unifesp.br/programas> Acesso em 19 de maio de 2023.

Projeto Pedagógico de Serviço Social - UNIFESP 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1p1uLjdJIN5L1xeGAlqtXa8u2oWuuD3sJ/view> Acesso em 15 de maio de 2023.

RAMOS, A. R. F. **A escravidão do indígena, entre o mito e novas perspectivas de debates**. Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília, v.1, n.1, p.241-265, jul. 2004. Disponível:<<https://dspace.sistemas.mpba.mp.br/bitstream/123456789/338/1/A%20escravid%3a%3o%20do%20ind%3adgena%2c%20entre%20o%20mito%20e%20novas%20perspectivas%20de%20debates%20-%20Andr%3a9%20R.%20F.%20Ramos%2c%202004%20.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2022.

RAMOS, A. R. F. **O Brasil Contemporâneo e a diversidade das sociedades indígenas**. 2009. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/I4D00264.pdf> Acesso em: junho de 2022.

Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade de São Paulo (COREMU-USP). <https://leginf.usp.br/?resolucao=resolucao-cocex-no-6276-de-21-de-maio-de-2012> Acesso em 19 de maio de 2023.

REIS, José João. **Quilombos e revoltas escravas no Brasil: “ Nos achamos em campo a tratar da liberdade”**. Revista USP, São Paulo, Vol 28, dezembro / fevereiro 1995/1996, páginas 14-39. Disponível em: file:///home/chronos/u-fb666f8390329780fb72da6d4650cf1a155cc/. Acesso em 08 de abril de 2022.

Relatório de Gestão FMUSP 2018 – 2022. Disponível em: https://fm.usp.br/fmusp/conteudo/RELATORIO_DE_GESTAO_FMUSP_2018_2022_WEB.pdf Acesso em 19 de maio de 2023.

Residência em Saúde da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://prceu.usp.br/residenciamulti/a-residencia/> Acesso em 16 de maio de 2023.

RESOLUÇÃO CoCEX Nº 6276, DE 21 DE MAIO DE 2012. **Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade de São Paulo (COREMU-USP)**. <https://leginf.usp.br/?resolucao=resolucao-cocex-no-6276-de-21-de-maio-de-2012>

RESOLUÇÃO CoCEX Nº 6630, DE 23 DE SETEMBRO DE 2013. **Altera os dispositivos da Resolução CoCEX nº 6276/2012, que baixa o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade de São Paulo (COREMU-USP)**. <https://leginf.usp.br/?resolucao=resolucao-cocex-no-6630-de-23-de-setembro-de-2013>

RICCI, Magda Maria de Oliveira, **Assombrações de um padre regente: Diogo Antônio Feijó (1784-1843)**. Campinas, Ed. da UNICAMP, 2002. Disponível em: <<https://www.cecult.ifch.unicamp.br/pf-cecult/public-files/publicacoes/88/assombracoes-miriam-dolhnikoff.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2022.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Irmãs do Atlântico: Escravidão e espaço urbano Rio de Janeiro e Havana (1763- 1844)** . 2012, p.311. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-08012013-121005/publico/2012_YnaeLopesDosSantos_VCorr.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2022.

SILVA, Leticia Batista. **Residência Multiprofissional em Saúde: alguns aspectos sobre sua trajetória histórica**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200> Acesso em 12 de maio de 2023.

SILVA, Neves Daniel. **Diferenças entre escravidão indígena e escravidão africana**. Mundo Educação. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/historiadobrasil/escravidao-indigena-x-escravidao-africana.htm> Acesso em: 08 de abril de 2022.

SOUZA, Felipe. **Pretos e pardos ganham 58% da renda de brancos, segundo IBGE**. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/empregos-e-carreiras/noticias/redacao/2021/12/03/diferenca-renda-negros-brancos-ibge.htm#:~:text= Pretos%20e%20pardos%20ganham%2058%25%20da%20renda%20de%20brancos%2C%20segundo%20IBGE,->

[Felipe%20de%20Souza&text=Segundo%20a%20S%C3%ADntese%20de%20Indica%20dores,brancos%20passa%20de%20R%24%203.000](#). Acesso em: 30 de novembro de 2022.

SUCHANEK, Márcia Gomes O. **Povos Indígenas no Brasil: de escravos a tutelados. Uma difícil reconquista da liberdade.** Confluências, Vol. 12, n. 1. Niterói: PPGSD-UFF, outubro de 2012, páginas 240 a 274. Disponível em: file:///home/chronos/u-fb666f8390329780fb72da6d4650cf1a155c46b2/MyFiles/Downloads/34240-Texto%20do%20Artigo-115338-1-10-20131009.pdf. Acesso em 08 de abril de 2022.

UNESCO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf> Acesso em: 14 de abril de 2022.

WILLIAMS, Eric. **Capitalismo e escravidão.** 1º ed. São Paulo. Companhia das Letras, páginas 29-62.2002.