

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CAROLINA MAGIERO DE SOUSA

A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO
ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL

FRANCA – SP

2025

ANA CAROLINA MAGIERO DE SOUSA

**A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO
ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA-SP

2025

S725s Sousa, Ana Carolina Magiero de
A saúde da população negra e as implicações do racismo estrutural e institucional / Ana Carolina Magiero de Sousa. -- Franca, 2025
118 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Saúde. 2. População Negra. 3. Racismo Estrutural. 4. Movimento Negro Brasileiro. 5. Serviço Social. I. Título.

ANA CAROLINA MAGIERO DE SOUSA

**A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO
ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus Franca, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social

Data da Defesa: 05/05/2025.

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta
UNESP - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Campus Franca

2º membro: Prof.^a Dr.^a Rosicler Lemos da Silva
UNESP – Departamento de Graduação em Serviço Social, Campus Franca

1º. Membro Externo à UNESP: Prof.^a Dr.^a Regina Celia de Souza Beretta
UNIFRAN- Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde, Franca
Universidade de Franca

Franca, 25 de abril de 2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, à gota d'água que fez transbordar o copo, no lugar que me prendia, nas convicções que insistia em acreditar, nos sonhos que tinha medo de realizar. Se não fosse essa gota d'água, não estaria escrevendo esses agradecimentos.

Agradeço a Pai Oxalá por ter permitido cada vivência e experiência que esses meus 32 anos alcançaram em meus olhos e meu coração.

Agradeço à minha mãe de cabeça, Iansã, por ter permanecido ao meu lado, com sua força e coragem, me auxiliando a enfrentar um dos maiores desafios que já vivi na minha vida, o vale das sombras. Epahey Oyá!

Agradeço a Exu por ter aberto meus caminhos, por ter sabiamente resgatado a minha curiosidade, a minha essência, o meu movimento. Laroyê Exu!

Agradeço à minha família, primeiramente à minha doce filha, Rebeca de Sousa Mendes. Se não fossem seus abraços, seus sorrisos, sua vida, acredito que não teria resgatado a mulher forte que sou. Você me salvou e me salva todos os dias, filha! Te amo para além desta vida.

Agradeço ao meu esposo, Rodrigo Wender Mendes. Se não fosse toda a sua dedicação à nossa família, o seu amor, seu cuidado, sua preocupação, eu também não estaria aqui. Obrigada por todo companheirismo, por ser o melhor esposo e pai do mundo. Te amo.

Agradeço aos meus pais, Dona Lourdes e seu Marcos, e à minha irmã, Ana Cristina. Obrigada pela rede de apoio construída para que eu pudesse assistir às aulas em Franca, por todo carinho ao escutar meus desabafos e por continuar incentivando a minha escrita.

Agradeço a uma amiga da 36ª Turma de Serviço Social – Thais Silva. Obrigada por compartilhar comigo seus saberes. Se não fossem alguns e-mails e conversas, provavelmente não teria conseguido escrever aquele projeto inicial.

Agradeço ao Me. Rafael Matheus de Jesus da Silva por toda paciência, humildade em debater assuntos complexos sem perder a ternura e, como um bom professor, ensinar! Se não fosse você, provavelmente não teria conseguido chegar até aqui.

Agradeço à Jaqueline Silva Ayello por, no momento mais desesperador, ter apontado o Rafa como alguém que poderia ajudar. Valeu de coração!

Agradeço à minha psicóloga Ana Luísa Costa Fidelis. Caraca, mulher, se não fossem nossas sessões, eu não teria tido a coragem de enfrentar meu maior medo: escutar meus desejos e ir atrás do que quero na vida.

Agradeço aos amigos que o QUAVISSS me deu. Salve, Me. Elaine Teixeira, assim como a Pós-Graduação, Aline Cristina da Silva e Natália Antunes!

Agradeço à minha amiga, Priscila Fernanda Ferreira. Nas horas mais difíceis, me levava para espairecer no Baruk. Mulher, você é sensacional. Te amo, obrigada por existir e permanecer.

Agradeço aos meus sogros, Dona Maria e Seu Reginaldo, que me acolheram inúmeras vezes para fazer as disciplinas na Unesp/Franca e que amam incondicionalmente a neta, e, por isso, me fazem ser feliz.

Agradeço à Profa. Dra. Elisangela de Jesus Santos. Se não fosse sua disciplina, talvez demorasse ainda mais para ler mulheres negras. Agradeço imensamente seu apoio e sua compreensão.

Agradeço à banca de qualificação e defesa, Profa. Dra. Regina Beretta e Profa. Dra. Rosicler Lemos da Silva, que apresentou inúmeras sugestões, incentivou e fortaleceu a necessidade e a importância de se discutir a temática.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, que apoiou, direcionou e compreendeu a necessidade de pesquisar esta temática.

Por fim, agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa, através da bolsa de demanda social (DS).

RESUMO

A presente pesquisa de dissertação de mestrado teve como objetivo geral compreender a relação entre a saúde da população negra e as implicações do racismo estrutural e institucional, tendo como referência o Sistema Único de Saúde. A partir dessa temática, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: historicizar a construção da saúde pública no Brasil; analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e identificar a contribuição dos movimentos sociais negros para a construção de políticas de saúde, tanto para o combate ao racismo estrutural e institucional quanto para a promoção da equidade racial no SUS. Para alcançar tais objetivos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental fundamentada no materialismo histórico-dialético, uma vez que possibilita a compreensão dessa realidade como dinâmica e contraditória, sendo necessário desvendar as camadas de imediatividade que envolvem o tema. O estudo abrangeu documentos históricos de referência da saúde coletiva, de movimentos sociais da população negra, boletins epidemiológicos, dados e indicadores sociais, sobretudo, de 4 (quatro) relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde. Os resultados mostram a necessidade e a importância de se compreender a concepção ampliada de saúde, com vistas a garantir condições dignas para a saúde da população negra brasileira, que compõe mais da metade do país, segundo dados do último censo demográfico. Além disso, evidenciou-se a partir dos indicadores de saúde e sociais, que a população negra apresenta os piores índices de saúde, sendo este um reflexo da sociabilidade capitalista, racista e machista, que organiza a sociedade e as instituições sociais e a própria saúde pública. Entretanto, ressalta-se, que sempre existiram e continuarão a existir enfrentamentos enquanto houver tais iniquidades, sendo o movimento social negro – também denominado movimento negro brasileiro – um dos principais agentes que, a partir da realidade sócio racial do Brasil, realizou e realiza mobilizações, tanto no espaço institucional quanto fora dele. Considera-se que, a partir da organização dos movimentos sociais e coletivos negros no Brasil, foi possível enfrentar essas disparidades e propor a construção de políticas públicas de saúde, tanto para combater o racismo estrutural e institucional quanto para garantir a equidade e a integralidade – pilares do SUS – nas ações de saúde para a saúde da população negra. A conclusão dessa pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista – UNESP, sobre a saúde da população negra e a relação que estabelece com o racismo, é inédita e poderá trazer contribuições para novos estudos e pesquisas, ao indicar lacunas importantes na produção científica sobre os impactos dos determinantes sociais de saúde na população negra e ao evidenciar a permanência de abordagens marcadamente biologicista no campo da saúde. Nesse sentido, destaca-se a urgência de incorporar, de forma crítica, o debate étnico-racial na formação dos profissionais de saúde e de Serviço Social, possibilitando a construção de práticas comprometidas com a equidade e o enfrentamento ao racismo institucional. Ademais, os dados analisados reforçam a necessidade de investimentos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da articulação intersetorial e da valorização do controle social, visando ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população negra em todo o território nacional.

Palavras-chave: Saúde. População Negra. Racismo Estrutural. Movimento Negro Brasileiro. Serviço Social.

ABSTRACT

This master's dissertation aimed to understand the relationship between the health of the Black population and the implications of structural and institutional racism, using the Brazilian Unified Health System (SUS) as a reference. Based on this theme, the following specific objectives were established: to historicize the development of public health in Brazil; to analyze the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN); and to identify the contribution of Black social movements to the construction of health policies, both to combat structural and institutional racism and to promote racial equity within SUS. To achieve these objectives, a bibliographic and documentary research was conducted, grounded in historical-dialectical materialism, as it enables the analysis of reality as dynamic and contradictory, requiring the unveiling of layers of immediacy surrounding the topic. The study included historical documents related to collective health, records from Black social movements, epidemiological bulletins, social indicators and data—especially from four final reports of the National Health Conferences. The results highlight the necessity and importance of understanding a broad concept of health, in order to ensure dignified conditions for the health of the Black Brazilian population, which comprises more than half of the country's population, according to the latest demographic census. Furthermore, health and social indicators demonstrate that the Black population exhibits the worst health outcomes—an expression of a capitalist, racist, and sexist sociability that shapes society, its institutions, and public health itself. Nevertheless, it is emphasized that resistance has always existed and will continue to exist as long as such inequities persist. The Black social movement—also referred to as the Brazilian Black movement—has been one of the main actors mobilizing both within and outside institutional spaces, based on Brazil's racial and social reality. It is considered that the mobilization and organization of Black social movements and collectives in Brazil have made it possible to confront these disparities and propose public health policies, aimed both at combating structural and institutional racism and at ensuring equity and comprehensiveness—core principles of SUS—in healthcare for the Black population. The conclusion of this research, developed within the Graduate Program in Social Work at São Paulo State University (UNESP), is unprecedented and may contribute to new studies and research by identifying significant gaps in scientific production regarding the impacts of social determinants of health on the Black population and by exposing the continued dominance of a biologicist approach in the field of health. In this context, the urgency of critically incorporating the racial-ethnic debate into the training of health and Social Work professionals is underscored, enabling the development of practices committed to equity and the fight against institutional racism. Moreover, the data analyzed reinforce the need for greater investment in the implementation of the PNSIPN, through intersectoral coordination and the strengthening of social participation, in order to expand access to and the quality of healthcare for the Black population throughout the national territory.

Keywords: Health. Black population, Structural racism. Brazilian Black Movement. Social Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de distribuição da População Negra por Estado

Figura 2: Movimento de mulheres negras na década de 1970

Figura 3: Cartaz da I Marcha Zumbi dos Palmares pela Vida e pela Cidadania

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Proposições da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000

Quadro 2 – Proposições da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003

Quadro 3 – Proposições da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007

Quadro 4 – Proposições da 17ª Conferência Nacional de Saúde, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS – Atenção Primária à Saúde
BE – Boletim Epidemiológico
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
DF – Doença Falciforme
DSS – Determinantes sociais da saúde
EC – Emenda Constitucional
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MMN – Movimento de Mulheres Negras
MNB – Movimento Negro Brasileiro
MSN – Movimento Social Negro
MUCDR – Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial
MNU – Movimento Negro Brasileiro
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOIS – Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan- Americana da Saúde
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal

PNAIPDF –Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

PUC-Rio – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SINASC – Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações de Agravos

SUS – Sistema Único de Saúde

SPAA – Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	18
1.1 Contexto sócio-histórico do Sistema Único De Saúde.....	18
1.2 Princípios e Diretrizes do SUS, ênfase na integralidade e equidade.....	26
1.3 O racismo enquanto determinante social de saúde.....	31
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN).....	37
2.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	38
2.2 Indicadores de Saúde da População Negra.....	51
3. CONTRIBUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E COLETIVOS NEGROS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	64
3.1 Movimento Negro Unificado (MNU).....	66
3.1.1 Movimento Mulheres Negras (MMN).....	67
3.1.2 Marcha Zumbi dos Palmares.....	69
3.2 Conferências Nacionais de Saúde e a participação do Movimento Negro Brasileiro...71	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
ANEXO A. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).....	112
ANEXO B. Carta de Princípios do Movimento Negro Unificado (MNU).....	118

INTRODUÇÃO

O Serviço Social brasileiro atual, ancorado no Projeto Ético-Político (PEP), que direciona a atuação dos assistentes sociais, apresenta como característica fundamental contrapor-se às práticas tradicionais e conservadoras, atreladas à gênese da profissão, conforme apresenta Netto (2009).

Ainda, segundo o referido autor, o projeto se baseia na ideia de formular uma visão coletiva da sociedade que vá além dos interesses individuais ou estritamente profissionais, incorporando necessidades sociais mais amplas e a busca por justiça social, assim como por uma nova ordem societária.

É importante destacar ainda que concordamos com a ideia de Netto (2009) ao afirmar que o PEP do Serviço Social se transformou ao longo dos anos, devido às modificações societárias e às novas exigências impostas aos assistentes sociais.

Essa concepção é relevante para esta pesquisa, visto que a discussão do Serviço Social no tocante às relações étnico-raciais tem início na década de 1980, conforme aponta Silva (2022), por meio da atuação de assistentes sociais negras, e se intensifica na contemporaneidade, com o aumento de alunos/as negros/as nas universidades.

A escolha do tema desta dissertação — a saúde da população negra e as implicações do racismo para esse grupo — foi motivada, portanto, tanto pelas diretrizes ético-políticas da profissão quanto pelas inquietações surgidas no exercício profissional da pesquisadora.

Foi a partir das inquietações e indagações oriundas da observação durante a atuação na Saúde Pública, especialmente no que diz respeito às diferenciações e violências dirigidas à população negra em comparação à população não negra, que buscamos compreender a motivação e/ou a justificativa por trás dessa realidade sócio-racial.

Além disso, a experiência da pesquisadora como diretora no Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo (CRESS-SP), na Seccional de Ribeirão Preto, proporcionou maior aproximação com a campanha da gestão 2017-2020 promovida pelo Conselho Federal de Serviço Social e pelo Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS), intitulada: "Assistentes Sociais no combate ao racismo".

Nesse sentido, ao articular teoria e prática profissional, foi possível perceber que as diferenciações observadas no espaço sócio-ocupacional se davam em decorrência do racismo estrutural, que ao se materializar nas instituições, expressa-se, como racismo institucional.

Para fins acadêmicos e pesquisa, alicerçamos nossa compreensão de racismo estrutural, em Almeida (2018), cuja obra apresenta argumentos de que o racismo não se explica por ações

individuais ou práticas discriminatórias isoladas, mas, de forma geral, organiza as relações sociais na sociedade brasileira, favorecendo determinados grupos raciais em relação a outros, nas mais diferentes esferas da sociedade capitalista: política, econômica, ideológica e jurídica.

Conforme é possível apreender no trecho abaixo destacado:

O racismo, de acordo com esta posição é uma manifestação das estruturas do capitalismo, que foram forjadas pela escravidão. Isso significa dizer que a desigualdade racial é um elemento constitutivo das relações mercantis e das relações de classe, de tal sorte que a modernização da economia e até seu desenvolvimento também podem representar momentos de adaptação dos parâmetros raciais a novas etapas da acumulação capitalista. Em suma: para se renovar, o capitalismo precisa, muitas vezes, renovar o racismo, como, por exemplo, substituir o racismo oficial e a segregação legalizada pela indiferença em face da igualdade racial sob o manto da democracia (Almeida, 2018, p. 144).

É sob essa égide que nos guiamos ao afirmar que o racismo é estrutural e estruturante, pois considera seu entrelaçamento com o sistema capitalista, sendo as desigualdades baseadas na raça um componente central das relações sociais e da dinâmica de classes (Abepss, 2019).

De forma articulada a essa compreensão, destacamos o conceito de racismo institucional, apoiadas em Werneck (2016), que compreende o racismo institucional como uma lógica de organização presente em instituições públicas e privadas, que define como os serviços são oferecidos, favorecendo determinados grupos raciais em detrimento de outros historicamente marginalizados, como é o caso da população negra.

Entendemos que o racismo institucional também se manifesta, por exemplo, no baixo investimento de recursos financeiros destinados à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; na formulação de ações em saúde que desconsideram os determinantes sociais que impactam diretamente a vida da população negra; bem como na omissão frente a predisposições genéticas mais prevalentes nesse grupo, como no caso da Doença Falciforme (Werneck, 2016).

Dessa forma, a pesquisa tem como problema identificar a relação estabelecida entre a saúde da população negra e o racismo estrutural e institucional, tendo como referência o Sistema Único de Saúde (SUS).

Parte-se do pressuposto da existência de iniquidades e disparidades em saúde para a população negra como resultado do racismo estrutural presente na sociedade brasileira e internalizado nas instituições de saúde.

Em função dessa realidade sócio-racial e das diversas mobilizações da sociedade civil, da organização do movimento social negro, construiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o intuito de reduzir tais disparidades. Ademais,

consideramos o racismo como um determinante social de saúde e, portanto, como elemento que apresenta desdobramentos no processo saúde-doença da população negra, que, majoritariamente, é atendida pelo SUS.

Ainda, é essencial destacar alguns pontos-chave, tais como: esta pesquisa é extremamente relevante no âmbito do Serviço Social, uma vez que, orientados pelos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional (Brasil, 1993), os/as assistentes sociais têm como direção para sua atuação profissional:

Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as (Brasil, 1993, p. 23).

Diante desses apontamentos, é possível correlacionar a importância de o Serviço Social se debruçar sobre esse debate, visto que, ao compreender que, historicamente, os grupos mais afetados pela estrutura capitalista, racista e machista têm gênero, raça e classe, torna-se crucial que a nossa atuação apresente respostas diante dos desafios que se impõem ao longo do exercício profissional.

A partir disso, destacamos que esta pesquisa – desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, campus de Franca/SP – que tem como tema a discussão sobre a Saúde da População Negra em sua totalidade e a relação que se estabelece com o racismo, é inédita. O seu ineditismo nesse espaço acadêmico-científico, revela o reconhecimento das pautas e o compromisso da profissão na luta anticolonialista e antirracista, provocada pelo debate que integra ensino-pesquisa-extensão em defesa do direito à saúde e do SUS.

Torna-se, dessa forma, essencial que futuros/as pesquisadores/as promovam aprofundamentos e discussões que permitam compreender que a saúde da população negra não se limita a patologias. Assim, faz-se necessária uma abordagem mais ampla sobre os determinantes sociais de saúde que compõem essa realidade, bem como a urgência de enfrentamento do racismo nos espaços de saúde – fruto da ideologia da democracia racial (Freyre, 2003) e da perpetuação do racismo estrutural (Almeida, 2018).

Adicionalmente às informações disponibilizadas, é crucial destacar que, atualmente, há discussões sobre a existência da questão racial no Brasil a partir da introdução da semântica dos “racismos” (Fonseca, 2023). Contudo, tal abordagem não será adotada neste momento, em virtude do pouco tempo disponível para seu devido aprofundamento e reflexão.

Serão discutidas as categorias como raça, gênero e classe, a partir dos documentos e indicadores sociais, que compõem essa dissertação. No entanto, em decorrência das possíveis ramificações em torno dessa discussão, optamos pela não abordagem da saúde da mulher negra em específico, sendo então realizada uma discussão de forma mais ampla.

O estudo busca respostas para os seguintes objetivos: geral compreender a relação entre a saúde da população negra e as implicações do racismo estrutural e institucional, tendo como referência o Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar esse propósito, estabelece como objetivos específicos: historicizar a construção da saúde pública no Brasil; analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e, identificar a contribuição dos movimentos sociais negros para a construção de políticas de saúde, tanto para o combate ao racismo estrutural e institucional quanto para a promoção da equidade racial no SUS.

Para tanto, o processo metodológico está pautado na pesquisa bibliográfica e de análise documental, fundamentadas no materialismo histórico-dialético, com a preocupação do aprofundamento das reflexões teóricas e do acesso aos documentos, pertinentes ao objeto de estudo. Nesse sentido, com o objetivo de possibilitar uma maior dedicação às discussões desenvolvidas, optou-se pela realização de uma abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009, p. 21), “responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Ademais, dada a complexidade da temática, a abordagem qualitativa possibilita a articulação com dados e indicadores sociais quantitativos sobre as condições de vida e saúde da população negra, os quais enriquecem a análise e, conforme ressalta a autora, se complementam, contribuindo para a apreensão mais ampla e concreta da realidade vivida por essa população.

Ou seja, desde que analisados a partir da totalidade social e dos elementos universais que estruturam a sociabilidade capitalista, tais dados e indicadores fortalecem a análise crítica das determinações históricas e estruturais que incidem sobre a população negra. A partir dessa perspectiva, reafirma-se a coerência com o método dialético, uma vez que os dados empíricos quando contextualizados, possibilitam aprofundamentos teóricos consistentes sobre a realidade sócio-racial brasileira.

Como afirma Prates (2016, p. 107):

Com perspectiva teleológica, o método dialético crítico contempla no processo investigativo o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento

contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade.

Nesse sentido, compreendemos que o método investigativo utilizado busca apreender as contradições presentes nas relações sociais, permitindo uma análise aprofundada dos processos históricos e sociais que revelam as nuances do racismo no capitalismo e seus efeitos na saúde da população negra. Segundo a autora:

O que mais nos encanta na teoria e no método marxiano é exatamente a profundidade da pesquisa intrinsecamente relacionada e direcionada para a realidade social e para as ações concretas com vistas à sua transformação. A superação dos estudos contemplativos por investigações comprometidas com os temas e sujeitos envolvidos no estudo (Prates, 2016, p. 108).

O trecho apresentado sintetiza, de forma precisa, o motivo da escolha do método de pesquisa, por se tratar de uma abordagem preocupada com os sujeitos e que propicia o aprofundamento necessário não apenas para conhecer o fenômeno social estudado, mas também para transformá-lo, se assim for necessário.

Compreendemos a sociabilidade como um processo dialético, ou seja, a realidade social não se apresenta como um todo acabado e definitivo, o que abre possibilidades para mudanças e transformações sociais voltadas à população. Conforme Kosik (1995, p.44) declara:

Se a realidade é entendida como concentricidade, como um todo que possui sua própria estrutura (e que, portanto, não é caótico), que se desenvolve (e, portanto, não é imutável nem dado uma vez por todas), que se vai criando (e que, portanto, não é um todo perfeito e acabado no seu conjunto e não é mutável apenas em suas partes isoladas, na maneira de ordená-las).

Considera-se que o referencial metodológico evidencia a perspectiva da pesquisadora na compreensão do mundo e na construção de suas relações sociais. Por essa razão, buscou-se a aproximação com o referencial teórico crítico, uma vez que se acredita ser o método mais condizente com a realidade concreta das pessoas. Tal abordagem possibilita a mediação entre os aspectos universais da sociedade em que vivemos e suas particularidades no âmbito individual de cada sujeito.

A pesquisa bibliográfica foi construída a partir de livros seminais que abordam conceitos sobre Racismo, Saúde, Sistema Único de Saúde, Movimento Negro, bem como artigos científicos indexados em bases de dados como SciELO, LILACS e Periódicos CAPES, utilizando-se de palavras-chave como: saúde, população negra, racismo, integralidade, equidade e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Segundo Gil (2008, p. 50):

[...] a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. Por exemplo, seria impossível a um pesquisador percorrer todo o território brasileiro em busca de dados sobre população ou renda per capita; todavia, se tem a sua disposição uma bibliografia adequada, não tem maiores obstáculos para contar com as informações requeridas. Compreende-se que toda pesquisa científica apresenta em sua estrutura fontes bibliográficas para apreensão do tema a ser pesquisado e estudado.

Dessa forma, o referencial teórico da pesquisa permitiu uma aproximação com a temática discutida, garantindo a criticidade necessária para a reflexão acerca da realidade sócio-racial no Brasil e seus desdobramentos sobre a saúde da população negra.

Em relação à análise documental, conforme destaca Gil (2008, p. 153-154):

Todas as sociedades estão continuamente mudando. Mudam as estruturas e as formas de relacionamento social, bem como a própria cultura da sociedade. Para captar os processos de mudança, não basta, portanto, observar as pessoas ou interrogá-las acerca de seu comportamento. Nesse sentido é que as fontes documentais tornam-se importantes para detectar mudanças na população, na estrutura social, nas atitudes e valores sociais etc.

A análise documental foi realizada por meio de materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como boletins epidemiológicos sobre indicadores da saúde da população negra; indicadores sociais elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); a própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); e os Relatórios Finais da 11ª, 12ª, 13ª e 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A escolha pela análise de proposições presentes nesses Conferências – 11ª de 2000, 12ª de 2003, 13ª de 2007 e 17ª de 2023, foi motivada pelo percurso investigativo da pesquisadora, sobretudo a partir da leitura de intelectuais e ativistas negras como Fernanda Lopes e Jurema Werneck, cujas contribuições teóricas sobre a saúde da população negra serão aprofundadas nos capítulos seguintes. As autoras destacam a relevância histórica das 11ª e 12ª conferências por apresentarem um volume significativo de propostas voltadas à promoção da equidade em saúde, com ênfase nas demandas da população negra.

No decorrer do processo de pesquisa, constatou-se que a 13ª CNS de 2007 incorporou em sua pauta um conjunto expressivo de diretrizes com o objetivo específico de viabilizar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o que justificou sua inclusão. Por fim, a 17ª Conferência de 2023 foi selecionada pela expressiva atuação do movimento negro, cujas proposições foram construídas anteriormente na Conferência Livre Nacional de Saúde da População Negra de 2023, a qual desempenhou papel

central na formulação de propostas que subsidiaram grande parte das deliberações aprovadas no evento nacional.

Ademais, os documentos analisados permitiram evidenciar e divulgar a participação dos movimentos sociais negros na luta pela saúde pública no Brasil, bem como suas conquistas — ainda que essas precisem ser defendidas cotidianamente para que se efetivem. Assim, a partir dessa análise foi possível confirmar a afirmação destacada por Gil (2008), especialmente ao se observar que houve mudanças ao longo do tempo, como, por exemplo, as pautas apresentadas pelo movimento social negro nas Conferências Nacionais de Saúde. Dessa forma, evidencia-se a dinamicidade presente nas relações sociais.

Esse caminho teve a preocupação de garantir a construção de argumentos capazes de demonstrar a influência das condições concretas de vida da população negra — ou seja, os determinantes sociais de saúde — no processo de saúde e doença dessa população, bem como as desigualdades evidenciadas nos dados epidemiológicos, tanto no que se refere às patologias quanto ao atendimento e tratamento fornecidos a essa população em comparação com outros grupos sociais.

Sendo assim, a dissertação apresenta-se em três capítulos. No Capítulo 1, discute-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), os dois pilares que o sustentam — equidade e integralidade — e o debate sobre o racismo como determinante social de saúde.

No Capítulo 2, realiza-se uma análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), sua origem, os motivos que impulsionaram sua criação no âmbito do SUS e, a partir de documentos institucionais, o panorama da saúde da população negra — por meio de indicadores de saúde e, para além das patologias, das condições sociais em que esses sujeitos estão inseridos na sociedade brasileira.

Posteriormente, no Capítulo 3, foi realizada análise a partir dos Relatórios Finais das 4 (quatro) da 11ª, 12ª, 13ª e 17ª Conferências Nacionais de Saúde, os quais abordam a saúde da população negra como um conjunto de ações a serem materializadas no SUS, construídas a partir da mobilização e organização do movimento social negro na reivindicação de seu direito de existir.

Por fim, a conclusão desta dissertação evidencia a urgência de aprofundar a discussão sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença da população negra, tema ainda pouco explorado na produção acadêmica e nos artigos científicos.

A partir da organização dos movimentos sociais negros, tanto nos espaços institucionais de controle social quanto fora deles, evidencia-se o protagonismo dessa população na luta pelo direito à saúde, diante das disparidades e iniquidades reveladas pelos dados epidemiológicos.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de maior comprometimento dos/as assistentes sociais com essa temática, considerando seu papel estratégico nas políticas sociais e na atuação interdisciplinar com outros profissionais.

1. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Contexto Sócio-histórico do Sistema Único de Saúde

O conceito de saúde, hegemônico na sociedade do século XXI, ancora-se nas construções do século XX, apresentando como marcos históricos a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (1978). Trata-se de um conceito cujo principal objetivo é a desconstrução reducionista segundo a qual o corpo ausente de enfermidades é sinônimo de saúde.

A priori, destaca-se a conferência de Alma-Ata (1978) por compreender que a mesma trouxe em seu discurso a necessidade de se entender a saúde como “um direito humano fundamental” (OPAS, 1978) e que, para alcançar o nível mais alto de saúde, seria necessário a articulação com outros países para a superação das desigualdades existentes fruto da sociabilidade capitalista conforme Sarreta, Bisco e Brentini (2021) apresentam.

O evento apresentou discussões a respeito de diversos temas, dentre eles a necessidade da equidade em saúde, dando destaque para a redução das disparidades em saúde, visto que “a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável” (OPAS, 1978).

Inserido nesta lógica foram discutidas ações voltadas para os cuidados primários em saúde, sendo esta considerada principal ferramenta para alcançar a meta “Saúde para Todos” até o ano 2000 sendo a participação da comunidade um dos pilares desse cuidado em saúde, a fim de se garantir o atendimento das necessidades concretas dessa população.

Influenciados por esse contexto o Movimento da Reforma Sanitária brasileira (MRSB), presente nas décadas de 1970-1980, trouxe como característica a necessidade de uma mudança estrutural na atenção à saúde no Brasil, conforme apresenta Paim (2009).

De acordo com o autor, a reforma sanitária,

[...] surge como idéia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado a crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, a busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo (Paim, 2009, p. 31).

Paim (2009) ao descrever a reforma sanitária dessa maneira, permite a compreensão que a mesma não foi estática, mas sim um processo dinâmico e em evolução envolvendo vários estágios e elementos, sendo, portanto, um fato histórico, social e político e que precisa ser compreendido dentro de sua complexidade.

Além disso,

pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos (Paim, 2009, p. 29).

Ao enfatizar que frente a realidade da saúde no Brasil, os/as brasileiros/brasileiras organizaram-se e construíram um movimento de enfrentamento a aquela realidade social, que permitiu um novo fazer em saúde ressalta a importância do movimento da reforma sanitária brasileira.

Desta maneira, ainda que de forma inicial é possível perceber a semelhança com alguns princípios discutidos na Conferência de Alma-Ata e o projeto da reforma sanitária brasileira, como a participação da população na construção de um novo modelo de atenção à saúde e a responsabilidade do Estado para com a saúde de sua população.

Percebe-se, assim, que a Reforma Sanitária Brasileira era um processo que, em sua essência, contrapunha-se à ideologia dominante da época e reivindicava outras formas de concepção de saúde.

Esse processo de transformação na saúde pública não ocorreu de maneira isolada, mas foi influenciado por um contexto mais amplo de mobilização social que emergia como resistência ao autoritarismo e às desigualdades estruturais.

Durante as décadas de 1970 e 1980, os movimentos sociais ganharam força, promovendo debates e reivindicações por direitos que incluíam a democratização da saúde. Nesse cenário, destacam-se as contribuições dos movimentos negros, especialmente o Movimento de Mulheres Negras (MMN), que trouxeram à tona a luta por equidade racial e de gênero no acesso à saúde, enriquecendo o projeto sanitário brasileiro.

Conforme destaca Werneck (2016, p. 536):

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o movimento de mulheres negras e do movimento negro por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós- abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

A apreensão desse fato é importante, por meio das denúncias do movimento negro e do movimento de mulheres negras, que expunham as disparidades no tratamento à saúde da população negra – decorrentes do racismo estrutural (Almeida, 2018) – que se buscou o

enfrentamento a tais desigualdades. Trazer essa compreensão é fundamental para não propagarmos novamente o silenciamento do protagonismo de mulheres e homens negros/os na luta por direitos sociais.

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido universalmente, gratuito e para todos, sendo dever do Estado conforme preconizado na Constituição Federal de 1988, surge em grande parte em decorrência da organização política do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), tendo como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2019), a Conferência contou com:

mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’.

O impacto da 8ª Conferência Nacional de Saúde na Constituinte é notório, visto que, para além de amplificar a conceitualização de saúde, compreendeu que esta é um “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

Conforme observado no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), havia consenso sobre a necessidade de modificação no setor da saúde, mas o debate não se limitava a questões burocráticas ou administrativas. A intenção era promover uma reconceitualização do que se compreendia por saúde até aquele momento.

Além disso, a própria comissão relatora trouxe observações importantes, como a participação do setor privado na saúde por meio de concessões orientadas por diretrizes fundamentadas no Direito Público, a estatização progressiva do novo sistema de saúde e a separação entre previdência e saúde – sendo este último um tema polêmico (Brasil, 1986).

Outro aspecto relevante foi a fragilidade observada em temas como a estatização da indústria farmacêutica, que exigia novos debates. O relatório final apresenta uma fundamentação crítica e propositiva, alicerçada em conceitos radicais. Por exemplo, discutia-se que a saúde não se restringe à formalização legal, mas exige que o Estado assuma uma política de saúde integrada e consequente, assegurando os meios para sua efetivação:

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso

será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (Brasil, 1986, p. 4).

A relevância desse fragmento reside no fato de demonstrar que as organizações presentes na 8ª Conferência compreendiam que a estrutura legal deveria estar alicerçada em pilares democráticos e participativos. Assim, seria possível evitar que o direito à saúde se tornasse alienado. Esse debate também destacava a necessidade de articular as políticas públicas para garantir um olhar integral aos sujeitos.

É imprescindível ressaltar que a 8ª Conferência ampliou as discussões sobre o conceito de saúde, procurando materializá-lo no SUS. Em tempos de ideologia neoliberal e mercantilização da saúde, recuperar essas ideias é essencial, pois os atores políticos da Conferência defendiam que a saúde refletia a sociedade e suas organizações sociais, apontando a necessidade de melhorar condições como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte (Brasil, 1986, p. 4).

Destaca-se ainda que os/as participantes discutiam a necessidade de o Estado garantir condições básicas para assegurar o direito à saúde, tais como:

- adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; (Brasil, 1986, p. 07).

Nota-se que já se discutiam as desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira e a necessidade de um olhar cuidadoso para esses estratos, conforme apresentado acima. A Conferência destacou-se como um espaço de deliberação e disputa de poder, influenciando fortemente a construção de um Sistema Único de Saúde universal, gratuito, equitativo, descentralizado e com participação popular, ou seja, democrático.

Conforme o relatório final, a reforma sanitária deveria separar a saúde da previdência social e reorganizar as funções entre União, Estados e Municípios a fim de garantir os princípios do SUS. Direcionamentos como a participação popular, a qualificação de profissionais continuam sendo desafios que ecoam até os dias atuais.

Apresentando como proposta para o novo sistema nacional de saúde os seguintes princípios:

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde;

- fortalecimento do papel do município;
- introdução de práticas alternativas de assistência a saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida (Brasil, 1986, p. 10-11).

Mundialmente, observou-se um rearranjo das discussões relacionadas ao conceito de saúde, promovendo uma abordagem mais ampla e integrada. Um marco histórico para a construção da saúde pública foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá.

A Carta de Ottawa (1986), como será tratada adiante, surgiu com o objetivo de atender às expectativas crescentes no cenário mundial acerca de uma nova abordagem à saúde pública. Este documento fundamenta-se nos avanços conquistados pela Declaração de Alma-Ata (1978) e pela iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulada "Saúde para Todos". Enfatiza a necessidade de ações intersetoriais no setor da saúde e propõe estratégias que vão além dos serviços médicos, promovendo a articulação entre diferentes setores da sociedade.

A referida Carta posiciona o empoderamento das comunidades como elemento central para a melhoria da qualidade de vida. Defende a importância da participação social no controle e gestão das ações de saúde, destacando que esta deve ser uma prioridade política. Em outras palavras, a saúde precisa ser considerada uma questão estratégica na formulação de políticas sociais, assegurando que decisões tomadas em diversos setores levem em conta seu impacto potencial na saúde pública.

O documento também enfatiza uma abordagem ampla na promoção da saúde, integrando ações legislativas, medidas fiscais e transformações organizacionais. Seu objetivo é fomentar a equidade em saúde e garantir uma distribuição mais justa de recursos e políticas sociais.

Esses objetivos, em conjunto, visavam concretizar a meta de "Saúde para Todos até o ano 2000", por meio de ações coordenadas e estratégias direcionadas à promoção da saúde. A similaridade entre as discussões da Declaração de Alma-Ata (1978) e da Carta de Ottawa (1986) é evidente, assim como seu impacto global.

Ambas reforçam que a saúde não pode ser discutida de forma isolada ou limitada a um modelo biologicista, mas deve ser uma responsabilidade compartilhada entre governantes e sociedade. Essa perspectiva destaca a importância da participação popular nas decisões relacionadas à saúde, a garantia de equidade para populações em maior grau de vulnerabilidade e outros aspectos essenciais para a promoção da saúde.

No Brasil, esses princípios influenciaram diretamente o processo de organização de ações voltadas para superar o modelo de assistência médica restrito a uma pequena parcela da

população. Essa influência contribuiu para a construção de um novo sistema de saúde, fundamentado na dignidade da vida humana e na ampliação do acesso aos serviços de saúde como direito universal.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), como o conhecemos atualmente, fundamenta-se no processo de redemocratização do Brasil, consolidando-se como um modelo público, universal e equitativo. Ele encontra respaldo jurídico na Constituição Federal de 1988, que consagra a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para sua regulamentação, destacam-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, que define sua organização e funcionamento, e a Lei nº 8.142/1990, que estabelece a participação popular e o financiamento no âmbito do SUS.

O artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde apresenta os princípios fundamentais que norteiam o SUS, entre eles:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Esses são apenas alguns dos quinze princípios e diretrizes apresentados na Lei Orgânica da Saúde, que constituem os pilares que sustentam o SUS. Dentre os quais, destaca-se o princípio da equidade, que assume um papel central na construção de um sistema de saúde capaz de atender a um país de dimensões continentais e de realidades regionais tão diversas.

A equidade não significa tratar todos de forma igual, mas sim proporcionar condições adequadas às necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo, reconhecendo as desigualdades e buscando minimizá-las.

Outro aspecto essencial do SUS é a participação da população nas decisões e no planejamento das ações de saúde em todas as esferas – municipal, estadual, distrital e federal. Essa participação é assegurada pela Lei nº 8.142/1990, que institui os conselhos e conferências de saúde como espaços de deliberação e controle social.

A promulgação dessa lei foi um marco na garantia de que a voz da comunidade fosse legitimamente ouvida, permitindo que as políticas e ações de saúde sejam construídas a partir das realidades locais e das necessidades concretas da população. Esse processo reforça a qualidade dos serviços prestados e consolida a democracia brasileira. Como propôs Sérgio

Arouca ¹ na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, a saúde é mais do que a ausência de doença; ela reflete as condições de vida da população e depende da efetiva participação social para a construção de políticas públicas que atendam à pluralidade de demandas.

Portanto, a essência do SUS está alicerçada em princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, mas também na garantia da participação popular como instrumento de democratização das decisões em saúde. Isso evidencia que o sistema não é apenas técnico, mas profundamente político, refletindo as escolhas de uma sociedade que busca construir um país mais justo e solidário.

Ressalta-se que, embora o SUS tenha se consolidado como uma resposta aos anseios da sociedade brasileira, ele ainda enfrenta desafios históricos e estruturais, especialmente no combate às desigualdades que impactam desproporcionalmente a população negra e outros grupos historicamente marginalizados. É fundamental compreender que o Sistema Único de Saúde está inserido no conjunto das políticas sociais e, conforme Pereira (2011, p. 28), é:

[...] um componente ou produto, que é, da velha e conflituosa relação entre Estado e sociedade, no marco das formações sociais de classe (não importam a natureza e a idade que tenham), vai sempre lidar com interesses opostos, já que ela resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos.

Nesse sentido, é importante destacar que, apesar dos avanços da saúde pública brasileira, não se pode fechar os olhos para as contradições e a disputa de interesses no que tange à saúde pública brasileira, visto que, conforme a priori fora pontuado, a saúde também é um marcador econômico e de desenvolvimento do país. Assim como não é possível compreender a saúde como algo abstrato, é preciso contextualizar que, no cenário capitalista, “após 30 anos de ofensiva neoliberal, especialmente nas regiões periféricas, houve desmonte de programas e políticas sociais, subtração de direitos trabalhistas e sociais, além de precariedade e insuficiência das medidas de proteção social pública” (Mota, *et al.*, 2022, p.7).

Por isso, há urgência em fortalecer os pilares que sustentam o SUS, com ênfase na integralidade e na equidade. Esses princípios, que serão detalhados no próximo subitem, mostram-se essenciais para que o SUS continue avançando como um promotor de justiça social e dignidade humana. Além disso, a discussão sobre o racismo enquanto determinante social de

¹ Sérgio Arouca (1941–2003) foi médico sanitário, pesquisador e professor universitário brasileiro, nasceu em Ribeirão Preto/SP. Destacou-se como um dos principais intelectuais e articuladores do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tendo papel fundamental na formulação das bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

saúde permitirá aprofundar a análise das desigualdades que ainda persistem e apontar possíveis caminhos para sua superação.

1.2 Princípios e Diretrizes do SUS, ênfase na integralidade e equidade

O objetivo deste item é apresentar dois princípios fundamentais para o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) na vida da população brasileira, especialmente para a população negra, majoritariamente atendida nesse sistema.

Compreendemos que a integralidade fundamenta-se na concepção de olhar o outro em sua totalidade, ou seja, observando as influências de aspectos ambientais, sociais, psicológicos, biológicos e a forma como estes afetam a saúde de cada indivíduo. Este é um desafio a ser enfrentado no SUS, pois exige comprometimento dos/as profissionais de saúde para a desconstrução da ideia reducionista de saúde como ausência de doenças.

Para Sousa (2015, p. 30): “Pensar sobre a integralidade decisivamente requer comprometimento com o indivíduo e esforços para compreender sua complexidade e apreensões em cada particularidade”.

Tal concepção é fundamental para que haja avanços reais no campo da saúde pública brasileira, pois é através dessa ferramenta de atuação que será possível dialogar de forma horizontal com os/as usuários/usuárias do Sistema Único de Saúde, garantindo que suas demandas, para além daquelas observadas de modo imediato, sejam acolhidas.

A busca por compreender o conceito de integralidade é imprescindível, pois é a partir do entendimento desse conceito que as práticas em saúde podem ser modificadas. Não se trata de um conceito abstrato, mas sim de uma diretriz norteadora de boas práticas de cuidado. O SUS, em sua essência, ou como foi idealizado no projeto da reforma sanitária, tinha como um dos objetivos um tratamento digno para toda a população.

Não se trata aqui de trazer filosofias vazias ou de negar a realidade vivenciada no Sistema Único de Saúde, que diariamente é atravessado por ideologias neoliberais e pela mercantilização da saúde (Bravo *et al.*, 2020). Trata-se, sim, de compreender que, para além da correlação de forças existente, é necessário ter coragem e despertar para ações que materializem a saúde como “direito humano fundamental” (OPAS, 1978).

A priori, esse princípio que rege os pilares do SUS apresenta como diretriz ações integralizadoras, pois como é possível construir saúde sem as demais políticas setoriais, especialmente as que compõem o tripé da Seguridade Social (Constituição Federal, 1988), onde estão alicerçadas a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde?

Nesse sentido, é perceptível a necessidade de se fazer saúde de forma integral, pois como é possível estar no nível mais elevado de saúde sem a garantia de alimentação saudável e de qualidade? Como é possível não estar em um processo de adoecimento quando não há

condições básicas de estrutura e infraestrutura na habitação em que se reside? Essas são algumas perguntas para reflexão.

Retomando para os conceitos, a integralidade para Mattos (2001, p. 45):

[...] não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

O autor relembra a importância de valores primários que a sociedade deve buscar garantir em suas ações e práticas na área da saúde. O ideário neoliberal, no entanto, frequentemente retira e fragmenta essa ideia, ao mesmo tempo em que cria o contraponto de que esse cenário seria algo utópico e inatingível. Contudo, é preciso desconstruir esse viés, que alimenta tal discurso apenas para benefício próprio.

Mattos (2001) destaca que os serviços de saúde precisam estar organizados de forma a atender de maneira ampliada a população, ou seja, para além de suas enfermidades, sendo essa uma outra forma de conceber a integralidade. Nessa perspectiva, pode-se elencar a relevância da promoção da saúde para a população brasileira.

A contribuição do Serviço Social para a materialização desse princípio pode ser uma das alternativas inseridas no campo institucional, fortalecendo, com seu conhecimento generalista, o cuidado integral (transdisciplinar).

Enquanto categoria profissional, o/a assistente social apresenta, como quinto princípio fundamental, o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (Brasil, 1993, p. 23).

Nesse sentido, enquanto competência profissional, o/a assistente social, em diálogo com outros/as profissionais que se aproximam desse viés humanista, de preservação da dignidade, de respeito e de efetivação de direitos, figura como um dos agentes que buscaria, na gênese sócio-histórica, os rebatimentos do modo de produção capitalista na vida das pessoas usuárias do SUS.

Sousa (2015, p. 30) pontua que a “escuta atenta e profissional aos diversos aspectos que compõem o cotidiano do usuário é uma das principais características que influenciam em um atendimento integral que garanta suas especificidades imediatas e a longo prazo”.

Alinhado a essa ideia, Pinheiro (2009) defende que o cuidado integral em saúde se faz de forma dinâmica, inserido no contexto das equipes e serviços de saúde, por meio de

discussões permanentes e capacitações que têm como objetivo, muitas vezes, o acolhimento dos/as usuários/as, mas que também permitem a democratização da saúde e o fortalecimento do protagonismo que estes desejam alcançar.

Além disso, é possível deduzir que, para a referida autora, a integralidade também pressupõe que os serviços de saúde sejam capazes de atender às demandas e expectativas dos indivíduos que interagem com esses serviços. Portanto, deve ter como horizonte o respeito ao conhecimento particular de cada um/a, preservando, dessa forma, sua autonomia e liberdade com responsabilidade.

Esse fazer democrático é, muitas vezes, difícil de ser materializado devido à soberania do conhecimento frequentemente centrado no/a médico/a, mas não apenas nele/ela. Isso é observado nas equipes de saúde, que, ao iludirem-se em acreditar que têm todas as respostas para determinada demanda, deixam de enxergá-la para além da aparência.

Por este motivo, Pinheiro (2009) apresenta a necessidade de respeitar o conhecimento advindo das experiências vivenciadas por determinado público-alvo, bem como a necessidade de práticas éticas entre os/as próprios/as profissionais, a fim de responder a demandas, por vezes, complexas e que não apresentam sua resolubilidade em apenas um/a único/a profissional.

Ancorado nessa ideia, retifica-se a afirmativa apresentada anteriormente: ainda que de forma não tão explícita, é preciso coragem, coletividade e organização para, de fato, materializar a integralidade nas ações de saúde. Trata-se de uma escolha política, pois esse comprometimento com o que está sendo proposto exige enfrentar os desafios que a própria infraestrutura institucional pode impor.

Por fim, vale destacar que, com o objetivo de permitir que a integralidade se materialize nas ações e práticas de cuidado em saúde, é necessário buscar dinamizar essas ações, tornando-as adaptativas à realidade do local e permitindo avanços (Pinheiro, 2009).

Acredita-se que os elementos apresentados até o momento permitiram uma compreensão mais aprofundada sobre o conceito de integralidade que norteia o Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a partir de agora, será realizada a discussão sobre outro pilar que sustenta o referido sistema: a equidade.

A equidade nas ações torna-se fundamental quando se pensa no viés da justiça social, visto que permite avançar no debate sobre a oferta, a indivíduos distintos, da atenção necessária que cada um, individualmente, necessita.

Esse princípio nos desafia a retirar a venda dos olhos do senso comum, que muitas vezes caracteriza a população de forma homogênea, desconsiderando suas particularidades e suas condições concretas de vida.

Paim e Silva (2010), ao discorrer sobre a equidade, fundamentados no conceito de Perelman, reforçam a ideia de que a equidade é uma ferramenta de justiça para com os desiguais, visto que não é justo fornecer o mesmo tipo de cuidado para cenários distintos.

A título de exemplo, ainda que bastante básico, em um serviço de pronto atendimento onde haja a construção de níveis de emergência definidos a partir do estado clínico do usuário, é possível atender com maior rapidez e agilidade o caso mais grave em relação a outro caso menos urgente em que pode ser esperado, por não apresentar risco iminente de morte por exemplo.

Essa observação simplória permite visualizar, de forma prática, a necessidade da equidade em saúde, considerando que haverá distintas necessidades a ser atendidas, pois conforme o SUS se propõe seu acesso é universal a todos.

Segundo Escorel (2009), ao conceitualizar a equidade, afirma que esta consiste em garantir tratamento, oportunidades e resultados justos para todos os indivíduos, portanto diferencia-se da igualdade, reforçando novamente o conceito de que não se pode tratar de maneira igual pessoas diferentes.

Outro aspecto interessante apresentado é que a equidade deve abordar desigualdades estruturais que dificultam o acesso de determinados grupos às mesmas oportunidades que outros. Um exemplo é a população negra, historicamente marginalizada e ainda afetada pela falta de políticas públicas de equidade em saúde.

Nesse sentido, compreendem-se os desafios para a implementação da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Em primeiro lugar, é necessário admitir as diferenças entre as pessoas, o que implica diretamente em garantir uma escuta adequada e integral daquele indivíduo. Em segundo lugar, é preciso construir, em conjunto com outros setores, ações que busquem superar as desigualdades sociais, econômicas e políticas que perpetuam essas disparidades.

Para se pensar em equidade, é preciso também considerar que, em decorrência das disparidades sociais, econômicas, raciais e políticas, torna-se fundamental a construção de políticas públicas de saúde que compreendam as particularidades de determinados grupos e proponham a superação das desvantagens que enfrentam em comparação a outros.

De acordo com o *PenseSUS*, plataforma de divulgação de notícias, conteúdos científicos da Fundação Oswaldo Cruz, a equidade,

[... também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da

floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros (Fundação Oswaldo Cruz, s.d).

Como por exemplo, a própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na qual iremos nos aproximar mais nessa pesquisa, é um dos exemplos que pode ser utilizado para a redução das iniquidades de saúde que sistematicamente a população negra brasileira enfrenta no Sistema Único de Saúde.

Além disso, a equidade segundo Paim e Silva (2010) deve servir como bussola norteadora para a destinação de recursos a grupos desfavorecidos em decorrência dos determinantes sociais de saúde, como por exemplo, condições precárias de moradia e/ou a falta desta, renda mínima insuficiente para subsídio de necessidades mínimas de dignidade, acesso precário a educação, entre outros aspectos que impactam diretamente no “bem-estar, físico, mental e social” (OMS,1946).

Ademais, a partir da concentração dos que mais necessitam de assistência no campo da Saúde, o sistema único pode dar passos mais eficazes e eficientes em rumo a justiça e equidade, conforme Paim e Silva (2010) nos apresenta.

Aqui neste momento cabe a seguinte pergunta, o quanto o Sistema Único de Saúde está direcionando de recursos para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Visto que segundo dados estatísticos em “torno de 6% dos municípios brasileiros implementaram esta política?” (Lacerda, 2025).

O quanto realmente gestores/as, governantes, profissionais estão dispostos a discutir sobre a equidade com propostas de ação para a implementação de uma política pública de saúde que em sua essência apresenta o conceito de saúde ampliado e audaciosamente nos convida a enfrentar o racismo no Brasil?

É nesse momento que percebe-se os entraves advindos de um ideário neoliberal que fragmenta ações e serviços de saúde reduzindo-os a mercadorias (Bravo, *et al*, 2020) e sua intersecção com grupos historicamente marginalizados, fruto do racismo, do tráfico de pessoas africanas para este país.

Abrindo este guarda-chuva, o próximo subitem tem como objetivo compreender o racismo como determinante social de saúde, visto que é a partir das condições concretas da vida humana que é possível construir a saúde que desejamos, ainda que para muitos, essa realidade senão observada em sua complexidade, torna-se algo evanescente.

1.3 O racismo enquanto determinante social de saúde

Para iniciar a discussão sobre o racismo enquanto determinante social, é necessário, ainda que de forma breve, conceituar o que se compreende por determinante social em saúde.

Parte-se do entendimento de que os determinantes sociais da saúde são condicionantes que impactam direta e/ou indiretamente os resultados de saúde dos sujeitos sociais que vivem em determinado território.

Esse pensamento está alinhado à concepção apresentada por Buss e Pellegrini-Filho (2007) ao referenciar a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), quando declaram: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini-Filho, 2007, p. 78).

Outro marcador para a compreensão dos determinantes parte de George (2011, p.1),

Para facilitar a compreensão dos determinantes da saúde tem sido frequente agrupá-los nas seguintes categorias: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e econômicos (pobreza, emprego, posição socioeconômica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Todos os determinantes mencionados influenciam, num ou noutro sentido, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. Se é certo que o sentido dessa influência é compreensível, já tem sido difícil ponderar o peso específico de cada um deles.

Dessa maneira, é possível entender que os determinantes sociais da saúde (DSS) são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem, funcionando como parâmetros que auxiliam na identificação das desigualdades em saúde entre diferentes populações. Além disso,

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (Buss; Pellegrini-Filho, 2007, p. 81).

Nesse sentido, os autores demonstram a complexidade do tema, visto que é preciso compreender as diversas camadas de influência que conectam esses fatores aos resultados em saúde. Por exemplo, se alguém apresenta vulnerabilidade social, isso não significa,

automaticamente, que essa pessoa não será saudável. No entanto, é fundamental compreender o impacto que essa vulnerabilidade poderá ter, a longo prazo, no processo de saúde-doença.

Nosso principal objetivo é fortalecer a discussão de que o racismo, enquanto ideologia de dominação (Moura, 1994), é um dos principais fatores a serem considerados ao se discutir os determinantes sociais da saúde da população negra brasileira.

De acordo com uma cartilha elaborada pela Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (SPAA), que aborda o racismo como determinante social da saúde,

É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária (Brasil, 2011, p. 5).

O referido documento tem como objetivo refletir e discutir de que forma os determinantes sociais influenciam homens e mulheres em relação ao seu estado de saúde. No entanto, destaca-se como esses fatores afetam de maneira distinta a população negra, que apresenta as piores condições de vida em decorrência do racismo.

Para que essa afirmação seja sustentada por elementos concretos, é necessário apresentar dados estatísticos, como indicadores sociais e informações sobre o mercado de trabalho, a fim de fortalecer essa análise.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2024, ao analisar a estrutura econômica e o mercado de trabalho, foram

[...] evidenciadas no perfil das pessoas que, majoritariamente, mantêm-se na informalidade, na subocupação, na desocupação, ou são excluídas da força de trabalho, sobretudo aquelas consideradas mais vulneráveis, como as de cor ou raça preta ou parda, mulheres e jovens, em especial os que não estudam e não estão ocupados (Ibge, 2024, p. 8).

Inicia-se, então, a primeira pergunta para reflexão: se, para a construção da saúde de forma ampliada, é necessário considerar os determinantes sociais que influenciam, em maior ou menor grau, a saúde da população, como a população negra — que, segundo dados do IBGE (2024), especialmente mulheres e jovens negras, está concentrada em locais precarizados de trabalho — pode alcançar resultados de saúde que, de fato, sejam satisfatórios?

O dado utilizado pode nos levar a diversas interpretações sobre essa questão. No entanto, não se pode recorrer ao discurso liberal e superficial difundido na sociedade meritocrática, que,

possivelmente, justificaria esse resultado com falas como: “estão nesses lugares porque não estudaram ou não se profissionalizaram”.

Ao contrário, defende-se aqui o pressuposto, alinhado a Nogueira e Passos (2020) fundamentado em Gonzales (1984) e Giacomini (1988), de que essa diferença se deve à subalternização das mulheres negras desde o período colonial, posicionando-as em uma hierarquia social que nega sua humanidade. Além disso, às mulheres negras são delegados papéis de servidão, uma concepção enraizada nas práticas coloniais, que não se aplica da mesma forma às mulheres brancas.

Gonzales (1984, p. 225-226), ao falar sobre racismo, aponta:

A primeira coisa que a gente percebe, nesse papo de racismo é que todo mundo acha que é natural. Que negro tem mais é que viver na miséria. Por que? Ora, porque ele tem umas qualidades que não estão com nada: irresponsabilidade, incapacidade intelectual, ciancio, etc. e tal. Daí, é natural que seja perseguido pela polícia, pois não gosta de trabalho, sabe? Se não trabalha, é malandro e se é malandro é ladrão. Logo, tem que ser preso, naturalmente. Menor negro só pode ser pivete ou trombadinha (Gonzales, 1979b), pois filho de peixe, peixinho é. Mulher negra, naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta. Basta a gente ler jornal, ouvir rádio e ver televisão. Eles não querem nada. Portanto têm mais é que ser favelados (Gonzales, 1984, p. 225- 226).

Ao tratar essa realidade como algo natural, a sociedade capitalista, racista e patriarcal delega às mulheres negras funções que são apresentadas como inerentes ao sexo biológico feminino, quando, na verdade, trata-se de uma ferramenta de controle necessária para a manutenção do capitalismo, cuja estrutura depende da exploração e da opressão.

Nesse sentido, ao observarmos historicamente os papéis socialmente construídos e destinados às mulheres negras, percebe-se que a realização de atividades que as mulheres brancas não queriam desempenhar ainda permanece enraizada na cultura brasileira.

Dessa forma, é possível articular o racismo como um determinante social da saúde. No caso específico das mulheres negras, verificamos que a interseccionalidade entre gênero e raça agrava ainda mais os impactos dos determinantes sociais sobre sua saúde.

Entretanto, é necessário pontuar que não se está homogeneizando a população negra. Não se presume que todas as pessoas negras, sejam homens ou mulheres, apresentem exatamente os mesmos condicionantes de saúde ou estejam igualmente inseridas em situações de desproteção social, precarização e outros fatores.

Este trabalho se propõe a compreender como o racismo estrutural, enquanto elemento universal sustentado pela sociabilidade capitalista, impacta a saúde da população negra, reconhecendo, contudo, as particularidades existentes entre os diferentes grupos que a compõem.

Outro aspecto importante a ser considerado é a questão de classe, que impacta diretamente os determinantes sociais da saúde. No entanto, é fundamental explicitar, desde já, que este trabalho não busca hierarquizar os fatores que influenciam o estado de saúde da população negra. O objetivo, ao contrário, é analisar como a intersecção entre esses condicionantes contribui para o aprofundamento das desigualdades e iniquidades em saúde.

Dessa forma, segue-se a linha apresentada pela SPAA,

Cabe ressaltar que a utilização do conceito raça para a análise das desigualdades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outros fatores também importantes na produção de diferenciais e injustiças neste campo. Entre eles, é preciso destacar os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, fatores ambientais, entre outros, que agem concomitantemente com a raça e vão determinar a ampliação ou redução dos diferenciais apresentados (Brasil, 2011, p. 8).

A discussão sobre o racismo como determinante da saúde tem como um de seus marcos históricos a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, na África do Sul. Segundo o referido documento, foram construídos "mais de 20 parágrafos que tratam especificamente do tema da saúde" (Brasil, 2011, p. 8), o que evidencia a relevância dessa questão na conferência, que contou com a participação de diversos países, incluindo o Brasil.

Ressalta-se, ainda, que, em seu plano final, a conferência apresentou diretrizes e ações a serem adotadas por todos os signatários para a eliminação dessas disparidades sociais.

Para uma melhor compreensão da realidade, utilizaremos mais um indicador social apresentado pelo IBGE (2024, p. 21),

A investigação da desigualdade de rendimentos do trabalho torna-se mais detalhada quando adicionados os recortes por número de horas trabalhadas e nível de instrução. Em 2023, a população ocupada de cor ou raça branca recebia rendimento-hora superior à população de cor ou raça preta ou parda qualquer que fosse o nível de instrução, sendo a maior diferença na categoria Superior completo, quer dizer, R\$ 40,24 para brancos contra R\$ 28,11 para pretos ou pardos. Considerando o valor total médio, a diferença foi de 67,7% favoravelmente à população branca (R\$ 23,02) em relação à preta ou parda (R\$ 13,73) (Gráfico 8 e a Tabela 1.4). O mesmo indicador segundo sexo, mostra que o rendimento-hora dos homens (R\$ 18,81) foi superior em 12,6% ao das mulheres (R\$ 16,70). Da mesma forma que na comparação por cor ou raça, a maior diferenciação ocorreu entre pessoas com nível superior completo, pois o rendimento médio dos homens (R\$ 42,60) superou o das mulheres (R\$ 30,03) em 41,8% (Tabela 1.4).

A primeira pergunta que se faz, nesse sentido, é: o que justificaria essa “desigualdade” de rendimento no trabalho, senão o racismo instituído na sociedade capitalista, que é a principal fonte dessa disparidade? Afinal, a própria pesquisa demonstra que, mesmo no mais alto nível

de instrução, ou seja, no ensino superior, pessoas brancas continuam apresentando melhores salários.

Nesse momento, torna-se evidente que a justificativa baseada na educação e na profissionalização perde sua sustentação. Como já foi apresentado e reforçado, como é possível garantir um estado de saúde adequado quando a maior parcela da população brasileira não tem acesso sequer a condições básicas e mínimas de dignidade?

Em uma sociedade capitalista, na qual tudo é frequentemente alicerçado no consumismo e onde há uma ausência significativa do Estado brasileiro na ampliação de áreas públicas de lazer, como fica a população que, majoritariamente, trabalha mais e recebe menos?

Se a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, não podendo ser negada a ninguém ou apresentar desigualdades decorrentes de preconceções enraizadas em valores racistas, sexistas e neoliberais, como justificar sua negação para determinados grupos?

Essas perguntas são essenciais para que voltemos à formação sócio-histórica do Brasil e encaremos a realidade como ela realmente se constituiu, bem como seus reflexos até os dias atuais. Essa constatação pode ser percebida a partir de Moura (1994, p. 2), que

Há também o racismo interno em várias nações, especialmente nas que fizeram parte do sistema colonial, através do qual suas classes dominantes mantêm o sistema de exploração das camadas trabalhadoras negras e mestiças. Com a montagem do antigo sistema colonial e a expansão das metrópoles colonizadoras, esse racismo se desenvolveu como arma justificadora da invasão e do domínio das áreas consideradas ‘bárbaras’, ‘inferiores’, ‘selvagens’ que, por isso mesmo, seriam beneficiadas com a ocupação de seus territórios e a destruição de suas populações pelas nações ‘civilizadas’.

A partir da leitura apresentada, Moura (1994; 1988) evidencia que a escravidão constituiu os alicerces da formação social brasileira, sustentada pelo trabalho compulsório de povos africanos. Segundo o autor, “foram trazidos para o Brasil cerca de 8 a 9 milhões de africanos até ser extinto o tráfico em 1850” (Moura, 1988, s.p.). Destaca ainda que o Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravidão, fato que deixa marcas profundas e persistentes na realidade da população negra até os dias atuais.

Ressaltamos também que o Estado brasileiro não implementou políticas reparatórias por meio de políticas públicas no pós-abolição, o que contribuiu para a sustentação de um sistema de desigualdade que mantém esses grupos, até os dias de hoje, em posições econômicas mais desfavorecidas (Theodoro, 2008, p. 33).

Assim, diante dos argumentos apresentados até o momento, evidencia-se que o racismo, historicamente alicerçado na sociabilidade capitalista brasileira, tem repercussões diretas na

saúde da população negra, sendo, portanto, um determinante social da saúde, conforme discutido ao longo deste subitem.

A relevância dessa discussão se dá pelo fato de que ainda existem inúmeras barreiras decorrentes do racismo estrutural, que, ao se materializar nas instituições, perpetua iniquidades em saúde para a população negra no Brasil. Esse é um aspecto que será aprofundado ao longo do trabalho.

É importante lembrar que o Brasil, ao se tornar signatário da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, assumiu o compromisso de combater todas essas formas de opressão.

Dessa forma, torna-se cada vez mais necessária a construção de políticas públicas de saúde que promovam a equidade racial e busquem a redução ou eliminação das iniquidades presentes em nossa sociedade. Conforme apresentado na própria declaração, no que se refere à coleta de dados, pesquisas e estudos,

As informações devem levar em conta os indicadores sócio-econômicos, inclusive, quando for apropriado, os de condições de saúde, mortalidade materno-infantil, expectativa de vida, alfabetização, educação, emprego, moradia, propriedades de terra, saúde física e mental, água, saneamento, energia e serviços de comunicação, pobreza e média de rendimentos disponíveis para se elaborar políticas de desenvolvimento sócio-econômico visando a por um fim nas diferenças existentes entre condições sociais e econômicas; (Organização das Nações Unidas, 2001, p.63).

A partir desse histórico, torna-se fundamental lembrá-lo para reivindicar a materialização dessa declaração, bem como a efetivação de seu plano de ação no Brasil. O compromisso estabelecido pelo Estado brasileiro deve ser um instrumento para o aprofundamento de pesquisas e estudos sobre essa temática, com o objetivo de eliminar todas as formas de discriminação destinadas à população negra brasileira.

Nesse sentido, para avançarmos na promoção da saúde da população negra, é essencial olhar para o passado e reconhecer seu impacto na vida desses sujeitos, que encontraram resiliência, força e organização política e social para se libertar das amarras dos colonizadores que aqui se estabeleceram. É necessário encarar o passado brasileiro para que não se repitam as atrocidades provocadas pela escravização de povos africanos, que resistiram e ainda resistem às mazelas sociais impostas pelo capitalismo.

Por fim, mas não menos importante, a todas as pessoas que lerem este trabalho, faço um convite: aprendam com nossos irmãos/irmãs negros/as a não se furtarem da luta, a combater de forma coletiva todas as formas de opressão, exploração e injustiça social, seja no campo da saúde ou em qualquer outra esfera da sociedade.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

O presente capítulo tem como objetivo específico analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visto que se trata de uma política pública cujo objetivo principal é, em sua essência, a redução das disparidades em saúde destinadas à população negra.

Para cumprir o objetivo específico, alinhado ao objetivo central desta pesquisa — que busca compreender a relação entre a saúde da população negra e os efeitos do racismo, o qual estrutura a sociedade e se materializa nas instituições, sendo, portanto, também institucional para esses sujeitos — utiliza-se como referência o Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, busca-se contextualizar o surgimento da PNSIPN, seus objetivos, diretrizes e sua situação na atualidade brasileira, considerando que toda política social é fruto da disputa entre a classe trabalhadora e a burguesia. Nesse sentido, não seria diferente com a referida política. Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 51), apresentam:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Portanto, é a partir dessas pressões realizadas pela sociedade civil, movimentos sociais, entre outros atores, que a luta por melhores condições de vida se contrapõe à ideologia eugenista, racista e capitalista na sociedade atual. A contextualização da PNSIPN na sociabilidade capitalista é determinante para que se perceba que se trata de uma conquista que não ocorre por benesse do Estado, mas sim devido às lutas sociais.

Esse direcionamento é primordial para a categoria de assistentes sociais, visto que pode-se evitar a construção do pensamento mágico de que a formulação de políticas públicas no Brasil não está alinhada à organização da classe trabalhadora neste país. Inclusive, é a partir dessa perspectiva que se compreendem os limites presentes nas políticas sociais inseridas no sistema capitalista, conforme apontam Behring e Boschetti (2011).

Dito isso, a análise documental da PNSIPN, alinhada à concepção dialética, contribui para compreender o movimento histórico que impulsionou sua criação e ainda permite reflexões sobre o cenário atual.

2.1 A Política Nacional de Saúde Integral de Saúde Integral da População Negra

A priori, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é instituída pela Portaria nº 992/2009, através do Ministério da Saúde. Contudo, é importante destacar, desde o início, que, devido ao racismo presente na sociedade brasileira, houve a necessidade de incorporação da referida portaria ao Estatuto da Igualdade Racial – Lei nº 12.288/2010, com vistas a garantir, por meio desse aparato jurídico, sua implementação (a qual, até os dias atuais, enfrenta dilemas para sua efetivação).

Tendo dito isso, outro fator importante a ser considerado refere-se aos caminhos percorridos por movimentos sociais e coletivos negros que buscaram escancarar para a sociedade as iniquidades sofridas pela população negra, conforme já apresentado no capítulo anterior.

A partir desses elementos, Lopes e Werneck (2013) apontam como marco histórico para a saúde pública do país a aprovação, por unanimidade, da criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no ano de 2006.

Segundo as autoras,

Estabelece se, a partir deste momento, um novo patamar de atuação política no campo da saúde, uma vez que esta Política consolida a responsabilização do SUS em promover ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde para a população negra, destacando ações prioritárias, possibilitando interpelação direta e específica de gestores de saúde nos diferentes níveis e seu monitoramento detalhado por parte das organizações negras, do movimento negro e outros atores estratégicos (Lopes, Werneck, 2013, p. 14).

Essa contextualização, ainda que breve, se faz necessária para reforçar a ideia de que a instituição da PNSIPN não ocorreu da noite para o dia. Lopes e Werneck (2013) destacam que a trajetória de contínuas lutas e demandas da população negra por equidade na saúde trouxe solidez para o debate e a aceitação da política.

É imprescindível notar que todas as conquistas alcançadas pela população negra apresentam como característica o trabalho coletivo de organizações, coletivos, movimentos negros, entre outros atores, tanto em sua criação e implementação quanto no monitoramento dessas políticas, apontando, talvez, uma solução para tais disparidades: o fazer/agir politicamente em coletivo.

O reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, do racismo estrutural, sistêmico e de seus impactos na saúde da população negra foi crucial para angariar apoio à Política de Saúde Integral da População Negra. Conforme pode-se perceber na 2ª edição do livreto sobre a PNSIPN:

A Política nacional de Saúde integral da População negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País (Brasil, 2013, p. 5).

A partir dos elementos destacados até o presente momento, adentrar-se-á com mais riqueza de detalhes na PNSIPN, especificamente em sua estrutura, organização, objetivos e diretrizes, inclusive como forma de refletir sobre aspectos inovadores da política. Além disso, espera-se que aqueles que utilizarem este documento possam divulgar essa política, visando ao seu fortalecimento e à sua implementação no Sistema Único de Saúde.

A referida política encontra-se organizada da seguinte maneira: o Capítulo 1 (Princípios Gerais) apresenta a harmonia existente entre a política e sua relação com a Constituição Federal, considerando que, a partir de 1988, a saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado, conquista alcançada por meio de lutas sociais, conforme já apresentado no primeiro capítulo desta dissertação.

Ademais, o capítulo enfatiza os princípios do Sistema Único de Saúde, relacionando-os à Lei nº 8.080/1990, que, em sua estrutura, dispõe sobre os pilares que sustentam o SUS, apresentando, portanto, argumentos que justificam a necessidade de uma política que possibilite a materialização desses princípios. Por fim, está inserida nesse Capítulo 1 a marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, definida como o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (Brasil, 2017, p. 31).

No Capítulo 2, são apresentadas as diretrizes gerais e o objetivo da política e, por fim, no Capítulo 3, são destacadas as responsabilidades de cada esfera de governo e as estratégias a serem construídas para a materialização da política nos serviços de saúde brasileiros, respeitando, dessa forma, a hierarquização dos serviços, conforme estabelecido pelo SUS.

Ao observar com maior profundidade o segundo capítulo, é possível perceber, em detalhes, a importância dessa política, o que contribuiu para sua aprovação por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A partir deste momento, serão discutidas, de forma aprofundada, as seis diretrizes apresentadas pela referida portaria, construindo, a cada duas diretrizes, reflexões que nos auxiliem a compreender o cenário por trás dessa política.

Conforme disposto nas diretrizes gerais da Portaria nº 992/2009,

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; (Brasil, 2017, p. 31)

Ao nos depararmos com a primeira diretriz estabelecida — ou seja, a orientação que deverá subsidiar as ações relativas à saúde da população negra — percebemos que, ao propor a inclusão de temas que relacionem saúde e racismo para os/as trabalhadores/as da saúde, evidencia-se o desconhecimento desses sujeitos sobre a temática.

Neste momento, destaco, talvez pela primeira vez, uma de minhas maiores inquietudes enquanto atuava na política de saúde como assistente social em um município do interior do estado de São Paulo. Para que, de fato, essa formação contínua e de educação permanente ocorra, é necessário reconhecer a existência do racismo. Nesse sentido, apoio-me em Gonzales (1984, p. 226),

Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas... Nem parece preto.

Para realmente colocar em prática essa primeira diretriz, é necessário desconstruir a ideia de democracia racial brasileira, difundida por Freyre (2003). Esse entendimento alinha-se ao pensamento de Sousa e Sarreta (2025, p. 2540),

[...] segundo a lógica do referido autor, o Brasil, diferentemente de países como os Estados Unidos da América (EUA), teria experimentado uma convivência relativamente harmoniosa entre pessoas de diferentes raças. Freyre (2003) sustentava a ideia misógina e patriarcal de que, devido à miscigenação no Brasil, não teria havido segregação entre brancos e negros. No entanto, o autor deixou de enfatizar que essa miscigenação frequentemente resultava de estupros, entre outras violências cometidas por colonos contra mulheres negras escravizadas.

Portanto, é vital debater sobre a existência do racismo na sociedade brasileira e sua expressão nas instituições de saúde públicas do país, inclusive como uma forma de materializar essa primeira diretriz.

Prosseguindo na apresentação e no debate sobre as diretrizes gerais da PNSIPN, ao destacar o fortalecimento do movimento social negro nas tomadas de decisões relativas às ações voltadas para a saúde da população negra, é de suma importância reconhecer que, por meio da presença desses movimentos sociais, é possível implementar ações com maior impacto sobre a

realidade vivenciada no Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, essa participação contribui para a efetivação de mais um pilar que estrutura a política pública de saúde no Brasil: o controle social.

Ou seja, até o presente momento, ambas as diretrizes encontram-se entrelaçadas com as propostas humanistas e revolucionárias que o projeto da reforma sanitária brasileira vislumbrou entre as décadas de 1970 e 1980.

É importante perceber, neste momento, que foi por meio da organização dos movimentos sociais negros — e aqui utilizamos o plural devido à sua diversidade — que se exigiu do governo brasileiro uma resposta frente às iniquidades vivenciadas pela população negra como um todo, não sendo diferente na esfera da saúde.

Além disso, a participação popular é imprescindível nas tomadas de decisões, especialmente na área da saúde, pois essas decisões impactam diretamente o atendimento da população, que, majoritariamente, é SUS-dependente. Também é por meio da participação coletiva que a democracia se constrói no cenário da vida.

Essa concepção alinha-se ao que Araújo e Teixeira (2022) apresentam em sua obra, ao defenderem que o movimento negro, mesmo em sua heterogeneidade, desenvolveu a compreensão do processo saúde-doença fundamentada na concepção de racismo estrutural. Como fruto dessa articulação, foi possível construir estratégias de atuação na esfera pública para o enfrentamento dessa realidade.

Dessa forma, a partir dos referidos autores, pode-se inferir que a contribuição dos movimentos sociais negros, advinda dessa articulação entre racismo e saúde da população negra, amplia e fortalece, ao mesmo tempo, a discussão sobre os determinantes sociais em saúde.

Prosseguindo para a discussão das demais diretrizes,

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; (Brasil, 2017, p.31).

O apontamento sobre a produção do conhecimento científico voltado à população negra fomenta, entre pesquisadores/as, uma maior aproximação com a temática e, dessa forma, amplia o campo da saúde, possibilitando, por meio dos resultados obtidos, intervenções mais precisas no âmbito da saúde pública brasileira.

Entretanto, é importante apresentar um dado relevante apontado pela intelectual Werneck (2016), ao destacar que a saúde da mulher negra não é assiduamente investigada nas ciências da saúde, sendo, muitas vezes, negligenciada nos currículos de diversos programas acadêmicos.

Neste momento, é imprescindível destacar a necessidade de o Estado brasileiro investir em educação em saúde, para que, ao atuarem nos serviços de saúde pública brasileira, os diversos/as profissionais estejam capacitados para atender a população negra com qualidade e dignidade.

A quarta diretriz que norteia a Política de Saúde Integral da População Negra apresenta um dos elementos mais enriquecedores da referida política, pois, ao direcionar a importância do compartilhamento dos saberes e das práticas de saúde populares — muitas vezes enraizados nas religiões de matriz africana — respeita-se a autonomia desses sujeitos sociais e, ao mesmo tempo, permite que a memória e os saberes em saúde sobrevivam ao longo do tempo.

Tal diretriz possibilita o resgate cultural, social e histórico de uma população que sofreu, e ainda sofre, constantes tentativas de apagamento das histórias que compõem a ancestralidade da população negra. É preciso compreender que, a partir do fortalecimento desses saberes, ainda que não sejam homogêneos, o coletivo se apresenta como unidade.

Adicionalmente, os saberes enraizados nas religiões de matriz africana possibilitam a desconstrução do racismo religioso que impera na sociedade brasileira, permitindo, assim, o resgate da memória e da consciência.

Após a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2007, de acordo com Lopes e Werneck (2013, p. 14),

no evento também foi reforçado o reconhecimento e incorporação das visões de mundo e práticas de saúde elaboradas pela cultura afrobrasileira, bem como o reconhecimento da contribuição de religiosas e religiosos de matriz africana para a construção e consolidação das práticas de promoção à saúde, acolhimento, cuidado e alívio do sofrimento físico, mental ou espiritual.

Dessa forma, torna-se perceptível o viés integrativo da PNSIPN, visto que, ao direcionar o olhar para a população negra, busca compreender essas pessoas em sua totalidade, de forma cuidadosa, considerando inclusive o viés espiritual, frequentemente descaracterizado e subjugado pela ideologia cristã dominante.

Com vistas a finalizar esta primeira parte das diretrizes da PNSIPN, apresentam-se as duas últimas diretrizes que subsidiam as ações previstas na referida portaria, sendo estas:

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; e

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, 2017, p. 31-32).

O acompanhamento e a avaliação das ações tornam-se imprescindíveis como forma de proteção à população negra, visto que é por meio das práticas realizadas nos serviços de saúde que o fazer em saúde se concretiza. Mais uma vez, percebe-se o alinhamento com o controle social no Sistema Único de Saúde, essencial para a efetivação dos direitos da população atendida pelo SUS.

Nesse sentido, infelizmente, as pesquisas demonstram os desafios que persistem após mais de 15 anos da instituição da PNSIPN. Segundo Lacerda (2025),

A PNSIPN, por exemplo, só está presente em 6,6% dos municípios brasileiros. Entre os mais de 5 mil territórios municipais no país, apenas 371 a colocam em prática. Um inquérito preliminar indica ainda que em boa parte dos estados e municípios a política é desconhecida por mais da metade das pessoas entrevistadas, que demonstraram ‘indiferença’ em relação a temática.

A primeira provocação que apresento é: se não houvesse o monitoramento da implementação da Política de Saúde Integral da População Negra, como seria possível saber que nem 10% dessa política pública foi efetivamente implementada?

Dessa forma, ainda que os números sejam ínfimos, é fundamental considerar essa diretriz como uma base que evidencia as limitações que a PNSIPN apresenta no território brasileiro.

Ademais, outro fator primordial para a implementação da Portaria nº 992/2009 diz respeito ao fato de que o Brasil, sendo um país de dimensões continentais, exige a consideração das particularidades de cada território. Como a quinta diretriz apresenta em seu conteúdo, há a necessidade de combater o racismo na saúde em todas as esferas de governo. Para que isso ocorra, é imprescindível compreender como cada esfera atua, a fim de organizar estratégias eficazes de enfrentamento.

Por fim, neste primeiro bloco analisado, destaca-se a necessidade de um processo de informação que desconstrua estigmas relacionados à população negra, fomentando a construção de uma imagem positiva desses sujeitos.

Esse último pilar, que sustenta e direciona a PNSIPN, é fundamental para que conhecimentos estruturados em discursos racistas — como, por exemplo, a ideia de que “mulheres negras suportam mais dores, por isso não aplicamos analgesia” — sejam

questionados com maior frequência, tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral.

Dessa forma, propiciam-se melhores resultados no atendimento, acolhimento, tratamento, promoção, prevenção e recuperação da saúde da população negra, conforme também preconizado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990.

Adicionalmente, compreendemos que, ao trabalhar de forma positiva a imagem da população negra, é possível não apenas reduzir as iniquidades, mas também realizar um trabalho que anteceda o combate ao racismo, promovendo sua prevenção e incentivando práticas antirracistas nas atividades profissionais e na organização dos serviços de saúde, a fim de garantir um atendimento integral ao público-alvo desta política.

Nesse sentido, ao concluir a apresentação deste primeiro bloco, parte-se para o segundo bloco, no qual se encontram o objetivo geral e os objetivos específicos da PNSIPN, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a política e refletir sobre sua importância e a necessidade de sua implementação no território brasileiro.

Como objetivo geral, a PNSIPN apresenta em sua formulação: “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2017, p. 32).

Assim, ao apontar como objetivo garantir que todos tenham acesso de qualidade ao Sistema Único de Saúde, independentemente de sua raça/cor, a política fortalece o princípio do direito fundamental à saúde e à qualidade de vida, consolidando, dessa forma, os princípios humanistas e revolucionários que fundamentaram a criação de um sistema de saúde universal.

A partir do objetivo geral, são construídos objetivos específicos que visam à materialização dessa política. Assim como foi feito com as diretrizes, discutiremos, passo a passo, cada um dos doze objetivos específicos.

Enquanto objetivos específicos, apresentam-se os dois primeiros,

- 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; (Brasil, 2017, p. 32).

Por meio do acesso da população negra aos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde, seja no nível primário, secundário, terciário e/ou quaternário, é fundamental considerar que, especialmente para a população negra residente em áreas urbanas e, em particular, nas regiões periféricas, esse acesso é imprescindível. Tal garantia visa assegurar a

possibilidade de consultas com diversos/as profissionais de saúde, oferecendo respostas adequadas às necessidades de saúde dessa população.

Ao ampliar e garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde, as chances de tratamento precoce de possíveis agravos à saúde aumentam, o que contribui para um envelhecimento saudável e duradouro desses sujeitos sociais.

Para que esse primeiro objetivo seja cumprido, é imperativo avaliar cada território e verificar a existência da atenção primária em saúde, considerada a porta de entrada do SUS. Assim, é necessário o comprometimento das esferas federal, estadual e municipal para analisar o contexto de cada região.

Nesse sentido, por compreender que a população negra é diversa, torna-se relevante debater as especificidades dos grupos que residem no campo, como as comunidades quilombolas, a fim de planejar recursos e estratégias que garantam o acesso à saúde para esses povos, evitando a negligência de seus direitos.

Entretanto, conforme apresentado por Silva et al. (2020), a discriminação e o preconceito por parte dos/as profissionais de saúde figuram entre os principais fatores que dificultam o acesso da população negra aos serviços de saúde. E não poderia ser diferente: se a população não encontra acolhimento, escuta qualificada e respeito, sua busca pelos serviços de saúde diminui.

Dessa forma, é possível compreender, por meio da pesquisa realizada por Silva et al. (2020), o impacto dos fatores institucionais e estruturais que dificultam o acesso da população negra ao SUS, reforçando o viés racista ainda presente nas instituições de saúde nos dias atuais.

Dando continuidade à análise da PNSIPN, os próximos dois objetivos a serem discutidos apresentam como proposta,

- 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;
- IV – identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho (Brasil, 2017, p. 32).

Um dos grandes avanços apresentados pela PNSIPN, ao que se observa, é o fortalecimento da discussão sobre a interseccionalidade entre gênero e orientação sexual, alinhada ao debate racial. Isso se torna crucial, considerando que, embora existam elementos universais, como o racismo estrutural, sistêmico e institucional, há particularidades específicas na vivência da população negra.

Portanto, para enfrentar as discriminações de forma eficaz, não se deve setorializar o debate, mas sim compreender como essas categorias, ao se articularem, geram maior ou menor vulnerabilidade.

Ao considerar essa intersecção e a necessidade de formação contínua para os trabalhadores do SUS, é possível deduzir que esse processo educativo propiciará o fortalecimento da justiça social no referido sistema público, alcançando, assim, a integralidade e a equidade para a população negra.

Além disso, o quarto objetivo traz como inovação a preocupação com o ambiente de trabalho, o que pode ser compreendido de diversas maneiras. Aqui, trabalharemos com duas hipóteses. Ao objetivar a identificação de ações de violência laboral e assédio, reconhece-se que, para que os/as profissionais de saúde ofereçam atendimentos de qualidade, é vital considerar as condições concretas em que esses trabalhadores estão inseridos.

Por exemplo, se um profissional de saúde — negro ou não — está sob constante pressão por produtividade, isso influenciará seu atendimento. Por outro lado, se um trabalhador negro apresentar alguma queixa relacionada ao ambiente de trabalho, é necessário identificá-la e buscar soluções adequadas, sem subestimar a gravidade do problema.

O quarto objetivo, ao abordar as questões laborais, reconhece os impactos dos determinantes sociais sobre a saúde da população negra, fortalecendo, assim, o debate ampliado sobre saúde, indo além do viés biologizante.

Dessa forma, ao propor a identificação, o combate e a prevenção de situações de abuso e exploração, fomenta-se a possibilidade de construir um ambiente de trabalho seguro tanto para os trabalhadores/as negros/as inseridos na política de saúde quanto para os usuários do sistema.

Adicionalmente, ao introduzir o debate sobre o local de trabalho, promove-se a equidade nesse espaço sócio-ocupacional, possibilitando a diminuição das desigualdades raciais e criando melhores condições de trabalho para a população negra.

Dando continuidade à discussão sobre os objetivos,

V – 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;
VI – 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; (Brasil, 2017, p.32).

Esses dois objetivos são extremamente importantes para a redução das disparidades étnico-raciais nos sistemas públicos de saúde, visto que, por meio da inclusão de informações nos sistemas de saúde, é possível coletar dados sobre as enfermidades que mais acometem a população negra e, a partir desses dados estatísticos, propor intervenções mais eficientes.

Trata-se também de uma forma de combater as iniquidades em saúde, pois, por meio dessas informações, é possível questionar o tratamento destinado à população negra no SUS, bem como sua origem, com vistas à eliminação de tais injustiças no campo da saúde.

A necessidade da coleta desses dados é tão relevante que tornou-se obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, estruturado a partir da classificação do IBGE, conforme estabelecido pela Portaria nº 344/2017, com o objetivo de fortalecer e materializar a PNSIPN.

Prosseguindo no detalhamento dos objetivos específicos da Política de Saúde Integral para a População Negra,

VII – 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;

VIII – definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde; (Brasil, 2017, p.32).

Alinhado aos primeiros objetivos específicos apresentados, a partir do acesso da população negra — urbana, do campo ou da floresta —, torna-se necessário realizar um diagnóstico socioterritorial e levantar as demandas advindas dessa população específica para a criação de ações e o estabelecimento de um cronograma de intervenções a serem desenvolvidas pelo SUS.

É importante compreender que todos esses objetivos apresentam coerência entre si, visto que, ao destacar a necessidade de atendimento à população negra, observa-se as demandas particulares de cada território, organizam-se as ações e definem-se as responsabilidades que cada esfera de governo tem para com sua população. O propósito é, em sua essência, promover transformações efetivas para o público-alvo, garantindo e respeitando sua diversidade.

Nesse sentido, o oitavo objetivo exige o compromisso dos municípios, dos estados e da União na construção de ações, intervenções e metas orientadas pelos dados sobre a saúde da população negra, com vistas à promoção da equidade racial no SUS e à redução das desigualdades étnico-raciais existentes na saúde brasileira.

Além disso, ao pactuar ações entre as esferas de governo, não apenas se responsabiliza o Estado brasileiro, mas também se viabilizam ações amplas e de alcance a diversas pessoas negras que, direta ou indiretamente, são assistidas pelo Sistema Único de Saúde.

A partir de agora, serão discutidos os quatro últimos objetivos específicos,

- IX – 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;
- X – incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;
- XI – monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatório; e
- XII – fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (Brasil, 2017, p.32).

Conforme estamos apresentando ponto a ponto os objetivos da PNSIPN, é fundamental compreender a seriedade de uma política pública no Brasil e, por isso, torna-se necessário realizar, periodicamente, a avaliação das ações implementadas para compreender o alcance que essas ações estão proporcionando.

Ao incluir a necessidade de acompanhamento das reduções das iniquidades em saúde voltadas à população negra, cumpre-se o princípio de atender às necessidades específicas de cada território, possibilitando a melhoria das condições de saúde da população atendida.

A pactuação entre os entes federados é essencial para a construção de metas que direcionem, de forma objetiva e específica, os programas de saúde e as intervenções necessárias.

Adicionalmente, considerando que o SUS mantém parcerias com o sistema suplementar de saúde, é relevante trazer esses debates e demandas para esse contexto. Embora não haja garantias plenas, tal iniciativa busca promover a equidade racial na saúde brasileira.

Por fim, os dois últimos objetivos apresentam, em sua proposta, a necessidade de verificar as mudanças institucionais ocorridas após as intervenções construídas em prol do antirracismo na saúde. Esse objetivo evidencia a importância de avaliar se o intuito inicial de combate ao racismo no setor de saúde tem sido, de fato, alcançado.

Ao apresentar o último objetivo, destaca-se a necessidade de incentivo a pesquisas que abordem a relação entre o racismo e seus efeitos na saúde da população negra. Isso se justifica, visto que, conforme já mencionado anteriormente, é em decorrência do racismo que a população negra apresenta os piores índices de saúde (Brasil, 2023).

Nesse contexto, segundo Coelho e Campos (2024), houve um interesse crescente, entre os anos de 2017 e 2020, nas pesquisas sobre a saúde da população negra. Os autores atribuem

esse aumento ao reconhecimento dos determinantes sociais de saúde que afetam essa população, demonstrando que o caminho está aberto — e que é preciso continuar avançando.

A partir deste ponto, será apresentado o terceiro e último bloco em que se divide a PNSIPN, destinando-se, neste momento, à discussão das estratégias de gestão e das responsabilidades de cada esfera de governo para a materialização das diretrizes e objetivos estabelecidos por esta portaria.

Em seu escopo, no Capítulo III, apresentam-se um total de 18 propostas de estratégias de ação. Nesse sentido, para evitar que a discussão se torne repetitiva, serão destacados alguns aspectos com o intuito de divulgar mais amplamente a referida política.

Portanto, seguem as principais estratégias:

- Redução das desigualdades e combate ao racismo institucional, inclusive sendo necessário a implementação de metas específicas no Plano Nacional de Saúde;
- Desenvolver ações direcionadas para a redução das disparidades étnico-raciais trazendo para a cena as particularidades do território, com foco para a morbidade e mortalidade materna e infantil e em doenças como anemia falciforme, HIV/AIDS, tuberculose e outras;
- Melhorar a assistência integral a saúde da população negra em todas as fases de sua vida;
- A partir dos resultados em saúde, melhorar os indicadores de saúde da população negra;
- Atender de forma humanizada e qualificada a saúde da mulher negra, desde cuidados ginecológicos, obstétricos e pós aborto;
- Implementação de centros de prevenção de violência e promoção da saúde, com vistas a proteger jovens negros;
- Desenvolver materiais educacionais para informar e educar sobre a saúde da população negra;
- Realizar ações intersetoriais e transversais com vistas a promover a saúde da população negra. (Lista criada pela autora, a partir das XVIII estratégias de ação da PNSIPN).

A completude da PNSIPN é impressionante, visto que apresenta todos os elementos necessários para o início da implementação da referida política pública. Ao traçar as estratégias, a política direciona com clareza e propriedade as ações que precisam ser desenvolvidas.

Isso se evidencia, por exemplo, quando o texto propõe a criação de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais no campo da saúde, abordando diversos problemas que afetam desproporcionalmente determinados grupos étnico-raciais. Entre esses agravos, destacam-se a morbimortalidade materno-infantil, a doença falciforme, a hanseníase, a tuberculose, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) como o HIV/AIDS, além dos transtornos mentais, entre outros. Esse olhar cuidadoso e integral reforça o compromisso da política em atender às especificidades da população negra.

Em contrapartida, a PNSIPN vai além das questões biológicas e genéticas, inserindo no debate a necessidade da educação permanente em saúde como ferramenta essencial para a desconstrução dos estigmas e preconceitos direcionados à população negra.

Ainda merece destaque a criticidade da política ao compreender a saúde em sua concepção ampliada. Para isso, enfatiza a necessidade de articulação não apenas entre as diversas políticas de saúde — para garantir a equidade racial —, mas também com outras políticas sociais. Afinal, para assegurar condições mínimas de qualidade de vida, é imprescindível adotar ações integrais que reconheçam os sujeitos sociais em sua completude.

Tendo dito isso, abordam-se as responsabilidades de cada esfera governamental. Para que o texto se desenvolva de maneira fluída, serão apresentados, a priori, os aspectos comuns que os níveis nacional, estadual e municipal compartilham para a implementação da PNSIPN.

Sendo estes:

- Implementação da política;
- Gestão de recursos;
- Monitoramento e avaliação;
- Inclusão nos planos de saúde em cada nível de gestão a política;
- Identificação das necessidades de saúde da população negra;
- Promoção da equidade na saúde;
- Apoio à educação e treinamento;
- Fomento a participação popular e controle social;
- Articulação intersetorial com organizações governamentais ou não- governamentais com vistas a implementação da política; (Lista criada pela autora, a partir da PNSIPN).

A partir da criação da lista, é possível observar que todos os níveis de gestão necessariamente precisam estar articulados e comprometidos para que não ocorra a sobrecarga de nenhum ente federativo. Entretanto, conforme destacado anteriormente, há um abismo entre o que se propõe na referida lei e a realidade atual de sua implementação.

A título de conhecimento sobre a gestão de recursos financeiros para a implantação e implementação da PNSIPN, destaca-se que os recursos acordados na esfera do poder federal serão discutidos e deliberados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).² No que tange os níveis estadual e municipal, essas discussões ocorrerão por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).³

² A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço de diálogo e negociação entre os três níveis de governo que administram o Sistema Único de Saúde (SUS): o federal, o estadual e o municipal. Sua função principal é pactuar decisões sobre o funcionamento da saúde pública no Brasil, garantindo que as ações e os recursos sejam organizados de forma conjunta e coordenada em todo o país.

³ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) funciona de forma semelhante à CIT, porém no âmbito de cada estado. É composta pelos gestores estaduais e municipais de saúde e tem como principal objetivo pactuar ações e decisões sobre a organização dos serviços do SUS dentro do próprio estado, respeitando as particularidades regionais e fortalecendo a gestão compartilhada entre estado e municípios.

Cabe à gestão federal a responsabilidade de garantir a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, adotar formas de avaliação que considerem a implementação de iniciativas voltadas à equidade em saúde, estabelecer e revisar normas, processos e procedimentos que objetivem a implementação de ações de equidade e humanização no ambiente de trabalho, além de criar mecanismos que permitam a produção de conhecimento articulando racismo e a saúde da população negra (Brasil, 2017).

No que tange ao gestor estadual, cabe-lhe cooperar com os municípios por meio do fornecimento de técnicos e recursos financeiros, auxiliando na identificação das necessidades que permeiam a saúde da população negra. Além disso, deve apoiar a implantação e implementação da política nos municípios, com o objetivo de promover a equidade em saúde (Brasil, 2017).

Por fim, compete aos municípios a responsabilidade pela implantação e implementação da PNSIPN, garantindo que a política alcance efetivamente a população negra brasileira. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de criar espaços para que a PNSIPN se materialize.

É essencial fortalecer indivíduos e sujeitos sociais para que ocupem seus espaços de direito nos Conselhos Municipais de Saúde e lutem para que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não permaneça apenas nos papéis legais e nos discursos, mas revele sua real riqueza e potencial transformador.

Após a análise da PNSIPN, serão apresentados alguns indicadores sociais de saúde para reflexão e denúncia, utilizando dados fornecidos por instituições governamentais e não governamentais. Isso permitirá uma compreensão mais ampla sobre o atual estado de saúde da população negra atualmente.

2.2 Indicadores de Saúde da População Negra

Inicia-se este item com a intenção de apresentar os dados disponibilizados por órgãos governamentais, como a Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entre outros, a fim de compreender os resultados atuais da saúde da população negra. A partir disso, busca-se promover reflexões e debates sobre os resultados observados.

A princípio, este subitem apresenta o conceito utilizado para a compreensão do que se entende por indicador social, apoiando-se na concepção de Jannuzzi (2009, p. 2).

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.

Dessa forma, ao utilizar indicadores sociais em saúde, parte-se da concepção da necessidade de construção de políticas públicas ou ações institucionais para a superação dos resultados negativos que a realidade apresenta. Para o referido autor, por meio da coleta e avaliação dos indicadores, é possível, através do planejamento público, construir intervenções que promovam a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das populações analisadas (Jannuzzi, 2009).

Tendo isso em vista, aborda-se inicialmente o Boletim Epidemiológico (BE) sobre a saúde da população negra, divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2023, que aponta diversas iniquidades em saúde para esse público-alvo.

Em primeiro lugar, destaca-se a coleta de dados sobre raça/cor nos sistemas de informação em saúde, conforme já mencionado anteriormente, ressaltando sua importância e como essa obrigatoriedade se apresenta nos dias atuais.

Segundo o BE (2023), ao comparar os anos de 2010 a 2022, observa-se uma queda no preenchimento desse campo nos sistemas de saúde, sendo essa redução verificada nos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações de Agravos (SINAN).

Entretanto, é importante destacar algumas reflexões necessárias neste contexto. Ainda que os principais sistemas de informação tenham apresentado um aumento na inserção do quesito raça/cor, observa-se que, em 2021, no contexto da pandemia de COVID-19, 13,7% dos registros de agravos em saúde no SINAN — ou seja, quase 500 mil pessoas — não continham essa informação inserida (Brasil, 2023).

Ou seja, se para a criação de políticas públicas eficientes, que busquem a redução das disparidades raciais, o preenchimento do campo raça/cor é essencial, qual é o impacto de ignorá-lo? Quem se beneficia dessa invisibilização de dados? Compreendemos que os principais agentes que lucram com esse contexto são aqueles que acreditam na democracia racial brasileira (Freyre, 2003) e, por meio do privilégio da branquitude (Bento, 2022), escolhem ignorar as iniquidades em saúde.

Entendemos por branquitude, a partir dos estudos de Bento (2022) e Lopes (2016), que se trata de uma ferramenta utilizada, de forma consciente e/ou inconsciente, pela população

branca para a manutenção dos privilégios a ela conferidos na sociedade capitalista, racista e machista. Cabe destacar, ainda, que o conceito de pessoas racializadas é atribuído exclusivamente a negros e indígenas — sempre ao “outro” e nunca ao branco. Essa racialização seletiva sustenta a lógica de que o homem branco é universal, o que contribui para a reprodução das desigualdades raciais no Brasil. Isso se expressa, por exemplo, na predominância de pessoas brancas em espaços de poder, como o Judiciário, enquanto pessoas negras ocupam majoritariamente postos marcados pela precarização, como no trabalho de garis.

Ainda que essas desigualdades persistam, é necessário, sob uma perspectiva dialética, reconhecer alguns avanços observados ao longo dos anos, como os apontados no Boletim Epidemiológico (Brasil, 2023). A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e sua incorporação ao Estatuto da Igualdade Racial, bem como a obrigatoriedade do preenchimento do campo raça/cor nos sistemas de informação em saúde, possibilitam hoje, por meio dos dados, questionar e propor estratégias cada vez mais específicas para alcançar, senão a totalidade desse preenchimento, ao menos algo próximo a ela.

Dessa forma, concorda-se com Lopes e Werneck:

Para além do desenvolvimento de estratégias para a identificação, abordagem e enfrentamento do racismo na saúde, é preciso garantir:

- a realização de um diagnóstico sobre a situação de saúde da população local, definição daquilo que se pretende alcançar e estabelecimento de metas para se alcançar a situação desejada. É necessário que, em todas as etapas do processo, haja participação da comunidade e que sejam consideradas, entre outras variáveis de análise, o quesito cor (Lopes, 2007 apud Lopes e Werneck, 2013, p.19-20).

Por esse e outros motivos, é fundamental que o quesito raça/cor seja devidamente preenchido, possibilitando, inclusive, conforme apresentado anteriormente pelas autoras, a interseção entre os dados fornecidos, com o objetivo de compreender a complexidade histórica na qual a saúde da população negra está inserida.

Portanto, torna-se cada vez mais imperativo construir diálogos, promover capacitações e realizar rodas de conversa alinhadas ao combate ao racismo institucional na saúde, especialmente voltadas aos profissionais que compõem o SUS. Afinal, são esses/as profissionais os/as responsáveis pela coleta de dados, e sua atuação é essencial para garantir a presença cada vez maior dessa informação nos sistemas de saúde.

Entretanto, é necessário considerar um aspecto fundamental, já destacado no escopo da PNSIPN: o ambiente laboral no qual ocorre o preenchimento desses dados. Não se pode ignorar o cenário de precarização em que os/as profissionais de saúde estão inseridos, pois essa

realidade também impacta diretamente a qualidade da atenção fornecida aos usuários do SUS, afetando, sobretudo, a população negra, que é a que mais utiliza esse sistema.

Nesse sentido, para fortalecer a luta contra o racismo institucional na saúde, torna-se necessário investir no fortalecimento das equipes de saúde, na capacitação contínua e na valorização desses/as profissionais, além de reivindicar a reversão da EC 95/2016, que congela o teto de gastos da saúde por 20 anos.

Garantir a equidade racial em saúde e combater as iniquidades raciais presentes no SUS exige a defesa de melhores condições para o próprio sistema. Reivindicar melhorias em sua estrutura é crucial para a saúde da população negra, visto que uma parcela significativa da população é afrodescendente e depende exclusivamente do SUS.

Dando continuidade à análise dos indicadores apresentados no Boletim Epidemiológico (Brasil, 2023), no que se refere às consultas de pré-natal segundo raça/cor, houve um aumento significativo no número de atendimentos entre 2010 e 2020. Especificamente, observou-se um crescimento no percentual de gestantes que realizaram mais de sete consultas no período.

Contudo, segundo o referido documento,

verifica-se uma diferença importante quando analisamos os valores por categoria de raça/ cor. No ano de 2020, é possível aferir uma maior proporção de mães que tiveram acesso a sete ou mais consultas de pré-natal em todas as categorias de raça/cor. No entanto, há um gradiente por raça/ cor com maior proporção de sete ou mais consultas nas mães que se declararam ser da raça/cor branca (80,9%), seguida da amarela (74,3%), da preta (68,7%), da parda (66,2%) e da indígena (39,4%) (Brasil, 2023, p. 14).

A partir desse dado, é possível compreender as minúcias por trás do racismo introjetado na sociedade e como ele impacta desde o acesso a consultas médicas no pré-natal para mulheres gestantes negras, em comparação às gestantes brancas. Observa-se que as usuárias que realizaram o maior número de consultas com obstetras foram as gestantes brancas.

Essa constatação não tem o objetivo de atribuir um sentimento de culpabilização, algo que, inclusive, dificulta o combate ao racismo, conforme pontua Lorde (2019, p. 157-158): “a culpa e a postura defensiva são tijolos em uma parede contra a qual todas nós chocamos; elas não servem aos nossos futuros”.

No entanto, esse dado se apresenta como uma oportunidade de reflexão sobre como o racismo, antes mesmo do próprio atendimento nos serviços de saúde, reduz o acesso das mulheres negras a consultas de qualidade, impactando, assim, os desfechos da gravidez, do parto e do pós-parto.

Torna-se essencial compreender que as mulheres negras encontram-se em condições de maior desproteção social quando comparadas a todos os demais estratos da sociedade, em decorrência da interseccionalidade entre gênero, raça e classe social.

Segundo estudiosos, Santos, Oliveira e Bastos (2024) e Lessa et al. (2022) demonstram que as iniquidades na assistência prestada a mulheres gestantes negras e brancas apresentam diversas facetas, sendo necessária a articulação entre gênero, raça e classe para compreendê-las.

Santos, Oliveira e Bastos (2024), em sua pesquisa, apresentam dados sobre a maior propensão de mulheres negras a não realizarem o número mínimo de consultas de pré-natal. Além disso, os pesquisadores destacam que 23,5% das gestantes negras não receberam cuidados adequados quando comparadas às gestantes brancas.

O estudo também aponta que mulheres gestantes residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam disparidades regionais desfavoráveis em relação às gestantes das regiões Sul e Sudeste, sobretudo no que diz respeito ao número de visitas pré-natais (Santos, Oliveira e Bastos, 2024).

Lessa et al. (2022) apresentam como resultado que as mulheres negras realizam, em menor número, exames como HIV e VDRL, têm menos chances de passar pelo exame clínico das mamas durante as consultas pré-natais e recebem menos informações sobre emergências obstétricas e sobre o próprio parto. Esses achados corroboram as desigualdades previamente apresentadas.

Neste contexto, torna-se fundamental discutir gênero, saúde e raça, bem como a forma como essa tríade, ao se articular, gera inúmeras desigualdades em relação aos demais grupos populacionais. Dessa forma, reafirma-se o que Carneiro (2017) argumenta, ao afirmar que raça e sexo são utilizados para justificar discriminações historicamente construídas, evidenciando, assim, a vulnerabilidade das mulheres negras.

Por isso, quando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) incorpora em seu escopo temas transversais com o objetivo específico de “combate às discriminações de gênero e orientação sexual” (Brasil, 2017, p. 32) nos processos de educação permanente em saúde, essa medida se torna crucial para a redução dessas disparidades ao mínimo possível.

Dando continuidade ao debate, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), em pesquisa realizada em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Nacer no Brasil, os dados são alarmantes, uma vez que indicam que a mortalidade de mulheres negras é duas vezes maior quando comparada à de gestantes brancas.

Conforme divulgado pelo Ministério da Saúde, “Dados preliminares referentes a 2022 apontam que, enquanto o número de mortes maternas está em 46,56 para mulheres brancas, no caso das mulheres pretas, é mais que o dobro: 100,38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No caso das pardas, a incidência é de 50,36. Vale lembrar que o Brasil assumiu uma meta junto às Nações Unidas de redução para 30 mortes até 2030” (Brasil, 2023).

Esse dado confirma toda a discussão apresentada até o momento sobre os efeitos do racismo institucional no Sistema Único de Saúde. Como reflexo de uma estrutura racista, esse fenômeno promove violências e negligências que afetam diretamente as gestantes negras.

Percebe-se, assim, a lógica perversa do racismo, que, ao precarizar a assistência pré-natal, contribui para o aumento dos casos de morte entre mulheres negras gestantes, resultado de uma assistência inadequada voltada a essa população.

Ainda sobre a pesquisa em desenvolvimento “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023”,

[...] a ocorrência desses óbitos depende do acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal e parto. Geralmente são o resultado de intervenções, omissões e tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos decorrente de qualquer dessas causas. Nesse sentido, a mortalidade materna sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o puerpério (Fiocruz, 2023, p. 12)

Neste momento, torna-se imperativo para todos os/as profissionais, homens e mulheres que lutam por justiça social, compreender a gravidade desses dados e atuar pela superação desse cenário. Enquanto vidas são ceifadas em decorrência de um modelo de organização social que reduz pessoas e sonhos a meros números e lucro, não haverá saúde em sua plenitude para ninguém.

Diante desses fatos, permanece o questionamento: a política de genocídio da população negra, amplamente escancarada no antigo governo Bolsonaro, não é fruto de uma cultura racista, capitalista e patriarcal, que sustenta o discurso da suposta democracia racial existente no país? Esse pensamento se constrói a partir do que Almeida (2015, p. 132) destaca,

O pano de fundo que se movimenta e se transmuta historicamente são as ideologias raciais que estruturam as relações sociais no Brasil, sob as quais se reafirmam os preconceitos e as práticas discriminatórias que dão materialidade ao racismo “à brasileira”. Este racismo, cuja existência material é reconhecida pela população, dialeticamente nega a existência dos agentes, pois, no Brasil, “ninguém é racista”. Desconhecidos esses agentes, nutre-se a impunidade, a invisibilidade, o silêncio e, conseqüentemente, maiores são as dificuldades para seu enfrentamento através de políticas públicas.

Não podemos nos calar nem fingir que a realidade apresentada é algo fantasioso ou irreal. É fundamental assumir um compromisso com a justiça social em todas as esferas da vida da população negra, especialmente quando se trata da saúde, um pilar essencial para a existência humana.

Nesse contexto, a fim de dar continuidade à análise dos dados de morbidade e mortalidade, apresentamos os óbitos infantis segundo Prata et al. (2023, p. 22-23). O estudo, ao utilizar como recorte os anos de 2010, 2015 e 2020, identificou um aumento no número de mortes decorrentes de malformação congênita nas categorias preta e parda. O percentual de óbitos na população preta passou de 16,7% para 19,1%, enquanto na população parda houve um crescimento de 16,1% para 20,3%. Já a prematuridade, apontada como a segunda principal causa de mortalidade infantil, apresentou uma queda percentual para ambas as categorias.

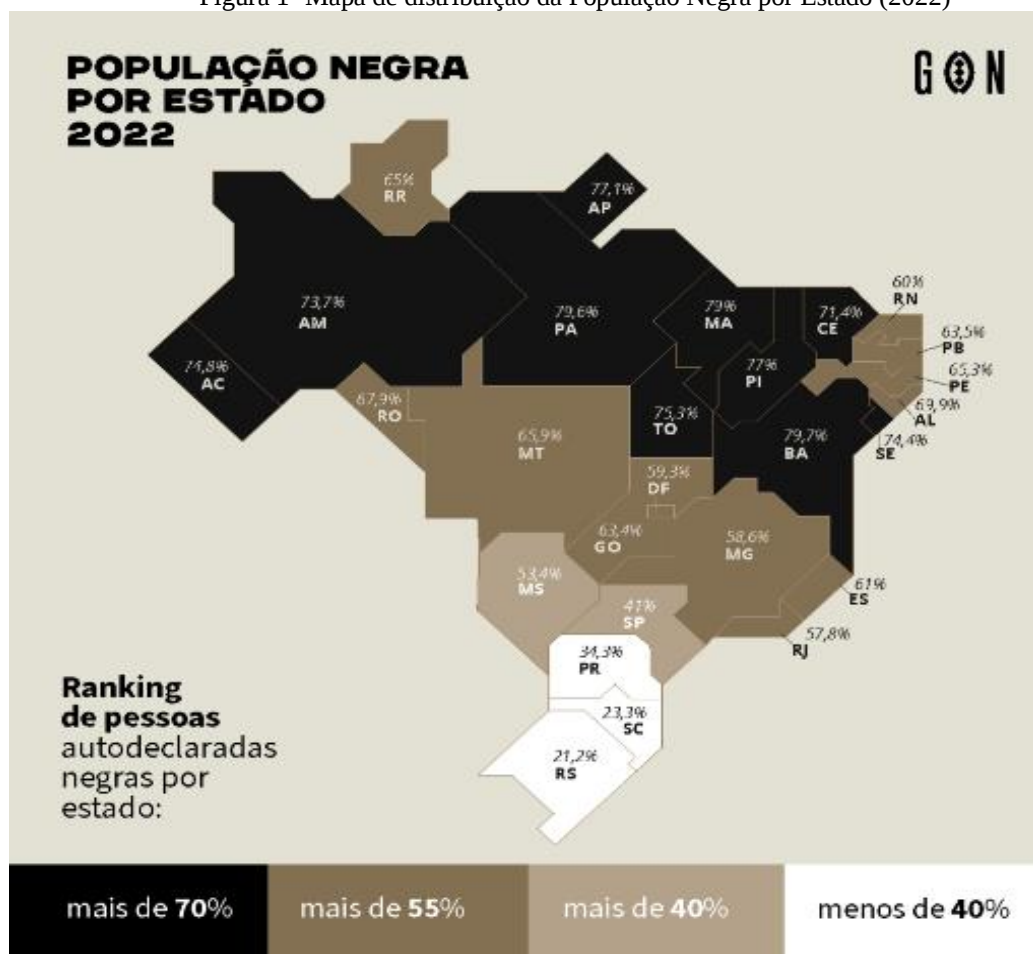
Destaca-se que, ao analisar o estudo e a tabela elaborada pelos pesquisadores, observa-se que, em todas as enfermidades que resultaram em óbito, há uma diferença proporcional notória quando se compara a população negra (junção entre autodeclarados pretos e pardos) com a população branca.

Outro aspecto relevante identificado na pesquisa é o aumento das mortes infantis associadas a fatores maternos, que passaram a ocupar o terceiro lugar no ranking de causas de óbito infantil nos anos de 2015 e 2020. Esse aumento foi significativo, uma vez que, ao somar o percentual de crianças negras que perderam suas vidas por fatores maternos, verificou-se que, em 2010, esse número era de 11,31%, enquanto em 2020 atingiu 28,3%, representando quase o triplo em uma década.

Esses dados reforçam a relação entre a precariedade da assistência destinada às mulheres gestantes negras e os impactos na saúde infantil no Brasil. Além disso, é importante destacar que os piores índices de assistência pré-natal estão localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Lessa et al., 2022; Santos, Oliveira e Bastos, 2024).

Regiões estas onde se concentra grande parte da população negra no Brasil, conforme pode ser verificado no mapa elaborado pelo *Guia Negro* (2024), com base em dados fornecidos pelo IBGE (2023) no último censo demográfico, apresentado abaixo.

Figura 1- Mapa de distribuição da População Negra por Estado (2022)



Fonte: Guia Negro, 2024. Disponível em: <https://guianegro.com.br/qual-o-percentual-de-pessoas-negras-em-cada-capital-brasileira/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

Salienta-se, ainda, que os dados apresentados até o momento não refletem integralmente o número de mortes decorrentes da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2. Isso se deve, em grande parte, ao negacionismo do então presidente Jair Messias Bolsonaro, que contribuiu para a ampliação dos impactos da epidemia para além do ano de 2020 (período final do referido estudo).

Segundo Batista, Proença e Silva (2021), a ausência da inserção do quesito raça/cor nas fichas de mortalidade relacionadas à COVID-19 aprofundou as disparidades em saúde, uma vez que impediu a realização de uma análise completa das informações sobre os grupos populacionais mais afetados por essa crise sanitária. De acordo com os pesquisadores,

[...] inclusão desse dado se deu após esforços do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), da Coalizão Negra por Direitos e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade. Ainda assim, por conta da falta de monitoramento dos órgãos de saúde, essa informação não tem sido devidamente preenchida nem analisada nos boletins epidemiológicos. A falta ou o mal

preenchimento do quesito raça/cor nos boletins médicos, dado importante para a tomada de decisão, pode ser interpretado como a subjetividade do racismo institucional e a resistência para mudanças de práticas sabidamente insuficientes para garantir mais saúde e menos doenças para a população negra (Batista, Proença e Silva, 2021, p. 2).

Se as informações aqui apresentadas não forem compreendidas como uma forma de denúncia diante das violências que afetam a saúde da população negra, realmente não sei o que poderia ser. É evidente que algumas medidas começaram a ser implementadas em decorrência da mobilização dos movimentos sociais negros, em conjunto com outros órgãos, como no caso da parceria entre a Abrasco, a Coalizão Negra por Direitos e a Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade, mas ainda a muito o que se avançar.

É inadmissível se furtar do debate sobre as consequências do racismo institucional na saúde. Para aqueles que defendem uma nova ordem societária, como os/as assistentes sociais, não há coerência em se abster dessa discussão. O Código de Ética da profissão (Brasil, 1993) reafirma o compromisso com a luta por justiça social, o que demanda a organização conjunta com movimentos sociais e entidades que busquem a eliminação dessa opressão.

Reforça-se, assim, a importância da articulação com outros sujeitos sociais na reivindicação de direitos e de condições dignas de existência. Somente por meio dessa organização será possível superar as profundas desigualdades sociais.

Dando continuidade à discussão, pressupõe-se que, ao garantir um sistema de saúde equitativo, integral, universal, com gestão participativa e descentralização — pilares fundamentais do SUS —, será possível enfrentar com coerência e força o desmonte da política pública de saúde brasileira e reduzir esse cenário devastador que permeia a sociedade.

No prosseguimento do debate, direcionado pela PNSIPN, destaca-se a Doença Falciforme (DF) como um indicador importante a ser acompanhado pela política de saúde brasileira.

Trata-se de uma enfermidade que acomete majoritariamente a população negra e que gera diversos prejuízos à saúde, além de impactos sociais e psicológicos devido aos seus sintomas, como crises de dor, anemia crônica e infecções frequentes, entre outros (Brasil, 2007).

A partir de Mota et al. (2024), é possível compreender a importância do Sistema Único de Saúde no enfrentamento dessa patologia, uma vez que, conforme apresentam os pesquisadores,

A DF é uma das doenças hematológicas hereditárias de relevância epidemiológica por ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Afeta aproximadamente 30 milhões de pessoas com a estimativa de que nasçam 300 mil crianças vivas

anualmente. No país, estima-se entre 60 mil e 100 mil pessoas com DF. Como ação programática, o diagnóstico foi instituído em 2001 pelo programa nacional de triagem neonatal. Cabe esclarecer que a adesão e cobertura da triagem neonatal pelos estados variaram significativamente ao longo do tempo. Há uma distribuição heterogênea da DF no país, onde Bahia, Distrito Federal e Piauí são as unidades federadas que apresentam o maior número de casos (Mota et al., 2024, p. 2).

Devido ao seu impacto para a sociedade brasileira, especialmente para a população negra, tornou-se necessária a criação, ainda que tardia, de uma política nacional voltada ao enfrentamento dessa realidade por meio do diagnóstico. Assim, a partir da pressão dos movimentos sociais, das próprias pessoas com Doença Falciforme e de seus familiares, foi formulada uma resposta a essa demanda (Mota et al., 2024).

Nesse sentido, observa-se a criação de medidas institucionais como resposta a essa necessidade. A Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001, no âmbito do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), e a Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (PNAIPDF), inseriram o diagnóstico para detecção e intervenção precoce da doença.

Apesar da implementação do PNTN em 2001, sua execução enfrentou desafios. Inicialmente, apenas 14 estados adotaram a triagem, enquanto os demais aderiram gradualmente até o ano de 2010 (Mota et al., 2024).

De acordo com Silva et al. (2023, p. 28),

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade do SUS apontam que entre os anos de 2014 e 2020 a mortalidade geral por doença falciforme foi de 0,22 a cada 100 mil habitantes, apresentando grande variação entre as unidades federadas (Figura 3). A maior parte dos óbitos de pacientes com DF no Brasil ocorreu na segunda década de vida (20 aos 29 anos), um padrão que se repete na maioria das unidades federadas (Figura 4).

Se observarmos com atenção as informações fornecidas, pode-se perceber que a maior parcela prejudicada pela Doença Falciforme é composta por adultos/as jovens negros/as. Isso nos leva a refletir sobre as condições concretas e objetivas da vida dessa população, que necessita de acompanhamento regular por profissionais de saúde para o monitoramento da patologia.

Nesse contexto, torna-se evidente, mais uma vez, o reflexo dos determinantes sociais no processo de saúde e doença desses jovens, assim como os efeitos do racismo estrutural, sistêmico e institucional implicados no processo de vida e morte dessa população.

Como exemplo, segundo dados do IBGE (2024, p. 22), “em 2023, 45,8% das pessoas ocupadas de cor ou raça preta ou parda trabalhavam em ocupações informais, enquanto entre as pessoas ocupadas brancas eram 34,3%”.

Esse dado suscita a seguinte reflexão: no caso da Doença Falciforme (DF), se a maior parte da população preta e parda está inserida em trabalhos informais, ou seja, sem a garantia de direitos trabalhistas e com uma renda variável conforme a demanda, como essas pessoas podem realizar regularmente o acompanhamento profissional no Sistema Único de Saúde?

Ao retomar o dado apresentado por Mota et al. (2024) e observar que o maior índice de mortes causadas pela DF se concentra na faixa etária entre 20 e 29 anos, a desigualdade se torna ainda mais evidente quando se trata das mulheres negras. Isso porque, conforme apresentado pelo IBGE (2024), apesar da melhora do mercado de trabalho para os jovens,

ainda permanece uma parcela elevada de jovens que não se lança em busca de uma ocupação no mercado de trabalho, principalmente mulheres por conta de afazeres domésticos e cuidados com parentes, que as impede de ir em busca de uma colocação no mercado de trabalho devido à falta de rede de apoio, além de oferta adequada de creches públicas e asilos ou centros de lazer para pessoas idosas (IBGE, 2024, p.31).

Como não se indignar ou se revoltar diante de tais disparidades provocadas por uma sociedade capitalista, racista e machista? Como aceitar tamanha violência em silêncio? Para que a saúde seja garantida em sua plenitude, é fundamental que as demais políticas sociais estejam estruturadas de forma a atender as necessidades específicas de cada indivíduo.

Reitera-se, mais uma vez, a discussão sobre o impacto do racismo enquanto determinante social da saúde e suas consequências para a população negra brasileira. Considerando que a população preta e parda está predominantemente inserida em indicadores de informalidade, recebe menores salários e ocupa cargos com jornadas extenuantes, e que, no caso dos jovens, grande parcela das mulheres encontra-se afastada do mercado de trabalho devido ao papel de gênero imposto por essa sociedade, como será possível garantir saúde, atendimento e tratamento para aqueles que historicamente foram privados da proteção social do Estado?

Se não há creches suficientes, tampouco centros de lazer para idosos, conforme apontado pelo próprio IBGE (2024), como a população negra brasileira não será impactada pelo projeto neoliberal do capital? Permanecem aqui tais questionamentos.

Todavia, como a vida é dialética e, no caso específico da Doença Falciforme, destaca-se um avanço importante: após a identificação de indícios de subnotificação da patologia, a Portaria nº 2.010, de 27 de novembro de 2023, tornou obrigatória a notificação compulsória da

doença nos serviços de saúde públicos e privados, ao incluí-la na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

Essa medida, em certo aspecto, representa um fio de esperança diante dos inúmeros desafios ainda a serem enfrentados quando se discute a saúde da população negra. No Brasil, em decorrência do racismo, as iniquidades em saúde persistem tanto no setor privado quanto no Sistema Único de Saúde.

Para fins de encerramento, considerando que diversos indicadores de saúde corroboram a afirmação de que não existe democracia racial no Brasil e evidenciam as iniquidades em saúde que afetam a população negra, serão apresentados dados referentes à pandemia de COVID-19. Esse período expôs de maneira contundente as desigualdades sociais no país e seus impactos sobre a saúde da população negra brasileira.

Segundo dados do Instituto Pólis (2020), ao realizar a padronização da mortalidade por COVID-19 no município de São Paulo, ainda no primeiro semestre de 2020, observou-se um aumento do número de óbitos na população negra em comparação com a população branca. Além disso, o estudo revelou uma particularidade importante, visto que,

Embora mais jovem, a população negra é proporcionalmente mais afetada pela epidemia. Em outras palavras, o fato de ter um perfil etário mais jovem do que o da população branca não garante uma proteção ou mais segurança contra a COVID-19. A padronização mostra que, justamente por ser mais jovem, o número de óbitos esperados entre pessoas pretas e pardas deveria ser significativamente menor do que o observado pelos registros oficiais (Instituto Pólis, 2020, s.p.).

É extremamente importante destacar que o estudo realizado pela referida instituição não se dedicou a compreender a forma como o vírus se comporta, mas sim a analisar seus desdobramentos diante das desigualdades sociais estruturadas na sociedade capitalista. O que justificaria o número maior de mortes entre a população negra em comparação à população branca, senão o racismo estrutural?

Como não estabelecer uma relação entre esse cenário e o fato de que a população negra, que constitui a maioria da população brasileira, segundo dados do IBGE (2023), também apresenta os maiores índices de trabalho precarizado? Essa população encontra-se majoritariamente inserida na informalidade, submetida a jornadas extenuantes. Além disso, entre os jovens de 15 a 29 anos, “10,3 milhões não estudavam e não estavam ocupados no Brasil” (IBGE, 2024, p. 30), sendo a maioria composta por mulheres pretas ou pardas. Como ignorar que essa realidade os impacta de forma distinta em relação a outros grupos sociais?

Como os dados poderiam ser diferentes, se a realidade concreta e objetiva da maior parte da população negra brasileira ainda reflete os desdobramentos do século XIX? Como não reconhecer que a saúde, desde o acesso aos serviços até os desfechos clínicos, é diretamente influenciada pelas condições de vida nas quais essa população está inserida?

Essas são algumas reflexões sobre as quais os/as assistentes sociais, acadêmicos, profissionais de saúde e pesquisadores precisam se debruçar, visto que não se trata de uma questão isolada ou pontual, mas sim de um fenômeno cíclico e estrutural.

Caso ainda reste alguma dúvida, como é possível, em uma sociedade cuja lógica é baseada no dinheiro — utilizado como moeda de troca para a aquisição de alimentos, moradia e vestimentas, ou seja, para atender às necessidades básicas da vida —, garantir que a população negra tenha os requisitos mínimos para estar saudável? Se, conforme dados do IBGE (2024, p. 57),

As diferenças se mostraram mais significativas na análise por cor ou raça, pois pessoas pretas e pardas, juntas, representavam mais de 70% dos pobres e extremamente pobres enquanto representaram 56,5% do total da população. Essas diferenças também se mantiveram nas taxas de pobreza e extrema pobreza: 4,7% das pessoas de cor ou raça preta e 6,0% das pardas eram extremamente pobres em 2023 (contra 2,6% entre brancos) e 30,8% e 35,5% eram pobres (contra 17,7% de brancos).

Não é à toa que, segundo pesquisas realizadas pela PUC-Rio, por meio do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), ao investigar a letalidade da COVID-19 no ano de 2020, os resultados indicaram que,

Na combinação de raças e escolaridade, as realidades desiguais ficaram ainda mais evidentes, com uma maior percentagem de óbitos de pretos e pardos, em todos os níveis de escolaridade. Os sem escolaridade mostraram uma proporção quatro vezes maior de morte do que brancos com nível superior (80,35% contra 19,65%). Além disso, pretos e pardos também apresentaram proporção de óbitos, em média, 37% maior do que brancos na mesma faixa de escolaridade, com a maior diferença sendo no nível superior (50%) (PUC-Rio, 2020, s.p.).

Dessa forma, o que se evidencia a partir de toda a discussão realizada neste tópico é a explicitação do projeto genocida que o Brasil historicamente impôs e continua impondo à população negra.

Entretanto, a luta por justiça social contrapõe-se de forma contundente a essa realidade. Nesse sentido, para aqueles que verdadeiramente acreditam na superação dessa estrutura societária e estão alinhados à justiça social, à luta antirracista, anticapitalista e a outras frentes essenciais para o real enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, torna-se fundamental a união e a mobilização coletiva.

CAPÍTULO 3. CONTRIBUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E COLETIVOS NEGROS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O presente capítulo tem como objetivo identificar a contribuição dos movimentos e/ou coletivos negros para a saúde da população negra, considerando que, a partir do cenário de desigualdades e iniquidades em saúde direcionadas a essa população, ocorrem diversas mobilizações sociais para a denúncia e superação dessa realidade sócio-racial. Tal concepção encontra-se alicerçada nos apontamentos realizados por Werneck (2016, p. 536):

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o movimento de mulheres negras e do movimento negro por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós- abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Diante dessa trajetória histórica apontada por Werneck (2016), é fundamental retomar alguns marcos que fortaleceram a discussão sobre as condições de vida da população negra brasileira no que tange à saúde. Para isso, será apresentada a concepção de movimento negro e do movimento de mulheres negras enquanto movimento social, que fundamenta este estudo. A partir dessa compreensão, serão analisadas as contribuições desses movimentos/coletivos na luta pela equidade racial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, no próximo subitem, serão apresentados alguns apontamentos sobre o Movimento Negro Unificado (1978), o Movimento de Mulheres Negras (1990) e a Marcha Zumbi dos Palmares (1995). Esses movimentos desempenharam um papel fundamental na construção de políticas públicas e no fortalecimento do debate sobre a saúde da população negra no Brasil.

Além disso, por meio de sua organização, essas iniciativas possibilitaram a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e, cotidianamente, ao se inserirem nos espaços de controle social, como as Conferências Nacionais de Saúde (NS), seguem apresentando propostas para a melhoria da saúde pública da população negra. Entre esses espaços, destacam-se a 11ª de 2000, 12ª de 2003, 13ª de 2007 e a 17ª de 2023, sendo esta última realizada no ano de 2023.

Neste trabalho, optou-se por compreender o movimento negro de forma mais ampla para alcançar o objetivo específico desta pesquisa. Isso se deve ao fato de que, nos documentos analisados, a nomenclatura desses sujeitos aparece de forma generalizada.

Por esse motivo, ainda que possa, em determinado momento, apresentar certo generalismo, o foco principal é contribuir para a divulgação da organização desses movimentos/coletivos negros e do impacto de sua mobilização na construção da equidade racial no Sistema Único de Saúde (SUS) para a população negra no Brasil.

3.1 Movimento Negro Unificado (MNU)

Para iniciar este subitem, será apresentado um breve recorte sobre o surgimento do Movimento Negro Unificado (MNU). Além disso, neste trabalho, parte-se do pressuposto de que o MNU está inserido no espectro da definição de movimento negro brasileiro, conforme difundido por Domingues (2007), bem como na concepção de movimento social negro apresentada por Gomes (2011).

Segundo Domingues (2007), o MNU, anteriormente nomeado Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial (MUCDR), surgiu em 1978, período em que ativistas negros/as enfrentavam significativo isolamento político e repressão durante a ditadura militar no Brasil.

Configurou-se, assim, como uma resposta aos desafios de organização e mobilização das comunidades negras em um ambiente politicamente hostil, sendo fortemente influenciado por atores externos, como os Panteras Negras, e por líderes da luta contra a discriminação racial, tais como Martin Luther King e Malcolm X.

É importante ressaltar que o MNU, segundo Domingues (2007), é apenas um dos diversos movimentos sociais negros no Brasil. Embora seja, possivelmente, um dos mais conhecidos na atualidade, não se trata do único. Inclusive, a própria nomenclatura do movimento permite compreender a intenção de unificar os diversos coletivos que se apresentavam naquele momento.

O nascimento do MNU significou um marco na história do protesto negro do país, porque, entre outros motivos, desenvolveu-se a proposta de unificar a luta de todos os grupos e organizações anti-racistas em escala nacional. O objetivo era fortalecer o poder político do movimento negro. Nesta nova fase, a estratégia que prevaleceu no movimento foi a de combinar a luta do negro com a de todos os oprimidos da sociedade. A tônica era contestar a ordem social vigente e, simultaneamente, desferir a denúncia pública do problema do racismo (Domingues, 2007, p. 114-115).

A partir dos apontamentos destacados, é possível compreender, ainda que de forma breve, a extensão da potencialidade do movimento social negro brasileiro. Além disso, o MNU apresentava, em sua carta de princípios — disponibilizada em anexo desta dissertação —, a afirmação da existência de “péssimas condições de vida, desemprego, subemprego,

discriminação na admissão em empregos e perseguição racial no trabalho” (Movimento Negro Unificado, 1978, p. 18-19).

Sendo esses aspectos cruciais que impactam os resultados em saúde da população negra, é possível, desta forma, a nós, pesquisadores/as, identificar, ainda que de forma ampliada, a contribuição deste movimento social para a saúde da população negra brasileira.

Ademais, com o intuito de promover a divulgação das ações institucionais realizadas pelo MNU e da saúde pública do nosso país, destaco a cartilha intitulada “Saúde na favela numa perspectiva antirracista”, fruto da parceria do referido movimento com a Fiocruz, no ano de 2023, a qual se encontra nas referências bibliográficas, para estudo e análise de quem se interessar.

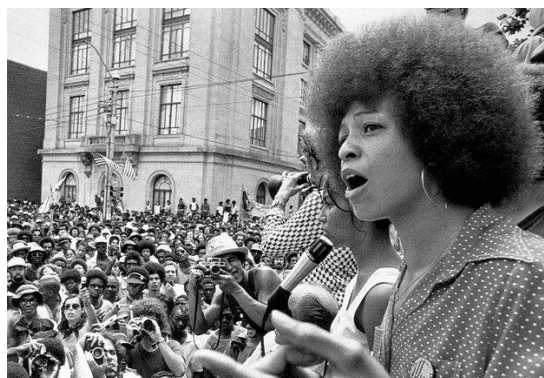
O objetivo do referido material foi “formar Promotores da saúde na favela pela perspectiva antirracista, com acolhimento e escuta ativa de moradores que passaram por violações de direitos humanos nessas favelas beneficiadas pelo projeto” (Movimento Negro Unificado; Fundação Oswaldo Cruz, 2023, p. 8-9).

Nesse sentido, reitera-se a afirmação de Faustino e Spiassi (2010, p. 163): “É em resposta à atuação organizada deste movimento social nas conferências e conselhos de saúde e demais espaços de controle social, que o Estado inicia, ainda que timidamente, a absorção desta demanda social”.

A partir deste ponto, será apresentado outro movimento social negro brasileiro, denominado Movimento de Mulheres Negras (MMN), visto que é a partir dos destaques realizados por intelectuais como Lopes e Werneck (2013) que o debate sobre a saúde, em especial a saúde da mulher negra, apresenta, historicamente, seu alicerce nesse movimento negro.

3.1.1 Movimento de Mulheres Negras (MMN)

Figura 2 - Movimento de mulheres negras na década de 1970



Fonte: POLITIZE!.. Disponível em: <https://www.politize.com.br/feminismo-negro-no-brasil/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

Apresentando a mesma lógica anterior, será realizado um recorte breve sobre o movimento de mulheres negras, destacando alguns aspectos que impactam diretamente na pressão exercida sobre o Estado brasileiro por direitos reivindicados na década de 1990 e que persistem até os dias atuais.

De acordo com Lopes e Werneck (2013, p. 10),

Até o início da década de 90 o movimento de mulheres negras tinha o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta. A partir do que impulsiona as discussões sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos. Logo no início da década são desenvolvidas duas importantes campanhas nacionais, gestadas e disseminadas por este movimento, juntamente com as organizações negras mistas (de mulheres e homens).

A partir do trecho disposto, reitera-se o argumento apresentado desde o início desta dissertação: o movimento de mulheres negras fortalece a discussão sobre a intersecção entre gênero e raça e seu desdobramento para a vida de mulheres negras brasileiras.

Seu papel é fundamental para o debate crítico e o aprofundamento sobre a saúde da população negra neste país, pois é por meio de sua mobilização e organização que foram encampadas campanhas como “Não Matem Nossas Crianças”, que chamou a atenção internacional para a violência enfrentada por crianças e jovens negros no Brasil. Campanha esta que influenciou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 (Lopes; Werneck, 2013). Além disso,

Naquele mesmo ano tem início a Campanha nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres negras com o slogan ‘Esterilização de Mulheres negras: do Controle da natalidade ao genocídio do Povo negro’, sob a liderança do Programa de Mulheres do Centro de articulação de Populações Marginalizadas do rio de Janeiro. Esta campanha visava denunciar o viés racista das iniciativas de controle populacional, eufemisticamente definidas como de planejamento familiar, empreendidas por organizações não- governamentais brasileiras e internacionais nas diferentes regiões

do país. A campanha apontava também o uso irresponsável, e contrário às legislações nacionais e internacionais, de tecnologias contraceptivas experimentais (Lopes; Werneck, 2013, p. 10).

Conforme o trecho destacado, entende-se que o principal objetivo da campanha era denunciar práticas racistas e genocidas, enviesadas pelo discurso do planejamento familiar — muito frequente ainda atualmente —, destinado a mulheres negras. Com a finalidade de impedir práticas injustas e prejudiciais à vida dessas mulheres, observa-se, inclusive, o uso inadequado de contraceptivos experimentais, na contramão das leis nacionais e internacionais.

Nesse sentido, a campanha, além de denunciar a realidade sócio-racial destinada a mulheres negras na época, procurou proteger seus direitos, garantir sua segurança e preservar suas comunidades.

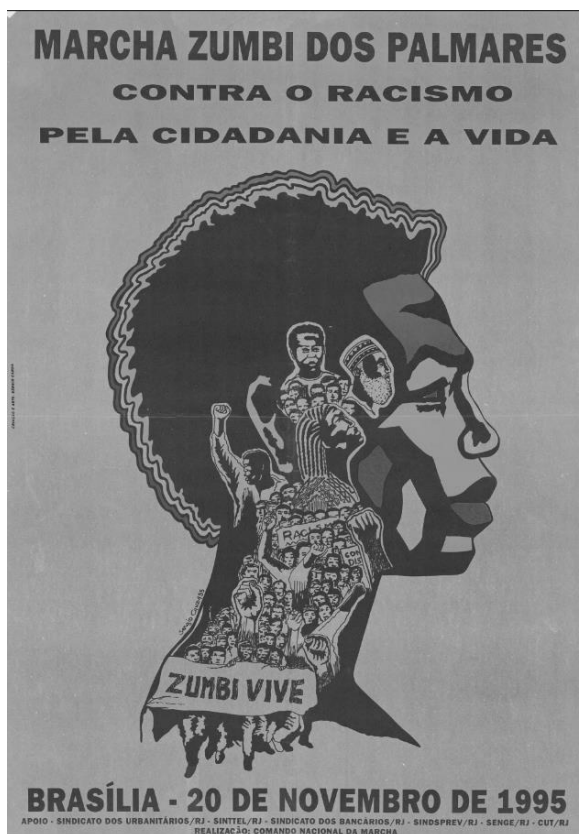
Adicionalmente às informações apresentadas, de acordo com Milanezi (2020, s.p.), outra pauta histórica que compõe o MMN trata-se da “inserção do quesito raça/cor nos repositórios de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a qualificação da coleta do dado pelos profissionais de saúde”. Tema este que será debatido com profundidade no terceiro e último capítulo desta dissertação, devido à sua importância e relevância nos dias atuais.

Esses são pequenos fragmentos apresentados para a compreensão mais geral do MMN, que, com toda a sua articulação, em conjunto aos movimentos negros, reivindicou e reivindica, até os dias atuais, melhores condições de saúde para a população negra.

Nesse sentido, o último recorte histórico escolhido para ser apresentado, devido ao seu impacto histórico e aos resultados que se implementaram influenciados neste período, trata-se da Marcha do Zumbi dos Palmares, realizada no ano de 1995, cuja participação de milhares de negros/negras, denunciando o racismo estrutural e suas expressões nas instituições sociais, exigiu uma resposta por parte do Estado brasileiro.

3.1.2 Marcha Zumbi dos Palmares (1995)

Figura 3 – Cartaz da I Marcha Zumbi dos Palmares pela vida e pela cidadania, 1995



Fonte: Fundação Perseu Abramo, 2022. Disponível em: https://fpabramo.org.br/pt42anos/wp-content/uploads/sites/12/2022/10/1995_I_Marcha_ZumbiPelaVida.png. Acesso em: 12 mar. 2025.

Historicamente, de acordo com Brauns, Santos e Oliveira (2020, p. 145):

A Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida foi um dos maiores eventos políticos do ano. Concentrou, no dia 20 de novembro de 1995 em Brasília (DF), cerca de 30 mil pessoas, ativistas do movimento Negro e demais movimentos sociais celebrando a imortalidade de Zumbi dos Palmares. Foi apresentado ao governo federal um conjunto de reivindicações exigindo políticas públicas para a superação do racismo no Brasil.

A partir das informações apresentadas nesse breve trecho, compreendemos que, no período discutido até o presente momento — meados dos anos 1990 —, houve a efervescência dos movimentos sociais e dos protestos realizados por estes na luta por justiça no Brasil.

Justifica-se, portanto, a escolha deste marco histórico por se encontrar, na literatura, argumentos que corroboram para o entendimento de que é fruto dessas contestações o fato de o Estado, pressionado pela sociedade civil, ter necessitado criar algumas estratégias para a redução das disparidades raciais em diversos contextos, sendo que, neste trabalho, especificamente no campo da saúde.

É possível verificar tal afirmativa de Lopes e Werneck (2013, p. 11):

Em resposta a algumas destas demandas, em 1996 o quesito cor é incluído nas declarações de nascidos vivos e de óbito e passa a constar nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC). Também foi uma conquista importante a introdução do quesito cor nos dados de identificação dos sujeitos das pesquisas (resolução nº. 196/96, que versa sobre as normas de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos).

A partir dos fragmentos apresentados, é notória a reivindicação basilar do movimento negro brasileiro quando se trata da saúde da população negra e da necessidade de inserção do quesito raça/cor, que se apresenta em diversos momentos da construção desta pesquisa.

Não por acaso, ao se compreender que o discurso da democracia racial (Freyre, 2003) apresenta raízes profundas na imagética da população brasileira, torna-se profundamente distante, sem tais dados, a cobrança por tratamento equitativo e sem discriminação à população negra no Sistema Único de Saúde (SUS).

É preocupante e alarmante que tal discussão ainda se faça necessária, mesmo passados 30 anos da 1ª Marcha de Zumbi, visto que ainda se apresenta, como característica do racismo institucional, a invisibilização dos dados coletados nos sistemas de informação do SUS, conforme será apresentado no terceiro capítulo deste documento.

Entretanto, é possível afirmar, a partir dos trechos destacados, que a implementação e/ou sua obrigatoriedade na saúde pública do Brasil somente ocorre em decorrência da organização e força política do Movimento Negro Brasileiro (MNB), que, ao reunir populações de diversos locais — como no caso da referida marcha, em Brasília/DF —, pressionou o governo federal a olhar para a realidade sócio-racial brasileira e criar medidas contra o racismo.

A partir da apresentação ampla de dois movimentos sociais negros, assim como do protesto realizado na Marcha, com o intuito de demonstrar, ainda que de forma sucinta, a força do movimento negro, será apresentada, a partir das análises documentais da 11ª, 12ª, 13ª e 17ª Conferências Nacionais de Saúde, a influência desses movimentos negros para o debate sobre a saúde da população negra, visto que é nesse espaço de controle social institucionalizado que são discutidas as ações e diretrizes que orientam o SUS.

3.2. Conferências Nacionais de Saúde e a participação do Movimento Negro Brasileiro

A fim de seguir uma linha cronológica para facilitar a compreensão da relevância da participação do movimento negro nas Conferências Nacionais de Saúde, será exposta, neste subitem, a seguinte ordem: 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), 12ª Conferência

Nacional de Saúde (2003), 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023).

Cada uma delas apresenta importantes informações a respeito da saúde da população negra, desde o apontamento da necessidade de se pensar em uma política de saúde específica para essa população, passando pela implantação e implementação da referida política até os dias atuais, com as necessidades que, ao longo destes 20 anos, foram sendo alcançadas, mas que, em contrapartida, foram substituídas por novas demandas.

A partir da análise da 11ª CNS (Brasil, 2000), interpretamos, inicialmente, que os mais de 2.500 delegados presentes neste espaço apresentavam, com rigor de criticidade, os avanços que sucederam a partir da Constituição Federal (Brasil, 1988) e da criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, mas, em contrapartida, observavam as práticas neoliberais presentes no Brasil, conforme destaca-se:

A saúde da população do Brasil, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais; entre eles, a garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer e transporte. Neste momento, o desemprego, a péssima distribuição de renda (50 milhões de pessoas em estado de miséria), a fome e desnutrição e outros muitos agravos interferem nas condições de vida e de saúde, ressurgem antigas e surgem novas formas de adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, agravado pelas condições de pobreza, gênero, raça e idade. Enquanto isso, os Governos investem em saúde, no setor público (universal, para toda população) apenas R\$300,00 per capita/ano. Na raiz do agravamento da falta de qualidade de vida e de saúde da população está o projeto social e econômico do Governo Fernando Henrique que privilegia a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais (Brasil, 2000, p.12).

O destaque realizado neste momento objetivou demonstrar a lógica que permeava a discussão na 11ª CNS. Nesse sentido, conforme o trecho apresentado, no qual se discutiu amplamente, a concepção das condições concretas da vida apresentava impacto direto na saúde da população brasileira, sendo esse aspecto reafirmado no texto anteriormente exposto. Ademais, outro ponto a ser discutido trata-se da afirmação de que somente por meio do controle social será possível efetivar o SUS (Brasil, 2000).

A partir da análise de conteúdo do relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, elaborou-se um quadro com as proposições debatidas nesse espaço, que corrobora com o nosso pressuposto de que, a partir da presença desses movimentos sociais, houve a construção de diversas ações a serem realizadas até o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso.

Quadro 1- Proposições da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000)

Eixo Temático	Proposição	Descrição
Eixo I- Controle Social	2	Os participantes da 11a Conferência indicam também a necessidade de estimular instrumentos de articulação e ampliação de espaços de Controle Social, criando Conselhos Municipais e Estaduais de Cidadania, integrados por representantes dos diferentes conselhos municipais que tratam das políticas sociais. Essa iniciativa viabilizaria a formulação de estratégias diferenciadas e mais amplas para questões específicas de grupos vulneráveis, o aprimoramento das legislações e normas existentes de forma intersetorial, garantindo o direito desses grupos (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de patologias específicas e portadores de deficiências etc.) (Brasil, 2000, p. 59).
	26 – item g	g) Convocar e realizar, em 2001, a III Conferência Nacional da População Negra (Brasil, 2000, p. 80).
Eixo III- Modelo Assistencial e de Gestão para garantir acesso, qualidade e humanização, com controle social	76 – item m	m) Rever e integrar as políticas sociais desenvolvidas atualmente para os idosos, população negra, carcerária, indígena, de órteses e próteses, de saúde mental, de saúde bucal, e estender as ações de assistência social aos portadores de deficiência física e patológica; (Brasil, 2000, p. 108).
	77 – item c / d	c) Assegurar que a integralidade seja colocada como questão central e fio condutor para a construção do Modelo de Atenção e para a atuação dos profissionais que o compõem, com respeito à diversidade, sem distinção de <u>etnias</u> , sem restrição de minorias, gênero, opção sexual, portadores de todas as deficiências, patologias, faixas etárias, população indígena, rural, urbana e ribeirinha; d) – atender às necessidades individuais e coletivas, respeitando as diferenças de gênero, idade e raça; ((Brasil, 2000, p. 111).
	108 – item a/b	a) Implantar as Políticas de Assistência à Saúde da Mulher e da/o Adolescente, desde as ações básicas, privilegiando a prevenção – incluindo diagnóstico –, até os níveis de emergência e internação; que tais ações respeitem as especificidades oriundas das questões de gênero, <u>raça/etnia</u> e orientação sexual; e que, no Orçamento da União, sejam assegurados recursos destinados à execução dessas ações. Nesse sentido, propomos que o Sistema Único de Saúde assuma a implementação da Lei 92.623, referente ao planejamento familiar, com a introdução de informações confiáveis, métodos seguros e acompanhamento adequado, respeitando sempre o direito das pessoas decidirem sobre a sua prole; b) Implementar ações programáticas que contemplem a atenção ao câncer ginecológico, Saúde Mental, anemia falciforme e outras patologias prevalentes em <u>etnias</u> específicas, DST/AIDS, saúde da trabalhadora urbana e rural, em todas as fases da vida; (Brasil, 2000, p. 133-134).
	216	Os meios de comunicação devem veicular campanhas de massa e dirigidas, além de materiais educativos que considerem as diversidades de raça/etnia, classe, gênero, aspectos regionais e culturais. Devem ser elaboradas por recursos humanos capacitados, com participação das áreas técnicas governamentais e representantes do público-alvo,

		abordando os reais problemas de saúde da população como doação de órgãos, alcoolismo, drogas, obesidade, sedentarismo e outros (Brasil, 2000, p. 176).
	237	O Ministério da Saúde deve incluir nos seus indicadores o quesito cor (Brasil, 2000, p. 180).
	269	Definir estratégias de IEC diferenciadas e específicas para grupos vulneráveis, com articulações inter-conselhos (como os tutelares). Buscar o aprimoramento das legislações e normas capazes de garantir o direito integral à Saúde aos índios, mulheres, negros, crianças, idosos, homossexuais, portadores de patologias e deficiências, dentre outros grupos e minorias discriminadas (Brasil, 2000, p.186).

Fonte: Quadro construído a partir do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde 2000.

Por meio do quadro construído, é possível compreender diversas propostas apresentadas no relatório final, nas quais pode-se deduzir terem sido formuladas pelo movimento negro, visto que as sete proposições apresentadas apontam a necessidade de variadas ações a serem realizadas de forma intersetorial, garantindo a atenção integral – um dos pilares da construção do SUS, a compreensão das particularidades de cada grupo específico e o respeito às suas diferenças — ou seja, introduzindo o debate sobre a importância da equidade.

Além disso, destaca-se uma informação de interesse e importância a ser refletida no tocante à saúde da mulher, tendo em vista que, ao longo da história de luta do movimento de mulheres negras, que denunciou o controle da população negra por meio do planejamento familiar, apresentou-se como pauta a necessidade da garantia de informações a respeito de contraceptivos adequados, assim como da liberdade de escolha frente aos seus direitos reprodutivos.

Adicionalmente a esta pauta, vincula-se a necessidade de construir ações que atentem à saúde ginecológica e a patologias específicas, como a doença falciforme — mais comum na população negra brasileira —, novamente reiterando e exigindo um repertório qualificado para garantir a integralidade e a equidade, aspectos essenciais quando se discute a saúde da população negra.

Além disso, nota-se deliberações a respeito da necessidade de realização de uma conferência nacional específica para a população negra, com vistas a trazer, com maior detalhamento, os desafios e avanços para este fazer em saúde no coletivo, ouvindo os que de fato são usuários do SUS, fomentando, dessa forma, a participação social, que, além de cumprir um requisito instituído pela Lei nº 8.142/1990, fortalece o sistema público de saúde.

Essencial para avançarmos na discussão é observar que, historicamente, a luta pela saúde da população negra — ainda que, neste trabalho, tenha sido realizado um recorte específico para a compreensão do fenômeno social — é antiga. Fundamenta-se esse argumento a partir da análise de diversos documentos, nos quais se constata que, em pleno ano 2000, início do século XXI, ainda não havia nenhuma política pública direcionada especificamente à saúde integral da população negra — política esta que só seria aprovada em 2006. Já era possível verificar, conforme as informações contidas no quadro apresentado, a urgência de se compreender que, apesar de todos terem direito à saúde, ainda há necessidade de se criar ações que respeitem as demandas universais, mas que levem em consideração os determinantes e as condições que se alteram para cada grupo social.

Considerando que o racismo estrutural e institucional, ainda que sua nomenclatura não conste neste documento analisado, impacta o processo saúde-doença, é somente por meio do seu enfrentamento que os princípios do SUS poderão ser efetivamente garantidos, alcançando de fato aqueles atendidos por esta política pública. Será necessário, portanto, a participação da população, a criação de ações específicas para grupos ditos “minoritários” e/ou “vulneráveis”, a articulação com demais políticas sociais e a capacitação de profissionais, por meio de campanhas e conhecimento técnico especializado, para lidar com a realidade complexa que se apresenta no SUS.

Por fim, é crucial compreender que, no ano seguinte a essa conferência, ou seja, em 2001, ocorreu a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul. Esse evento, além de fortalecer as mobilizações que já ocorriam no Brasil — conforme os recortes apresentados anteriormente —, exigiu, no âmbito internacional e nacional, modificações tanto para os africanos quanto para seus afrodescendentes.

Dessa forma, pontuando todo esse cenário, é possível observar os reflexos decorrentes desses marcos históricos. Por exemplo, segundo Lopes e Werneck (2013), após a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), ainda no mesmo ano, o movimento negro, após sua participação na 12ª Conferência Nacional de Saúde, “garante a aprovação de mais de 70 deliberações que contemplam a perspectiva racial, de gênero e geração” (Lopes; Werneck, 2013, p. 12).

Essa informação corrobora a afirmação central desta pesquisa: que a participação do movimento negro nesse espaço — ainda que institucionalizado, mas não apenas nele —, onde o coletivo se fez presente, possibilitou um aumento significativo nas ações voltadas à redução das iniquidades em saúde para a população negra, além de demonstrar seu caráter humanitário,

ampliado e propositivo para enfrentar os dilemas da assistência à saúde destinada a essa população.

Tendo dito isso, inicia-se a apresentação das propostas levantadas pelo movimento negro, a partir do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Quadro 2 – Proposições da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003)

Eixo Temático	Proposição	Descrição
Eixo I – Direito à Saúde	5	Defender a democratização das relações entre a sociedade e o Estado, promovendo o exercício da cidadania, com maior participação da população nas três esferas de governo mediante a criação de mais espaços públicos de participação política, com a garantia de respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência e orientação religiosa (Brasil, 2004, p. 24-25).
	15	Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da Saúde, com campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação, que contemplem as questões de raça, étnicas, de gênero, orientação sexual, religião, as especificidades dos diversos ciclos de vida (idade) e de pessoas com deficiências, portadores de transtornos mentais e outras condições pessoais geradoras de exclusão, como adolescentes em conflito com a lei e presidiários (Brasil, 2004, p. 26).
	17	Ampliar os Sistemas de Informação, incentivar a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde, pesquisar, sistematizar e tornar público e acessível a todos as informações e os dados estatísticos e epidemiológicos que concorram para a promoção da saúde, com identificação das diferentes etnias, sobre moradia, alimentação, educação, condições de vida, saúde e trabalho e com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias garantindo as ações de prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2004, p.26).
	26	Implementar a Política de Saúde do Idoso nas três esferas de governo, em consonância com os dispositivos do Estatuto do Idoso, com orientações preventivas aos agravos inerentes à terceira idade respeitando as questões étnicas, de gênero e de orientação sexual, e garantir o funcionamento efetivo do Conselho Nacional do Idoso (Brasil, 2004, p.28).
	33	Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens adultos e adolescentes, com ações dirigidas para a saúde da mulher que adote os enfoques de raça, etnia e de orientação sexual, bem como priorize as ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, articulando as ações intersetoriais de combate à violência doméstica, sexual e racial contra as mulheres, conforme o Plano Nacional da Atenção à Saúde da Mulher (Brasil, 2004, p.29).

	34	Garantir o acesso à informação às mulheres em todos os níveis de atenção sobre os serviços que atendem às suas necessidades de saúde com qualidade e assistência integral, respondendo as especificidades de saúde das mulheres negras, indígenas, profissionais do sexo e derivadas de sua orientação sexual (Brasil, 2004, p. 29).
	35	Instituir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra, a exemplo das já existentes para outros temas e grupos populacionais, e criar, no Ministério de Saúde, nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, comissões técnicas para estudo e avaliação da saúde da população negra com participação da sociedade civil objetivando formular políticas e definir protocolos básicos de ação, conforme o Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2004, p.29).
	42	Garantir a regionalização do Programa de Anemia Falciforme (PAF) em todos os estados e municípios, com teste do pezinho e da orelhinha, eletroforese de hemoglobina para crianças, gestantes e adultos, como também o acompanhamento das pessoas com diagnóstico comprovado por meio de equipes técnicas multiprofissionais, criando centros de referência para portadores de hemoglobinopatias (Brasil, 2004, p. 30).
	44	Garantir à população que reside e/ou trabalha no campo acesso às ações e serviços de saúde. A população do campo compreende: trabalhadores rurais que não têm acesso à terra, trabalhadores rurais em regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades remanescentes de quilombos em vilas e povoados, e população que mora nas periferias das cidades e trabalha no campo (Brasil, 2004, p.30).
Eixo II- Seguridade Social e Saúde	4	Construir, aprimorar e utilizar indicadores sociais e do setor da Saúde e que permitam avaliar as iniquidades existentes, para identificar regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, desprotegidos e expostos a riscos, considerando questões de gênero, raça e etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais para que sejam priorizados nas ações de saúde e seguridade (Brasil, 2004, p.34).
	5	Garantir amplo sistema de controle social voltado para a seguridade social nas diferentes esferas de governo, respeitando as diversidades e especificidades e considerando aspectos de gênero, etnia e pessoas com deficiência e necessidades especiais, com representação composta por 25% de gestores e prestadores, 25% de trabalhadores e 50% de usuários (Brasil, 2004, p. 34).
	6	Prover a reforma agrária, com base nacional, com a titulação e homologação das terras quilombolas, indígenas e ribeirinhas, e com participação e controle social, com assessoria e acompanhamento administrativos e financeiros garantindo a sobrevivência e o sucesso dos assentados, valorizando-se, também, as cooperativas de crédito, com ênfase no desenvolvimento sustentável (Brasil, 2004, p. 35).

	22	Ampliar os repasses de incentivos financeiros federais para garantir o fortalecimento da seguridade social aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, bem como ao Vale do Jequitinhonha, às comunidades indígenas, aos remanescentes de quilombos e às populações ribeirinhas, em todo o território nacional e com controle social, tendo em vista as peculiaridades regionais e considerando-se a densidade demográfica e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Brasil, 2004, p. 36).
	31	Garantir os direitos previdenciários a todos os trabalhadores, com prioridade para os que estão no mercado informal de trabalho, trabalhadores rurais e quilombolas, ou aqueles que, por qualquer motivo, estejam temporária ou permanentemente impedidos de trabalhar. Com esse objetivo, deve ser utilizado o superávit da própria Previdência Social, a taxação das grandes heranças e fortunas e outras fontes, combatendo-se a sonegação, com a devolução aos cofres públicos dos recursos fraudados (Brasil, 2004, p. 37).
	39	Estender a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às famílias com duas ou mais pessoas com deficiências, aos usuários de serviços de saúde mental, aos portadores de anemia falciforme de baixa renda, aos portadores de doenças crônicas e todas as pessoas com deficiências incapacitantes para a vida laborativa e com filhos menores de 18 anos, independentemente da idade e contribuição, suprimindo a exigência atual da incapacidade jurídica (Brasil, 2004, p. 38).
	47	Implantar no Ministério da Previdência Social, em especial no INSS, uma política de humanização de combate ao racismo e a outras formas de discriminação no atendimento aos trabalhadores, com capacitação dos seus trabalhadores, visando ao tratamento dos indivíduos como pessoas (e não como se fossem patologias) respeitando suas diferenças de etnia, gênero, deficiência, opção sexual e outros pretextos para discriminação. Tornar mais rápidos os processos de liberação dos benefícios para os portadores de patologias de caráter degenerativo. Incluir as pneumopatias graves, artroses, hepatites e transtornos mentais, na lista de doenças graves, contagiosas ou incuráveis, constantes do Decreto nº 3.000/99, que dá direito a aposentadoria por invalidez e isenção de Imposto de Renda (Brasil, 2004, p.39).
	53	Garantir, através de programas de Governo, a manutenção de renda e acesso à alimentação aos doentes de tuberculose, hanseníase, hepatite B, C e D, diabetes, doença de Chagas, epilepsias, HIV, HTLV I e II, hemofilias, anemias falciformes, renais crônicos, pessoas com deficiência, portadores de diabetes tipo 1, desde que comprovada a insuficiência de renda para fazer face ao tratamento (Brasil, 2004, p. 40).
Eixo III - Intersetorialidade das Ações de Saúde	2 – item I, II, III	Assegurar que as políticas sociais e econômicas se orientem pela garantia de uma vida saudável mediante acesso a educação, emprego, renda, alimentação, moradia, segurança, cultura, preservação das tradições, saneamento básico, meio ambiente saudável, transporte, lazer e esportes, assegurando uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento socioeconômico e cultural das famílias:

		I. devendo ser planejadas e implementadas de forma articulada por meio de projetos intersetoriais, nas três esferas de governo; II. incluindo a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersetoriais para o efetivo impacto de melhoria das condições de vida e de saúde da população; III. reconhecendo as políticas de ação afirmativa como estratégias para o alcance da universalidade (Brasil, 2004, p.44).
	4 – item I	Comprometer todas as esferas de governo com a redução de iniquidades sociais, garantindo o acesso universal ao trabalho e à renda digna, através de pactos sociais para o enfrentamento dos conflitos que são inerentes aos processos de mudança, fortalecendo situações favoráveis à vida e à superação das iniquidades, garantindo a melhoria da qualidade de vida com ambientes, alimentos e outros produtos de consumo saudáveis, promovendo e desenvolvendo articulações entre os programas sociais para potencializá-los nas diversas esferas de governo: I- desenvolvendo e aprimorando indicadores de desigualdades e exclusão social (originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, por tipo de necessidades especiais ou deficiências e por orientação religiosa), incluindo os relacionados com a educação e o meio ambiente, que sirvam de base para a formulação e o desenvolvimento das macropolíticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde da população; (Brasil, 2004, p. 44-45).
	5 – item V	Intensificar e aperfeiçoar os programas sociais, com recursos específicos das respectivas áreas ou setores, para ampliar o acesso das famílias com maiores necessidades sociais e diminuir os riscos à saúde: V. considerando a diversidade de gênero, etnia, raça, orientação sexual, idade, presença de necessidades especiais ou deficiências, orientação religiosa e o impacto produzido pela introdução de novos processos de trabalho (Brasil, 2004, p. 45).
	9	Planejar e organizar serviços para garantir a saúde da população, considerando os contextos e as especificidades culturais dos locais onde residem e trabalham as pessoas, onde se estabelecem as relações sociais e com o ambiente (natural ou construído), assim como a diversidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, orientação religiosa, deficiência e necessidades específicas, com estratégias de articulações intersetoriais envolvendo instituições que prestam serviços à população, incentivando métodos e abordagens apropriados à diversidade e complexidade dos problemas vivenciados pela população, promovendo o processo de planejamento, execução, avaliação do impacto e dos efeitos dessas ações sobre a qualidade de vida e de saúde da população a partir de uma agenda intersetorial de ação mais global (Brasil, 2004, p.46).
	12 – item III	Incorporar, na formulação de políticas, a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde – agravos, doenças e acidentes do trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco 100 de contaminações químicas e dos alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação

		ambiental – fazendo com que nas três esferas de governo sejam realizadas ações de controle dessas situações de risco, atendendo as necessidades e demandas, com especial atenção àquelas identificadas pelas pessoas envolvidas: III. considerando na promoção da saúde que há uma modalidade de racismo, que se expressa pela exposição de pessoas da raça negra ou indígena a contextos ambientais que oferecem riscos à saúde, criando condições desfavoráveis de desenvolvimento humano (Brasil, 2004, p. 46-47).
	14	Definir estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que devem ser diferenciadas segundo as questões específicas de grupos populacionais vulneráveis, buscando a articulação interconselhos para fortalecer o controle social, e aprimorando legislações e normas capazes de garantir o direito desses grupos de forma integral, como as referentes aos povos indígenas, às mulheres, aos homens, aos negros, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, às pessoas com patologias específicas e pessoas com deficiências, homossexuais, travestis e transgêneros, entre outros (Brasil, 2004, p.47).
	22 – item IV	Implementar ações intergovernamentais, com recursos específicos das respectivas áreas, criando instrumentos normativos para garantir a perenidade das ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos problemas nacionais prioritários em defesa da vida, cujas soluções exigem a prática da intersetorialidade: IV- na promoção da igualdade racial; (Brasil, 2004, p.48-49).
	23 – item – I, II, III, IV	Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente os seguintes setores e instituições – saúde, educação, seguridade social, urbanismo, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) e Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), dentre outras, para o desenvolvimento de ações integradas: I- no controle dos processos produtivos e dos produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público e pelo setor privado; II- na qualidade ambiental nos centros urbanos, na área rural, nas áreas indígenas e de florestas; III- na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica; IV- na eficiência, segurança e acessibilidade do transporte coletivo (Brasil, 2004, p.49).
	24	Garantir a descentralização de recursos do governo para o desenvolvimento de ações integradas, sustentáveis e intersetoriais, orientadas pelas características socioculturais e geográficas, configuradas a partir dos contextos de risco apontados nos diferentes perfis epidemiológicos e sociais, priorizando as áreas de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e educação (Brasil, 2004, p.49).

	30 – item II	Considerando os problemas sócio-ambientais identificados e visando à promoção da saúde, garantir que a agenda do governo seja de caráter intersetorial e que inclua a distribuição de responsabilidades entre todos os seus ministérios. No âmbito do SUS, organizar uma agenda para aprimorar e qualificar o trabalho intersetorial, nas estruturas das três esferas de governo, com a participação dos gestores, Conselhos de Saúde, prestadores de serviços e da sociedade civil organizada: II- estabelecendo entre os ministérios da Previdência, da Assistência Social, da Justiça e do Trabalho uma agenda intersetorial visando às políticas de promoção da igualdade racial e de gênero, com a finalidade de combater preconceitos, discriminações e violências; (Brasil, 2004, p. 50-51).
	35 – item VII	Garantir a implementação da política de reforma agrária que fixe o trabalhador rural no campo, comprometendo as três esferas de governo. No que concerne especificamente à saúde, desenvolvendo projetos relacionados com ações e serviços de saúde em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, INCRA e os movimentos sociais, para contribuírem com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais, pequenos produtores rurais, indígenas e quilombolas, considerando: VII- titulando as terras de remanescentes de quilombos e ribeirinhos; (Brasil, 2004, p.52).
	36	Preservar a rica diversidade existente no Brasil nas suas dimensões étnicas, raciais, culturais, sociais e ambientais que, na visão holística, constitui elemento fundamental para a compreensão da saúde em seu significado mais amplo, garantindo o direito à demarcação, legitimação e preservação dos territórios indígenas e quilombolas, fundamental para a sobrevivência das populações tradicionais, entendendo o direito à terra como componente essencial da saúde e da qualidade de vida, com uma política efetiva de fiscalização em relação à degradação e invasão dessas áreas, defendendo a soberania nacional (Brasil, 2004,p.53).
	49- item IV	Fortalecer e priorizar uma política de saneamento básico pelo governo, compreendida como política pública essencial para a qualidade de vida, definindo recursos e responsabilidades de cada setor nas três esferas de governo, no sentido de garantir o saneamento básico, incluindo água potável com controle periódico da qualidade, definindo e disponibilizando recursos para ampliação da rede de distribuição das adutoras e perfuração de poços onde não exista fonte de água potável, com instalação de dessalinizadores, levando-se em consideração as prioridades em saúde, deposição do lixo e esgotamento sanitário: IV- incluindo populações dos assentamentos rurais e aldeias indígenas, agricultores familiares e remanescentes de quilombos e ciganos, especialmente no abastecimento de água de qualidade; (Brasil, 2004, p. 57-58).
	58 – item I, II, III, IV	Promover a articulação e parceria dos diversos setores envolvidos com o problema da fome e das carências

		nutricionais, visando a sua erradicação no país, agindo especialmente em populações vulneráveis e de risco (com déficit nutricional), implantando conselhos e comitês de segurança alimentar e nutricional, implementando a política nacional de alimentação e nutrição, com fortalecimento das ações de alimentação e nutrição de forma articulada às ações de segurança alimentar e nutricional, com sensibilização, informação e educação em saúde, com controle de qualidade e conservação pela Vigilância Sanitária de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, divulgando amplamente os resultados obtidos, ampliando e implementando o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola, integrando-o às ações de combate às carências nutricionais nos grupos de risco (com déficit nutricional), garantindo sua entrega, conservação e fiscalização pelos conselhos de saúde, sob as normas da Vigilância Sanitária e fiscalizado pelos conselhos de saúde, inclusive quanto à aplicação dos recursos: I- incluindo as ações de assistência social, nas três esferas de governo; II- fomentando e fortalecendo a criação das políticas estaduais de alimentação e nutrição; III- fomentando a criação e ação das Comissões Interinstitucionais de Alimentação e Nutrição (CIAN), nos conselhos de segurança alimentar e nutricional; IV- estabelecendo convênios entre os Ministérios da Educação, Saúde e Extraordinário de Segurança Alimentar (Mesa) e os conselhos de saúde (Brasil, 2004, p.60-61).
	60	Integrar as unidades básicas de saúde às escolas, inclusive nas comunidades indígenas e quilombolas, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares e preservação ambiental, sob a orientação de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais especializados, em parceria com as secretarias de agricultura, da educação, da assistência social e outros órgãos afins, das esferas estaduais e municipais (Brasil, 2004, p. 61).
	61 – item I, II, VII, XVIII, XIX, XX, XXI	Formular, implementar e articular a implantação de uma política de saúde nas escolas, envolvendo os setores de educação, saúde e outros afins, nas três esferas de governo, para a prevenção e promoção da saúde nas escolas, desenvolvendo uma política de educação popular e saúde nas escolas, transformando-as em ‘escolas saudáveis e promotoras de saúde’, abordando temas como: I - acidentes e violências; II-. educação alimentar e nutricional; VII- combates às discriminações; XVIII- buscando parcerias e apoios com ONG, entidades religiosas, associações de moradores e consórcios intersetoriais regionais direcionados para os diferentes centros de referência; XIX - capacitando professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, com recursos para sua operacionalização, envolvendo também os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Educação, nas três esferas do governo; XX - educação sexual, prevenção da gravidez precoce;

		XXI - prevenção de DST, incluindo HIV/AIDS, hepatites virais, anemia falciforme e outras doenças de interesse da saúde pública, tais como as doenças oftalmológicas, auditivas, infecciosas e não transmissíveis; (Brasil, 2004, p. 61-62).
	74	Formular política de geração de trabalho e renda para grupos populacionais vulneráveis, articulando ações intersetoriais que envolvam a Secretaria Nacional de Economia Solidária, Coordenação Nacional de Saúde Mental e demais órgãos federais afins, incluindo a regulamentação da lei das cooperativas sociais e fomento às incubadoras de cooperativas populares das universidades federais (Brasil, 2004, p. 64).
Eixo IV – As Três Esferas de Governo e a construção do SUS	31	Estabelecer parcerias entre as três esferas de governo, sindicatos, associações de bairro e outras instituições públicas, visando à promoção da saúde por meio da garantia de saneamento ambiental a todos, especialmente em assentamentos rurais, aldeias indígenas, terras remanescentes de quilombos, reservas extrativistas, com ênfase ao abastecimento de água, a sustentabilidade e o respeito à cultura local (Brasil, 2004, p. 73).
Eixo V – A organização da Atenção à Saúde	16 – item II	16. Organizar e ampliar a atenção básica, tendo a Saúde da Família como uma das portas de entrada e um programa rastreador de problemas de saúde da rede de serviços de saúde, e a partir do qual sejam feitas as referências e contra-referências. Garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade, englobando os aspectos de promoção e resolução dos problemas de saúde da população, fortemente articulada com o planejamento local e regional, respeitando-se a diversidade de formas de organização dos serviços. A Saúde da Família deve: II. adotar os enfoques de raça e etnia (mulheres negras e indígenas) e de orientação sexual em sua ação dirigida para a saúde da mulher; (Brasil, 2004, p. 81).
	29	Garantir o suprimento pelas três esferas de governo, em quantidade suficiente, e o acesso por meio de cadastro, aos medicamentos de uso contínuo para as pessoas com doenças crônico-degenerativas (como tuberculose, diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, hanseníase, doenças mentais, portadores de HTLV-I e II, disfunção da tireóide, doença de Gaucher, lesão medular e cerebral, anemias hereditárias, onco-hematológicas e outras). Realizar avaliação periódica para a prescrição, conforme as características da patologia, baseada em protocolos clínicos elaborados a partir de estudos que comprovem a eficácia terapêutica (Brasil, 2004, p.83).
	54	Ampliar a rede de hemocentros (Hemorrede) para o atendimento de emergência e ambulatorial hematológico de doentes com anemias hereditárias, hemofilias e outras doenças hemorrágicas e onco-hematológicas. Priorizar e ampliar as campanhas de doação de sangue, realizando-as a partir de estratégias de comunicação e marketing em saúde pública (Brasil, 2004, p.87).
	55 – item II, VIII	Avançar na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) no Brasil, garantindo as suas ações tradicionais, propostas em 1983, incorporando a garantia dos

		direitos reprodutivos e sexuais e considerando especificidades tais como das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas. Entre outras, devem ser desenvolvidas políticas específicas para os seguintes aspectos: II -Garantir a interiorização da atenção ao pré-natal para assegurar o acesso às mulheres residentes na zona rural, inclusive para as mulheres que realizam o parto no domicílio, com parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas; VIII- A vacinação e avaliação clínica do recém-nato, o agendamento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a coleta de material para o “teste do pezinho” ampliado e o “teste da orelhinha” até o sétimo dia de nascimento; (Brasil, 2004, p. 87).
	62 – item I, II	Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços de saúde, em todas as áreas de abrangência do SUS, incluindo o atendimento aos casos de emergência e de rotina, decorrentes de suas condições específicas de saúde, com a divulgação de informações sobre a localização das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incorporando à prestação dos serviços o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra, de modo a permitir que: I- Os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como equipamentos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra; II- A elaboração de programas de informação, educação e comunicação, que levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde (Brasil, 2004, p. 89).
	63	Garantir a formulação e a implementação de políticas públicas para a atenção aos portadores de anemia falciforme e hemoglobinopatias, com ênfase no atendimento de crianças, que inclua a garantia de recursos financeiros adequados, o desenvolvimento de ações integrais englobando o diagnóstico precoce, a ampliação do serviço de hematologia na rede ambulatorial, o acompanhamento contínuo e regionalizado e a atenção tanto a familiares quanto aos portadores, por meio de aconselhamento genético, com a qualificação dos profissionais da saúde para a atenção apropriada, bem como para o registro adequado das ocorrências e óbitos por anemia falciforme (Brasil, 2004, p. 89).
	70	Assegurar às crianças e aos adolescentes que apresentam neoplasias, anemias falciformes, hemoglobinopatias, distúrbios nutricionais e doenças relaciona à alimentação e outras o encaminhamento para exames especializados e tratamentos necessários na rede de serviços próprios ou vinculados ao SUS (Brasil, 2004, p.91).
	91	Dar maior atenção ao diagnóstico, controle e tratamento da hanseníase, capacitando os profissionais, descentralizando o diagnóstico e o tratamento em toda a rede de atenção básica de saúde, garantindo integralmente a distribuição dos medicamentos e proporcionando informação permanente à população por meio dos veículos de comunicação, empreendendo ações específicas de controle da hanseníase em

		grupos vulneráveis, como por exemplo, presidiários, quilombolas e populações ribeirinhas, visando à eliminação da doença, estruturando serviços e garantindo àqueles com complicações da doença ou pós-cura os medicamentos para tratamento das reações da hanseníase, fisioterapia, oftalmologia, terapia ocupacional, acompanhamento odontológico e cirurgia (Brasil, 2004,p. 96).
	94	Estabelecer parcerias entre governo e entidades para que sejam realizadas oficinas sobre alimentação saudável e enriquecida. Que seja produzida a multimistura e que as unidades básicas de saúde (UBS) saibam orientar e distribuí-la a crianças, adolescentes, gestantes, idosos e também para as entidades que trabalham com portadores e casos de imunodeficiências e/ou subnutrição, respeitando diversidades religiosas, culturais e étnicas, como estratégia de prevenção e recuperação mais rápida das pessoas com déficits de peso e nutricionais (Brasil, 2004, p. 97).
	99	Elaborar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis e de saúde do trabalhador, inclusive para trabalhadores rurais, áreas indígenas e as remanescentes de quilombos (Brasil, 2004, p. 97).
Eixo VI- Controle Social e Gestão Participativa	2	Garantir o fortalecimento do Controle Social na formulação, regulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas equitativas para a criança, adolescente, mulher, idoso, trabalhador, orientação sexual, pessoas com deficiências, pessoas com patologias, população negra, população indígena, nas três esferas do governo, bem como da população carcerária (Brasil, 2004, p.102).
	7	Organizar reuniões e seminários, aproveitando os espaços existentes nas comunidades (escolas, igrejas, centros comunitários, comunidades indígenas e de quilombolas e de templos religiosos), com o objetivo de discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres (Brasil, 2004, p. 103).
	18 – item I	Garantir que os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, tenham a sua composição de acordo com a Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, anulando a Resolução n.º 36/93 do CNS que recomenda a inclusão das entidades de empresários no segmento de usuários, garantindo a representação dos empresários no segmento dos prestadores de serviços e: I. propiciando a participação de diferentes etnias e minorias de forma que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e demo gráficas do município e da região; (Brasil, 2004, p. 105).
	24	Definir como principais atribuições dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo: XII. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde da população, com oferta de ações de saúde para grupos específicos, considerando raça, geração, etnia,

		trabalho, orientação sexual e outras demandas; (Brasil, 2004, p. 106-107).
	31	Criar comissão permanente de atenção à saúde da população negra nos Conselhos de Saúde nas três esferas do governo, com o objetivo de monitoramento dos agravos desse segmento populacional e a redução da mortalidade precoce por causas evitáveis, em consonância com a política nacional de promoção da igualdade racial (Brasil, 2004, p.108).
Eixo VII – O Trabalho na Saúde	7	Construir e gerenciar um banco de dados dos trabalhadores do SUS, de base territorial em âmbito nacional, com mecanismos que esclareçam a situação dos trabalhadores, visando ao planejamento da gestão do trabalho e o controle social. Informações sobre raça, etnia e cargos ocupados pelos profissionais de saúde devem estar incluídas no banco de dados (Brasil, 2004, p.117).
	39	Adotar mecanismos antidiscriminatórios para evitar abusos e posturas autoritárias de todos (chefias, coordenações e funcionários), incluindo os assédios moral e sexual, e toda e qualquer forma de discriminação aos trabalhadores de saúde, aos portadores de patologias crônico-degenerativas, pessoas com deficiência e demais usuários, nos serviços públicos e privados conveniados ao SUS (Brasil, 2004, p.121).
	73	Garantir a incorporação, nos currículos escolares em todos os níveis de ensino, de conteúdos didáticos que garantam o conhecimento sobre o SUS, a seguridade social, a educação em saúde, alimentação e nutrição, a prevenção de acidentes de trânsito, a sexualidade, o acesso e uso de preservativos e os direitos reprodutivos, a educação ambiental, a saúde individual e coletiva, das populações indígenas, dos grupos étnicos e raciais, as terapias naturais complementares e os demais temas relativos à saúde da população (Brasil, 2004, p.126).
	81	Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relaciona dos com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS (Brasil, 2004, p.127).
	93	Melhorar a qualidade das práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população e, em especial, com os ACS e agentes de controle de endemias, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia, contribuindo para ampliação do saber sobre saúde e o autocuidado (Brasil, 2004, p.128).
	94 – item I, II, III, IV	Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas

		com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento e destacando os seguintes conteúdos: I - ações humanizadas e solidárias, abolindo todas as formas de discriminação por identidade de gênero, orientação sexual, etnia, diferença entre gerações, classe social ou religião; II- saúde da população, para melhor qualificar os serviços de saúde nas ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação considerando as especialidades epidemiológicas, socioculturais e de gênero; III- humanização do atendimento dos portadores de DST/aids, com ênfase na não discriminação dos profissionais de sexo, usuários de drogas, gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e simpatizantes (GLBTS); IV- qualificação para melhor diagnosticar especificidades e características genéticas, culturais e socioeconômicas, tais como anemia falciforme, miomatoses, hipertensão arterial, diabetes e outras; (Brasil, 2004, p.129).
	98	Capacitar as equipes multidisciplinares e multiprofissionais de Saúde da Família, específicas ou de referência, para a atenção às comunidades indígenas, comunidades rurais quilombolas e comunidades negras urbanas utilizando as estruturas existentes, em especial da Funasa e do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), na capacitação de técnicos em saúde indígena e agentes locais de saúde para que respeitem e compreendam as diferenças culturais e étnicas, estendendo a capacitação aos povos indígenas brasileiros em todo território nacional (Brasil, 2004, p.130).
Eixo VIII- Ciência e Tecnologia e a Saúde	31 – item I, II, III, IV	Viabilizar pesquisas com recursos do Ministério da Saúde, cujas linhas sejam definidas com base na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, considerando-se as necessidades regionais e os seguintes temas: I- Promoção e prevenção na saúde conforme a biodiversidade nacional, respeitando as diferenciações étnicas; II- Pesquisa social na esfera da saúde; Determinantes e condicionantes intersetoriais dos problemas de saúde, subsidiando diagnósticos e intervenções sócio-ambientais; IV. Gênero e etnias afrodescendentes e indígenas, incluindo a avaliação do estado de doenças prevalentes nas populações afrodescendentes e indígenas; (Brasil, 2004, p.139-140).
	46	Proporcionar apoio técnico-científico e financeiro para que as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra e indígena. Estabelecer linhas de pesquisas em saúde da população negra e indígena por agências de fomento à pesquisa e pós 108 graduação, tais como CNPq, CAPES, FINEP e fundações estaduais de pesquisa (FAP) (Brasil, 2004, p.142).
	67	Pesquisar os efeitos colaterais causados por medicamentos usados no tratamento de doenças graves e crônicas (HIV/aids, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, entre outras), levando

		em consideração o recorte étnico/racial e de gênero (Brasil, 2004, p.144).
Eixo IX- O Financiamento da Saúde	45	Garantir o incremento de recursos financeiros para os municípios em que existam acampamento e assentamento de trabalhadores rurais, população indígena, afrodescendentes, população ribeirinha e áreas de remanescentes de quilombo, com ou sem titulação de posse (Brasil, 2004, p.153).
	73	Garantir recursos financeiros específicos para a implementação da política de saúde da população negra, nas três esferas de governo (Brasil, 2004, p.156).
Eixo X- Comunicação e Informação em Saúde	6	As iniciativas na área de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas, culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbito de distribuição e as formas de avaliação dos resultados (Brasil, 2004, p. 163).
	9	Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde. Deve ser garantida a ampla divulgação dos eventos e deliberações dos conselhos das três esferas e a realização de: VI- divulgação de matérias específicas relacionadas à saúde, em especial as decisões e votações dos três poderes da federação, na mídia convencional e alternativa, nas comunidades étnicas e entre os gestores; (Brasil, 2004, p. 164-165).
	42	Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos/ estatísticos socioeconômicos, por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado por sexo e cor e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalentes entre as populações negras e indígenas (Brasil, 2004, p.170).

Fonte: Quadro construído a partir do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004) e do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004).

Por meio das deliberações apresentadas no segundo quadro é possível compreender a potencialidade da organização dos movimentos negros na construção de políticas públicas de saúde que, efetivamente, se materializem na prática em ações nas diversas frentes de atuação para a equidade racial no SUS, a eliminação do racismo estrutural e institucional na sociedade brasileira e o seu compromisso geracional — amplificando o debate etário, de gênero, de classe, sobre os determinantes sociais, entre outros.

É elementar para o debate a presença de diversos pontos que são convertidos para a construção da PNSIPN, como, por exemplo, a necessidade de criação de ações específicas, baseadas nos resultados apresentados por indicadores sociais.

A relevância da coleta de dados referentes ao quesito cor/raça, o enfrentamento de doenças comuns à população negra e quilombola, bem como a atenção direcionada à população carcerária — que, majoritariamente, é composta por pessoas negras, segundo a literatura especializada —, são elementos centrais.

Além disso, outro aspecto destacado trata-se da educação permanente para a desconstrução dos estigmas destinados à população negra, bem como da realização de estudos e pesquisas sobre a saúde dessa população, com vistas ao enfrentamento do racismo — pilares estes que se apresentam na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em suas diretrizes e objetivos.

Por esse motivo, procurou-se destacar tais proposições, visto que só será possível avançarmos no debate sobre os efeitos e a relação que se estabelece entre o racismo e a saúde da população negra nos dias atuais se compreendermos, historicamente, como esse debate está em desenvolvimento — até mesmo para identificar onde houve melhorias e onde é preciso avançar.

A partir da análise do Eixo I – Direito à Saúde, é possível compreender que houve um conjunto de propostas que fortalecem a concepção da saúde como um direito fundamental para a existência humana, estruturado nos princípios de equidade, justiça social, diversidade e respeito às diferenças. É notória a profundidade do conteúdo apresentado, haja vista que são pautas profundamente construídas em valores humanitários, sem discriminação por raça, etnia, orientação sexual, faixa etária, identidade de gênero ou religião.

Tais aspectos tornam-se cruciais quando se pensa em um sistema de saúde que tem como norte a dignidade da pessoa humana. Sem a presença dessas diretrizes, torna-se improvável o fornecimento de assistência — seja em qualquer setor (prevenção, promoção, recuperação e/ou tratamento) — que de fato exerça o cuidado com o devido respeito àqueles que, direta ou indiretamente, são atravessados pelas ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dando continuidade às análises, no Eixo II – A Seguridade Social e Saúde, é possível destacar que há a compreensão da articulação entre as políticas de Assistência Social e a Previdência, com vistas a garantir o princípio da integralidade. Pois, se é por meio das condições econômicas e sociais que se torna possível construir, ainda que minimamente, ações em saúde com qualidade, é preciso que essas ações estejam interligadas, com o objetivo de compreender o sujeito dentro de sua totalidade, respeitando sua história, sua vida e, dessa forma, sua saúde.

Nesse sentido, o debate presente no Eixo III – A Intersetorialidade das Ações de Saúde reafirma a importância da compreensão da saúde em um viés ampliado, reconhecendo os determinantes sociais de saúde e seus impactos sobre populações — especialmente aquelas que, historicamente, apresentam desigualdades raciais, de gênero e territoriais.

Destaca-se, no Eixo IV – As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS, que somente será possível garantir o direito à saúde por meio da articulação e cooperação entre as esferas de governo, respeitando as diversidades territoriais e culturais para avançar nas ações destinadas a populações historicamente excluídas.

Quanto ao Eixo V – A Organização da Atenção à Saúde, apresenta-se a discussão sobre a magnitude da atenção primária — porta de entrada do Sistema Único de Saúde —, que, ao estar alinhada à concepção de equidade, pode se tornar um ator efetivo no combate às desigualdades, tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços oferecidos a populações negras, quilombolas, mulheres e pessoas com deficiência.

Ressalta-se, dessa forma, que as disparidades e iniquidades apresentadas nos serviços de saúde devem ser combatidas por meio de ações sistemáticas, que reconheçam os desafios e potencialidades do território onde a atenção primária está inserida.

No Eixo VI – Controle Social, há o apontamento sobre a relevância da participação cidadã para a construção de políticas públicas, com vistas a fortalecer pautas com foco na diversidade racial, de gênero e carcerária. Incentiva-se o aproveitamento de espaços da própria comunidade — como escolas, igrejas e centros comunitários — para discutir a saúde, com o objetivo de divulgar tanto os direitos quanto os deveres dos usuários do SUS.

Ademais, no Eixo VII – O Trabalho na Saúde, verifica-se o destaque sobre a identificação étnico-racial dos profissionais que prestam atendimento aos usuários dos serviços de saúde, bem como a necessidade de combater discriminações nesses espaços, por meio de capacitação e formação qualificada, sendo inclusiva em relação à saúde indígena e quilombola.

Além disso, no Eixo VIII – Ciência e Tecnologia e a Saúde, propõe-se o apoio institucional à realização de pesquisas sobre a saúde da população afrodescendente e indígena.

Por fim, nos Eixos IX – O Financiamento da Saúde e X – Comunicação e Informação em Saúde, destacam-se pautas de suma importância que ainda hoje representam dilemas, como, por exemplo, o financiamento para a implementação da política de saúde para a população negra nas três esferas de governo.

E, por último, a criação de um banco de dados com informações epidemiológicas e socioeconômicas desagregadas, a fim de monitorar as principais patologias que acometem esse público específico, visando à construção de ações afirmativas e políticas públicas.

Por essa razão, destacou-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por se compreender que se trata de um marco histórico de mobilização, enfrentamento e proposição do movimento negro brasileiro em relação à direção que o SUS deveria seguir, a partir da realidade apresentada.

A partir desse aspecto, serão destacadas as proposições da 13ª e da 17ª Conferência, com o intuito de avançar na discussão.

Quadro 3– Proposições da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007)

Eixo Temático	Proposição	Descrição
Eixo I – Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no Séc. XXI: Estado, Sociedade e padrões de desenvolvimento.	31	Desenvolver ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais, o enfrentamento às discriminações em diversos âmbitos, os Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, entre outros, além de implementar políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais (Brasil, 2008, p. 21).
	42	Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde como direito de cidadania, cujos benefícios terão impactos importantes sobre a saúde da população negra, a partir das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional e a toda forma de preconceito, nos espaços de gestão, atenção e participação social em saúde, destacando-se o estabelecimento de parcerias com o movimento negro, o repasse de recursos para a capacitação sobre combate ao racismo; a inclusão de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação; o desenvolvimento de campanhas de divulgação, em parceria com os conselhos profissionais e veículos de comunicação; a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, prevendo a produção e a publicação de documentos que contribuam para o acesso à informação sobre a saúde dessa população (Brasil, 2008, p. 23-24).
	44	Criar e implantar política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme, envolvendo lideranças e usuários das comunidades negras e quilombolas, incluindo a realização de busca ativa e de mapeamento das pessoas com traço falciforme; a atualização e a divulgação de informações junto aos profissionais de saúde e à população, em especial a população negra e a carcerária; a garantia de acesso ao tratamento de qualidade nos casos identificados, incorporando ações de atenção integral com equipe multiprofissional especializada, conforme necessidades e demandas dos serviços e da população; o apoio a pesquisas

		específicas; o estabelecimento de protocolos clínicos para atendimento na rede básica e nos hemocentros; e a garantia de acesso às políticas de direitos reprodutivos e planejamento familiar, livres de ameaça de esterilização, aos portadores da doença falciforme (Brasil, 2008, p. 24).
	51	Que todos os Sistemas de Informação do SUS, incluindo formulários e prontuários, contenham variáveis para identificação do tipo ocupação, ramo de atividade, etnia (raça, cor), gênero e orientação sexual, intensificando o monitoramento desses quesitos em atestados de óbitos, hospitais e unidades de saúde, utilizando-os como instrumentos norteadores de políticas setoriais e intersetoriais, estratégias, prioridades e metas de ação governamental, garantindo a formação dos profissionais de saúde para o seu preenchimento correto (Brasil, 2008, p.26).
Eixo II- Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde	2	Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assegurando o Estado Laico como pressuposto da efetivação de diretrizes e princípios do SUS nas três esferas de governo, independente da administração vigente, reconhecendo a diversidade populacional e suas especificidades de gênero, etnia, raça, crença, cultura, geração, orientação sexual, deficiências e procedências regionais, garantindo a equidade na atenção integral para a formulação de políticas e ações, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida (Brasil, 2008, p. 71).
	33	Considerando o racismo institucional existente na sociedade brasileira e sua necessária superação, ampliar e garantir recursos financeiros para a realização de pesquisa estratégica para o SUS com enfoque em gênero, cor, raça/etnia (Brasil, 2008, p. 76).
	56	Desagregar as informações dos dados de saúde sobre mortalidade materna, infantil e neonatal pelas variáveis raça/cor e gênero, permitindo a identificação das desigualdades existentes e a promoção de ações e estratégias orientadas para o enfrentamento dos problemas. Rever o repasse fundo a fundo para as endemias, mudando a forma de financiamento per capita para o financiamento com base nas necessidades de cada município (Brasil, 2008, p.80).
	155	Garantir a execução de ações para a efetivação, nos três níveis de governo, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e fomentar a produção de conhecimento científico que subsidie a tomada de decisões sobre a saúde desta população, especialmente no atendimento aos portadores de anemia falciforme (Brasil, 2008, p. 103).
Eixo II- Inéditas	145	Fortalecer o processo de gestão e monitoramento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, tendo como base o Comitê Técnico de Saúde da População Negra/MS, a interlocução permanente com os movimentos sociais organizados e a Coordenação da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (Brasil, 2008, p. 152).

	147	Garantir a pactuação da Política Nacional de Saúde da População Negra na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2008, p. 152).
Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde	38	Inserir a educação em saúde e cidadania nos currículos escolares em nível nacional, incluindo formação profissional de nível técnico e superior, educação permanente e nas atividades das equipes de saúde da família, com subsídio para financiamento de material didático com relação à educação anti-racista e anti-discriminatória em todos os sentidos, capacitando os professores como multiplicadores desse tema, em conjunto com os profissionais de saúde (Brasil, 2008, p. 164).
	70	Que o Conselho Nacional de Saúde implante a comissão de defesa da saúde integral da população negra (Brasil, 2008, p. 170).
Eixo III- Inéditas	69	Que o Conselho Nacional de Saúde convoque as seguintes conferências temáticas: I Conferência Nacional de Saúde da População Negra; (Brasil, 2008, p. 184-185).

Fonte: Quadro construído a partir do Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008).

Por meio das proposições apresentadas, é possível visualizar que há a permanência de pautas já destacadas anteriormente, tanto na 11ª quanto na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Todavia, é na 13ª Conferência que os movimentos sociais negros reivindicam, após a aprovação unânime da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) — discutida no capítulo anterior —, a implementação da referida política, conforme destacado nos três eixos do documento.

Nesse sentido, a batalha pela implementação da PNSIPN — bandeira de luta que ocorre por meio da participação dos movimentos sociais negros — vem desde sua construção. No ano de 2007, observa-se a necessidade do Conselho Nacional de Saúde estabelecer, em conjunto com municípios e estados, uma política pública que tenha como alicerce a luta contra o racismo na sociedade brasileira, seus impactos na saúde da população negra e a construção de um SUS cada vez mais equitativo, justo e integral.

Assim, a 13ª Conferência apresenta, em destaque, a exigência de que, para além da construção de leis, haja sua materialidade, pois é no chão da realidade sócio-racial que se fazem necessárias ações antirracistas, antidiscriminatórias, integralistas, equânimes, de respeito à cultura, ao conhecimento dos usuários, e que reconheçam o racismo estrutural expresso nas instituições de saúde em seu viés institucional, para que as iniquidades e disparidades em saúde cessem.

Por essa razão, e conforme apresentado na proposição nº 145 do segundo eixo, destaca-se a importância da articulação da gestão com os movimentos sociais organizados, haja vista que será por meio desses atores que será possível identificar tanto as fragilidades quanto as potencialidades.

Por fim, mas não menos importante, dá-se um salto histórico para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2023, na qual, novamente, a saúde da população negra apresenta diversos apontamentos e diretrizes construídos pelo movimento negro (Criola, 2023).

Quadro 4 - Proposições da 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023)

Eixo Temático	Proposições	Descrição
Eixo I: O Brasil que temos. O Brasil que queremos	8 - Diretriz	Efetivar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando a estrutura social do racismo estrutural, para a construção do Estado Nação antirracista ao enfrentar políticas públicas neoliberais, tais como abertura do SUS à exploração pelo capital estrangeiro, conforme o Artigo nº 142 da Lei nº 13.097 (19/01/2015), que altera a Lei nº 8080 (19/09/1990) (Brasil, 2025, p.130).
	18	Viabilizar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em todos os entes e níveis da federação, por meio de recursos financeiros, formativos e humanos e de ações coordenadas específicas, garantindo repasse financeiro prioritário considerando o racismo como determinação do processo saúde-doença e o combate às iniquidades sociorraciais (Brasil, 2025, p. 142).
	71	Garantir participação efetiva e contribuição de movimentos sociais da população negra, religiões de matriz africana, e comunidades tradicionais em todos os processos de controle social da gestão, avaliação, e inovação do SUS em todos os três níveis da federação, contribuindo para que toda a gestão do SUS seja realizada pelo setor público (Brasil, 2025, p.152).
Eixo II: O papel do Controle Social e dos movimentos sociais para salvar vidas	9 - Diretriz	Fomentar a representatividade da população negra nos espaços de participação e controle social, para desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação, com garantia de recursos financeiros, capacitação, formação continuada, educação popular e educação permanente para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2025, p.175).
	214	Ampliar os mecanismos de acesso e efetiva participação da sociedade, em processos de consultas públicas, conferências e conselhos; divulgar e utilizar todas as Redes e Ferramentas de Comunicação Digital (Virtual), assegurando medidas de acessibilidade e práticas comunicacionais inclusivas, reconhecendo a diversidade da população brasileira; reconhecer, valorizar, estimular e incorporar tecnologias do cuidado, das demais variadas produções de conhecimento da Cultura e Educação Popular em Saúde com foco na população negra, para fomentar sua participação nas políticas de saúde (Brasil, 2025, p.224).

	233	Garantir ferramentas de participação da População Negra nos processos consultivos e deliberativos de Políticas Públicas. Desta forma, busca-se garantir cotas de participação de pessoas negras em conselhos de todas as instâncias de saúde, bem como garantir orçamento para assessoria externa e capacitação de pessoas conselheiras na perspectiva da educação permanente, garantindo uma educação antirracista em saúde, valorizando, principalmente, a interseccionalidade de raça gênero e classe, com ênfase em saúde de mulheres negras (Brasil, 2025, p.228).
	234	Assegurar a participação social de representantes de Organizações da Sociedade Civil, profissionais, ativista, e pessoas usuárias representantes da população negra nos espaços de controle social no SUS, através da flexibilização de dias e horários das atividades; aportes financeiros necessários; assim como, a revisão dos canais de participação social de forma a garantir as vozes marginalizadas; nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação permanente e popular em saúde e direitos voltadas para a especificidade das questões étnico-raciais (Brasil, 2025, p.228).
	259	Disseminar informações regionais, distritais municipais e estaduais racializadas (recorte dos dados pelo campo raça/cor) em diferentes canais de comunicação (para população, serviços de saúde, gestores, e espaços de cuidado no território), bem como informar a população sobre os espaços de controle social (Brasil, 2025, p. 232).
	260	Criar uma autoridade nacional de saúde da população negra (a exemplo da autoridade de mudança climática) para representar, regular, monitorar e implementar as ações relativas à política, criando um espaço de participação da população negra. Isso pode se desdobrar em ações para criar autoridades regionais para garantir que a política chegue aos usuários e a população brasileira em toda sua capilaridade, propiciando a criação imediata dos comitês técnicos de saúde da população negra nos municípios com recursos financeiros e demais estruturas (Brasil, 2025, p.232).
Eixo III: Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	35- Diretriz	Garantir o modelo de atenção integral à saúde público e gratuito, com financiamento adequado a população negra, idosa, mulheres, homens, adolescentes, crianças, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, comunidades e povos tradicionais e população de rua, por meio de ações intra e intersetoriais para promoção, prevenção, reabilitação, considerando as questões geográficas e territoriais (Brasil, 2025,p.243).
	15	Efetivar a garantia do acesso regionalizado e territorializado das populações quilombolas e outras comunidades tradicionais, inclusive onde houver fronteiras territoriais, independentemente de seu município de residência; garantia de acesso prioritário a especialistas da atenção secundária e terciária à saúde para a população quilombola através da ampliação de vagas para exames e consultas a exemplo de exames laboratoriais, exames de imagem, testes alérgicos relacionados à contaminação ambiental, doença de chagas, exames ginecológicos e exame de próstata e demais procedimentos de saúde, com olhar especial para quilombolas

		marisqueiras, pescadores e agricultores familiares, revisando e revogando medidas de retrocessos em conquistas ambientais, sociais, trabalhistas e previdenciárias (Brasil, 2025, p.252).
	113	Garantir financiamento nos Planos Plurianuais nas três esferas de gestão para que as políticas públicas setoriais e intersetoriais voltadas para a saúde da população negra possam ser adequadamente implementadas, divulgadas, com ampliação do acesso às ações considerando as necessidades de saúde desta população (Brasil, 2025, p.271).
	114	114. Implementar a obrigatoriedade do ensino sobre saúde da população negra nas diretrizes curriculares e matrizes, nas graduações e pós-graduações na área da saúde, e educação permanente para todos os cursos sobre o preenchimento do quesito raça/cor e as políticas voltadas para a saúde da população negra, com garantia de financiamento de programas de educação permanente para todos os profissionais de saúde, feito por lideranças dos movimentos sociais, com abordagens intersetoriais e equitativas, como forma de garantir as orientações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2025, p.271).
	151	Garantir que o quesito raça-cor seja marcador racial como indicador de implantação, implementação, monitoramento, avaliação e de qualidade das políticas públicas para a população negra, em todos os ciclos de vida (Brasil, 2025, p.278).
	173	Revogar ou reformular a Portaria do Ministério da Saúde (MS) 2.979/2019, a qual institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2025, p. 282).
	209	Extinguir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e de todas as formas de gestão privatistas e privatizantes da saúde, reorganizando a gestão SUS, para que seja concretamente interfederativa e regionalizada em 100% do território (Brasil, 2025, p.288).
Eixo IV: Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	51 - Diretriz	Orientar o SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, considerando a diversidade, as especificidades e as desigualdades que mantém grupos populacionais mais vulnerabilizados excluídos de seu direito à saúde, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e reconhecendo suas dimensões de gênero, sexualidades, deficiência e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização) (Brasil, 2025, p. 300).
	2	Informatizar e digitalizar 100% das Unidades Básicas de Saúde em um período de quatro anos com atenção as zonas rurais e isoladas, proporcionar uso adequado do prontuário eletrônico e demais recursos, garantir equipamentos necessários a partir de 2024 disponibilizando registro eletrônico em saúde com informações dos diversos sistemas, permitindo deslocamento

		entre postos assistenciais sem barreiras de informação (Brasil, 2025, p. 302).
	9	Fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada aos serviços, fomentar a intersetorialidade com equipes de saúde da família multiprofissionais nos moldes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e capacitadas para acolher e combater situações de racismo e outras formas de discriminação (Brasil, 2025, p.303).
	65	Revogar o artigo nº 284 do Código Penal, descriminalizar as práticas das tradições de matriz africana e reconhecer os terreiros como espaços sagrados de promoção e cuidado em saúde e seus praticantes e demais povos tradicionais como detentores de saberes e práticas terapêuticas não hegemônicas (Brasil, 2025, p.315).
	154	Fomentar a Educação Permanente em Saúde (EPS) compreendendo a formação para o trabalho em saúde com abordagem antirracista; o acolhimento amplo às pessoas usuárias negras, bem como às pessoas trabalhadoras negras; capacitação para adequada coleta do quesito raça/cor e demais dados sociodemográficos (Brasil, 2025, p. 332).
	262	Implementar ações afirmativas, para a colocação da pessoa negra nas três instâncias de gestão do SUS, garantindo repasse financeiro (Brasil, 2025, p. 353).

Fonte: Quadro construído a partir do Relatório Consolidado versão preliminar da 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023) e Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde (2025).

É possível destacar, por meio do Eixo I — a partir das diretrizes e propostas apresentadas —, a necessidade de melhores cuidados em saúde, especialmente para a população negra. Dessa forma, ressalta-se, com máxima urgência, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visto que as iniquidades existentes na saúde dessa população se devem ao racismo estrutural, conforme o próprio texto destaca.

Observa-se, nesse aspecto, um avanço na nomenclatura em relação aos relatórios finais apresentados anteriormente, demonstrando as transformações ocorridas ao longo dos anos dentro dos próprios movimentos sociais. Isso porque é a partir da concepção de racismo estrutural e estruturante que esses atores também apresentam, como pauta, a construção de uma sociedade antirracista. Pois, como já apresentado, o racismo institucional é a expressão dessa estrutura que compõe a sociedade, sendo necessário seu combate tanto institucionalmente quanto estruturalmente.

Além disso, por meio das proposições nº 18 e nº 71, entende-se ser necessário garantir recursos financeiros para a implementação da PNSIPN em todos os entes federativos, visto que, mesmo após 15 anos de sua criação, não se alcançou 10% de cobertura no Brasil. Adicionalmente, é apresentado como crucial garantir que as comunidades negras — incluindo

movimentos sociais e religiões tradicionais — tenham voz ativa na forma como os cuidados de saúde são geridos.

Tais pautas são essenciais para um debate integral e equitativo sobre a saúde da população negra. Entretanto, destaca-se que as proposições apresentadas no relatório final da 17ª Conferência, especificamente no Eixo I, não contemplaram outras pautas tão essenciais quanto as discutidas aqui. Por essa razão, será disponibilizado, nas referências bibliográficas, o documento que contém todas as deliberações apresentadas, para acesso daqueles que se interessarem.

Dando continuidade à análise, no Eixo II, o incentivo e/ou promoção da participação da representação da população negra nos espaços de controle social é fundamental, pois permite que as vozes e necessidades das comunidades negras sejam escutadas e consideradas na criação de políticas públicas que se fizerem necessárias. Além disso, o eixo destaca, por meio da proposição nº 233, a necessidade de criação de cotas para indivíduos negros nos conselhos de saúde e a disponibilização de recursos financeiros para assessoria externa e formação contínua dos membros do conselho, enfatizando uma educação antirracista em saúde.

Trata-se de um eixo extremamente importante, haja vista que, diante das pressões e mobilizações ao longo dos anos que antecederam a criação do SUS e após sua materialização, a população ainda enfrenta desafios diários nas condições de saúde. Se não houver representatividade crítica, formação continuada e educação popular em saúde que busque, de fato, estruturar ações antirracistas no sistema público brasileiro — ou seja, garantir a materialidade do controle social —, a realidade para esse público-alvo será cada vez mais injusta.

Prosseguindo com a discussão, apresenta-se, no Eixo III, alguns destaques, como, por exemplo, a solicitação pela extinção da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979/2019, que, ao instituir um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentado no viés econômico, fragiliza o conceito de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro aspecto essencial apontado pelo movimento social negro trata-se da obrigatoriedade do estudo sobre a saúde da população negra, tanto na graduação quanto na pós-graduação nos cursos da área da saúde, com o objetivo de reconhecer o racismo como um determinante social no processo saúde-doença, bem como de capacitar os/as profissionais inseridos na política de saúde pública sobre o conhecimento de doenças mais prevalentes nessa população.

Ademais, por meio da formação desde a graduação, com continuidade na pós-graduação e na educação permanente dos/as profissionais, aumentam-se as chances de contato com líderes desses movimentos sociais, o que aproxima e permite a construção de uma saúde horizontal, integral e equitativa, estimulando, dessa forma, um cuidado humanizado que, de fato, se atente às necessidades específicas da população negra.

Outro aspecto importante a ser considerado no Eixo III trata-se do reconhecimento da desigualdade de acesso aos serviços de saúde nas comunidades quilombolas e em outras comunidades tradicionais. Dessa forma, a proposta apresentada na 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde da População Negra, consolidada no relatório final da 17ª Conferência, reforça a necessidade de atendimento a esses sujeitos, independentemente do território onde se encontram — como, por exemplo, em casos de residirem em regiões de fronteira. Ademais, apoia-se, de fato, a noção de que as pessoas quilombolas devem receber cuidados prioritários no acesso a especialistas, assegurando, simultaneamente, que suas necessidades de saúde mais amplas sejam abordadas por meio de um modelo de cuidados de saúde abrangente.

É possível afirmar, neste momento, que é em decorrência das realidades vividas e/ou presenciadas pelo movimento social negro, nos diversos territórios do Brasil, que a construção dessas propostas assume um caráter extremamente crucial para mudanças no chão onde a política de saúde é construída.

Por fim, apresentam-se reflexões sobre o Eixo IV, nas quais se pontua a importância de reconhecer a diversidade e pluralidade da população negra brasileira. Sendo assim, existe a necessidade de olhar para essas particularidades não como forma de fragmentação, mas como condição para garantir um atendimento que, em sua gênese, reconheça as diferenças a fim de formular estratégias e ações que se fizerem necessárias para cada indivíduo, ainda que esteja inserido em um espectro mais amplo.

Esse entendimento é vital para garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde e promover o cuidado em saúde de forma respeitosa, condizente com valores éticos que não estejam ancorados na ideologia neoliberal.

Outro aspecto fundamental elencado neste eixo é o reconhecimento dos terreiros como espaços sagrados de promoção e cuidado em saúde. Reconhecer essas práticas é também reconhecer a importância das práticas integrativas e complementares no cuidado integral à saúde da população negra, o que está em consonância com os princípios do SUS, notadamente os da integralidade e equidade. Os terreiros oferecem práticas que promovem o bem-estar físico, mental e espiritual, e atuam como espaços de acolhimento comunitário, resistência cultural e enfrentamento das violências sociais e simbólicas sofridas pelas pessoas negras.

Além disso, essa proposição aponta para a necessidade de inclusão dos povos tradicionais e dos praticantes das religiões de matriz africana como sujeitos ativos na formulação e execução das políticas públicas de saúde, reconhecendo-os como detentores de saberes terapêuticos legítimos. Isso contribui para o processo de superação do racismo institucional no SUS, ao ampliar as possibilidades de cuidado e reconhecer a diversidade de modos de vida e de cura.

Dessa forma, a proposta consolida-se como uma ação política de resistência e de enfrentamento das iniquidades em saúde, afirmando o direito à saúde da população negra para além do modelo biomédico e garantindo a valorização de suas práticas culturais e espirituais enquanto expressões legítimas de cuidado, cuja proteção e valorização são essenciais para a promoção da equidade no SUS.

A partir dos argumentos construídos, é notória a participação e a importância do movimento negro brasileiro e/ou movimento social negro, tanto nos espaços institucionais quanto nas ruas, como agente construtor de políticas públicas de equidade racial em saúde, denunciando as iniquidades e disparidades, e sendo exemplo de organização e resistência frente ao racismo estrutural e institucional presentes na sociedade brasileira.

Tendo dito isso, acredita-se que os objetivos desta pesquisa tenham sido cumpridos. Ainda que a discussão seja permanente, o tempo se faz presente, e é necessário concluir esta dissertação. Nunca é um adeus. Desta vez, será um até logo. Doutorado!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou discutir os impactos do racismo na saúde da população negra, tendo como contexto o Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar de um sistema legalmente instituído no Brasil, cuja materialização se fundamenta em princípios humanitários, como a equidade, integralidade, participação social, descentralização e universalidade.

A partir dos estudos realizados, identificamos diversos resultados que confirmam que as disparidades na saúde da população negra ocorrem em decorrência do racismo estrutural, materializado nas instituições sob a forma de racismo institucional.

Por meio do Boletim Epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde (2023) e da articulação com demais documentos oficiais, como o levantamento sobre as condições de vida da população brasileira, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observamos as determinações sociais da saúde e a materialização da tríade raça, classe e gênero, que aprofundam as desigualdades raciais no país e impactam direta e/ou indiretamente esse grupo social.

Ademais, a discussão sobre a interseccionalidade como ferramenta para a análise da saúde da população é crucial, visto que, conforme apresentamos por meio dos artigos científicos, a mulher negra empobrecida apresenta as piores condições de saúde, tanto no que se refere ao acesso à saúde pública quanto à violência obstétrica a ela direcionada.

Por meio das análises realizadas durante o processo de pesquisa, no que se refere à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), demonstramos que se trata de uma conquista do movimento social negro — ou movimento negro brasileiro —, tendo como enfrentamento central o racismo na sociedade brasileira. Observamos que, em sua própria estrutura, a referida política contempla diversas estratégias e ações voltadas ao combate do racismo estrutural e, além de se destacar nesse aspecto, revela sua potencialidade transformadora.

Por outro lado, não se pode ignorar que estamos inseridos em um sistema capitalista, onde a disputa por direitos sociais é constante e cotidiana, especialmente diante da ideologia neoliberal presente no território brasileiro. Quando aliada a concepções racistas, essa ideologia contribui diretamente para a produção de disparidades e iniquidades em saúde para a população negra, quando comparada a outros grupos raciais.

Por esse motivo, destaca-se a importância de discutir essa temática no âmbito da categoria profissional de assistentes sociais, que estão presentes nas políticas sociais como um todo. Considerando que, conforme apresentamos ao longo do texto, a saúde não se refere apenas

à ausência de doenças, torna-se necessário promover esse debate também junto às demais políticas setoriais, com o objetivo de garantir condições básicas de dignidade e respeito, promovendo, assim, a saúde dessa população.

Com o objetivo de garantir e materializar o projeto ético-político do Serviço Social — que também se expressa na Lei nº 8.662/1993, a qual regulamenta a profissão e institui o Código de Ética do/a Assistente Social —, visando à qualidade dos atendimentos prestados, é imprescindível compreender a formação sócio-histórica do Brasil e seus rebatimentos sobre a população negra, visto que se trata da maior parcela da população brasileira, correspondendo atualmente a 55,5%, conforme o último Censo Demográfico.

A partir das reflexões construídas, compreendemos que a ideologia da democracia racial (Freyre, 2003) e o pacto narcísico da branquitude (Bento, 2022) encontram terreno fértil no Brasil, sustentando práticas racistas nos mais diversos âmbitos da vida social.

Durante o processo de pesquisa — alimentado pela dinamicidade da vida —, destacamos o protagonismo da organização dos movimentos sociais negros na luta por melhores condições de saúde para a população negra.

Dessa forma, procurou-se garantir, ainda que minimamente, a divulgação da mobilização e organização da população negra brasileira, que encontra em sua ancestralidade exemplos de força e resistência frente às injustiças historicamente destinadas a esses corpos.

Corpos estes que carregam vivências, histórias, culturas, conhecimentos — e que reivindicam nada mais do que seu lugar à mesa, afinal, tudo o que foi, e ainda é, construído neste país passa pelas mãos destes.

Por fim, é necessário compreender que toda pesquisa — e com esta não seria diferente — apresenta limites. Dessa forma, para futuras investigações, observamos a necessidade de ampliar as discussões acadêmicas voltadas à reflexão sobre os impactos dos determinantes sociais na saúde da população negra, tema ainda pouco explorado, conforme verificamos nos artigos científicos localizados em bases de dados amplamente reconhecidas no meio acadêmico. Tal constatação reforça, de certo modo, a predominância de um olhar ainda biologicista na área da saúde.

Acreditamos que, para futuras pesquisas, seja necessário o aprofundamento por meio de investigações empíricas tanto sobre o conhecimento que gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços têm a respeito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, quanto sobre como essa política vem sendo implementada nos territórios. Essa necessidade se evidencia diante do fato de que apenas 357 municípios brasileiros apresentam ações voltadas a essa população, o que revela a fragilidade e a desigualdade na efetivação dessa política pública.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. SUBSÍDIOS PARA O DEBATE SOBRE A QUESTÃO ÉTNICO-RACIAL NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL. **Temporalis**, [S. l.], v. 18, n. 36, p. 422–434, 2019. DOI: 10.22422/temporalis.2018v18n36p422-434. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/23060>. Acesso em: 30 maio. 2025.
- ALMEIDA, S, L de. **O que é racismo estrutural?** 1.ed. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALMEIDA, M. da S. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 12, n. 34, 2015. DOI: 10.12957/rep.2014.15086. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/15086>. Acesso em: 7 mar. 2025.
- ARAÚJO, M. V. R. DE .; PEREIRA-BORGES, R. C.. Racismo, saúde e pandemia: uma revisão narrativa da relação entre a população negra e eventos da COVID-19 no ano de 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e11072023, 2024.
- BATISTA, L. E.; PROENÇA, A.; SILVA, A. DA .. Covid-19 e a população negra. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e210470, 2021.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BENTO, C. **O pacto da branquitude**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde de nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 27 out. 2024.
- BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em: 15 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico, Número Especial. Saúde da População Negra, Volume. 1**, Out. 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

de conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023. Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: quando o SUS ganhou forma. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/8a-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 17 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**: efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-11a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 08 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**: saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-12a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 08 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**: Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-13a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Consolidado Preliminar da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/publicacoes/relatorio-consolidado-17a-cns/view>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/publicacoes/livro_web_relatorio_17_conferencia_nacional-2025-compactado.pdf/view. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O racismo como determinante social de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/racismo-como-determinante-social-de-saude.pdf/view>. Acesso em: 5 fev. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial**; altera as Leis nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001**. Dispõe sobre a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 07 jun. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005**. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 ago. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html. Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença falciforme na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.010-de-27-de-novembro-de-2023-518928333>. Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRAUNS, E; SANTOS, G; OLIVEIRA, J, A (Org.). **Movimento Negro Unificado: a resistência nas ruas**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo; Fundação Perseu Abramo, 2020.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 27 jan. 2025.

CARNEIRO, S. **Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números**. 1 ed. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/pesquisa-mulheres-negras-e-violencia-domestica-decodificando-os-numeros-e-book/>.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B.. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, jul. 2017.

COELHO, R.; CAMPOS, G. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. e220754pt, 2024.

CRIOLA. **Confira: Relatório final da Conferência Livre Nacional de Saúde da População Negra**. 23 jun. 2023. Disponível em: <https://criola.org.br/confira-relatorio-final-da-conferencia-livre-nacional-de-saude-da-populacao-negra/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (DPE). **Mulheres negras, acesso à saúde e racismo: cartilha voltada para profissionais de saúde**. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/83e20a0e-27a1-3cc1-d273-0051fcc98e1d>. Acesso em: 5 fev. 2025.

DOMINGUES, P.. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, v. 12, n. 23, p. 100–122, 2007.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: **Fundação Oswaldo Cruz**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 28 jan. 2025.

FAUSTINO, D.M; SPIASSI, A. L. Movimento negro, vulnerabilidade e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 12, n. 2, p. 162-166, ago. 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048332/bis-v12n2-desigualdades-e-iniquidades-162-166.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2024.

FONSECA, D. J (org.). **Racismos**. 1. ed. São Paulo: Selo Negro Edições, 2023. 200 p. ISBN 978-65-5523-361-6.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 48 ed. rev. São Paulo: Global, 2003. (Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil; 1). Apresentação de Fernando Henrique Cardoso.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Equidade**. PenseSUS. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 28 jan. 2025.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **I Marcha Zumbi dos Palmares pela Vida e pela Cidadania**, 1995. Disponível em: https://fpabramo.org.br/pt42anos/wp-content/uploads/sites/12/2022/10/1995_I_Marcha_ZumbiPelaVida.png. Acesso em: 12 mar. 2025.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. set 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>. Acesso em: 30 jan. 2025.

GIACOMINI, S.M. Mulher e Escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil. Editora Vozes, Petrópolis, 1988.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, N. L. O movimento negro no Brasil: ausências, emergências e a produção dos saberes. **Política & Sociedade**, v. 10, n. 18, p. 133–154, 2011.

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, ANPOCS, p. 223-244, 1984.

GUIA NEGRO. **Qual o percentual de pessoas negras em cada capital brasileira?** 2024. Disponível em: <https://guianegro.com.br/qual-o-percentual-de-pessoas-negras-em-cada-capital-brasileira/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022: identificação étnico-racial da população, por sexo e idade: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105>. Acesso em: 21 mar. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2024**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. 180 p. il., mapas color. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 54).

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102144.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2025.

INSTITUTO PÓLIS. **Raça e Covid-19 no município de São Paulo**. 2020. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/raca-e-covid-no-msp/> Acesso em: 28 de fev. 2025.

JANNUZZI, P. de. M. **Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas**. Flacso, 2009. Disponível em: <https://sinapse.gife.org.br/download/indicadores-sociais-na-formulacao-e-avaliacao-de-politicas-publicas>. Acesso em: 24 fev. 2025.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

LACERDA, N. **O que ainda falta para acabar com o racismo no SUS?** Brasília: Brasil de Fato, 2025. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/01/22/o-que-ainda-falta-para-acabar-com-o-racismo-no-sus>. Acesso em: 29 jan. 2025.

LESSA, M. S. DE A. et al.. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2022.

LOPES, J. S. **Lugar de branca/o e a/o “branca/o fora do lugar”**: representações sobre a branquitude e suas possibilidades de antirracismo entre negra/os e branca/os do/no Movimento Negro em Salvador-BA. 2016. 255 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/handle/prefix/3185/LOPES.pdf?sequence=1&isAlloved=y>. Acesso em: 30 maio 2025.

LORDE, A. **Irmã Outsider**: ensaios e conferências. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ,, 2001, p. 39-64.

MILANEZI, J. **“Eu não vou parar por causa de uma raça”**: a coleta da raça/cor no SUS. *Blog DADOS*, 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOTA, A. E. et al.. Crescimento das desigualdades e guerra cultural: desafios atuais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 145, p. 05–11, set. 2022.

MOTA, C. S. et al.. Àgô Sankofa: um olhar sobre a trajetória da doença falciforme no Brasil nos últimos 20 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e06772023, 2024.

MOURA, C. O racismo como arma ideológica de dominação. **Revista Princípios**, São Paulo, Edição 34, AGO/SET/OUT, p. 28-38, 1994.

MOURA, C. Cem anos de abolição do escravismo no Brasil. **Revista Princípios**, n. 15, São Paulo, 1988. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/moura/1988/05/escravismo.htm>. Acesso em: 2 jun. 2025.

MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO (MNU). **Carta de Princípios do Movimento Negro Unificado**. 1978. p. 18-19. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/movimento-negro-unificado-1978-1988-10-anos-de-luta-contr-o-racismo-sao-paulo-confraria-do-livro-1988/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO (MNU); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Cartilha Saúde na Favela numa Perspectiva Antirracista**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/2023/12/cartilha-saude-na-favela-numa-perspectiva-antirracista>. Acesso em: 12 mar. 2025.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 141-160.

NOGUEIRA, C. M.; PASSOS, R. G.. A DIVISÃO SOCIOSSEXUAL E RACIAL DO TRABALHO NO CENÁRIO DE EPIDEMIA DO COVID-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH**, v. 33, p. e020029, 2020.

OLIVEIRA, R. G. DE. et al.. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00150120, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 22 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial Saúde**, 1946, Nova York. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 29 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plano de Ação de Durban (2001)**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/150033-declara%C3%A7%C3%A3o-e-plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-de-durban-2001>. Acesso em: 5 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários De Saúde. Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso: 23 jan. 2024.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIVA, C. H.; FREITAS, G. C.. Entre Alma-Ata e a reforma sanitária brasileira: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), 1979-1983. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 2, p. 527–579, abr. 2021.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Fundação Oswaldo Cruz**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 28 jan. 2025.

POLITIZE!. **Feminismo negro no Brasil: entenda o que é e como surgiu**. Disponível em: <https://www.politize.com.br/feminismo-negro-no-brasil/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

PUC-Rio. Centro Técnico-Científico. **Diferenças sociais confirmam que pretos e pardos morrem mais de Covid-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS**. 2020. Disponível em: <https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/> Acesso em: 28 fev. 2025.

PRATA, A. C. A. C. et al.. Óbito infantil por raça/cor. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico, Número Especial. Saúde da População Negra, Volume. 1, Out. 2023**, p. 22-23.

PRATES, J. C. A Pesquisa Social a Partir do Paradigma Dialético-Crítico: do Projeto à Análise do Dado. **Diversidade e Estética em Marx e Engels**. 1 ed. Campinas: Papel Social, p. 105–137, 2016.

SANTOS, L. K. R. DOS .; OLIVEIRA, F. DE .; BASTOS, J. L.. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34004, 2024.

SARRETA, F. de O.; BISCO, G. C. B.; BRENTINI, D. C. dos S. Expressões contemporâneas do direito universal à saúde: desafios e resistências para sua reafirmação. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 525–546, 2021. DOI: 10.5433/1679-4842.2021v24n2p525. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/39090>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SILVA, A. P. P. da. Higienismo, eugenia e racismo na gênese do Serviço Social brasileiro: apontamentos introdutórios. In: EURICO, M. C.; SILVA, M. L. de O.; PASSOS, R. G.; GONÇALVES, R. (orgs.). **Antirracismos e Serviço Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2022. p. 38-52.

SILVA, G. das M. Incidência e mortalidade por doença falciforme no Brasil, 2014-2020. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico, Número Especial. Saúde da População Negra, Volume. 1, Out. 2023**, p. 25-29.

SILVA, N. N. DA. et al. Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. e20180834, 2020.

SOUSA, A. C. M. DE.; SARRETA, F, O. RACISMO, MOVIMENTO NEGRO BRASILEIRO E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 2535–2550, 2025. DOI: 10.56238/arev7n1-154. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/2891>. Acesso em: 7 fev. 2025.

SOUSA, A. C. M. de **Atenção à Oncologia Infantil: análise do Serviço Social na perspectiva de integralidade e totalidade**. 2015. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca.

THEODORO, M (org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008. 176 p. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5605. Acesso em: 2 jun. 2025.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, 2016, v. 25, n. 3, p. 535-549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2019.

WERNECK, J.; LOPES, F. Saúde da População Negra: Da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, Jurema (org.). **Mulheres Negras: um Olhar sobre as Lutas Sociais as Políticas Públicas no Brasil**. Disponível: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/889/1/Mulheres%20negras%20um%20Olhar%20sobre.pdf>

ANEXO A

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3º, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7º, inciso VIII) e principal objeto da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

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 10.678/03, 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.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

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.

2. 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.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

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; e

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.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. 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;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - 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;

VI - 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;

VII - 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;

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

IX - 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;

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

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII -fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

CAPÍTULO III

DAS ESTRATÈGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I -implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V -fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM no 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;
II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos Estados e nos Municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela [Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007](#) (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

- I - implementação desta Política em âmbito municipal;
- II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
- IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
- V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;
- VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
- X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e
- XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

ANEXO B
MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO – MNU

Fundado em 18 de junho de 1978

CARTA DE PRINCÍPIOS

Nós, membros da população negra brasileira – entendendo como negro todo aquele que possui na cor da pele, no rosto ou nos cabelos, sinais característicos dessa raça -, reunidos em Assembléia Nacional, CONVENCIDOS da existência de:

- discriminação racial
- marginalização racial, política, econômica, social e cultural do povo negro
- péssimas condições de vida
- desemprego
- subemprego
- discriminação na admissão em empregos e perseguição racial no trabalho
- condições sub humanas de vida dos presídios
- permanente repressão, perseguição e violência policial
- exploração sexual, econômica social da mulher negra
- abandono e mal tratamento dos menores, negros em sua maioria
- colonização, descaracterização, esmagamento e comercialização de nossa cultura
- mito da democracia racial

RESOLVEMOS juntar nossas forças e lutar por:

- defesa do povo negro em todos os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais através da conquista de:
- maiores oportunidades de emprego
- melhor assistência à saúde, à educação e à habitação
- reavaliação da cultura negra e combate sistemático à sua comercialização, folclorização e distorção
- extinção de todas as formas de perseguição, exploração, repressão e violência a que somos submetidos
- liberdade de organização e de expressão do povo negro

E CONSIDERANDO ENFIM QUE:

- nossa luta de libertação deve ser somente dirigida por nós
- queremos uma nova sociedade onde *todos* realmente participem
- como não estamos isolados do restante da sociedade brasileira

NOS SOLIDARIZAMOS:

- a) com toda e qualquer luta reivindicativa dos setores populares da sociedade brasileira que vise a real conquista de seus direitos políticos, econômicos e sociais;
- b) com a luta internacional contra o racismo.

POR UMA AUTÊNTICA DEMOCRACIA RACIAL!
PELA LIBERTAÇÃO DO POVO NEGRO!