



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

IURY VENILSON PEREIRA DE LIMA

O direito à saúde da população negra: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua implementação no Distrito Federal

Brasília, 2023

IURY VENILSON PEREIRA DE LIMA

O direito à saúde da população negra: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua implementação no Distrito Federal

Dissertação submetida à Comissão Examinadora nos termos exigidos pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Política Social.

Brasília, 2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

LL732d Lima, Iury Venilson Pereira de
O direito à saúde da população negra: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua implementação no Distrito Federal / Iury Venilson Pereira de Lima; orientador Leonardo Rodrigues de Oliveira Ortegá . -- Brasília, 2023.
112 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade de Brasília, 2023.

1. População Negra. 2. Distrito Federal. 3. PNSIPN. 4. Saúde da População Negra. 5. Racismo . I. Ortegá, Leonardo Rodrigues de Oliveira , orient. II. Título.

IURY VENILSON PEREIRA DE LIMA

O direito à saúde da população negra: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua implementação no Distrito Federal

Comissão examinadora

Prof. Dr. Leonardo Rodrigues de Oliveira Ortegal

Departamento de Serviço Social (SER) – UnB
Presidente da Banca - Orientador

Prof^a. Dr^a. Lucélia Luiz Pereira

Departamento de Serviço Social (SER) – UnB
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Magali da Silva Almeida

Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Marina Leite Melo

Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Membro Suplente

Brasília, 2023

Agradecimentos

A vida é uma corrida
que não se corre sozinho.
E vencer não é chegar,
é aproveitar o caminho
sentindo o cheiro das flores
e aprendendo com as dores
causadas por cada espinho.

(Bráulio Bessa - A corrida da vida)

Começo esta etapa com os versos de Bráulio Bessa, poeta que embalou e me acalentou em muitos dos dias em que a conclusão desta dissertação parecia muito distante.

O processo do mestrado por si só já é bastante solitário. Há sempre pressa. Há sempre prazo. Há sempre distância. Durante os últimos dois anos vivi altos e baixos, mas foi também nesse movimento que encontrei apoio daqueles que sempre estiveram comigo.

Agradeço a minha família, especialmente minha mãe e minha avó por sempre acreditarem em mim e nas minhas potencialidades.

Agradeço a você, Fábio, por ser meu abrigo nos momentos em que o mundo parecia hostil demais para encarar.

Agradeço ao meu orientador, Leonardo Ortegal, por ser o propulsor desse trabalho e por tantas trocas. Lembro de ouvir de você ao fim de minha banca de TCC que meu trabalho tinha potencial para mestrado, que era forte. Bom, cá estamos nós...

Agradeço também a Lucélia Luiz Pereira, primeira professora com a qual tive aula na graduação. Sua presença e seu conhecimento são transformadores.

Agradeço a professora Magali da Silva Almeida, referência para mim e para tantos outros. Você é força e sensibilidade.

Agradeço também a todos os amigos e colegas que não estão citados nominalmente aqui, mas que foram pessoalmente agradecidos. Vocês me tornam melhor. Muito obrigado.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento que possibilitou o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço também ao Programa de Pós-Graduação em Política Social por tanta transformação e possibilidade de trocas nos últimos dois anos.

*Raízes vitais, raízes ancestrais
Raízes de sangue, raízes viscerais
Raízes profundas, que correm nas veias
São córregos, trilhas, são mapas da aldeia
Raízes no chão que pisamos quilombo
Raízes marcadas na pele, pichadas no muro
E guardadas no ombro
Fotografadas no sub e inconsciente
Raízes sob o céu, raízes intensas
Em tom de sépia, o tom da pele é preta
Raízes Unganga, destino desde menino
Mamãe, papai, vovó, catimbó Olorum-nação
Raízes que andam se espalham no chão
Ancestral, sementes pra nascer novo tom
Raiz é poema, em alto em bom som
(Bruno Andradi – Raízes)*

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de análise os rebatimentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2009, e sua implementação no Distrito Federal (DF), com recorte para os anos de 2009 a 2021 e seu papel na garantia de acesso à saúde da população negra. A PNSIPN é uma política de caráter transversal que reconhece o papel do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes de saúde da população negra. Sabendo disso, objetivou-se analisar criticamente a caracterização da política no Distrito Federal. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória e análise documental, com embasamento crítico do referencial marxista, em leis, portarias, documentos, artigos, dissertações e similares para construção da dissertação. Além disso, preocupou-se em destacar os atores e atrizes envolvidos na implementação da política, o papel do Movimento Negro Unificado e o Movimento de Mulheres Negras que lutou contra a normalização da esterilização da mulher negra e inseriu a pauta de saúde reprodutiva em suas agendas políticas, dando início assim a reivindicação de políticas focadas na saúde da população negra. Foi realizado um levantamento de dados em relatórios, boletins, dados e requisições de informações por meio da lei de acesso à informação, além da explanação da realidade da população negra no DF por meio de indicadores sociais como educação, trabalho, moradia, alimentação, violência, entre outros. Ressalta-se que como resultados, encontrou-se um cenário de vastas desigualdades e um não cumprimento dos princípios e diretrizes da política no Distrito Federal. A exemplo, destaca-se que foi descoberto, por meio de uma das requisições de informação, que desde a implementação da PNSIPN, apenas um curso presencial de formação com a temática Saúde da População Negra foi realizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal; bem como apenas um curso ofertado de forma online pela plataforma UNA-SUS.

Palavras-chave: População Negra; Distrito Federal; PNSIPN; Saúde da População Negra; Racismo

ABSTRACT

This dissertation analyzes the impacts of the National Policy for Integral Health of the Black Population, 2009, and its implementation in the Federal District (DF), from the years 2009 to 2021 and its role in ensuring access to health care for the black population. The PNSIPN is a cross-cutting policy that recognizes racism, ethno-racial inequalities and institutional racism as determinants of health of the black population. Knowing this, the objective was to critically analyze the characterization of the policy in the Federal District the characterization of the policy in the Federal District. To this end, a qualitative exploratory research and document analysis was carried out, with a critical foundation in Marxist referential, in laws, ordinances, documents, articles, dissertations, and the like to build the dissertation. In addition, it was concerned with highlighting the actors and actresses involved in the implementation of the policy, the role of the Unified Black Movement and the Black Women's Movement that fought against the normalization of sterilization of black women and inserted the reproductive health agenda in their political agendas, thus initiating the claim for policies focused on the health of the black population. Nevertheless, an effort was made to illustrate the situation of the PNSIPN in the Federal District, using reports, bulletins, data and requests for information through the law of access to information, in addition to the explanation of the reality of the black population in the Federal District through social indicators such as education, work, housing, food, violence, among others. As result, was found a scenario of vast inequalities and a lack of compliance with the principles and guidelines of the policy in the Federal District. For example, it was discovered, through one of the requests for information, that since the implementation of the PNSIPN, only one training course on the Health of the Black Population was held by the Federal District Health Department and another course offered online through the UNA-SUS platform.

Keywords: Black Population; Federal District; PNSIPN; Health of the Black Population; Racism

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|----------|--|
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| CAPs | Caixas de Aposentadoria e Pensões |
| CEBES | Movimento de Renovação Médica |
| CEN | Comissão Executiva Nacional |
| CODEPLAN | Companhia de Planejamento do Distrito Federal |
| CODIPIR | Conselho Distrital de Promoção da Igualdade Racial |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONASSEM | Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS |
| CTSPN | Comitê Técnico de Saúde da População Negra |
| DEMAS | Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS |
| DF | Distrito Federal |
| DNS | Departamento Nacional de Saúde |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| GASPVP | Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais |
| GM/MS | Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde |
| GTI | Grupo de Trabalho Interministerial |
| HRAN | Hospital Regional da Asa Norte |
| IAPM | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos |
| IAPs | Institutos de Aposentadoria e Pensões |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| MHD | Materialismo Histórico-Dialético |
| MNU | Movimento Negro Unificado |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|--------|---|
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PAIS | Programa de Ações Integradas de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde |
| PAS | Programação Anual de Saúde |
| PEC | Proposta de Emenda Constitucional |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNI | Programa Nacional de Imunizações |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| RAG | Relatório Anual de Gestão |
| RAQ | Relatórios de Atividade Quadrimestral |
| RAs | Regiões Administrativas |
| REME | Movimento de Renovação Médica |
| RIQ | Requerimento de informações |
| RPU | Revisão Periódica Universal |
| SCIA | Setor Complementar de Indústria e Abastecimento |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |
| SEPPIR | Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial |
| SES | Secretária de Saúde |
| SGEP | Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SIM | Sistema de Informações de Mortalidade |
| SINASC | Sistema de informação de Nascidos Vivos |
| SIR | Secretaria de Igualdade Racial |
| SPN | Saúde da População Negra |
| SSP | Secretaria de Segurança Pública |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNE | União Nacional dos Estudantes |

Lista de tabelas

| | |
|--|------|
| Tabela 1- Distribuição da População por raça/cor da pele no DF..... | p.61 |
| Tabela 2- Distribuição por raça/cor nas RAs do DF..... | p.61 |
| Tabela 3- Jornada de trabalho e afazeres domésticos e grau de instrução entre negros e não negros..... | p.64 |
| Tabela 4 - Homicídios de Mulheres – DF..... | p.70 |
| Tabela 5 - Análise dos Relatórios Anuais Ses-DF..... | p.80 |
| Tabela 6 - Análise dos Relatórios Anuais de Gestão Ses-DF..... | p.83 |

Lista de gráficos

- Gráfico 1 -Brasil: Proporção de Vítimas de Homicídios por Raça/Cor, por UF (2019)p.69
- Gráfico 2 - Ocupação /Profissão dos autores de feminicídio no DF.....p.71
- Gráfico 3 – Motivação dos Crimes de Feminicídio no DFp.72
- Gráfico 4 - Óbitos Maternos Durante a gravidez, parto ou aborto.....p.79

Lista de Figuras

| | |
|---|------|
| Figura 1- Panfleto com a programação da Jornada do Negro pela Assembleia Constituinte de 1985 | p.49 |
| Figura 2- Panfleto com a programação da Jornada do Negro pela Assembleia Constituinte de 1985..... | p.50 |
| Figura 3-Calendarário de Atividades da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida..... | p.51 |

Lista de Fotos

| | |
|---|------|
| Foto 1: Lélia Gonzales e Abdias do Nascimento..... | p.45 |
| Foto 2- Integrantes da Convenção Nacional o Negro e a Constituinte..... | p.48 |
| Foto 3- Comitê Mineiro na Marcha Zumbi 300 anos | p.51 |
| Foto 4 - Performance artística na Marcha Zumbi 300 anos..... | p.52 |

Sumário

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| METODOLOGIA | 23 |
| 2.1. SOBRE O MÉTODO | 23 |
| 2.2. SOBRE OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 25 |
| NOTAS INTRODUTÓRIAS ACERCA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL | 28 |
| CAPÍTULO I - O CAMINHO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL..... | 33 |
| 1.1. O SURGIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL | 34 |
| 1.2. 1953: CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE..... | 37 |
| 1.3. DITADURA CIVIL-MILITAR: SAÚDE PRIVATISTA GANHA FORÇA | 39 |
| CAPÍTULO II - LUTAS, REIVINDICAÇÕES E ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA | 44 |
| 2.1. REIVINDICAÇÕES TOMAM FORMA- A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA | 56 |
| CAPÍTULO III- A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS NO DF..... | 61 |
| 3.1. ANÁLISE DE DADOS - FALTA DE ORÇAMENTO, DESCONTINUIDADE E BAIXA ADESÃO: O ABISMO EM QUE SE ENCONTRA A PNSIPN NO DF | 72 |
| 3.2. RELATÓRIOS ANUAIS SES-DF | 80 |
| 3.3. RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO SES-DF | 83 |
| 3.4. RELATÓRIOS DE ATIVIDADES QUADRIMENSAIS SES-DF | 85 |
| 3.5. DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN | 88 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| REFERÊNCIAS..... | 98 |
| ANEXO A..... | 108 |

INTRODUÇÃO

A ideia da presente pesquisa surgiu durante o período de estágio obrigatório em Serviço Social realizado na instituição Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em 2019. Durante o momento dos acolhimentos¹ dos usuários realizados pelo Serviço Social, uma das perguntas feitas na entrevista social era justamente a forma como os usuários se autodeclaravam de acordo com sistema de cor, raça e etnia utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A partir da observação das entrevistas realizadas, notou-se uma dificuldade dos usuários em dar uma resposta efetiva para a questão referente a cor e autodeclaração, bem como uma dificuldade dos profissionais de saúde em colher esse dado. Outro fator que chamou bastante atenção foi que na hora de responder à indagação diversos usuários davam respostas como: “sou moreno-claro”, “sou moreninho”, ou até mesmo “sou queimado de sol”. Sempre dando respostas onde buscava-se aproximar a tonalidade da pele a um tom cada vez mais claro. Tratando sobre os profissionais que estavam colhendo o dado, notava-se que havia uma tendência em ignorar esse dado, fosse por receio de questionar sobre a autodeclaração, pelo não entendimento da importância da coleta ou por considerarem tal ato como uma questão desnecessária.

Desse modo, era evidente a tendência dos usuários em não se reconhecer enquanto pessoa negra² e o desconhecimento, também por parte dos profissionais, da importância dessa autoafirmação para a criação de políticas de promoção voltadas ao enfrentamento do racismo na sociedade e dentro do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, cabe ressaltar que apenas o fato de se reconhecer enquanto pessoa negra não é de fato suficiente para atingir a equidade, há a necessidade de uma reestruturação das bases sociais para o devido enfrentamento das iniquidades em saúde.

Pontua-se a incidência das desigualdades raciais e de gênero no acesso à política de saúde também pelo fato de que, embora as mulheres negras sejam as maiores usuárias do SUS, por terem os piores indicadores de saúde, são homens brancos que têm maior acesso aos serviços de saúde da alta complexidade, e que dispõem de maior tecnologia no tratamento (WERNECK, 2016).

¹ O Acolhimento consiste na primeira abordagem dos usuários pelos diferentes profissionais da instituição, nesse caso pela assistente social, e tem como objetivo identificar as possíveis demandas que os usuários possam ter e que possam ser atendidas pelo Serviço Social, buscando a garantia de direitos daquele usuário. Nesse primeiro contato, são abordados os seguintes itens: Local de nascimento; data de nascimento; se o usuário reside ou não no DF; estado civil; condições de moradia; estrutura familiar; Situação Previdenciária e Autodeclaração dentro do sistema de classificação do IBGE (Preto; Pardo; Branco; Amarelo e Indígena).

²Jacques d’Adesky define negro como sendo “todo o indivíduo de origem ou ascendência africana susceptível de ser discriminado por não corresponder, total ou parcialmente, aos cânones ocidentais, e cuja projeção de uma imagem inferior ou depreciada representa uma negação de reconhecimento igualitário, bem como, a denegação de valor de uma identidade de grupo e de uma herança cultural e uma herança histórica que geram a exclusão e a opressão” (d’Adesky, 2001, p.34)

Na atenção de alta complexidade, com serviços inovadores e de maior qualidade, referência mundial em transplantes e congêneres, o acesso é superior entre pessoas brancas:

(...)apesar da importância da atuação do SUS na saúde de nossa população, um estudo inédito realizado por pesquisadores do Ipea (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA 2011, p. 26-38) – dados fornecidos pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) – sobre os efeitos das desigualdades sociais brasileiras, no período de 1995 a 2004, indicam que, nas cirurgias de transplantes de órgãos como coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão, a maioria dos transplantados são homens da cor branca. De acordo com esse estudo, a cada quatro receptores de coração, três são homens; 56% dos transplantados têm a cor da pele branca. No transplante de fígado, 63% dos receptores são homens e 37% mulheres. A cada dez transplantes de fígado, oito são para pessoas brancas. (ALMEIDA, MS., 2014, p.8)

A população negra apresenta demandas específicas no que tange à saúde, em razão de ser acometida com maior incidência pelas chamadas doenças evitáveis³, sendo elas: Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* e Doença Cardiovascular (BRASIL, 2009).

O SUS conta com uma ferramenta de grande impacto para o enfrentamento de tal problemática: a Portaria do Ministério da Saúde nº 344 de fevereiro de 2017. Tal portaria torna obrigatória a coleta do dado referente a Raça/Cor/Etnia. Vale ressaltar que a falta de informações administrativas e institucionais que contemplem o recorte de raça/cor impede o aprofundamento de diversos debates. Esta medida surgiu como uma resposta às chamadas doenças evitáveis e visa o levantamento de dados dos usuários atendidos pelo SUS, pois, sem dados, uma política não é construída.

Com efeito, o reconhecimento da identidade negra é crucial para a demarcação e formulação de políticas e medidas de enfrentamento do racismo e garantia de saúde para a população, reconhecer e identificar a negritude como reivindicação política de identidade cultural (MUNANGA, 1986).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como diretriz básica a redução da desigualdade e enfrentamento do racismo dentro do Sistema Único de Saúde, trazendo uma série de ações para tal. Com a implementação da política, foram criadas estratégias para atender a população negra com o entendimento de que o reconhecimento de que suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País (BRASIL, 2009). Frente a isso, o trabalho se justifica por buscar o entendimento e a efetividade de tal política na prática, investigar seus limites e avanços e sua configuração atual; também se legitima pela necessidade do preenchimento de lacunas sobre o estudo de tal tema e pelo levantamento sobre os rebatimentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na realidade do Distrito Federal.

³ Cabe-se abrir um parêntese para destacar que as chamadas doenças evitáveis “são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época” (MALTA, 2010, p. 174)

Para além disso, ao tratarmos da saúde da população negra não podemos deixar de fora o princípio da equidade, principal elemento na asseguarção da saúde da população negra (CAMPOS, 2006). É por meio desse conceito que se fundamenta o conceito das ações afirmativas e todos os esforços voltados às políticas direcionadas à população negra no Brasil. Sendo assim, as políticas afirmativas se articulam na contramão da meritocracia, buscando se pautar na garantia de direitos, no reconhecimento das desigualdades e numa lógica compensatória, inclusive na área da saúde.

Diante do exposto, o **problema de pesquisa** formulado para este trabalho é o seguinte: como se deu a construção da política e quais os desafios enfrentados para sua plena implementação? E, considerando o movimento dialético da realidade, a **pergunta de partida da pesquisa** é: Quais os rebatimentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009, no SUS no DF?

Para tanto, os objetivos do presente estudo foram assim definidos, sendo o **objetivo geral** deste trabalho analisar os rebatimentos da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 2009 no sistema Único de saúde do Distrito Federal e seus rebatimentos na garantia de saúde da população negra. E para aprofundar a discussão, a saber, os **objetivos específicos** delimitados foram:

- Descrever o percurso histórico da saúde pública no Brasil até se chegar na PNSIPN;
- Elucidar os atores e atrizes, reivindicações e ações que estão envolvidos na criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Compreender a PNSIPN dentro do DF e como tal política se encontra atualmente.

Para a dissertação também foram elaboradas as seguintes **hipóteses**:

- A PNSIPN no contexto de cortes atual, se encontra sem repasse de recursos.
- Há uma baixa adesão da política por parte do Distrito Federal
- A implementação da PNSIPN tem como um dos grandes desafios o argumento da focalização.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: Metodologia, Notas introdutórias acerca da população negra no Brasil, capítulo 1, capítulo 2, capítulo 3, considerações finais e anexo.

No primeiro capítulo, O Caminho da Saúde Pública no Brasil, me debruço sobre a historicidade da formação da saúde pública no Brasil até chegar à Constituição de 1988 e o princípio da equidade, conceito norteador para a criação da PNSIPN. É neste capítulo que discorro sobre a Proclamação da República e o enfrentamento das sucessivas epidemias de varíola, malária e febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em função da falta de saneamento básico. Tal capítulo também discute a importância de Oswaldo Cruz e seu modelo de intervenção Campanhista como agente de ação frente a situação posta.

Destaco também que um dos marcos no caminho para a ampliação da saúde pública, que não pode ser deixado de fora da discussão, é o surgimento da Previdência Social no Brasil e todas as mudanças trazidas em relação a como o Estado Brasileiro enxergava a questão trabalhista e social da

época. Ao tratar sobre tal questão, aponta-se a Lei Eloy Chaves, de 1923, como sendo, para muitos autores, o marco da previdência, pois é por meio dela que se instituíram as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, entre 1923 e 1930. As CAPs que tinham as empresas como chave organizativa, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de estradas de ferro e os servidores de determinadas instâncias⁴. As receitas das CAPs eram recolhidas por meio da contribuição por parte dos empregados e empregadores (CUNHA & CUNHA, 1998). Já em 1933, há a substituição das CAPS pelos IAPs

Além disso, o primeiro capítulo da dissertação discute a criação do Ministério da Saúde- MS, que surge atrelado ao Ministério da Educação. Não obstante, a criação do MS se dá por uma série de fatores e reivindicações, em nível internacional e nacional. A Saúde Pública nos moldes conhecidos atualmente é fruto da luta de muitos agentes e movimentos.

Ao longo da dissertação inteira diversos são citados, mas no primeiro capítulo os principais que fizeram frente ao modelo de saúde privatista, que ganha força a partir de 64, com a ditadura civil-militar, são o Movimento de Reforma Sanitária, os “Preventivistas” do Ministério da Saúde, que reivindicavam orçamento voltado para a medicina preventiva e denunciavam a lógica focada somente na doença, a atenção curativa e os antigos membros da União Nacional dos Estudantes (UNE), naquela época já como profissionais formados, que fizeram frente ao Movimento Médico Privatista, e criaram o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Outro marco no reconhecimento das iniquidades em saúde e da criação do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com Sergio Arouca sendo uma das principais figuras. É nela que é cunhado o conceito ampliado de saúde que norteia a presente dissertação:

(...)é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente (...). É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante de miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo(...) (AROUCA,1986, p.36)

Até a promulgação da CF de 88 foram 2 anos de Constituinte, tal processo tomou fôlego com a adição do reforço da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que desempenhou além de tudo um papel de assessoramento dos deputados na construção da constituição. Sabendo disso, em 1988, pela primeira vez na Constituição brasileira, apareceram artigos que tratam acerca da saúde (do 196º ao 200º).

⁴<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>

A chamada Constituição Cidadã representa um enorme avanço no enfrentamento das desigualdades e no compromisso com os direitos humanos. “A Carta Magna amplia os debates no âmbito das relações raciais, pois reconhece as Terras Quilombolas, reafirma a multiétnicidade brasileira e torna mais rígidas as repressões aos atos de discriminação racial, introduzindo a criminalização do racismo” (LIMA, 2010; GOMES, 2009, apud SA BRASIL, SA., 2011. p. 76).

Já no segundo capítulo, Lutas, reivindicações e articulação do Movimento de Mulheres Negras: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o foco é o de apontar as forças, atores e atrizes, movimentos e reivindicações envolvidas no processo de construção e implementação da PNSIPN, apresentar a política, sua constituição e características.

Instituída pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, a PNSIPN é uma política histórica que reconhece o racismo e suas implicações como um determinante de saúde e propõe seu enfrentamento dentro e por meio do SUS. Contudo, sem a inserção da pauta da saúde da população negra na agenda política dos movimentos sociais negros isso não seria possível.

As décadas de 70 e 80 representam um reflorescimento dos movimentos sociais em toda América Latina. No Brasil, em 1978, surge o Movimento Negro Unificado (MNU).

A atuação do MNU voltou-se contra a discriminação racial, a violência e o desemprego, procurou fazer do termo “negro” uma designação positiva, referente aos descendentes de africanos e buscou resgatar a identidade étnica específica do negro a partir do que se poderia denominar “africanização”. O MNU tornou-se um movimento de vanguarda que buscou igualdade na diferença e a valorização de símbolos relacionados à cultura negra. O movimento negro deste período teve críticas ao ideal de mestiçagem do Brasil, afirmando tratar-se de “uma armadilha ideológica alienadora” que impedia a real identidade do negro no país. Portanto, as marcas deste período referem-se a reivindicações anti-racistas mais diretas, com discursos mais contundentes, ações mais voltadas à política e à dimensão do poder e à construção de uma real identidade racial e cultural para o negro (DOMINGUES, 2007, apud BRASIL, 2011, p.103).

Maio et al; Monteiro (2010; 2004) destacam que em relação à saúde, as movimentações tomam força a partir do início do século XXI. Contudo, é preciso ressaltar que desde a década de 80 o Movimento Feminista já denunciava a negligência no âmbito da saúde reprodutiva e saúde da mulher. De modo geral, o movimento de mulheres já estava articulado e aquecido na denúncia de suas demandas, passando a contar com a adição de um importante marco: a instituição da Década Internacional da Mulher pela ONU. A partir disso ficou estabelecido que os planos de governo dos países signatários da ONU deveriam estabelecer ações em favor das mulheres (CENTENO, 2016).

Com influências de Lélia Gonzales, Abdias do Nascimento, Florestan Fernandes e diversos outros pensadores, o MNU, em reunião de sua Comissão Executiva Nacional (CEN) estabelece como prioridade dentro de suas ações questões voltadas a natalidade, saúde reprodutiva e liberdade referente as decisões acerca da gravidez, foram elas: a) Aborto gratuito; não à esterilização forçada ou a qualquer outra ingerência do governo. b) Informação gratuita e amplamente difundida sobre o controle de natalidade. c) Abolir conceito de "ilegitimidade". Fim à discriminação da mãe solteira.

(MNU, 1988, p. 32). Portanto, as primeiras ações voltadas à saúde da população negra são fruto da luta de mulheres pela saúde reprodutiva e é resultado de muitos esforços contra a normalização da esterilização

Portanto, o segundo capítulo também é destinado a abordar os marcos históricos que serviram de impulso para a existência de uma política específica de saúde da população negra. Nesse sentido, destacam-se a Convenção Nacional "O Negro e a Constituinte"(1986), a Marcha Zumbi dos Palmares (1995), III Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban, África do Sul, em 2001, criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2003, I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2004, II Seminário sobre a Saúde da População Negra, onde a criação de uma política de saúde pública começou a tomar forma. Nesse mesmo ano, a PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, no qual o movimento negro ganhou um lugar. A importância de o movimento negro ganhar um lugar no CNS traduziu-se em novas formas de inserir este assunto na área da saúde, em 2006 e a instituição da PNSIPN em 2009.

No terceiro capítulo, A Situação de Saúde da População Negra e seus Determinantes Sociais no DF, me debruço a apontar os dados referentes à população negra no DF, como trabalho, moradia, educação, violência, entre outros.

A população do Distrito Federal é composta majoritariamente por pessoas negras, 57,3%, sendo 28,72% de mulheres negras. Notadamente a maioria desse contingente populacional encontram-se nas Regiões Administrativas de menor poder aquisitivo, SCIA/Estrutural (75,45%), São Sebastião (74,05%), Fercal (72,99%), Paranoá (70,62%) e Varjão (70,08%), notadamente locais conhecidos por rendimentos baixos. Por outro lado, as menores proporções são encontradas nas RAs de maior poder aquisitivo: Lago Norte (38,87%), Plano Piloto (37,48%), Sudoeste/Octogonal (36,31%), Park Way (34,26) e Lago Sul (32,70%) (PDAD, 2021).

Das 33 regiões administrativas que compõem o território total do Distrito Federal, cerca de 17 encontram-se com algum percentual de pessoas em situação de Insegurança Alimentar Grave. A que apresentar o maior percentual, 12,7%, é o Sol Nascente/Pôr do sol, maior aglomerado subnormal do Brasil, RA que possui um contingente populacional negro de 67,94%.

Acerca dos dados sobre o trabalho, pessoas negras compõem cerca de 25% da população total em situação de informalidade, e, observa-se uma queda dessa porcentagem quando nos deparamos com a realidade de pessoas não negras, que corresponde a cerca de 20%. Além disso, "(...)mulheres não negras têm a maior taxa de participação no emprego público (23,6%) e homens negros, a menor (13,2%). Mulheres negras têm maior jornada de trabalho ao se considerar o trabalho reprodutivo de afazeres domésticos, em qualquer idade e grau de instrução (exceto fundamental incompleto e médio completo) (PDAD, 2021, p.6).

Nesse sentido, pontua-se que as mulheres negras, ocupam majoritariamente o trabalho doméstico, cerca de 63%. Frisa-se que tal mercado de trabalho é composto de forma predominante por mulheres de baixa escolaridade, e que recebem uma baixa remuneração por seus serviços e se destaca por ser “uma atividade precária, com baixos rendimentos, baixa proteção social e permanência de práticas violentas de discriminação e assédio.” (BRASIL/IBGE, 2021, p.23). Acerca desta questão, e tratando especificamente do Distrito Federal, Dados da CODEPLAN, no documento Retratos do DF por Cor e Raça (2021), apontam que Mulheres negras têm maior jornada de trabalho quando se leva em consideração o trabalho dentro e fora de casa, e isso se alastra para todas as idades e formação, excetuado o nível fundamental incompleto e médio completo, com maior expressão em mulheres acima dos 40 anos e com fundamental completo

Não obstante, destaca-se que as mulheres negras são as maiores vítimas de violência no Distrito Federal, a exemplo, no ano de 2019, cerca de 67% das vítimas eram mulheres negras. O total de homicídios de mulheres negras em 2019 foi de 66%, 2018(66%), 2017(73%), 2016(82%), 2015(77%), 2014(77%), 2013(84%), 2012(85%), 2011(79%), 2010(76%), 2009(81%). Abaixo, na tabela 4, encontram-se os dados totais de homicídios (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021, p.38).

Para além dos dados destacados aqui nesta introdução, procurou-se apontar diversos outros indicadores, expressos por meio de dados, para tratar sobre a realidade da população negra no DF.

Já no subcapítulo Análise de dados, utilizou-se diversos relatórios, dados, documentos, requisições de informações e boletins para destacar a condição em que se encontra a PNSIPN dentro do Distrito Federal.

Diante do exposto, observou-se uma situação de vulnerabilidades alargada pela desigualdade racial no acesso e na oferta a bens e serviços. Nesse sentido, espera-se contribuir para o debate e apontar as diversas contradições da população negra no Distrito Federal e os rebatimentos da implementação da PNSIPN nesse grupo populacional.

METODOLOGIA

2.1. SOBRE O MÉTODO

O presente trabalho se dispõe a discutir os temas de saúde da população negra, raça e racismo. Por não considerar possível dissertar sobre tais pontos descolados da historicidade, optou-se por utilizar o método Materialista Histórico-Dialético como lente de análise para debater o problema de pesquisa proposto. Para Marx (2008), a realidade só pode ser explicada em sua totalidade por meio do elenco de suas contradições, especialmente entre capital e trabalho. Não obstante, a investigação dos fenômenos sociais se dá por meio da abordagem histórica em que uma ordem de eventos tem que sempre superar a outra (MARX,2008).

Para o materialismo a realidade social pode ser conhecida na sua concreticidade (totalidade) quando se descobre a natureza da realidade social, se elimina a pseudoconcreticidade, se conhece a realidade social com unidade dialética de base e de supra-estrutura, e o homem como sujeito objetivo, histórico-social. A realidade social não é conhecida como totalidade concreta se o homem no âmbito da totalidade é considerado apenas e sobretudo como objeto e na práxis histórico-objetiva da humanidade não se reconhece a importância primordial do homem como sujeito (KOSIK, 2002 p.27).

O objetivo de utilizar tal método é o de justamente compreender o que está além do aparente, é buscar inserir tal pesquisa dentro da totalidade⁵(LUKÁCS,1974). Segundo a lógica do Materialismo Histórico-Dialético (MHD), o conhecimento científico é construído na prática social, na vida social e na complexificação da vida humana, ao passo que os indivíduos vão adquirindo condições, determinadas socialmente e culturalmente, de refletir e teorizar os fenômenos e objetos sociais (MARTINS; LAVOURA,2018).

Nesse sentido, a utilização do MHD para discussão acerca do racismo e saúde da população negra, implica a análise do racismo na sua intrínseca articulação com a totalidade das relações sociais. Portanto, é sair da zona do fragmento, da particularização e do campo identitário, para o apontamento de suas ramificações e dinamicidades presentes na sociedade atual, capitalista, complexa e com centralidade na produção do valor (SOUZA, 2021).

O presente trabalho assume o racismo enquanto um fenômeno enraizado na sociedade brasileira desde seus primórdios com a colonização e imperialismo. Nesse sentido, é elemento constitutivo de nossa realidade. Portanto, isso significa dizer que é necessário o apontamento de suas relações com:

⁵ A categoria de totalidade sob a ótica do materialismo histórico-dialético, é entendida como uma grande unidade complexa, construída por diversos outros elementos também complexos, mas em menor grau. Para Lukács (2013), a totalidade seria um complexo constituído de outros complexos, onde cada elemento constitutivo dessa totalidade é determinado por ela ao mesmo passo que também a determina. Nesse sentido, o entendimento de um objeto em sua totalidade não significa o entendimento total, mas sim a apreensão da lógica construtora dessa totalidade.

(...)o modo como se produz a vida na sociedade burguesa, centrada na propriedade privada dos meios de produção e da riqueza; bem como as formas políticas e jurídicas correspondentes; só assim podem se explicitar as suas determinações, mas, também, como ele é determinante no conjunto das relações sociais em análise. Relações sociais, vale reforçar, dinamizadas pela desigualdade, pela exploração e pela dominação – de classe, raça e sexo, as quais constituem não apenas a dimensão da produção material da vida, mas, necessariamente, todas as suas dimensões - objetiva e subjetiva, material e espiritual, consciente e inconsciente, posto que são indissociáveis. (SOUZA, 2021, p.22)

Como aponta Clóvis Moura (1994), o racismo, fruto dos pilares que criam o capitalismo -o colonialismo e a escravidão-, também se configura como um elemento ideológico e político, atuando como elemento de mistificação e justificação dominatória. Tal mistificação, vale ressaltar, serve especialmente às necessidades do capital como forma de naturalização e mecanismos ideológicos de naturalização das desigualdades. Como afirma Lukács (2003), é fundamental que haja, por parte dos detentores de poder, uma apropriação da consciência para manter a ordem vigente.

Diante do exposto, é preciso entender o racismo enquanto elemento de atravessamento que se ramifica pelas mais diversas áreas, e com a saúde da população negra isso não é diferente. Nesse sentido, a compreensão das desigualdades em saúde precisa levar em conta a formação sócio-histórica brasileira e entender a saúde enquanto produto social, em que estar saudável é fruto de vários elementos, e não só a ausência de doenças (SAUCEDO, 2018). “Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença” (BARATA, 2009, p. 23).

Falar de saúde, é falar sobre as incontáveis disparidades no acesso à educação, moradia, trabalho, desigualdades raciais, alimentação, segurança. Tais desigualdades são fatores centrais quando se trata do processo saúde doença, especialmente quando falamos sobre a população negra: “essas experiências desiguais de viver acarretam diferentes formas de nascer, adoecer e morrer” (LOPES, 2004, p. 47). Portanto, saúde:

(...)é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente (...). É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante de miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo(...) (AROUCA,1986, p.36)

O racismo enquanto componente estrutural de subjugação tem rebatimentos direto na promoção de iniquidades de saúde, especialmente “partindo do princípio de que, este é um fenômeno social fundamentado em fragmentações raciais que justificam tratamentos desiguais entre aqueles que não pertencem ao grupo racialmente dominante” (SAUCEDO, 2018, p.89). Deste ponto de vista, tais iniquidades são compreendidas por meio da perspectiva sócio-histórica centrada na saúde enquanto produto social. Nesse sentido, é que se reforça a escolha do MHD como lente de análise de tal questão

2.2. SOBRE OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi realizado ao longo do mestrado em Política Social (2021-2023), tomando por base uma investigação qualitativa exploratória e pesquisa documental acerca do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ao longo dos anos 2009-2022. A preocupação aqui foi a de apontar os aspectos do Estado brasileiro frente a questão de saúde da população negra, bem como o papel do movimento negro na reivindicação e formulação da PNSIPN. Portanto, foi realizada uma análise documental a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos e cientificamente autênticos para a construção da dissertação, bem como para complementares informações obtidas pelas outras técnicas acerca do tema, por meio de leis, relatórios e políticas (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Na pesquisa documental, o primeiro passo foi o de levantar materiais acerca da emergência da PNSIPN, os atores e atrizes envolvidos e as forças tensionadas até a sua implantação e posteriori, ou seja, elaborar um arsenal de referências que me possibilitasse a mapeação dos principais marcos e elementos envolvidos em sua criação.

Para tanto, iniciei uma busca de artigos e demais referências que permitissem alcançar tal objetivo. A primeira plataforma utilizada foi o Google Acadêmico com as seguintes palavras-chave: PNSIPN; saúde da população negra; política de saúde integral da população negra. O resultado de retorno foi de cerca de 1110 trabalhos. Na plataforma Banco de Teses e Dissertações da Capes foi utilizado da palavra-chave PNSIPN, termo que retornou com 8 dissertações e 1 tese de doutorado

Dentre os principais artigos e trabalhos utilizados com a finalidade de debater o problema de pesquisa e alcançar os objetivos propostos, destaca-se o de Maria Fátima de Sousa (2011), Deivison Faustino (2017), Jurema Werneck (2016), Pedro Paulo Freire Piani (2008) Jairnilson Silva Paim (1986), Silvia Regina Centeno (2016), Magali da Silva Almeida (2014), Sandra Assis Brasil (2011); e demais referências elencadas ao final da dissertação. A partir das referências obtidas, ampliou-se o leque de autores que discutiam tal questão, a grande maioria por estarem diretamente citados nos trabalhos. Além disso, consultei os sites oficiais do Governo Federal e do Distrito Federal a fim de encontrar materiais referentes ao tema de pesquisa em leis, decretos, portarias, ações, dados, relatórios, atas e cadernos do Ministério da Saúde (MS).

Os Planos Distritais de Saúde do Distrito Federal também foram utilizados a fim de mapear o cenário da PNSIPN e o grau de comprometimento para com a política pelo Governo do Distrito Federal. Destaca-se que os planos utilizados foram os de 2004 a 2007; 2008 a 2011; 2012 a 2015; 2016 a 2019 e 2020 a 2023. Vale ressaltar que o plano de 2016-2019 aborda a questão da mortalidade materna e de como ela é mais incidente em mulheres negras, com faixa etária entre 40 – 49 e sem escolaridade.

Sabendo disso, realizou-se uma consulta ao Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, utilizando o TabNEt Win32 3.0: óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Distrito Federal, com os seguintes filtros: linha: município; coluna: não ativa; conteúdo: óbitos maternos; períodos disponíveis: 2009 a 2020; cor/raça: preta e parda (para obter o número de mulheres negras) e branca. Além disso, no local de ocorrência do óbito, optou-se por utilizar todas as categorias (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros e ignorado). O resultado obtido pode ser consultado na p.78 da dissertação.

Para a construção da dissertação, foram consultados também os Relatórios de Anuais da SES/DF (RAS), que tem por finalidade apontar quais foram as ações, medidas, metas e resultados alcançados no exercício anual. Por ser um documento que contém todos esses elementos, bem como marca o compromisso com a oferta de bens e serviços à população e trazer a transparência das ações realizadas anualmente pela SES/DF.

Aponta-se que se encontram disponíveis os boletins de 2013 a 2020, contudo, foram encontradas menções à saúde da população negra apenas nos relatórios de 2020, 2019, 2017, 2016, 2015, 2014 e 2013. A coleta de dados nos RAS permitiu a elaboração de um quadro contendo ações, menções ou metas voltadas a SPN nos boletins citados.

Além dos RAS, optou-se também por fazer o levantamento de dados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Encontram-se disponíveis no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal os RAQs dos anos 2009 a 2021. Contudo, foram citados apenas os que apontem alguma ação, atividade ou menção direta à saúde da população negra, que são respectivamente os relatórios de 2014, 2018 e 2019. A partir disso, os documentos foram analisados a fim de “receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças como num quebra-cabeça” (PIMENTEL, 2001, p. 180).

Também foram consultados os Relatórios de Atividades Quadrimestrais (RAQ). Os RAQs disponíveis compreendem o período de 2013 a 2021. Contudo, somente 3 fazem menção a SPN ou a PNSIPN. Optou-se pela coleta de dados em tais documentos em função de serem um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e conter o relatório de atividades desempenhadas pela SES, separadas por períodos quadrimestrais, representando assim um potente instrumento de consulta acerca do tema aqui pesquisado.

A fim de aprofundar ainda mais a coleta de dados, foi solicitado por meio da Lei de Acesso à Informação, por meio do Participa-DF, duas requisições endereçadas a SES-DF a fim de saber sobre o orçamento destinado à saúde da população negra no DF e a existência ou não de cursos de formação para os profissionais de saúde com a temática de saúde da população negra. Vale ressaltar que ambas foram respondidas, contudo, constatou-se que não há orçamento voltado especificamente à temática de saúde da população negra. Acerca dos cursos de formação, aponta-se que desde a implementação

da PNSIPN, em 2009, a SES-DF promoveu apenas no ano de 2020 um curso de formação para os servidores da secretaria com a temática “Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade” de forma presencial e outro curso com a temática Saúde da População Negra, ofertado pela plataforma UNA-SUS no formato online.

Por meio da coleta de dados nos instrumentos citados acima a construção da dissertação se tornou possível. Contudo, destaco que a coleta de dados nos sites oficiais do Governo Federal representou um grande desafio, especialmente quando se trata das informações de 2016 até 2022, ou seja, informações referentes aos anos de governo de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

NOTAS INTRODUTÓRIAS ACERCA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

O presente trabalho se propõe a analisar a realidade da PNSIPN e da saúde da população negra no DF, contudo é impossível entender a situação de tal grupo populacional sem antes traçarmos sua trajetória de inserção forçada no Brasil. Gorender (1978) afirma que a escravidão e o tráfico de seres humanos tiveram início em 1443, com o tráfico negreiro português que sequestrava a população negra do território africano e posteriormente os enviava para as ilhas do Atlântico e para a Europa. Tal prática foi oficializada pelo Papa Nicolau V, por meio da bula papal. “O papa, atribuído de seu poder apostólico em 1492, autorizou o Rei de Portugal a capturar todos os pagãos, sarracenos e anticristos do continente africano e, logo depois, estendeu esses poderes ao Rei da Espanha.” (FAGUNDES, 2006, p.12)

É então, a partir de tal marco, que toda a lógica escravista é moldada, naturalizada, perpetuada e alimentada. Todavia, é preciso pontuar a imensidão e riqueza negra que foi extorquida e apagada pela escravidão, pois:

Antes de serem seqüestrados e trazidos para Inglaterra, Portugal, Brasil e tantos outros países, os negros, em suas aldeias, vilas, condados e principados, eram reis, príncipes, sacerdotes, sábios... Sem contar que, ainda no continente africano, muito antes dos portugueses chegarem, eles já desenvolviam a técnica da pecuária e do artesanato, e foram eles os primeiros a dominarem a arte do fogo e do ferro. Ao longo desses anos de servidão, os negros foram proibidos de cultuarem seus deuses, de viverem ao lado de suas famílias, praticarem suas culturas e, sem dúvida, uma das mais graves violações aos olhos da ética, da moral e dos bons costumes, sem tirar a relevância das demais, foi a violação da liberdade do ser humano. Essa é uma das mais cruéis violações que um povo pode sofrer (FAGUNDES, 2006, p.13).

Em solo brasileiro, o processo de escravidão negra se inicia em 1530, com a economia de açúcar, e se estende oficialmente até 1888 com a Abolição da Escravatura. Não obstante, é preciso pontuarmos que o processo de promulgação da Lei Áurea nada tem a ver com uma suposta benfeitoria por parte da Princesa Isabel. Pelo contrário, destaca-se que tal lei só se deu em função de pressões externas e que poderiam vir a comprometer a economia da época. É importante destacar também, que a Lei Áurea simboliza a expressão máxima da exclusão do negro do seio da sociedade emergente da época. Tal processo de exclusão tinha o claro objetivo de “resolver o problema do negro” (NASCIMENTO, 1978).

Outra lei que também pavimentou a estrada para o caminho de exclusão de pessoas negras foi a Lei de Terras, de 1850. Com a criação de tal lei ficou definido que a terra tornava-se bem que só poderia ser adquirida por meio da compra, eliminando-se assim a possibilidade de concessões de sesmaria, bem como por meio da ocupação, ou seja, terras necessitavam ser compradas por meio do estado e as já ocupadas deveriam ser medidas e submetidas à análise.

(...) desde 1822, a terra se tornava propriedade de quem chegasse primeiro e a ocupasse. Por exemplo: a Lei de terras (1850) impedia que os negros se tornassem donos de terras, como

vinha ocorrendo com os colonizadores. A partir dessa lei, só poderia ter acesso à terra quem a comprasse. Isso também colaborou para empurrar cada vez mais a população negra, no período pós -abolição, para o que hoje conhecemos como favelas (MENEZES, 2013, p.26).

Destaca-se também a “Lei do Ventre Livre”, promulgada em 28 de setembro de 1871, determinava que os filhos de escravizadas nascidas a partir daquela data seriam considerados livres. Contudo, não garantia o mesmo para os respectivos pais, ocasionando assim uma separação do núcleo familiar e abandono à própria sorte. Destaca-se também a Lei dos Sexagenários ou Lei Saraiva-Cotagipe, Lei n. 3.270, de 28 de setembro de 1885, que determinava a libertação dos escravizados com mais de 60 anos. Contudo, é extremamente curioso uma lei que se propõe a libertar os escravizados com tal idade num período em que a expectativa de um cidadão em gozo de liberdade não ultrapassava 65 anos e a de um escravizado beirava no máximo os 30 anos de idade (KARASCH, 2000).

Segundo Fagundes (2006) a Abolição ofereceu uma liberdade muito mais teórica do que real. Isso se mostra um fato quando analisamos a efetividade de cada uma dessas ações, pois não foi oferecido nenhum suporte, auxílio ou ação do Estado para todo o enorme contingente de libertos.

Os negros nada mais possuíam, a não ser o direito de perambular pelas fazendas e cidades à procura de emprego. O que fazer então, sem teto, sem proteção, sem dinheiro, sem emprego, sem profissão, sem nada? As terras agrícolas de fácil acesso tinham sido apropriadas e, nas áreas urbanas, o excedente populacional causava um sério problema social (FAGUNDES, 2006, p. 13).

Concordando com Arlete Moysés Rodrigues (2003), podemos observar que a terra passa a ser definida pelo capital e politicamente assume o caráter de propriedade privada. Nesse sentido, nota-se a transformação do caráter da terra enquanto instrumento político e de alocação de determinados grupos em determinados espaços sociais. “À medida que chegou ao fim da escravidão que ‘permitiu’ a liberdade dos homens, a terra por sua vez, se tornou cativa ao capital.” (RODRIGUES, 2003, apud OLIVEIRA; MARINO, 2013, p.4).

Quando partimos do viver concreto, historicamente contextualizado e determinado dos coletivos populares, somos levados a aprofundar mais no padrão de dominação em que foram segregados e alocados os diversos coletivos populares. Não apenas um povo genérico, mas cada coletivo com sua segregação: indígenas, negros, mestiços, caboclos, comunidades periféricas, das cidades e dos campos. Que lugar-não-lugar lhes foi reservado nos padrões de poder, de trabalho, de apropriação-expropriação da terra, do espaço urbano, dos territórios, da justiça, do conhecimento, da saúde, do reparto da riqueza coletiva (ARROYO, 2001, p. 12).

Em relação ao trabalho, é importante pontuar que o Estado brasileiro, apoiado no objetivo do branqueamento racial, passa a inserir e facilitar massivamente, por meio do decreto nº 528 de 28 de junho de 1890, a entrada de imigrantes brancos em solo brasileiro, sendo a grande maioria de origem italiana; especialmente pela crise que assolava a Itália naquele momento (KOWARIC, 1994).

O “estrangeiro” aparecia, aí, como a grande esperança nacional de progresso por saltos. Nos demais setores, imperavam as conveniências e as possibilidades, escolhidas segundo um senso de barganha que convertia qualquer decisão em “ato puramente econômico”. Desse ângulo, onde o “imigrante” aparecesse, eliminava fatalmente o pretendente “negro” ou “mulato”, pois entendia-se que ele era o agente natural do trabalho. (FERNANDES, 1978, p. 27)

Mesmo pensadores e historiadores críticos como Celso Furtado eventualmente defendiam que a inserção de imigrantes em solo brasileiro nada tinha a ver com a lógica de embranquecimento racial, mas se relacionava com a inaptidão do homem negro em ser inserido dentro da lógica do salário:

O homem formado dentro desse sistema social [a escravidão] está totalmente desaparelhado para responder aos estímulos econômicos. Quase não possuindo hábitos de vida familiar, a idéia de acumulação de riqueza é praticamente estranha. Demais, seu rudimentar desenvolvimento mental limita extremamente suas “necessidades”, cabendo-lhe um papel puramente passivo nas transformações econômicas do país (FURTADO, 1977, p. 140).

Hasenbalg (1979), Theodoro et al(2008) e Seyferth(1996), defendem a contramão da tese de Furtado, justamente por ser comprovado que os negros que aqui estavam, já ocupavam cargos de cunho urbano como “carpinteiros, pedreiros, calceteiros, impressores, pintores de tabuletas e ornamentação, construtores de móveis e de carruagens, fabricantes de ornamentos militares (...)” (GORENDER, 1978, p. 454). Nesse sentido “Os trabalhadores chamados livres e/ou libertos, geralmente negros e mulatos exerciam serviços de toda natureza, notadamente aqueles de alguma especialização”. (THEODORO, 2008, p.18).

No Brasil, a abolição significará a perda de espaço de trabalho para os ex-escravos. Em sua grande maioria, eles não serão assalariados. Com a imigração massiva, os ex-escravos vão se juntar aos contingentes de trabalhadores nacionais livres que não têm oportunidades de trabalho senão nas regiões economicamente menos dinâmicas, na economia de subsistência das áreas rurais ou em atividades temporárias, fortuitas (THEODORO, 2005, p. 92).

Além da inserção da mão-de-obra europeia e a conseqüente exclusão e marginalização do negro na sociedade brasileira, outros elementos foram fundamentais para alocar os libertos em tal posição de inferioridade. O discurso da inferioridade racial e a suposta inaptidão para habitar um sistema assalariado, foram alguns das estratégias utilizadas para o descarte do negro enquanto trabalhador a ser abarcado dentro do sistema emergente. Não obstante, além da retirada de postos de trabalho de tal grupo populacional, também legitimam a ocupação dos espaços onde só as atividades braçais, degradantes, de baixa remuneração e longe dos olhos da sociedade eram as que os libertos podiam ocupar. Nesse sentido, é preciso fazer um paralelo com a ainda atual situação do negro onde tais configurações ainda se encontram presentes e extremamente palpáveis (SANTOS H., 2001).

(...)o fato de que o trabalho do negro tenha sido, desde os inícios da história econômica, essencial à manutenção do bem-estar das classes dominantes deu-lhe um papel central na gestação e perpetuação de uma ética conservadora e desigualitária. Os interesses cristalizados produziram convicções escravocratas arraigadas e mantêm estereótipos que ultrapassam os limites do simbólico e têm incidência sobre os demais aspectos das relações sociais. Por isso, talvez ironicamente, a ascensão, por menor que seja, dos negros na escala social sempre deu

lugar a expressões veladas ou ostensivas de ressentimentos (paradoxalmente contra as vítimas) (SANTOS, 2000, p.15)

Embora já tenhamos falado aqui acerca da Abolição da Escravatura no Brasil e a desresponsabilização do Estado frente ao problema criado por ele mesmo, outro elemento também se faz necessário ao analisarmos tal cenário: a acumulação do capital. A abolição em 1888, crava a marca do início do processo de acumulação do capital, pois, é com a demarcação da passagem do trabalho escravo para o livre que se escava o espaço de uma classe completamente desprovida de meios de produção, de direitos e até mesmo do status de ser humano, e ao mesmo passo, alarga as bases da herança colonial em deter os monopólios de produção e que continua a ser a detentora da força de trabalho.

Numa conjuntura em que o processo de constituição capitalista se efetivava, o trabalho assalariado se coloca numa direção essencialmente deformada e excludente de valorização do trabalhador branco (o imigrante europeu) como símbolo da redefinição social e cultural do trabalho no país. Daí porque a constituição do capitalismo no país, ao imprimir a exploração como condição fundamental da lógica capitalista, imprimiu nessa lógica a discriminação racial como insígnia do modo de produção baseado no trabalho livre. (MARTINS, 2012, p.456)

Dessa forma, é importante ter a clara percepção da centralidade que o trabalho fundamentado sobre sangue escravizado e, posteriormente, dos libertos à própria sorte, foi necessário para o alicerçamento das bases de dominação estrutural e das relações sociais que se desenvolveram de forma particular no Brasil. Além disso, assim como aponta Moura (1994), o racismo é fundamental para a perpetuação de tais configurações e como auxiliar na manutenção da ideologia dominante. É por ele que se naturaliza as condições de vida da população negra, se valida as desigualdades, violências sociais e legitima a monopolização de toda a riqueza produzida socialmente.

O racismo antinegro é um fenômeno capitalista. Em séculos anteriores ao capitalismo industrial e imperialista, a ideologia racista surgiu como justificativa para legitimar o comércio escravista e foi um dos pilares da acumulação primitiva do capital(...). (ALMEIDA, MS., 2017, p.38).

Nesse sentido, entende-se então que “a desigualdade sociorracial é de ordem política” (ALMEIDA, MS., 2014, p. 136). Tais efeitos desse modo de funcionamento, se fazem perceber especialmente quando pensamos criticamente o lugar do negro na sociedade. Não por acaso, a figura do negro passa a ser predominante ao analisarmos as taxas de desocupação, informalidade e relações trabalhistas fragilizadas.

Para Fernandes (2007), é, porventura, na década de 30 e somente a partir de tal período que a inserção da mão-de-obra negra passa a ser abarcado pelo mercado industrial da época. Mesmo assim, o local de ocupação era aquele em que um trabalhador branco não queria ocupar. Não obstante, é preciso destacar que tal marco temporal foi um período de grande importância nas transformações

sociais, especialmente pela utilização de tal grupo populacional às margens e, em sua maioria, desocupados, sendo caracterizado então como o “exército dos desocupados”(MARTINS, 2012).

Portanto, o “lugar” dos negros passa a ser aquele relegado pelos não discriminados racialmente. Daí porque as desigualdades sociais e raciais devem ser buscadas na lógica capitalista, nas relações de produção, na estrutura de classes e, conseqüentemente, na forma de organização do poder no interior da formação social brasileira. É inerente ao modo de produção capitalista a produção e reprodução das desigualdades. É intrínseco também a esse modo de produção produzir desigualdade no interior das desigualdades. Daí porque as relações capitalistas não diminuem a distância entre todos os trabalhadores, mesmo como “cidadãos” da mesma classe. (MARTINS, 2012, p.458)

Por fim, fica claro que é por meio das relações de produção na sociedade capitalista que se gestam, se reproduzem e se mantêm as desigualdades sociais. Tais produtos do capitalismo são elementos que alimentam a discriminação racial e a alocação da população negra nas mais baixas esferas da dinâmica social (IANNI, 1988). De tal maneira, se faz impossível se propor a analisar as condições da população negra sem ter tal horizonte de eventos e tal linha histórica vinculada às bases fundantes do capitalismo e sua relação com a manutenção da desigualdade pautada na raça. Não obstante, quando tratamos de saúde da população negra, são tais elementos e tais acontecimentos que estão intrinsecamente envolvidos na discussão, pois, é também fruto das dinâmicas de extração de mais-valia, de alocação da população negra nos piores substratos sociais, assim como a atribuição do local de desocupação e, posteriormente, a utilização desse grupo populacional para as atividades vinculadas a informalidade e baixa remuneração; e toda essa dinâmica pautada no signo da democracia racial brasileira, ou melhor dizendo, no mito da democracia racial brasileira (SILVA, 2009).

CAPÍTULO I - O CAMINHO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

15 de novembro de 1889, data marcada pela Proclamação da República e pelo estabelecimento de uma nova configuração na ordem social, jurídica e política da sociedade brasileira. Todavia, grande era o problema da falta de saneamento básico e, conseqüentemente, problemas de saúde acarretados por essa questão. Vale ressaltar que o Brasil da época, colônia portuguesa, não contava com “nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde “limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar”(POLIGNANO, 2001, p.1).

Por consequência dessa questão, não é de se estranhar a presença nada esporádica das epidemias. A exemplo, destaca-se a predominância de doenças como a varíola, a malária e a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Tendo tal situação posta, Francisco de Paula Rodrigues Alves⁶, o então presidente da república, nomeia em 1903 Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com a missão de enfrentamento da questão da febre-amarela no Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

O modelo de intervenção adotado por Oswaldo Cruz ficou conhecido como campanhista, e se pautou por sua construção vinculada a uma visão militar, pautada no uso da força e autoridade como elementos que poderiam vir a ser utilizados. Não obstante, houve, por parte da população, uma série de revoltas e insatisfações, agravadas ainda mais, quando a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, tornou obrigatória a vacinação anti-varíola em todo o território nacional, dando o pontapé para a Revolta da Vacina. Apesar de todas as revoltas e críticas, é neste mesmo período que Oswaldo Cruz inicia uma reconfiguração na diretoria geral de saúde pública (POLIGNANO, 2001).

Para além disso, foi criado uma “seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz” (POLIGNANO, 2001, p.6). Grandes foram os avanços realizados a partir de tal reforma, pontua-se aqui a inserção dos registros demográficos, produção em massa de insumos e laboratórios com o objetivo de oferecer um diagnóstico mais rápido e efetivo.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se

⁶ 5º Presidente da República do Brasil (3º presidente civil), que governou o país de 1902 a 1906, no período denominado “República Velha” (1889-1930) após o mandato de Campos Sales.

destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery (POLIGNANO, 2001, p.6).

1.1. O SURGIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Outro ponto a ser destacado acerca do sistema de saúde, ou das configurações de saúde da época, se trata do surgimento da Previdência Social no Brasil. O surgimento da Previdência Social no Brasil encontra-se atrelado a uma intensa mudança na forma como o estado brasileiro enxergava a questão trabalhista e social da época. Portanto, surge num contexto político amplo, imbricado de vários e causando uma mudança na postura do Estado, até então puramente liberal. “Esta mudança se dá como decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura” (CUNHA; CUNHA, 2001, p.286).

Contudo, ao tratarmos desse período, é mandatório tratarmos da promulgação da Lei Eloy Chaves, de 1923, que para alguns autores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil, e que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Entre 1923 e 1930 surgem as CAPs, que tinham as empresas como chave organizativa, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de estradas de ferro e os servidores de determinadas instâncias⁷. Cabe-se abrir um parêntese aqui para tratar sobre os trabalhadores negros que geriam-se pautados na lógica da solidariedade e ajuda mútua em períodos pré Lei Eloy Chaves.

Gracielly Costa (2020) destaca que várias foram as formas de suporte desenvolvidas pela população negra como uma espécie de proteção social que veio antes da formalização dela com a Lei Eloy Chaves. É preciso pontuar que havia, não por acaso, uma massiva presença de mão de obra cativa, livre e liberta nesse período de industrialização do país:

No século XIX a Marinha de Guerra, chamada de Armada Imperial, recorria ao “recrutamento” compulsório de indígenas, africanos e afrodescendentes escravizados, bem como de livres “vadios”, para composição de mão de obra. Outra estratégia da Armada foi a criação de escolas de aprendizes para treinamento de jovens órfãos e carentes (OLIVEIRA, 2013), uma maioria negra, no caso do Rio de Janeiro, que se manteve mesmo após a Abolição. As formas de recrutamento da mão de obra da Armada Imperial abrem caminhos para se identificar os trabalhadores da Marinha Mercante, sobretudo devido à cessão de mão de obra da própria Armada para a Mercante. Além disso, a própria Mercante fazia uso de mão de obra escravizada, o que a Armada deixou de fazer em dado momento (COSTA, 2020, p. 69).

James Malloy (1986, p. 49-50) nos demonstra que “vários tipos de pensões foram esquematizados no período colonial, especialmente a instituição conhecida como Montepio (fundos

⁷<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>

de seguro financiados pelo governo)”. Sendo assim, no Brasil anterior ao ano de 1923 já eram esquematizados fundos e caixas beneficentes para os trabalhadores. Partia dos mesmos, visto que não se podia contar com o auxílio estatal, o ato de se organizarem em torno de instrumentos que pudessem garantir a assistência em casos de morte, acidentes e demais necessidades, e tais instrumentos podiam ser as associações trabalhistas, de auxílio mútuo, fundos, corporações etc. (MATTOS, 2008). Diante da substancial mão-de-obra negra que compunham os três pilares de industrialização da época (portuários, marítimos e ferroviários), é preciso ter em mente que boa parte de tais instrumentos de assistência foram concebidos “pela população negra em diáspora como espaços de solidariedade, proteção e sociabilidade”(COSTA, 2020, p.73).

[...] mesmo em uma realidade adversa, os negros africanos e seus descendentes não tiveram outra opção senão lutar para sobreviver aos abusos a que foram submetidos. Na dinâmica colonial, a imposição dos padrões civilizatórios eurocêntricos pelos grupos dominantes não foi impingida sem que houvesse resistência dos grupos dominados. Muito pelo contrário, a memória da Diáspora Negra não só traz a marca da escravidão, como também das lutas de negação desse padrão de sociabilidade. (ALMEIDA, MS., 2014, p. 141).

Retomando o ponto acerca das CAPs, aponta-se que suas receitas eram recolhidas por meio da contribuição por parte dos empregados e empregadores (CUNHA & CUNHA, 1998). A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que, considerando a efervescência do motor da industrialização trabalhando intensamente, é facilmente explicado (POSSAS, 1981). Nesse sentido, “é mais do que simples coincidência que a Lei Eloy Chaves 135 e suas variações de 1926 tenham trazido proteção social às três categorias de trabalhadores mais bem organizadas: ferroviários, estivadores e marítimos” (MALLOY, 1986, p.53).

A propósito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações:

(...)- a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.

- Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.

A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p.22)

Destaca-se as condições de trabalho no período industrial da sociedade brasileira, onde, o foco era a construção de estradas de ferro, o trabalho nos portos e o processo de urbanização, ofereciam milhares de riscos, sendo alguns deles o de invalidez e morte (SILVA, 2011). É no contexto de reivindicação por parte dos sindicatos de trabalhadores por melhores condições e cobertura que a proteção social vai se complexificando (PEREIRA,2013). É nesse cenário que surgem as iniciativas voltadas a cobrir, mesmo que não completamente, os trabalhadores industriais. Pereira (2013) vai

destacar que tais medidas surgem sobre com as características da obrigatoriedade, necessitavam de contribuições prévias e eram conduzidas pelo Estado.

Marques (1996) destaca que os trabalhadores da época estavam organizados e pautados pela lógica de “ajuda mútua”, pois não se podia contar com a ajuda do Estado ou dos empregadores. Diante disso, destaca-se que o caráter organizativo tinha como lente focal a busca pela cobertura e redução dos riscos para elementos tais como a doença, o desemprego, a morte, agravada pelas condições de trabalho da época, e a velhice. Nesse sentido, as ações da época poderiam ser caracterizadas “como uma tentativa de preencher o vazio deixado pela destruição das antigas formas de solidariedades associadas às corporações e à vida no campo⁸, efetivada pelo rápido crescimento da indústria e das cidades. Ao mesmo tempo, ao garantirem um aporte de renda, permitiam que os trabalhadores resistissem às piores ofertas de emprego” (MARQUES, 1996, p.5).

Dando continuidade ao debate acerca da construção da política de saúde nos moldes atuais, é necessário destacar a década de 30 como um dos principais marcos para a caracterização e fortalecimento da saúde no Brasil. Contudo, não é possível falar de tal período temporal sem citar a crise de 29. Como consequência da crise de 1929, destaca-se o “congelamento”, mesmo que temporário do setor agrário-exportador, o que por consequência obriga o Estado brasileiro a redefinir os padrões organizativos da época. Em 1930, Getúlio Vargas instala a Revolução de 1930, que destruiu as instituições políticas da República Velha (GARRET, 1995).

Tendo obtido o êxito almejado, o movimento foi responsável por diversas mudanças sociais, especialmente as que visavam o alargamento do sistema econômico. É nessa época que se cria o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e as juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2001). Vale destacar que a saúde pública não era um elemento no qual o governo brasileiro despendia preocupação, tanto que é só em 1930 que se cria um ministério de saúde, e ainda assim vinculado ao ministério da educação.

No que diz respeito à previdência, a política estatal pretendia ampliar os benefícios para todas as categorias de trabalhadores urbanos, desde que organizados. Nesse sentido, as antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Todavia, é necessário pontuar que o direito à assistência era ainda exclusivo dos trabalhadores formais, exclusivamente das zonas urbanas e que possuíam carteira assinada (SILVA, 2011).

⁸ Segundo o processo de expropriação de terras, Marx em o Capital, dirá que “Na história da acumulação primitiva, o que faz época são todos os revolucionamentos que servem de alavanca à classe capitalista em formação, mas, acima de tudo, os momentos em que grandes massas humanas são despojadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários absolutamente livres. A expropriação da terra que antes pertencia ao produtor rural, ao camponês, constitui a base de todo o processo” (MARX, 2015,p. 514)

Em 1933, por meio do Decreto 22.872 de 29 de junho é criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões, o dos marítimos⁹ (IAPM). O decreto¹⁰ de criação da IAPM, destacava aos segurados os seguintes benefícios:

- b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55;
 - c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
 - d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.
- § 1º Os socorros mencionados nas alíneas c e d serão prestados aos associados ativos e aposentados bem como às pessoas de suas famílias ou beneficiários inscritos na forma do art. 55, nos casos de moléstias que não decorram de acidente de trabalho.
- § 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8%, da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Contudo, faz-se necessário pontuar também o duplo caráter desempenhado pelos IAPs. Segundo Nicz (1982), os IAPs, até o início dos anos 50 exerciam, além de serem uma importante ferramenta de controle social, o papel de “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização, elemento fundamental no desenvolvimento econômico deste período.

1.2. 1953: CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em relação a discussão da saúde pública brasileira, a criação de um ministério da saúde representou um primeiro avanço na formulação da política de saúde, mesmo que tal ministério tenha surgido vinculado ao Ministério da Educação. Todavia, a criação de um Ministério da Saúde independente só é sugerida por Belisário Penna, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) a partir de 1930 e ministro da Educação e Saúde Pública entre setembro e dezembro de 1931, mas de forma interina. Mesmo com a vasta trajetória de Belisário, sua proposta não foi implementada (HAMILTON; FONSECA, 2003).

Entretanto, a ideia da criação de um ministério da saúde desvinculado de outros, manteve-se em pauta na agenda política ao longo de toda a década de 1940. A exemplo, destaca-se a realização da I Conferência Nacional de Saúde no Rio de Janeiro em 1941. Durante a conferência, as delegações do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina enfrentaram o Departamento Nacional de Saúde (DNS) a fim de saber a razão o motivo pelo qual a proposta apresentada no ano anterior para a conferência não foi acatada, e reafirmaram a necessidade de criação de um ministério para a saúde (HOCHMAN; FONSECA, 2000).

⁹ Em 1934 foi criado o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

¹⁰ <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-publicacaooriginal-1-pe.html>

O ressurgimento dos debates em torno da criação dessa agência estatal após a redemocratização do país, em 1945, pode ser entendido, portanto, como a continuidade de um movimento que tinha entre seus principais defensores médicos e sanitaristas brasileiros em atividade no setor público. A dificuldade de identificar movimentos sociais relevantes que, nesse período, demandam a intervenção do Estado na área da saúde e o aspecto eminentemente técnico que assumiram os debates em torno das condições sanitárias nacionais transformaram médicos e sanitaristas em formuladores privilegiados das políticas de saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 793).

No cenário internacional, podemos destacar o avanço das políticas sanitaristas pós Segunda Guerra Mundial, o avanço das vacinas e dos antibióticos, especialmente da penicilina, foram fundamentais para começar a suscitar o debate acerca do poder da medicina e da ciência frente às epidemias, infecções e demais doenças (GARRET, 1995). No tangente ao cenário nacional, as endemias rurais passam a representar o grande “x” de preocupação para o governo brasileiro, especialmente quando se destaca o cenário de desenvolvimento urbano. “Reeditando as argumentações do movimento pelo saneamento rural das décadas de 1910 e 1920, médicos e sanitaristas indicavam que as condições precárias de saúde da maioria da população, ainda concentrada na área rural, aliadas ao subdesenvolvimento e à pobreza poderiam ser superadas com a criação de um ministério” (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 814).

Já no ano de 1946 há a incorporação de novos representantes, majoritariamente médicos, de partidos políticos somando forças a mobilização em prol da criação do Ministério da Saúde. Contudo, mesmo com os esforços despendidos por Clemente Mariani, ministro da Saúde na época, a discussão acerca da criação desconjugada do Ministério da Saúde segue enfrentando empecilhos por parte do Poder Executivo. Todavia, é preciso destacar a apresentação do projeto 315 de 1950¹¹, iniciativa do Poder Legislativo.

O cenário até aqui apresentado sofre drástica alteração quando, em 1952, O segundo Governo Vargas (1951-54), elabora uma grande reforma na estrutura do Estado. O objetivo era o de incorporar uma reformulação da pasta de saúde no projeto de reforma estatal. “O projeto similar ao do Poder Legislativo teve, entretanto, o efeito de expandir o debate a respeito da nova pasta, atraindo as lideranças dos principais partidos políticos reunidas na Comissão Interpartidária para a Reforma Administrativa (Cira)” (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 794)

Tais propostas estavam ligadas a diversos interesses em jogo, que, concorrendo entre si, desarticularam o consenso inicialmente obtido. Após intensas negociações, a decisão final da comissão terminou por alterar o perfil do ministério, ao sugerir que a saúde pública deveria se reunir aos serviços de assistência médica da Previdência Social para compor o Ministério dos Serviços Sociais (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 794).

Em 1953, época da crise política que assinalou o governo Vargas, o projeto inicial apresentado pela Câmara foi aprovado pelo Senado. Não obstante, é aprovado em regime de urgência, indo na

¹¹ <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=174896>

direção contrária à visada pela Comissão Interpartidária. E é na data de 25 de julho de 1953 que, imbricado por diversos conflitos e contradições, é criado o Ministério da Saúde.

O ano de 1953 foi marcado por acontecimentos que implicaram maior instabilidade política do governo. Alterações na política econômica internacional, a CPI do jornal Última Hora, a vitória de Jânio Quadros para a prefeitura de São Paulo e a eclosão de uma greve de trabalhadores em São Paulo, esses foram fatores que, na nossa interpretação, tornavam o Executivo mais fragilizado e cauteloso diante do Legislativo.

No plano internacional, a mudança de governo nos Estados Unidos, em janeiro de 1953, implicou alterações na política econômica, pois o Partido Republicano não se mostrou interessado em manter a linha de investimentos econômicos na América Latina, que vinha sendo praticada até então. A cooperação financeira norte-americana era muito importante para enfrentar os problemas econômicos em pauta.

Internamente, a vitória de Jânio Quadros em março de 1953 para a prefeitura de São Paulo (apoiado pelo Partido Democrata Cristão, Partido Socialista Brasileiro e uma facção do PTB) indicava que Vargas começava a perder a sustentação das bases populares. Jânio obteve vitória esmagadora, destacando-se como líder populista e carismático e captando a simpatia da alta burguesia, da classe média e também de parte do operariado, o que representou um desgaste considerável para o governo federal. No mesmo mês, foi desencadeada em São Paulo uma grande greve de trabalhadores que causou impacto na política nacional. (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 814).

1.3. DITADURA CIVIL-MILITAR: SAÚDE PRIVATISTA GANHA FORÇA

Abril de 1964, data que, segundo Adriano Nervo Codato (2004), marca o golpe civil-militar no Estado Brasileiro e que deposta o presidente, democraticamente eleito, João Goulart. Todavia, é preciso voltar alguns anos na história para entendermos como tal golpe foi construído e financiado pelo governo dos EUA e pelos militares brasileiros. Como Da Ros (2000) aponta, a Revolução Cubana, em 1959, cria, para os Estado Unidos o medo do “Fantasma Comunista”, pois gera a apreensão sobre as democracias da América Latina que contestavam a exploração capitalista.

Nesse quadro, no final de 1959, o governo Eisenhower definiu-se pela necessidade de interromper o curso revolucionário do regime cubano. Em documento datado de 11 de novembro, o secretário de Estado Christian Herter recomendou a Eisenhower a adoção de uma política “destinada a estimular, dentro de Cuba e em outras partes da América Latina, a oposição aos rumos extremistas e anti-americanos do regime de Castro” (RABE, 1988, p. 127). A assinatura dos acordos comerciais com a URSS, em fevereiro de 1960, apenas agravou a situação. Um mês antes, a CIA já se decidira pela derrubada de Fidel (MARTINS FILHO, 1999, p.71)

Diante desse cenário, o presidente Dwight D. Eisenhower autoriza a Central Intelligence Agency (CIA), em março de 1960, a elaborar um plano para invadir Cuba. O plano, intitulado “A Program of Covert Action Against the Castro Regime”, foi elaborado por membros do Departamento de Estado, do Conselho de Segurança Nacional e da CIA. Tal documento assumia como elementos centrais a: 1) a construção de uma oposição “responsável e unificada” a Fidel, fora de Cuba; 2) uma poderosa ofensiva de propaganda; 3) a formação de uma organização clandestina em Cuba, ligada à oposição no exílio; e 4) “a criação de uma força paramilitar fora de Cuba para futura ação de guerrilha” (CALVERT, 1988, p. 129)

Não obstante, a partir de então se cria um alvo apontando diretamente para os que discordavam do imperialismo imposto pelos EUA, por meio de mortes, ameaças, desaparecimento de líderes políticos, cadeia e exílio; bem como a censura dos meios de comunicação. Em relação à saúde pública nesse período, a ditadura militar reformulou drasticamente as bases e sistemas que estavam em construção (CALVERT, 1988). A exemplo: a desapropriação dos IAPs. Os IAPs passaram a ser hospitais sujeitos ao até então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em relação a receita, cerca de 25% do arrecadado era revertido para a área da saúde. “Sua alocação era, em teoria, tripartite e já não mais de 3% e, sim, de 6% do salário do trabalhador e de 6% do recurso do patrão (que nem sempre pagava e que ainda recebia do governo anistia da dívida a cada cinco anos de sonegação, gerando novos não-pagantes)” (DA ROS, 2000, p.51).

Este recurso do MPAS, (que deveria gerar lastro para o financiamento e assegurar os benefícios no futuro) foi pulverizado: a) financiando as grandes obras do Brasil–Potência (Hidrelétrica de Itaipu, Usina de Angra dos Reis, Ponte RioNiterói, Rodovia Transamazônica); b) financiando a construção de hospitais privados e comprando exames e medicamentos do mercado privado; c) com corrupção disseminada em todos os níveis, desde as aposentadorias falsas, pacientes inexistentes até exames inventados, diagnósticos falsos, superfaturamento do material de consumo utilizado e pagamento por Unidades de Serviço (US) – quanto mais “sofisticado” o ato, mais caro se pagava por ele (DA ROS, 2000, p.51).

Durante o período de Ditadura, o modelo de saúde caracterizou-se pela lógica hospitalocêntrica Flexneriano, ou seja, o foco no indivíduo e a exclusão dos fatores sociais como agentes de adoecimento (LEDOGAR ; KUCINSKI, 1977). Durante os 10 primeiros anos de ditadura, houve um salto quantitativo de 26 para 56 escolas de medicina. Além disso,

(...)todas essas novas escolas tinham, obrigatoriamente, o modelo biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado e com estímulo ao positivismo como referência, em busca da “verdade dos exames” feitos por aparelhos cada vez mais sofisticados e com a teoria unicausal (já superada internacionalmente), posando de modernidade. Tudo isso ocorreu sob a impossibilidade de denúncia ou de reação, que seria entendida, pelos militares e seus órgãos de segurança, como subversão. De 1964 a 1973 foram dez anos de repressão forte. Nesses anos, o complexo médico-industrial brasileiro se fortaleceu em níveis inimagináveis. Elegeu deputados, senadores, governadores. Ministros de Estado viabilizavam seus interesses e a Política Pública de Saúde era formulada de acordo com o interesse de fortalecimento desse complexo. O discurso vigente era que, em primeiro lugar, o governo faria o “bolo financeiro” crescer para depois ser repartido (DA ROS, 2000, p.51).

Frente a essa situação, é preciso pontuar outro elemento de imenso impacto na sociedade da época: a Primeira Crise Internacional do Petróleo, em 1973. Tal crise teve sérias consequências para os países de capitalismo dependente, inclusive para o regime militar ditatorial vigente na época. Nesse sentido, fez-se necessário ao regime ditatorial o mapeamento de novas estratégias de superação da crise, inclusive para o modelo de saúde, ou melhor dizendo, o sucateamento ainda maior da mesma (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

A própria ESG (Escola Superior de Guerra - a base da inteligentzia militar) denunciou a diminuição das condições de saúde dos candidatos ao serviço militar, dizendo que nesses dez anos aumentara, significativamente, o número de cáries nos brasileiros, o percentual de verminoses, a altura média havia diminuído, além de terem eclodido epidemias até então relativamente sob controle, como malária, esquistossomose, Doença de Chagas, febre

amarela, em função da diminuição extrema de recursos para medidas preventivas do Ministério da Saúde (DA ROS, 2000, p.51).

Todo o cenário exerce, contudo, o papel de alavanca para o surgimento de diversos movimentos contrários ao modelo de saúde adotado na época, bem como ao regime ditatorial e às atividades do complexo médico-industrial. Tal movimento tomou a forma do que conhecemos pelo chamado Movimento pela Reforma Sanitária ou simplesmente Movimento Sanitário. Muitos foram os movimentos que atuavam separadamente por diversos objetivos. Destaca-se os “Preventivistas” do Ministério da Saúde, que reivindicavam orçamento voltado para a medicina preventiva e denunciavam a lógica focada somente na doença, a atenção curativa. Outro movimento foi o dos “publicistas” do INAMPS, sendo a maior reivindicação acerca dos gastos públicos com equipamentos privados e a corrupção envolvendo o orçamento público. “Denunciavam também que a forma de pagamento por unidades de serviço (US), era uma fonte incontrolável de corrupção. Por exemplo, na época se pagava mais US por parto cesáreo do que por parto normal e com isso, na época, o Brasil foi campeão mundial de cesarianas.” (DA ROS, 1995).

Além disso, é importante pontuar o papel dos antigos membros da União Nacional dos Estudantes - UNE, naquela época já como profissionais formados, que fizeram frente ao Movimento Médico Privatista, e criaram o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Os antigos estudantes secundaristas, eventualmente na área da saúde, foram proibidos de se reunir para discutir política, mas para fazer encontros científicos havia permissão. Os estudantes de medicina organizaram-se nos ECEMs (Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina) onde os publicistas, preventivistas, pastoral da saúde e CEBES foram os palestrantes. Em 1976, nasceu também a primeira residência em Saúde Comunitária, na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre e, rapidamente, junto com outras que se conformaram nessa época, se tornou mais um Movimento contrahegemônico. Ainda no mesmo ano, todos os Movimentos se encontraram em São Paulo, percebendo que compunham, do ponto de vista ideológico, um Movimento único com causas em comum: pleiteavam o fim da ditadura militar, um Sistema Único de Saúde e eram contrários aos interesses do complexo médico-industrial. Nascia assim, o chamado Movimento pela Reforma Sanitária (DA ROS, 1995, p.54).

Avançando alguns anos na história, em 1982, cria-se o chamado Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). Tal programa determinava que cada município receberia recursos dos dois ministérios (Previdência e Saúde) para a realização de ações de saúde. No ano seguinte, o programa tornou-se estratégia da Política Ministerial e as AIS (Ações Integradas de Saúde) passaram a ser a Política prioritária de ambos os ministérios: Previdência-Saúde-Educação. Foi definido que para receberem os recursos, os municípios necessitavam apresentar um Plano Municipal de Saúde, bem como possuir comissão interinstitucional de saúde para acompanhamento do Programa. Diversos autores consideram as Ações Integradas de Saúde como a grande base de fundação do SUS (PAIM, 1986).

No referido período, a ditadura brasileira agonizava e o Movimento Sanitário crescia nas municipalidades. Isto fugia ao controle do complexo médico-industrial instalado imperialmente em Brasília e já sem forças locais fortes nos municípios, para enfrentar um Movimento Social organizado. Após o Movimento pelas “Diretas Já” e os acordos de cúpula feitos pelos partidos da época, ficou estabelecida a eleição presidencial indireta, referendada por um colégio eleitoral. Com a definição da candidatura Tancredo Neves, este montou sua proposta ministerial, colocando em espaços fundamentais da saúde, pessoas do Movimento Sanitário. Com sua morte, ocorreu a posse e ascensão de José Sarney, o qual não alterou, inicialmente, os acordos pactuados por Tancredo (DA ROS, 2000, p.54).

Esse foi o cenário responsável por instaurar a Nova República, com Hésio Cordeiro como presidente do INAMPS e, com Sérgio Arouca na presidência da FIOCRUZ e no Ministério da Saúde. Ambos haviam sido presidentes nacionais do CEBES (DA ROS, 1995). Hésio desempenhou um importante papel na pavimentação da criação do Sistema Único de Saúde, foi o responsável pela criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, além de formulador da proposta de extinção do INAMPS e o repasse dos recursos para as administrações municipais (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Sergio Arouca, por sua vez, foi o coordenador da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com abertura à sociedade, “envolvendo desde a presença de Movimentos Sociais à Associação de portadores de patologias e profissionais da saúde.” (DA ROS, 1995). Dentre os diversos avanços trazidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, um dos mais importantes foi o reconhecimento do e ampliação do Conceito Ampliado de Saúde, no qual assume-se que a saúde não é algo abstrato, mas sim produto de diversos fatores, é pautada por suas transformações ao longo das épocas e é elemento de disputa constante:

(...)é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente (...). É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante de miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo(...) (AROUCA,1986, p.36)

Não obstante, durante os dois anos de Constituinte, a arena política em virtude da saúde teve gigantesco reforço da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que desempenhou além de tudo um papel de assessoramento dos deputados na construção da constituição. Sabendo disso, em 1988, pela primeira vez na Constituição brasileira, apareceram artigos que tratam acerca da saúde (do 196º ao 200º).

O primeiro deles assegurou o lema da 8ª Conferência e, o último, que a ordenação dos recursos humanos ficaria a cargo do SUS. Criou-se ainda, o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos seguintes pressupostos: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social. Para que efetivamente entrassem em vigor os artigos da Constituição foram necessárias leis orgânicas (a 8.080 e a 8.142, homologadas somente em 1990). (DA ROS, 2006, p.58)

Observa-se, portanto, que no pós-constituição de 88, o cenário nacional brasileiro encontra-se favorável as ações voltadas a população negra, fato devido especialmente às reivindicações e articulações dos movimentos sociais, principalmente do movimento negro, bem como por conta das exigências de órgãos e entidades externas quanto a criação de políticas e ações voltadas a tal grupo populacional. “A Carta Magna amplia os debates no âmbito das relações raciais, pois reconhece as Terras Quilombolas, reafirma a multietnicidade brasileira e torna mais rígidas as repressões aos atos de discriminação racial, introduzindo a criminalização do racismo” (LIMA, 2010; GOMES, 2009, apud BRASIL, SA., p. 75).

A Constituição de 1988 assume os direitos humanos como objetivo central, e se pauta nos princípios da soberania, cidadania, dignidade humana e do pluralismo político. Para Adorno (2010), é com a C.F de 88 que o Estado Brasileiro finca a marca da responsabilidade pela promoção da universalização de acesso aos direitos económicos, sociais, políticos e culturais e por desenvolver políticas que garantam a distribuição equitativa do direito à educação, saúde, habitação, transportes públicos, um ambiente saudável, lazer e produção cultural gratuita. (ADORNO, 2010). Dessa forma então, podemos observar o caminho que a saúde pública percorreu e quais foram os fatores que construíram um esforço coletivo para viabilizar a inserção da pauta da saúde da população negra na agenda política. Tal temática será o foco principal do segundo capítulo desta dissertação.

CAPÍTULO II - LUTAS, REIVINDICAÇÕES E ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

O presente capítulo objetiva apontar os marcos históricos da criação, implementação e tensionamentos da PNSIPN. Para tanto, retomando a discussão realizada no capítulo anterior acerca da C.F de 1988, destaca-se que o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como a obrigatoriedade da ação do estatal na implementação de políticas e ações para viabilizar tal direito. Além disso, é preciso iniciarmos ressaltando também o princípio da equidade e sua primazia voltada ao respeito às necessidades, diversidades e particularidades de cada indivíduo ou grupo populacional brasileiro. Reconhece a influência dos determinantes sociais e seus impactos na saúde, ou seja, entende que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, gênero, raça e etnia são elementos que estão diretamente intrínsecos a saúde integral do indivíduo. Vale ressaltar também que o objetivo deste segundo capítulo é o de caracterizar a saúde da população negra como um fruto do movimento negro, especialmente do movimento de mulheres negras.

Diante do exposto, é levando-se em consideração tais questões que se institui a Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Contudo, a história dessa política se inicia várias décadas antes de 2009 e contou com o esforço coletivo de diversos atores e atrizes, com efervescência mais expressiva a partir da década 70 e 80. Sandra Assis Brasil (2011) reforça a importância de tais décadas como palco para uma intensa articulação política de diversos movimentos sociais, especialmente para o movimento negro e marcaram uma expressiva aproximação com o pensamento marxista. Tal período coloca em pauta as discussões sobre raça e classe e a necessidade de uma articulação política em virtude de inserir tais temas na agenda política, pois, assim como destacam Rua e Romanini certos temas permanecem de fora da agenda pública porque ameaçam interesses dominantes e, por tal razão, encontram uma série de obstáculos que impossibilitam seu enfrentamento, é a chamada teoria da não-decisão (RUA; ROMANINI, 2013).

Diante disso, em 1978 o Movimento Negro Unificado – MNU – ergue-se sob tais pilares ideológicos, e se nutrem de influências tanto nacionais como internacionais. No cenário nacional as obras de Florestan Fernandes e sua crítica ao mito da democracia racial, a nova configuração do sindicalismo brasileiro, o surgimento de diversos movimentos sociais, bem como a semente do MNU e a Convergência Socialista, foram os elementos de pavimentação da longa jornada política e militante que começou a se desenrolar. Destacam-se, no cenário internacional, por parte do Movimento Negro Americano, a luta pelos direitos civis e resgate de um nacionalismo negro nos

EUA; movimentos internacionais que lutavam pela libertação da Guiné Bissau, Moçambique e Angola e o movimento feminista internacional (DOMINGUES, 2007; GUIMARÃES, 2001).

A atuação do MNU voltou-se contra a discriminação racial, a violência e o desemprego, procurou fazer do termo “negro” uma designação positiva, referente aos descendentes de africanos e buscou resgatar a identidade étnica específica do negro a partir do que se poderia denominar “africanização”. O MNU tornou-se um movimento de vanguarda que buscou igualdade na diferença e a valorização de símbolos relacionados à cultura negra. O movimento negro deste período teceu críticas ao ideal de mestiçagem do Brasil, afirmando tratar-se de “uma armadilha ideológica alienadora” que impedia a real identidade do negro no país. Portanto, as marcas deste período referem-se a reivindicações anti-racistas mais diretas, com discursos mais contundentes, ações mais voltadas à política e à dimensão do poder e à construção de uma real identidade racial e cultural para o negro (DOMINGUES, 2007, apud BRASIL, SA., ,2011, p.103).

Um dos nomes que não pode ser deixado de fora ao falar da década de 80 e principalmente acerca do MNU é o nome de Abdias do Nascimento, principal figura do movimento de Quilombismo, conceito forjado por Abdias para tratar sobre um conjunto de projetos, práticas e ações articuladas e que visavam a transformação social tendo a igualdade racial como norte (ROCHA, 2021). Tal ideal “teve suas bases sustentadas em duas influências: o afro-centrismo, dedicada a filiar os negros brasileiros a uma nação negra transnacional; e o marxismo, através de uma vertente ligada ao nacionalismo brasileiro” (BRASIL, SA., p.103).

Além de Abdias do Nascimento, outro nome que não pode ser esquecido ao tratarmos sobre a força do movimento negro e suas bases de construção é o nome de Lélia Gonzales, uma das fundadoras do MNU, que com toda sua potência, sabedoria e capacidade integrou a Comissão Executiva Nacional do MNU. Lélia Gonzales foi o maior expoente contra o sexismo e da valorização da importância da participação de mulheres negras no seio do MNU e da incorporação de um feminismo próprio de valorização das mulheres negras (BAIROS, 1999).

Foto 1: Lélia Gonzales e Abdias do Nascimento



Maio et al e Monteiro (2010, 2004) destacam que em relação à saúde, as movimentações tomam força a partir do início do século XXI. Contudo, é preciso ressaltar que desde a década de 80 o Movimento Feminista já denunciava a negligência no âmbito da saúde reprodutiva e saúde da mulher. De modo geral, o movimento de mulheres já estava articulado e aquecido na denúncia de suas demandas, passando a contar com a adição de um importante marco: a instituição da Década Internacional da Mulher pela ONU. A partir disso ficou estabelecido que os planos de governo dos países signatários da ONU deveriam estabelecer ações em favor das mulheres (CENTENO, 2016).

Em 1982, o MNU, em reunião de sua Comissão Executiva Nacional - CEN estabelece como prioridade dentro de suas ações questões voltadas a natalidade, saúde reprodutiva e liberdade referente as decisões acerca da gravidez, foram elas: a) Aborto gratuito; não à esterilização forçada ou a qualquer outra ingerência do governo. b) Informação gratuita e amplamente difundida sobre o controle de natalidade. c) Abolir conceito de "ilegitimidade". Fim à discriminação da mãe solteira. (MNU, 1988, p. 32). Maria Vilma Bonifácio de Almeida (2013, p.13) resgata tal contexto histórico e destaca que:

Em meados da década de 1980, no processo de redemocratização do país, foi instalado em São Paulo o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo, no governo de Franco Montoro, era um processo de ressignificação da democracia, o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo tinha uma composição com trinta conselheiras, era o embrião da participação e da cidadania, tinha em sua composição Governo e Sociedade Civil, porém era particularmente visível sua composição excludente, pois era formado de mulheres brancas, urbanas e de classe média alta.

Para se contrapor a hegemonia no referido conselho, as Mulheres Negras que já possuíam certo grau de organicidade criaram o coletivo de mulheres negras do Estado de São Paulo e passaram a indicar mulheres para participarem das diferentes comissões do conselho de saúde. Dentro desse conselho existia uma comissão de saúde, as mulheres negras conseguiram indicar duas mulheres, uma titular e uma suplente, o que foi considerado uma vitória naquele momento ter duas mulheres negras no total de 30 mulheres brancas. Esse é o grau absoluto de ignorância do poder público em relação à ética racial. No Primeiro Encontro Nacional de Saúde da mulher, ocorrido em Itapeverica da Serra, no ano de 1984 estiveram presentes mais de setenta organizações de mulheres vindas de todo os estados da Federação, cabe destacar que esse período é a ante-sala da constituinte, também, na ' constituinte o fato mais marcante foi a presença das mulheres.

Foi também no Primeiro Encontro Nacional de Saúde da mulher, ocorrido em Itapeverica da Serra, no ano de 1984, que se elaborou o documento intitulado “Carta de Itapeverica” que passou a pautar as políticas de saúde da mulher e foi regulamentada a atual Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. É nesse mesmo ano que se inicia a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde, programa direcionado ao atendimento à saúde integral da mulher (PAISM)(ALMEIDA, MVB., 2013).

Nesse contexto, o debate sobre saúde, em relação ao Movimento Negro, particularmente na experiência de São Paulo, se dá em torno das questões como esterilização, contracepção, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da mulher negra. As feministas negras, do eixo Rio e São Paulo, que já vinham desde a década de 1980 fazendo denúncias em torno da esterilização cirúrgica, contracepção, planejamento familiar, saúde da mulher negra, ocupa espaço de importância na política e particularmente na Prefeitura Municipal de São Paulo, na Secretaria de Saúde(ALMEIDA MVB, 2013, p14).

A saúde da população negra é, sobretudo, fruto da conquista das mulheres negras e é resultado de muitos esforços contra a normalização da esterilização. A PDAD de 1986, aponta que quase metade das mulheres em uso de contracepção (49,3%) estavam esterilizadas. Para Oliveira (1998, p.22):

(...)foi em meio ao debate sobre a ‘normatização da esterilização’ que setores do Movimento Negro desencadearam o que se constitui até hoje a única ação de massas de caráter anti-racista na área da saúde em nosso país, que foi a Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres (1991) que, apesar dos méritos da denúncia visando sensibilizar a opinião e o poder público, aconteceu praticamente ao largo da luta pela saúde da mulher no Brasil e sem qualquer envolvimento mais orgânico com a busca de políticas públicas na área de saúde, ou seja, sem ligações efetivas com a luta em curso pela implantação do SUS e do PAISM.

É no tocante a tais reivindicações que há uma mobilização política que articula o “Parlamento federal e alguns estaduais, que instalaram comissões de inquéritos, cujas contribuições práticas não foram além de fomentar o debate. No entanto, a ressonância em muitos municípios foi notável” (OLIVEIRA, 2003, p.162). A Campanha contra a Esterilização em Massa foi importante para mobilizar diversos setores do Movimento Negro para uma luta ampliada voltada a saúde antirracista. Contudo, o Movimento Negro encontrou diversas barreiras no atendimento a suas denúncias, agravadas especialmente pela não existência do quesito referente a cor/raça/etnia dos usuários atendidos nos serviços de saúde.

Em julho de 1982, o economista Benedito Pio da Silva, assessor do Grupo de Assessoria e Participação (GAP), órgão do Banespa, criado durante o governo Maluf, ao expor seu projeto de controle da natalidade para o Estado de São Paulo, que segundo denúncias fazia parte de um acordo (...) informou que o objetivo do programa era reduzir a população negra (pretos, pardos, mulatos, etc.), porque no ano 2000 essa população seria maioria no país, superando mais de 60% da população brasileira, (...) era preciso iniciar desde já um controle de natalidade (junto à população negra) para poder evitar as consequências da explosão demográfica. (MNU, 1988, p. 36)

Atento à necessidade de se organizar para encaminhar as suas reivindicações, o Movimento Negro realizou, de forma auto-organizada, em 1986, em Brasília (DF), a Convenção Nacional "O Negro e a Constituinte". Uma das figuras mais importantes deste período é Maria Luiza Junior, militante do Movimento Negro, foi uma das responsáveis pela coordenação e síntese das reivindicações, que reuniu cerca de 185 participantes:

O processo de montar a convenção foi bastante complicado. A parte mais difícil de acontecer foi ouvir as vozes de todos que estavam ali representados.”, relembra ao falar das dificuldades. “Se não me engano, foram mais de 20 estados que mandaram representantes, então cada um tinha sua especificidade e, mais do que isso, era a primeira vez que a gente fazia um encontro nacional, era uma oportunidade ímpar (Entrevista concedida por Maria Luiza Junior ao Portal Brasil de Fato. Reportagem de Mayara Paixão)

Apesar da falta de apoio financeiro, a reunião teve lugar entre 26 e 27 de agosto, e enviou um documento com uma série de exigências ao Congresso Nacional. Após o envio das suas exigências, contudo, o movimento tinha pouco poder para agir sobre o que seria ou não consagrado no documento constitutivo. Foi neste momento que a importância do movimento negro foi reforçada, que naquele

momento tinha apenas quatro membros: Paulo Paim (PT/RS), Edmilson Valentim (PCdoB/RJ), Carlos Alberto Caó (PDT/RJ) e Benedita da Silva (PT/RJ).

Muitas foram as reivindicações enumeradas pela MNU, sendo a criminalização do racismo a mais recordada. "Como o Estado brasileiro sempre teve um discurso de que o racismo não existia aqui, ou problemas relacionados com a desigualdade, dizer na Constituição que o racismo é um crime é supor que o racismo existe no Brasil", enfatiza a pesquisadora Natália Nêris ao Portal Brasil de Fato.

Além disso, o movimento apresentou a necessidade de haver um sistema único de saúde, a descriminalização do aborto, pauta que segue em voga até os dias atuais; também foi levantado a necessidade de se estabelecer atividades produtivas e remuneradas para os encarcerados, unificar as forças policiais civis e militares, e incluir o ensino da história africana no currículo:

1 - Que a Licença-maternidade passe de três meses para seis meses, 2 - Caberá ao Estado a legislação referente ao fortalecimento do programa de prevenção de doenças. Ficando porém, assegurada à Legislação Estadual, estabelecer especificidades, segundo o quadro regional; 3 - Estatização, socialização e unificação do Sistema de Saúde, sendo assegurado às comunidades populacionais, a efetiva fiscalização do funcionamento desse Sistema."; 4 - É dever do Estado prestar assistência ao idoso, independentemente dele haver contribuído para o sistema de previdência social.; 5 - Serão estatizados todos os meios de transportes coletivos.; 6 - O Estado assegurará a construção de moradias dignas para as populações carentes e de baixa renda. O gasto com a moradia não será superior a 10% do salário do trabalhador.; 7 - "Serão destinados à Saúde, 20% do Orçamento da União.; 8 - Serão nacionalizadas todas as Indústrias e Laboratórios Farmacêuticos no País. (CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO PELA CONSTITUINTE, 1986)

Foto 2- Integrantes da Convenção Nacional o Negro e a Constituinte



Integrantes da Convenção Nacional o Negro e a Constituinte: Maria Luiza Júnior, Carlos Moura, Hélio Santos, Milton Barbosa e Januário Garcia (Foto: Acervo pessoal/Maria Luiza Junior)

Fonte: Portal Brasil de Fato

O processo de discussão da Constituição durou cerca de dois anos, desde a instalação da Assembleia Nacional Constituinte em fevereiro de 1987 até à promulgação da Carta Magna em Outubro de 1988. Outro elemento que também deve ser assinalado é a Jornada do Negro pela Constituinte, realizada em novembro de 1985. A agenda da Jornada tinha como demanda principal a denúncia do racismo e a procura do reconhecimento desta questão pelo Estado brasileiro. Promovida pelo Movimento Negro Unificado e IFCH-UNICAMP, realizou-se mesas redondas para discutir a Luta Internacional contra o Racismo e a marginalização do Negro na Sociedade.

Figura 1- Panfleto com a programação da Jornada do Negro pela Assembleia Constituinte de 1985 (1ª parte)

| JORNADA DO NEGRO PELA ASSEMBLÉIA CONSTITUINTE | NELSON FERNANDES INOCÊNCIO, Movimento e Cultura Negra. | QUINTA FEIRA (21.11.1985) |
|---|---|---|
| Programação | | |
| TERÇA-FEIRA (19/11/1985) | LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP (AO LADO DO RESTAURANTE III) | 09:00 - MESA 4 - CONDIÇÕES DE VIDA SAÚDE, MORADIA, OCUPAÇÃO DO ESPAÇO URBANO |
| 19:00 - ABERTURA | 10:00 - INÍCIO DE EXPOSIÇÃO FOTOGRÁFICA - "O NEGRO EM CAMPINAS" E DA PROGRAMAÇÃO CULTURAL NO LARGO DO ROSÁRIO | BENEDITA DA SILVA , Vereadora do PT RJ e Conselho Nacional de Mulheres. |
| Homagem a 5 importantes líderes do Movimento Negro das décadas de 20, 30 e 40 e com efetiva participação intelectual no registro da História do Negro no Brasil. | 14:00 - MESA 2 - CULTURA NEGRA E EDUCAÇÃO | MARCO ANTONIO CARDOSO , Militante do MNU/MG e Assessor da Secretaria Municipal de Cultura de Belo Horizonte, MG. |
| HENRIQUE CUNHA , 78 anos, Editor do Jornal "Clarim da Alvorada" entre 1924 e 1937; participou na elaboração da Tese de Doutoramento de Florestan Fernandes. | CARLOS BENEDITO RODRIGUES DA SILVA , Antropólogo, Professor da Universidade Federal do Maranhão; | ANTONIO CARLOS DA SILVA , Professor de Genética da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ. |
| JOSÉ CORRÊIA LEITE , 88 anos, Editor do Jornal "Clarim da Alvorada"; participou das Teses de Doutoramento de Florestan Fernandes e de Roger Bastide. | TEREZA SANTOS , Tectóloga, Assessora da Secretaria de Cultura do Município de São Paulo; | MARGARIDA BARBOSA , Enfermeira, Membro da Comissão Executiva do MNU, Campinas - SP; |
| DR. FRANCISCO LUCRÉCIO , 75 anos, Secretário da Frente Negra Brasileira até seu fechamento por Getúlio Vargas em 1937; participou da Tese de Roger Bastide e de Florestan Fernandes. | ANA CÉLIA DA SILVA , Educadora, Membro do Conselho de Entidades Negras da Bahia; | GERIVALDO NOGUEIRA , Militante do Movimento Negro e Popular, DF. |
| DR. JOSÉ ALBERTO FERREIRA , 78 anos, Dirigente da Frente Negra Brasileira em Campinas; publicou muitas matérias sobre a causa negra nos jornais de Campinas. | DÉCIO FREITAS , Historiador, DF; | ALCIDES MAMIZUKA , Vereador do PT-Campus e Membro da Assembleia do Povo; |
| RAUL JOVIANO DO AMARAL , 79 anos, Dirigente da Frente Negra até 1937; participou da Tese de Roger Bastide e de Florestan Fernandes. | ROQUE JOSÉ FERREIRA , Membro do Movimento Negro de Bauria, SP; | LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP |
| Para a ABERTURA serão convidadas autoridades e personalidades de Campinas, do Estado de São Paulo e do Brasil bem como haverá uma exposição de fotografias e material do Movimento Negro nos anos 20, 30 e 40. | ANTONIO OLÍMPIO SANT'ANA , Reverendo Metodista, Membro do Programa de Combate ao Racismo; Conselho Mundial de Igrejas e da Igreja Metodista de Piracicaba; | 14:00 - MESA 5 - DESEMPREGO E DISCRIMINAÇÃO RACIAL DO TRABALHO |
| LOCAL: SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | PETER HENRY FRY , Antropólogo, Professor da Universidade Estadual de Campinas; | CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA , Secretário do Trabalho e de Habitação do Estado do Rio de Janeiro, Jornalista e Deputado Federal; |
| QUARTA-FEIRA (20/11/1985) | CARLOS VOGT , Linguista, Professor da Universidade Estadual de Campinas; | PEDRO FERREIRA NASCIMENTO , Sindicalista de Osasco, SP, e Ativista da Pastoral Operária; |
| 09:00 - MESA 1 - MENOR ABANDONADO | SIDNEY CHALHOUB , Historiador, Professor da Universidade Estadual de Campinas; | REGINALDO BISPO PEREIRA , Comissão Executiva Nacional do Movimento Negro Unificado, Campinas - SP; |
| Projeção de vídeo cênica "Menina, Menina, Menor" realizado pela Associação dos Ex-alunos do FUNABEM. | JORGE FOUZADA , Economista, Educador, Movimento Negro de Minas Gerais; | JOSÉ BITTENCOURT , Sindicalista, Portuário e do Movimento Negro do Rio Grande do Sul; |
| RAFAEL PINTO , Sociólogo, Ativista do Movimento Negro, Trabalho FENEMSP; | LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP | LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP |
| CARLOS ALBERTO IVANIR , Pedagogo e Presidente da Associação dos Ex-alunos da FUNABEM-RJ; | 18:30 - ATO PÚBLICO COMEMORANDO O DIA DE ZUMBI "DIA NACIONAL DA CONSCIÊNCIA NEGRA" | 19:00 - MESA 6 - DIREITO, VIOLAÇÕES E PRISÕES |
| HENRIQUE CUNHA JÚNIOR , Professor e Ativista do Movimento Negro; | LOCAL: LARGO DO ROSÁRIO | HÉLIO RICUDO , Jurista, Membro da Comissão de Justiça e Paz, SP; |
| | 19:30 - MESA 3 - CONSTITUINTE, O QUE É? O QUE A PRECEDE? COMO DEVE SER? | AMÂNDIO MALHEIROS , Delegado Regional de Polícia; |
| | BENEDITO CINTRA , Deputado Estadual, PC do B, SP; | MARÍLIA KRIKER BORGES , Advogada, Membro da Comissão de Apoio ao Priso, SP; |
| | ANTÔNIO LEITE , Diretor Regional do PDT, SP; | MARIA SOARES , Membro do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Campinas - SP; |
| | ORLANDO ALVES DO NASCIMENTO , Militante do Movimento Negro de Belo Horizonte, MG; | MILTON BARBOSA , Movimento Negro Unificado, SP; |
| | VANDERLEI SEVERINO , Militante do MNU, DF; | PAULO SÉRGIO DE M.S. PINHEIRO , Sociólogo, Professor da Universidade Estadual de Campinas e Assessor Especial do Governo do Estado de São Paulo; |
| | RICARDO GALLETTA , Vereador PT, Campinas-SP; | LOCAL: SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA |
| | L. L. SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA | |

Fonte: Arquivos Públicos do Distrito Federal

Figura 2- Panfleto com a programação da Jornada do Negro pela Assembleia Constituinte de 1985(2ª parte)

SEXTA-FEIRA (22/11/1985)

09:00 - MESA 7 - LUTA INTERNACIONAL CONTRA O RACISMO

JÓÃO HERMANN NETO, Deputado Federal, Presidente da Comissão de Relações Exteriores da Câmara Federal.

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA, Membro do Comitê Anti-Apartheid de Recife/PE.

JOSÉ IEDD, IPEN, Instituto de Pesquisa e Cultura Negra, Rio de Janeiro.

IVAIR AUGUSTO DOS SANTOS, Vice-Presidente do Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo.

ANTONIO DUARTE DOS SANTOS, Associação Brasileira de Solidariedade ao Povo Moçambicano.

LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP (AO LADO DO RESTAURANTE III)

14:00 - MESA 8 - MARGINALIZAÇÃO DO NEGRO

CARLOS HASENBALG, Sociólogo, IUPERJ.

FLORSTAN FERNANDES, Sociólogo, Professor da USP.

PAULO ROBERTO DOS SANTOS, Centro de Estudos Afro-asiáticos do Rio de Janeiro.

PETER LOUIS EISENBERG, Historiador, Professor da Universidade Estadual de Campinas.

DALMIR FRANCISCO, Jornalista, Professor de PUC/MG.

CLEBER MACIEL, Historiador, Professor da Universidade Federal do Espírito Santo, ES.

LOCAL: SALÃO NOBRE DA UNICAMP (AO LADO DO RESTAURANTE III)

19:00 - MESA 9 - CONSTITUINTE E DEMAIS REIVINDICAÇÕES DEMOCRÁTICAS

JOSÉ GENÍDIO NETO, Deputado Federal, PT-SP.

CLÓVIS MOURA, Historiador, Professor da USP.

HÉLIO SANTOS, Comissão de Estudos Constitucionais.

ELDER PACHECO, MNU-MG.

ESMERALDO TARGUÍNIO NETO, Vice-Prefeito de Santos, delegado Regional de Cultura e representou o Brasil no Festival Mundial da Juventude, em Moscou.

CARLOS ALBERTO MENEZES, Movimento Negro Unificado, Juazeiro, BA.

LOCAL: SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA

SÁBADO (23/11/1985)

09:00 - MESA 10 - MULHER NEGRA

HELLENA MACHADO, Arqueóloga, Movimento Feminista e Sindical, RS.

DULCE CARDOSO, Comunicóloga, MNU-SP.

LELIA GONZALES, Socióloga, Conselho Nacional da Mulher.

ROBERT SLENES, Historiador, Professor da Universidade Estadual de Campinas, SP.

MARIA LUIZA JUNIOR, Movimento Negro Unificado e Feminista, DF.

LUIZIA RANGEL MIRANDA, Movimento Negro Unificado, Rio de Janeiro, RJ.

LOCAL: SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA

16:00 - ENCERRAMENTO

Aprovação de Textos e Propostas dos Debates:

- Presença de Autoridades (Prof. Carlos Moura, Assessor de Assuntos Afro-Brasileiros do Ministério da Cultura do Prof. Hélio Santos, Membro da Comissão de Estudos Constitucionais, Esmeraldo Targuínio Neto, Vice-Prefeito de Santos) e liderança do movimento negro.

Apresentações de Grupos de Dança e Música:

- Apresentação Especial da Corporação Musical dos Homens de Cor de Campinas, fundada em 1933.

LOCAL: CLUBE CULTURAL E RECREATIVO CAMPINAS

AUDITÓRIO DO COLÉGIO CULTO À CIÊNCIA
Rua Delfino Cintra, 615 (Esquina com Barão de Itapura)
CLUBE CULTURAL E RECREATIVO CAMPINAS
Rua Carapina, 66 - Vila Industrial
SALÃO VERMELHO DA PREFEITURA
Av. Anchieta, 200 - Centro
INFORMAÇÕES: Fone: (019) 2139 1301 Ramal 2476

JORNADA DO NEGRO PELA ASSEMBLEIA CONSTITUINTE
19 A 23 DE NOVEMBRO / 85

Promoção: MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO E FCH - UNICAMP

O NEGRO NA CONSTITUINTE

Na abertura do processo de democratização do país, a comunidade negra, permanentemente marginalizada das decisões políticas, sente a necessidade de contribuir decisivamente para o avanço e consistente a consolidação da democracia brasileira, viabilizando suas próprias reivindicações.

Os negros, metade da população brasileira, têm ficado fora da história. Foram atirados de todos os debates e decisões importantes, de por razões, primeiramente, ligadas à escravidão e suas sequelas, depois, devido a suas precárias condições de vida, originadas pelo desemprego, o não acesso à educação e finalmente, pela desvalorização sempre, o não acesso à educação cultural e histórica que impediram a criação e fomento de um referencial cultural e histórico que impediram a sua organização.

Tal situação tem perpetuado no Brasil, uma rígida hierarquia social, oriunda da divisão racial do trabalho, uma desigual distribuição de riqueza e, por isso mesmo uma partilha desigual do poder.

E por estas razões que convocamos todos os democratas, os estudantes, os trabalhadores, as mulheres e principalmente os negros de Campinas e do Brasil a serem filiares nesta "JORNADA DO NEGRO PELA ASSEMBLEIA CONSTITUINTE" - participando, discutindo, propondo formas de atuação, denunciando e denunciando o racismo, tocando-o concreto e oportunamente, de modo a abrir caminho para uma democracia duradoura e por um Brasil melhor para todos os brasileiros.

Contamos com você e os seus. Até a Jornada.

Saudações fraternais.
Reginaldo Bago e
Luiz B. L. Orlandi
Coordenadores

COLABORAÇÃO: FUNDAÇÃO FORD
COMPANHIA PAULISTA DE FORÇA E LUZ
MINISTÉRIO DA CULTURA
SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA DE CAMPINAS

Fonte: Arquivos Públicos do Distrito Federal

Já na década de 1990, é preciso ressaltar a Marcha Zumbi dos Palmares como um dos principais marcos para a criação da PNSIPN. Bradando os versos “Estamos chegando do chão dos quilombos, / estamos chegando no som dos tambores, / dos Novos Palmares nós somos, / viemos lutar”, a marcha realizada no dia 20 de novembro de 1995, reuniu cerca de 30 mil pessoas em Brasília para denunciar a ausência de políticas públicas para a população negra (NASCIMENTO, 2007).

Organizou-se a “Marcha Zumbi dos Palmares – contra o racismo, pela cidadania e a vida”, momento oportuno no Brasil, além de um marco em homenagem aos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, para denunciar o racismo existente na sociedade brasileira e lutar por ações efetivas do Estado. A comissão executiva nacional da marcha contou com a participação de grandes entidades do movimento negro e entidades sindicais: Agentes de Pastoral Negros (APNs), Central de Movimentos Populares, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Fórum Nacional de Entidades Negras, Fórum de Mulheres Negras, Movimento Negro Unificado (MNU), Movimento pelas Reparações (MPR), União de Negros pela Igualdade (UNEGRO), etc. (BRASIL, 2012, p.77)

A marcha, aprovada na reunião da coordenação nacional realizada em Belo Horizonte, foi precedida de uma ampla movimentação até o ápice no dia 20, conforme destacado na figura abaixo:

Figura 3- Calendário de Atividades da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida.

A reunião da Coordenação Nacional, realizada em Belo Horizonte nos dias 2 e 3 de setembro, aprovou os encaminhamentos para a elaboração do documento contendo as reivindicações do povo negro a ser entregue às autoridades governamentais em Brasília, no dia 20 de Novembro.

Os diferentes tópicos nos quais se subdividirá o documento (terra, mercado de trabalho, saúde etc.) foram distribuídos a um conjunto diversificado de entidades, que têm um prazo (veja calendário ao lado) para entregar sua contribuição à Comissão de Sistematização. Uma primeira versão será, em seguida ao trabalho de sistematização, entregue às entidades para avaliação e discussão. A Plenária em Brasília aprovará a versão final, que será apresentada à imprensa e à sociedade em ato político, em fins de outubro. Mãos à obra, nosso tempo é muito curto.

CALENDÁRIO DE ATIVIDADES

Outubro

Dias 14 e 15 - Reunião da Executiva da Marcha- São Paulo- Sindicato dos Bancários.

Dia 17 - Envio da sistematização dos documentos para os estados.

Dias 18 à 25 - Plenárias nos estados para debate dos documentos.

Dias 28 e 29 - Reunião da Executiva da Marcha e os 05 representantes das comissões estaduais para debate e aprovação do documento final a ser entregue ao Presidente da República e outras autoridades governamentais. Realização de Ato com presença da imprensa.

Novembro

Dias 5 à 15 - JORNADA ZUMBI PELA VIDA. A caminhada parte de São Paulo e se dirige à Aparecida do Norte.

Diversas manifestações estão previstas nas cidades que integram o roteiro da Jornada.

Dia 10 - DIA NACIONAL DE LUTA CONTRA O RACISMO. Realização de atos em todos os estados.

Dia 20 - Marcha à Brasília.

Ato Público na Esplanada dos Ministérios e entrega de documento ao Presidente da República.

Fonte: GOOGLE ARTS & CULTURE- Exposição online- 1990-2000: Palmares revive em Brasília

O ato realizado no Dia da Consciência Negra marcou os 300 anos do assassinato de Zumbi, uma das principais figuras da resistência negra e principais liderança do Quilombo dos Palmares, símbolo da resistência ao regime escravocrata e da consciência negra no país. A marcha resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/ GTI e do Subgrupo Saúde (GOOGLE ARTS & CULTURE)

Foto 3- Comitê Mineiro na Marcha Zumbi 300 anos



Fonte: Carlos Moura 1995-11-20

Foto 4- Performance artística na Marcha Zumbi 300 anos



Fonte: Carlos Moura 1995-11-20

A estrutura organizativa do grupo se alicerçou na seguinte configuração: representantes de oito Ministérios do governo e duas secretarias, além de oito representantes da sociedade civil originários do movimento negro com o objetivo de “inscrever definitivamente a questão do negro na agenda nacional” (BRASIL, 1998).

Em maio de 1998, dois anos após a criação do GTI, o grupo de trabalho divulgou sua primeira produção¹². O documento divulgado se pautou por ser uma espécie de prestação de contas acerca do que vinha sendo desenvolvido e quais ações ainda seriam executadas. Contando com 15 itens, o documento trata da saúde em seu item 9. “O GTI contou com a assessoria de especialistas da área da Saúde para a elaboração dessa parte. O tema é exposto em uma Mesa Redonda que apresenta um quadro esquemático que explicita a problemática da saúde da população negra a partir de quatro blocos de ocorrências sócio-genéticas divididas didaticamente”(PIANI, 2008, p.7).

No primeiro bloco estão inseridas doenças consideradas como determinadas geneticamente. Segundo o documento são doenças que tem berço hereditário, ancestral e étnico. Nesse grupo aparece como próprias dos afro-descendentes ou pretos e pardos, denominações utilizadas no documento, a anemia falciforme, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a glicose-6-fosfato desidrogenase. No segundo bloco, aparecem as ocorrências, condições, doenças e

¹² O documento é chamado de Grupo de trabalho interministerial para a valorização da população negra e é assinado por José Gregori e Hélio Santos, presidente e coordenador respectivamente do GTI. In: Construindo a democracia racial, 1998.

agravos adquiridos, derivados das condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis como alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtorno mental. No terceiro bloco estão as doenças cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas anteriormente citadas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas. E no quarto bloco é o conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferência das condições sociais como crescimento, gravidez, parto e envelhecimento(PIANI, 2008, p.7).

Além disso, o grupo também chama atenção para a necessidade de um programa de saúde com foco específico voltado para a Anemia Falciforme, e aponta a necessidade de:

(...)efetivar o Programa de Anemia Falciforme em todo o território nacional, propiciando o diagnóstico e o tratamento dos doentes, bem como o aconselhamento genético; garantir adequado investimento governamental e privado em pesquisas clínicas e epidemiológicas, que permitam a ampliação das informações técnico científicas sobre a problemática de saúde dessa população; promover reciclagem dos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), com uma nova concepção da problemática específica da população negra; dar aos afro-brasileiros a oportunidade de conhecer a sua real situação de saúde, seus direitos, seus riscos individuais e coletivos, bem como sua condição de diferente, sem ser melhor nem pior do que os outros, seja no aspecto sanitário, seja nos demais aspectos do convívio social (BRASIL, 1998).

O GTI também se mostra um elemento de grande contribuição na luta pela saúde da população quando em 2001 lança o “Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente”. Destinado a médicos, enfermeiros e profissionais da saúde de modo geral, o manual aponta, no sentido étnico-biológico, as doenças com maior predominância na população negra, doenças já levantadas no documento é chamado de Grupo de trabalho interministerial para a valorização da população negra (BRASIL,2001). O manual também apontava a problemática em relação a ausência de registros para classificação étnico racial, e joga luz a questão de que “a importância política do saber sobre as condições de saúde desse importante segmento da população está condicionada à existência de informações e à forma como as mesmas são registradas e/ou coletadas” (BRASIL, 2001, p.10).

(...) também sinalizava os avanços ocorridos até o momento, apontados pelo documento do GTI sobre a inclusão do quesito raça/cor nos formulários oficiais, padronizados nacionalmente, de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos. O manual é composto por cinco grupos de doenças e/ou agravos em saúde assim organizados: Anemia Falciforme e outras Doenças Falciformes, Deficiência de Glicose-6- 81 Fosfato Desidrogenase, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Síndromes Hipertensivas na Gravidez. A discussão sobre anemia falciforme inclui um longo capítulo de apresentação da doença, suas diversas formas de apresentação, sintomas e tratamentos. Além disso, aponta a necessidade da equipe médica de realizar acompanhamento das famílias que têm em seu seio portadores de doença falciforme, alertando que as doenças crônicas e hereditárias causam grande impacto sobre toda a família. Também indicam o aconselhamento genético, realizado de acordo com os parâmetros da bioética (BRASIL,SA., p. 80).

Após a marcha de 1995, diversas outras pautas defendidas e reivindicadas seguiram sendo inseridas no cenário de arena política em níveis local, estadual e federal. Um dos exemplos é a Lei n. 10.639 de 9 de janeiro de 2003 que altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a

obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências; posteriormente modificada pela Lei 11.645, de 10 março de 2008. Além disso, também pavimentou o caminho “nas primeiras experiências de ações afirmativas para acesso de estudantes negros ao ensino superior, começando pela UERJ em 2000; e nos debates em torno do Estatuto da Igualdade Racial, que seria aprovado em 2010, na forma da Lei n. 12.288” (GOOGLE ARTS & CULTURE).

Outro marco de grande importância na pavimentação da criação da política se refere a participação da delegação brasileira na III Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

A Conferência de Durban, ocorrida no ano de 2001, também foi significativa para que o governo brasileiro pautasse a questão racial, sobretudo naquilo que se refere à saúde da população negra. Dentre outros elementos e movimentos, foi também em conformidade com orientações e demandas advindas de Durban que o governo criou a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2003, possibilitando o surgimento de novos atores preocupados com a construção de políticas afirmativas para o povo negro brasileiro. É importante observar que todo esse movimento não está desvinculado daquilo que foi proposto no PPA 2004-2007, escrito em 2003, junto com a entrada de um novo governo, de esquerda, que se propôs a escutar os movimentos sociais (CENTENO, 2016, p.40).

Pensada nos moldes de uma política transversal a todas as outras, atrelada aos ministérios de governo e com foco primordial voltado a questão da promoção da igualdade racial, a emergência da SEPPIR se configura na criação de um novo espaço fértil para o fomento das discussões de políticas voltadas à igualdade racial nas mais diversas esferas. Com a SEPPIR, tais espaços passam a aproximar o debate de articulação entre o Estado e a Sociedade Civil por meio do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial e do Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial. Ressalta-se que a secretaria possibilitou a ocupação institucional que há muito vinha sendo buscada na disputa dialética com os interesses dominantes (GOMES, 2009).

No ano de 2004, com a adição dos esforços da recém-criada Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a saúde da população negra começou a ser pensada e ocupou espaço na agenda nacional de políticas de saúde. Nesse mesmo ano foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, formado por representantes dos movimentos negros, técnicos do Ministério da Saúde e técnicos da SEPPIR (CENTENO, 2016).

É também no ano de 2004 que se realiza o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, com foco nas discussões sobre raça, racismo, vulnerabilidades da população negra, bem como os direitos e especificidades de tal grupo populacional. Teve por objetivo geral a sistematização das estratégias de gestão e atenção para implementação e acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), com foco na promoção da equidade racial. O seminário reuniu 278 participantes das 27 Unidades da Federação e teve como foco “sistematizar estratégias de gestão e atenção para a implementação e acompanhamento das questões relativas à

saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), visando a promoção da equidade racial” (BRASIL,SA., 2006)

O seminário se propôs também a tratar de forma conceitual acerca de raça e racismo, a fim de gerir ferramentas de intervenção para tais questões. Foi lançada uma carta – o “Grito pela Equidade” elucidando publicamente a falsa democracia racial defendida no Brasil e a denúncia das desigualdades sociais que se alicerçam também no Racismo (BRASIL, SA., 2011). Na ocasião, foi assinado um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde, SEPPPIR, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), CONASS, e CONASEMS, com a intenção de reduzir os graus de vulnerabilidade em que a população negra está inserida.

Nesse sentido, houve uma abundância e interligação de ações nos níveis nacional e local voltadas a implementar as questões voltadas à saúde da população de forma integral nos municípios brasileiros. “Um elemento crucial foi a expansão da inclusão do quesito cor nos sistemas de informação em saúde, como já mencionado. Em 1997 esses dados haviam sido incluídos nas Declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbitos, ampliando-se também na identificação dos sujeitos nas pesquisas envolvendo seres humanos”(BRASIL., 2011. p.93).

Outro elemento que nos ajuda a compreender o desenho histórico ao redor da saúde da população negra, é a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, na qual a necessidade de expandir e garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde do SUS é reconhecida. Contudo, ressalta-se que longo foi o período de discussões ao redor da Política de Saúde da População Negra- PSPN na elaboração de propostas e ações que recebessem aceitação da agenda governamental (CAPELLA, 2007).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde é um marco importante para o avanço das discussões acerca da PSNP, pois passa a abarcar a discussão em 3 eixos: saúde- raça- etnia e cria um espaço fértil para o advento de mais membros do Movimento Negro dentro do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). O relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, também chama a atenção para a necessidade de:

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. 28).

A conferência também reconhece a necessidade de assegurar e ampliar o acesso aos serviços de saúde do SUS para a população negra, especialmente pela disseminação de informações acerca do acesso, funcionamento, além de demarcar a necessidade de respeito para com os saberes tradicionais de matriz africana na garantia de saúde (BRASIL, 2004).

Deste modo, por meio da portaria nº 1678/2004, criou-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra para que trabalhasse em torno de ações visando a equidade em saúde. Tal comitê foi formulado tendo como principais atribuições:

- 1) Sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- 2) Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- 3) Elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- 4) Participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra e;
- 5) Colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da Igualdade Racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela lei nº 10.678/2003 (BRASIL, 2004).

Em 2006, realizou-se o II Seminário sobre a Saúde da População Negra, onde a criação de uma política de saúde pública começou a tomar forma. Ressalta-se que foi nesse mesmo ano que a política foi aprovada pelo CNS. Contudo, é importante pontuar que foram necessários três pontos fundamentais para tal fato: o reconhecimento do racismo institucional dentro do SUS pelo então ministro da saúde Saraiva Felipe, na abertura do seminário; a primeira vez que o Movimento Negro ter um assento no Conselho Nacional de Saúde, tendo na figura de Fernanda Lopes sua representante, e o terceiro diz respeito as assinaturas dos Pactos pela Saúde, responsáveis por uma reestruturação do SUS no Brasil. Sobre esses pontos, Sandra Assis Brasil (2011, p.94) aponta que:

(...)o fato de assumir a existência do racismo no âmbito dos serviços e programas de saúde do governo só afirmou a necessidade premente de uma atuação mais concreta em políticas afirmativas e de combate deste grande problema social. A atenção que o governo começa a dispensar para os problemas da população negra no setor saúde geram muitas questões e embates políticos e acadêmicos. Data deste período uma ampla discussão acerca da relação entre AIDS e população afrodescendente, com debates calorosos entre os pesquisadores da saúde pública. A segunda questão diz respeito ao fato de se ter, pela primeira vez, um assento oficial para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde, pois a participação de sua representante, Fernanda Lopes, foi crucial para que a Política de SPN, que nesse ínterim se gestava, fosse aprovada. O terceiro elemento corresponde ao momento de reestruturação do Sistema Único de Saúde no país, com base na afirmação dos Pactos pela saúde. Estes pactos tiveram grande repercussão no texto da política de SPN, pois ela fora formulada no momento em que eles iam sendo afirmados entre os gestores.

2.1. REIVINDICAÇÕES TOMAM FORMA- A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Instituída pela Portaria GM/MS nº992, de 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem como marca o “reconhecimento do racismo¹³, das desigualdades

¹³ Sempre que nos referirmos ao termo racismo, estaremos nos apoiando na ideia de Munanga(2004), que caracteriza o racismo enquanto sistema de poder e é um conceito impregnado de ideologias, onde há o dominante e o dominado. O termo estaria inserido dentro de uma lógica global, atravessando as instituições, a forma de governo, as decisões políticas e o imaginário social.

étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” (BRASIL, 2009, p.24).

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe. (BRASIL, 2009, p.9)

A proposta da PNSIPN visa o entendimento do sujeito em toda a sua complexidade e seus determinantes, assumindo assim, o racismo como um fator de adoecimento, bem como o reconhecimento do Racismo Institucional no não acesso à saúde.

(...) o racismo institucional (RI), que possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos (WERNECK, 2016, p.7)

A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde passa a assumir o papel decisivo das estruturas institucionais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população. Para tanto, reconhece a necessidade de mudanças e criação de mecanismos capazes de diminuir a discrepância de acesso à saúde e iniquidades da população negra (BRASIL, 2009).

Além disso, a PNSIPN está organizada em seis diretrizes que devem ser incluídas no planejamento dos gestores de saúde, nas práticas de cuidado em saúde, sendo elas a 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(BRASIL, 2009).

Os princípios da PNSIPN dialogam diretamente com os do SUS presentes na Lei nº 8.080/1990: universalidade, integralidade e equidade, além dos princípios fundamentais da participação popular e o controle social. Além disso, regida pelo princípio organizativo da transversalidade, a política se pauta pela visão integral do sujeito (BRASIL, 1990).

Não obstante, a política traz em si uma série de objetivos específicos visando o alcance e garantia da saúde da população negra:

- 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 pelo 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, com as 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 antirracistas e não discriminatórios;
- XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. (BRASIL, 2009, p.19)

Tendo o princípio da equidade em saúde integral como norteador, estabeleceu-se além da política a criação de comitês técnicos de saúde da população negra, voltados a garantir a implementação das políticas em todas as secretarias de saúde nos municípios brasileiros. “O objetivo desses comitês é dialogar com as comunidades negras e as instituições de governo. Em consequência, essas interlocuções garantem o fortalecimento e a garantia das políticas em saúde com os recortes necessários para a reconstrução de um atendimento humanizado” (SAUCEDO, 2021, p.60).

A implementação da Política pelos estados e municípios é instrumentalizada pelo Plano Operativo (P.O), que visa, acima de tudo, estabelecer ações e estratégias voltadas ao plano de execução de ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a operacionalizar os elementos previstos na PNSIPN. No decorrer de todos esses anos, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi organizada por três Planos Operativos: (1) 2008-2011 (2) 2013-2015 e (3) 2017-2019. Conforme Silva (2017), “A prerrogativa é de que as ações cotadas no Plano Operativo são possíveis de serem executadas por meio da utilização de financiamento previsto no orçamento ou que já foram pactuadas nas demais políticas de saúde das áreas respectivas do Ministério da Saúde (p.44)”.

O I Plano Operativo se utilizou da lógica de fases para moldar suas ações e metas estabelecidas, sendo a primeira fase (2008 e 2009) voltada aos objetivos da Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra (BRASIL, 2010). A prioridade na primeira fase foi forjada em torno dos seguintes eixos—Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social; e Morbidade e Mortalidade na População Negra. Já na Fase 2 (2010-2011), foi elaborada na perspectiva de que as metas e ações propostas impactassem sobre os diferentes condicionantes e determinantes sociais que alicerçam as desigualdades raciais em saúde (BRASIL, 2010)

Nesse sentido, destaca-se também o II e III Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicados em 2017 e 2017 respectivamente que apresentam como proposta o estabelecimento de cinco eixos, estratégias e apresentação do problema acerca da dificuldade de acesso da população negra à atenção à saúde. Os cinco eixos propostos são:

1. Acesso da população negra nas redes de atenção à saúde;
2. Promoção e Vigilância em Saúde;
3. Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;
4. Fortalecimento da participação e do controle social;
5. Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra.

Para atingir tais eixos, o III Plano Operativo, por meio da Resolução nº 16, de 30 de março de 2017 estabelece as seguintes ações:

- I - Qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, em especial a Estratégia de Saúde da Família;
- II - fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional;
- III - fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme e sua inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 e Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010;
- IV - incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra;
- V - fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS;
- VI - fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS) e nas Mesas de Negociação Permanente existentes nas esferas estadual, municipal e/ou regional;
- VII - estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde;
- VIII - incluir o quesito raça/cor na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS.
- IX - qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor;
- X - estimular o preenchimento, pelas equipes de Atenção Básica, do campo constante na ficha de cadastro individual da estratégia e-SUS AB;

Cruz (2013), aponta que a versão preliminar do Balanço do Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi importante para o ponto em que encontrava-se processo de implementação da PNSIPN, contudo, foi prejudicada dado a ausência no período de ações de monitoramento e avaliação da implementação da política. Em 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, apontou avanços e desafios frente a implementação e disseminação da PNSIPN, destaca-se:

(...) a instituição de legislação e normalização referente à saúde da população negra; maior participação do movimento negro e controle social; instituição de Comitês Técnicos, Áreas Técnicas Comissões e afins; lançamento de publicações; além de realização de eventos e capacitações. Todavia, elencou como desafios permanentes a realização de Campanha Nacional de Enfrentamento ao Racismo Institucional no SUS; implantação do Quesito Raça/Cor; estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN; e ampliação da participação e controle social dos movimentos negros. Existe uma fragilidade incontestável na institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que se percebe na não aplicação de metas diferenciadas, as quais se debruçam sobre as disparidades raciais e aos indicadores desagregados por raça/cor (FAUSTINO, 2013 apud SILVA, 2017, p. 46)

Desta forma, a implantação da PNSIPN tinha a finalidade de destacar a importância do racismo como determinante social da saúde. Os vários secretariados e agências estatais e municipais do Ministério da Saúde foram responsáveis pela sua implementação, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS). “A SGEP-MS seria responsável pela disseminação da Política, sensibilização dos profissionais, monitoramento, avaliação e apoio técnico aos departamentos e áreas do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde de estados e municípios” (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p.683).

De acordo com levantamento realizado pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, dez estados da federação criaram áreas técnicas, dois estabeleceram comitês técnicos de saúde da população negra e outros dois definiram um responsável técnico. As atividades realizadas para sensibilizar gestores, profissionais e sociedade civil incluíram seminários, oficinas, campanhas, intervenção no Dia Nacional de Mobilização Pró- -SPN e no Dia da Consciência Negra. (BRASIL, 2011, apud, BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p.683)

O presente capítulo se propôs a apontar os marcos históricos que envolveram a criação da Política, sua implementação e disseminação, além da articulação para que houvesse a sensibilização dos profissionais de saúde, bem como a implementação do quesito raça/cor/ etnia nos formulários do SUS. Contudo, é preciso ressaltar que há enormes lacunas que seguem dificultando a disseminação, implementação e aceitação da política. O próximo capítulo é destinado para tratar especialmente sobre a realidade do DF e como se encontra a PNSIPN no Distrito Federal.

CAPÍTULO III- A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS NO DF

O presente capítulo tem como propósito apontar, por meio de dados, a situação do Distrito Federal frente à saúde da população negra. Tendo em mente o conceito de saúde ampliada, elaborou-se um desenho de tal realidade por meio de pontos como trabalho, renda, educação, violência, alimentação etc.

Como dito anteriormente, a população do DF é composta majoritariamente por pessoas negras, dados da Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios (PDAD, 2021) apontam que a população negra constitui 57,3% de todo o percentual populacional do DF, ou seja, 1.726.929, sendo 1.392.435 de pessoas autodeclaradas pardas e 334.494 de pessoas pretas. Vale ressaltar, que a grande maioria desse contingente populacional é composto por mulheres negras, 28,72% da população total (PDAD, 2021).

Tabela 1- Distribuição da População por raça/cor da pele no DF

| Resposta | Total | % |
|----------|-----------|-------|
| Total | 3.010.881 | 100,0 |
| Parda | 1.392.435 | 46,2 |
| Branca | 1.232.276 | 40,9 |
| Preta | 334.494 | 11,1 |
| Amarela | 41.813 | 1,4 |
| Indígena | 9.862 | 0,3 |

Fonte: CODEPLAN/DIEPS/GEREPS/PDAD 2021

Em relação a distribuição geográfica por Regiões Administrativas-RAs no DF, destaca-se que as RAs com maior quantitativo de pessoas negras são SCIA/Estrutural (75,45%), São Sebastião (74,05%), Fercal (72,99%), Paranoá (70,62%) e Varjão (70,08%), notadamente locais conhecidos por rendimentos baixos. Por outro lado, as menores proporções são encontradas nas RAs de maior poder aquisitivo: Lago Norte (38,87%), Plano Piloto (37,48%), Sudoeste/Octogonal (36,31%), Park Way(34,26) e Lago Sul (32,70%) (PDAD, 2021).

Tabela 2- Distribuição por raça/cor nas RAs do DF.

| Local | Total | Parda | Branca | Preta | Amarela | Indígena | Soma total pretos e pardos | % |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|----------------|---------------|--------------|----------------------------|--------|
| DF | 3.010.881 | 1.392.435 | 1.232.276 | 334.494 | 41.813 | 9.862 | 1.726.929 | |
| SCIA/Estrutural | 37.527 | 22.969 | 8.041 | 5.344 | 820 | (***) | 28.313 | 75,45% |
| São Sebastião | 118.972 | 73.939 | 29.728 | 14.158 | 906 | (***) | 88.097 | 74,05% |
| Fercal | 9.388 | 5.418 | 2.319 | 1.434 | (***) | (***) | 6.852 | 72,99% |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|--------|-------|-------|---------|--------|
| Paranoá | 69.858 | 40.365 | 19.635 | 8.971 | (***) | (***) | 49.336 | 70,62% |
| Varjão | 8.953 | 4.222 | 2.460 | 2.052 | 171 | (***) | 6.274 | 70,08% |
| Brazlândia | 55.879 | 32.126 | 15.815 | 6.511 | 1.199 | (***) | 38.637 | 69,14% |
| Riacho Fundo II | 72.988 | 41.413 | 22.023 | 8.698 | 719 | (***) | 50.111 | 68,66% |
| Sol Nascente/Pôr do Sol | 93.217 | 50.243 | 28.268 | 13.088 | 1.308 | (***) | 63.331 | 67,94% |
| Recanto das Emas | 133.564 | 71.236 | 40.559 | 18.135 | 3.105 | (***) | 89.371 | 66,91% |
| Santa Maria | 130.970 | 66.064 | 43.077 | 19.629 | 1.452 | (***) | 85.693 | 65,43% |
| Itapoã | 65.373 | 29.693 | 21.200 | 12.935 | (***) | (***) | 42.628 | 65,21% |
| Planaltina | 186.498 | 97.014 | 63.919 | 20.809 | 3.728 | (***) | 117.823 | 63,18% |
| Sobradinho II | 78.837 | 36.543 | 27.859 | 13.111 | (***) | (***) | 49.654 | 62,98% |
| Samambaia | 247.629 | 125.463 | 90.843 | 26.087 | 4.222 | (***) | 151.550 | 61,20% |
| Sobradinho | 73.438 | 31.962 | 28.354 | 12.144 | (***) | (***) | 44.106 | 60,06% |
| Ceilândia | 350.347 | 160.298 | 136.214 | 48.881 | (***) | (***) | 209.179 | 59,71% |
| Candangolândia | 16.339 | 7.136 | 6.300 | 2.555 | 270 | (***) | 9.691 | 59,31% |
| Núcleo Bandeirante | 24.093 | 11.473 | 9.271 | 2.671 | 607 | (***) | 14.144 | 58,71% |
| Riacho Fundo | 44.464 | 20.763 | 17.348 | 5.133 | 1.144 | (***) | 25.896 | 58,24% |
| Gama | 137.331 | 58.749 | 58.158 | 19.290 | (***) | (***) | 78.039 | 56,83% |
| Taguatinga | 210.498 | 95.919 | 87.416 | 22.558 | 3.733 | (***) | 118.477 | 56,28% |
| Vicente Pires | 78.561 | 37.122 | 35.488 | 5.128 | 706 | (***) | 42.250 | 53,78% |
| Arniqueira | 47.045 | 20.493 | 21.007 | 4.266 | 908 | (***) | 24.759 | 52,63% |
| SIA | 1.737 | 872 | 731 | (***) | (***) | (***) | 872 | 50,20% |
| Guará | 142.083 | 57.564 | 73.550 | 9.403 | 1.202 | (***) | 66.967 | 47,13% |
| Águas Claras | 120.107 | 48.124 | 66.468 | 4.179 | (***) | (***) | 52.303 | 43,55% |
| Cruzeiro | 30.860 | 10.945 | 17.132 | 2.321 | (***) | (***) | 13.266 | 42,99% |
| Jardim Botânico | 53.045 | 18.934 | 29.804 | 3.442 | 725 | (***) | 22.376 | 42,18% |
| Lago Norte | 37.539 | 12.318 | 22.760 | 2.273 | (***) | (***) | 14.591 | 38,87% |
| Plano Piloto | 224.848 | 69.110 | 137.176 | 15.156 | 2.989 | (***) | 84.266 | 37,48% |
| Sudoeste/Octogonal | 55.366 | 18.647 | 34.325 | 1.455 | 842 | (***) | 20.102 | 36,31% |
| Park Way | 23.081 | 6.070 | 14.691 | 1.837 | 483 | (***) | 7.907 | 34,26% |
| Lago Sul | 30.446 | 9.228 | 20.335 | 729 | (***) | (***) | 9.957 | 32,70% |

Fonte: tabela construída a partir dos dados da PDAD 2021 divulgados pela CODEPLAN/DIEPS/GEREPS/PDAD 2021

Elaboração própria

(***) Estimativa não divulgada por insuficiência de amostra

Outro dado divulgado pela PDAD (2021), e que chama bastante atenção, é a respeito da situação alimentar. Das 33 regiões administrativas do Distrito Federal, 17 apresentam porcentagem de pessoas em situação de Insegurança Alimentar Grave - IAG. Notadamente, a que apresenta o maior percentual é o Sol Nascente¹⁴/Pôr do sol, maior aglomerado subnormal do Brasil, com cerca de 12,7% da população em IAG, seguida do Itapoã(9,9%), Ceilândia(9,5%), Fercal(9,2%), São Sebastião(8,6%), SCIA-Estrutural(8,5%), Recanto das Emas(8,1%), Paranoá(6,8%), Riacho Fundo II(5,8%), Arniqueira(4,7%), Planaltina(4,6%), Samambaia(4,2%), Santa Maria(3,9%), Brazlândia(3,5%), Sobradinho(3,4%), Taguatinga(2,5%). Não obstante, aponta-se que tais RAs possuem pelo menos 50% de pessoas negras na soma total de moradores (CODEPLAN/PDAD, 2021).

Acerca da população negra no mercado de trabalho no Distrito Federal, um fato que deve ser elucidado aqui é a entrada de pessoas negras no mercado de trabalho antes dos 18 anos e também a taxa de adolescentes fora da escola. Segundo dados da última PDAD (2021), corresponde a 7% o número de adolescentes fora da escola, na faixa etária de 15 a 17 anos. Dentre esse grupo, destaca-se que ele é constituído majoritariamente de pessoas negras, pelo menos 70%.

Nesse sentido, é impossível não nos atentarmos à correlação entre a evasão escolar e a inserção precoce no mercado de trabalho e como tais fatores são instrumentos que atuam na moldagem da realidade social e econômica da população negra. Sem a devida qualificação, trabalhadores negros compõem cerca de 25% da população total em situação de informalidade, e, observa-se uma queda dessa porcentagem quando nos deparamos com a realidade de pessoas não negras, que corresponde a cerca de 20%. Além disso, “(...)mulheres não negras têm a maior taxa de participação no emprego público (23,6%) e homens negros, a menor (13,2%). Mulheres negras têm maior jornada de trabalho ao se considerar o trabalho reprodutivo de afazeres domésticos, em qualquer idade e grau de instrução (exceto fundamental incompleto e médio completo) (PDAD, 2021, p.6).

¹⁴ É preciso chamar atenção para o fato de que o Sol Nascente é o maior aglomerado subnormal do Brasil. Segundo definição do IBGE, “Aglomerado Subnormal é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros.” (IBGE, 2022).

Pontua-se que as mulheres negras, ocupam majoritariamente o trabalho doméstico, cerca de 63%. Frisa-se que tal mercado de trabalho é composto de forma predominante por mulheres de baixa escolaridade, e que recebem uma baixa remuneração por seus serviços e se destaca por ser “uma atividade precária, com baixos rendimentos, baixa proteção social e permanência de práticas violentas de discriminação e assédio.” (BRASIL/IBGE, 2021, p.23). Acerca desta questão, e tratando especificamente do Distrito Federal, dados da CODEPLAN, no documento *Retratos do DF por Cor e Raça (2021)*, apontam que Mulheres negras têm maior jornada de trabalho quando se leva em consideração o trabalho dentro e fora de casa, e isso se alastra para todas as idades e formação, excetuado o nível fundamental incompleto e médio completo, com maior expressão em mulheres acima dos 40 anos e com fundamental completo (Tabela 3)

Tabela 3- Jornada de trabalho e afazeres domésticos e grau de instrução entre negros e não negros

| Jornada de Trabalho + Afazeres Domésticos | Média DF | Negros | | Não Negros | |
|---|----------|--------|----------|------------|----------|
| | | Homens | Mulheres | Homens | Mulheres |
| | 47,45 | 45,97 | 50,83 | 45,27 | 49,28 |
| Idade | | | | | |
| 14 a 17 anos | 37,36 | 34,67 | 41,46 | 36,93 | 38,53 |
| 18 a 24 anos | 45,56 | 44,91 | 47,78 | 44,51 | 45,01 |
| 25 a 39 anos | 48,12 | 46,91 | 51,19 | 45,51 | 49,11 |
| 40 mais | 47,96 | 45,66 | 51,38 | 45,35 | 50,41 |
| Grau de Instrução | | | | | |
| Sem instrução | 47,37 | 46,12 | 52,98 | 37,93 | 50,27 |
| Fundamental Incompleto | 47,85 | 45,42 | 51,64 | 46,24 | 51,82 |
| Fundamental Completo | 50,1 | 47,54 | 54,38 | 48,18 | 52,67 |
| Médio Incompleto | 45,37 | 44,66 | 47,59 | 42,67 | 47,32 |
| Médio Completo | 49,75 | 47,16 | 52,66 | 47,56 | 53,56 |
| Superior Incompleto | 46,04 | 45,52 | 48,76 | 43,7 | 45,51 |
| Superior Completo | 46,5 | 44,89 | 49,36 | 44,37 | 47,72 |

Fonte: PDAD 2021

Elaboração: DIPOS/IPEDF

Ao tratarmos sobre a categoria trabalho, é preciso retornar a forma como tal dinâmica foi desenvolvida no Brasil e a estrutura de exclusão racial envolvida em tal elemento. Em função da segregação racial, é sabido que para a população negra foi resguardado o lugar de não-lugar social, e só passou a ocupar efetivamente postos de trabalho na década de 30. Contudo, eram os trabalhos que a população branca não queria. Nesse sentido, a população negra se vê sendo explorada de forma intensificada e tendo sua força de trabalho expropriada de forma agudizada pela adição do racismo da dinâmica do trabalho e como um dos pilares de manutenção das desigualdades.

Sobre os aspectos e nuances das condições de vida dos trabalhadores/as negros/as, ressalta-se os impactos na área da saúde. O Trabalho, além de desempenhar na geração de renda e atuar na perspectiva de socialização e inserção social, também favorece ou piora as condições de acesso à saúde. Nesse sentido, exerce uma função dupla, de proteção ou de promotor de “mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(a) trabalhadores, aprofunda iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas

e das comunidades e produzir a degradação do ambiente.” (BRASIL, 2018, p.17). É tendo tal percepção em mente que a leitura acerca do processo de saúde-adoecimento-cuidado demanda obrigatoriamente que as nuances estruturais dos processos de trabalho sejam somadas nessa equação (SOUZA; TRABUCO, 2019).

Faz-se necessário retomar também a crítica acerca da relação de exploração por parte do capitalismo para com pessoas negras e a intrínseca relação com a manutenção das desigualdades sociais, que por sua vez caracterizam o racismo como determinante social de saúde imbricado na lógica da dinâmica do trabalho na sociedade capitalista. Como apontado por Werneck (2016) no ano de 2005, o Comitê Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criado em 2006, em resposta a um movimento global iniciado pela OMS em 2005, pauta os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, e fatores comportamentais como os determinantes sociais responsáveis pela saúde da população em geral (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Dessa forma, as iniquidades raciais tornam-se mais palpáveis ao analisar-se os dados em saúde de forma racializada, pois, é dessa forma que se materializa a questão de que tais problemas de saúde decorrem especialmente da condição de vulnerabilidade em que se encontra a maioria da população negra (BARBOSA, 1998). Portanto, as determinações sociais que condicionam a saúde da população negra são também expressões da questão social, que como destacado por Iamamoto (2000, p.27) são:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem [...] Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano.

Em relação ao acesso à saúde, podemos exemplificar com os dados trazidos pela PNSIPN que nos ajudam a montar um quadro de como a população negra ainda tem dificuldade no acesso à saúde: “A proporção de pessoas que consultaram um médico é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses (PNSIPN, 2017, p. 14).

Ressalta-se também o intenso processo de desmonte da seguridade social, o que acarreta diretamente no sucateamento do Sistema Único de Saúde. Com efeito, lembremos que a PNSIPN é uma política específica dentro da política de Saúde universal: o SUS.

Na saúde, a mercantilização destrói direta e indiretamente o SUS, por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSs), criadas em 1998 e fortalecidas nos anos subsequentes, pela possibilidade de transformação dos Hospitais Universitários em Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) - instituída por Decreto no último dia do Governo Lula em

2010 e regulamentada pelo Governo Dilma em 2011, apesar das lutas sociais contrárias à sua criação (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018, p. 2)

Nesse sentido, cortar recursos faz parte de uma estratégia maior em relação ao SUS, “para favorecer a economia de gastos sociais necessários à lógica do ajuste fiscal em benefício do capital portador de juros” (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018, p. 2). Não obstante, o sucateamento e oferecimento de serviços de baixa qualidade alimentam a lógica de privatização e mercantilização da saúde “por meio do estímulo e diversificação de planos privados de saúde para baixos rendimentos, além da expansão de comunidades terapêuticas” (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018, p. 2).

Como destacado por Boschetti e Teixeira (2018), entre os anos de 2012 e 2017 houve um aumento mínimo no que tange os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), de cerca de 4,5%. Todavia, em 2017, houve uma diminuição de recursos equivalente a 7,3% em relação ao ano anterior, e como consequência, ações fundamentais foram prejudicadas:

A construção e reformas de unidades básicas e especializadas de saúde, saúde da família, piso de atenção básica fixo, implementação de políticas de atenção à saúde e de saúde mental, medicamentos para tratamento de pessoas com vírus HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade, entre outras. (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018, p. 2)

Dados da Codeplan expõem que a partir do mês de maio de 2019, no Distrito Federal houve uma maior proporção de internações de pessoas negras, 66% das hospitalizações ocorreram na rede pública e 34% na rede particular. Entre a população hospitalizada na rede pública, 24% eram negros e 8% não-negros; na rede particular, 21% eram negros e 13% não negros. (CODEPLAN, 2019).

É importante ressaltar que até os dias atuais existem diversos mitos sobre a negritude, inclusive o mito da resistência superior do corpo negro perante as situações de violência, genocídio e degradação. Tal ideia está alocada no imaginário social desde os tempos escravocratas, onde o negro era visto como um animal a ser explorado, e por conta disso tinha que resistir a todas as condições impostas a ele (NASCIMENTO, 1978).

Ao falarmos da população negra, especialmente sobre suas condições de vida, precisamos destacar o elemento da violência e desproteção do Estado frente a este contingente populacional como outro fator de impacto direto nas condições de saúde. É preciso termos em mente que dentro de uma sociedade há corpos que devem ser protegidos e corpos que estão abandonados à própria sorte.

Achille Mbembe (2016) cunha o termo Necropolítica para tratar sobre essa gestão da violência e dos corpos que podem ser executados pelo Estado. Baseando-se no conceito de Biopoder de Michel Foucault, dentro da sociedade há indivíduos que podem morrer e que tais mortes seriam aceitáveis: “O corpo ‘matável’ é aquele que está em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial da raça (MBEMBE, apud IGNACIO, 2020, p.4).

A biologização da vida serviu nos últimos séculos para legitimar a tentativa de hierarquização entre os grupos sociais e justificar as relações sempre presentes de colonialismo, invasões armadas, discursos de ordem contra a marginalidade, encarceramento em massa, esterilizações forçadas, internações mentais e manter os corpos dóceis e com pouca reação

nos trabalhos de exploração perpetuando assim as divisões de classes. Estes discursos com ares darwinistas tentam propagar e enraizar uma teoria evolutiva e hierárquica entre as sociedades contemporâneas afirmando ideais liberais e neoliberais como a liberdade e as vantagens da livre concorrência, as vantagens do empreendedorismo e o achamento do Estado nas relações de mercado. Estes discursos reforçam a ideia de há vencedores e vencidos, os visíveis e os invisíveis e, por fim, os grupos sociais que merecem viver e outros que devem desaparecer (DA COSTA; QUEIROZ, 2021, p.118).

Mbembe (2016) destaca que socialmente, o racismo atua como determinante para aqueles que podem morrer, uma espécie de alvo autorizado a ser assassinado. “Funciona assim: é apresentado o discurso de que determinados grupos encarnam um inimigo (por vezes fictício). A resposta é que, com suas mortes, não haverá mais violência” (IGNACIO, 2020, p.3). O uso do poder político não é desconhecido pelo Estado, ele é utilizado para decidir quem vive e quem morre, quem terá seu direito violado e quem permanece em situações de desigualdade. É a necropolítica em ação (MBEMBE, 2016).

É, portanto, dessa forma que o racismo atua na naturalização da extrema violência a qual está sujeita a população negra. É por tal naturalização que se normaliza a morte sequencial por “balas perdidas”, pela confusão entre um pedaço de madeira e um fuzil, é por esta normalização que se normaliza termos “áreas inteiras sem saneamento básico, sem sistema educacional ou de saúde, que se exterminem milhares de jovens negros por ano, algo denunciado há tempos pelo movimento negro como genocídio” (ALMEIDA, MS., 2017, p.75).

Como já vimos, o terror é uma característica que define tanto os Estados escravistas quanto os regimes coloniais tardos modernos. Ambos os regimes são também instâncias e experiências específicas de ausência de liberdade. Viver sob a ocupação tardo-moderna é experimentar uma condição permanente de “estar na dor”: estruturas fortificadas, postos militares e bloqueios de estradas em todo lugar; construções que trazem à tona memórias dolorosas de humilhação, interrogatórios e espancamentos; toques de recolher que aprisionam centenas de milhares de pessoas em suas casas apertadas todas as noites desde o anoitecer ao amanhecer; soldados patrulhando as ruas escuras, assustados pelas próprias sombras; crianças cegas por balas de borracha (MBEMBE, 2018, p. 68)

Especialmente no contexto neoliberal tais mecanismos e articulações de manutenção do negro no lugar de desproteção se alargam, se normalizam e se refinam. Entre as lacunas que se alargam para manter a ordem desigual, destaca-se que a “expulsão escolar, a pobreza endêmica, a negligência com a saúde da mulher negra e a interdição da identidade negra seriam, juntamente com o sistema prisional, partes de uma engrenagem social de dor e morte” (ALMEIDA, MS., 2017, p.77).

O neoliberalismo se coloca como um liberalismo intervencionista, que não está ancorado no *laissez-faire*, mas sim sob o signo de uma vigilância e de uma intervenção permanente. De acordo com Foucault, é possível encontrar em todos os textos dos teóricos neoliberais a tese de que o governo deve ser um governo ativo, vigilante e intervencionista. Desta forma, o mecanismo dos preços não se obtém por meio de fenômenos de igualização, mas sim por um jogo de diferenciações que é próprio dos mecanismos de concorrência e se estabelece através das oscilações que só cumprem a sua função e seus efeitos reguladores quando se permita que ajam por meio de diferenças. (FILHO; CHAVEZ, 2021, p.52).

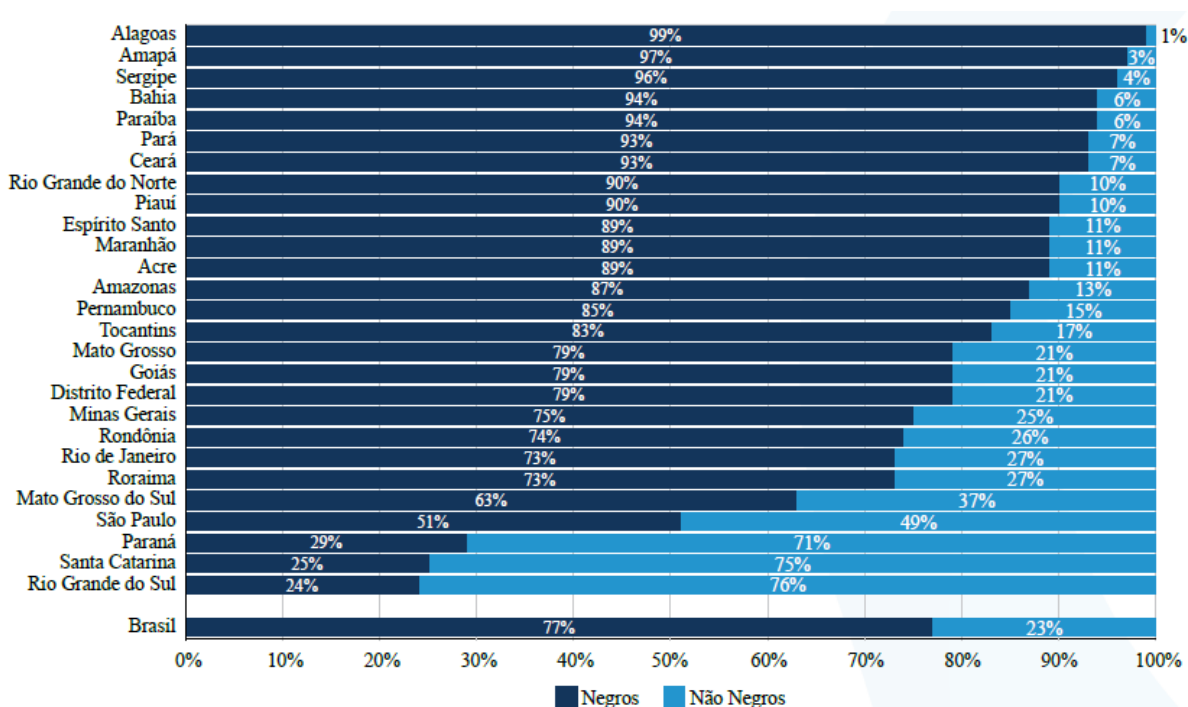
Sabe-se que desde a década de 90, com o neoliberalismo sendo inserido no Brasil com a justificativa de modernização do país, no Governo de Fernando Collor, o país vive sob a lógica do mercado como regulador das relações sociais. Ianni (1996), ao tratar sobre esse fato, cria a expressão “fábrica global”, que é responsável por articular capital, tecnologia, está além de qualquer fronteira, trabalha intrinsecamente com a força e divisão de trabalho, se utiliza dos meios de publicidade e generaliza o consumo. Além disso, também tem o poder de redimensionar o espaço, tempos, ideias, coisas e territórios. Aliado a esse processo de globalização, está o neoliberalismo, arma político-ideológica, que como destacado por Corrêa (2000, p.42) é uma “superestrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo”. “Politicamente representam um conjunto de receitas econômicas e programas políticos de efeitos ampliados devido ao monopólio científico e tecnológico que possibilitam uma grande expansão capitalista” (PEREIRA, 2009, p.190).

Não por acaso, os rebatimentos da política neoliberal são responsáveis pelo alargamento do abismo de desigualdades presentes no país, especialmente o corte de direitos básicos, desemprego, pobreza, aumento da violência, detrimento das áreas sociais em função do “mercado” e, conseqüentemente, a focalização e fragmentação das políticas sociais.

No tocante ao contexto de violência em que se encontra a população negra, é preciso utilizarmos tal espaço para abordar a realidade do DF. Dados do Atlas da Violência de 2021 destacam que no de 2019, o número de pessoas negras que foram vítimas de homicídio foi de 77% do total de 45.503. Já entre pessoas não negras, no mesmo ano, tal porcentagem cai para 11,2%, significando assim, que a porcentagem de mortes entre pessoas negras é 162% maior que entre não negras. Além disso, salta aos olhos o fato de que a taxa de violência letal contra mulheres negras, pois também no ano de 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas, sendo 66% mulheres negras.

Tratando sobre os anos de 2009 a 2019, é notável a redução no número de homicídios, com maior concentração entre os não negros. Enquanto a redução de mortes em relação a população recuou para uma taxa de 15,5%, a taxa entre não negros foi de 30,5%. Dados do atlas da violência de 2021 também elucidam que “entre 2009 e 2019, as taxas de homicídio apresentaram uma diminuição de 20,3%, sendo que entre negros houve uma redução de 15,5% e entre não negros de 30,5%, 50% superior” (p.49). Contudo, vale ressaltar que dentre as Unidades Federativas, o DF é a que apresenta maior redução no número de homicídios entre os anos de 2009 e 2019, com redução de 59,3%, seguida por São Paulo (-53,1%), Espírito Santo (-46,7%) e Rio de Janeiro (-42,6%). Já os estados do norte e do nordeste foram responsáveis por números acima da média nacional (29,2%), com exceção de Rondônia (26,3%), Maranhão (26,2%) e Piauí (18,5%). No Rio Grande do Norte, a taxa de homicídios de pessoas negras chegou perto do dobro da média nacional (55,6), caracterizando-se assim como a UF com maior número de homicídios da população negra, vindo em seguida Sergipe (51,5), Amapá (51,1), Bahia (47,2) e Pernambuco (45,3).

Gráfico 1- Brasil: Proporção de Vítimas de Homicídios por Raça/Cor, por UF (2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Elaboração: Diest/Ipea, FBSP e IJSN. Tabela extraída do Atlas da Violência de 2021

Ainda segundo dados do Atlas da Violência, no ano de 2019, 66% dos óbitos de mulheres assassinadas no Brasil eram de mulheres negras. Tal fato é denunciado ao longo dos anos de forma constante. Em 2009, a taxa de mortalidade de mulheres negras em 100 mil habitantes era de 4,9 e 3,3 em mulheres não negras. Cerca de 10 anos depois, em 2019, a taxa de mortalidade de mulheres negras caiu para 4,1 por 100 mil, o que significa uma redução de cerca de 15,7% (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021).

Estudos apontam que na grande maioria dos casos, os parceiros íntimos são os principais assassinos, cerca de 40%. No Brasil, no período de 2001 a 2011, estima-se que mais de 50 mil mulheres foram vitimadas por feminicídios. “Acredita-se que grande parte destes óbitos foram decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher, uma vez que aproximadamente um terço deles tiveram o domicílio como local de ocorrência” (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021, p.36).

No que diz respeito ao orçamento do Ministério destinado ao Enfrentamento a Violência e Promoção da autonomia das Mulheres, vale ressaltar que nos últimos anos houve uma significativa redução orçamentária e instabilidade nos custos das ações. Segundo dados do portal da transparência, em 2019, o orçamento autorizado para tais ações era de 13,6 milhões, sendo executados apenas 9,2, já em 2022 o valor foi de apenas 5,1 milhões, uma redução de mais de 61%. Em 2021, segundo o

Instituto, houve a execução de 44,22 milhões, sendo, contudo, em sua maioria de despesas comprometidas em anos anteriores.

Em relação ao DF, é importante frisar que mulheres pretas e pardas são a maioria da população no DF, compondo 28,72% da população total. Em relação ao número de mulheres mortas por feminicídio, no ano de 2019, cerca de 67% das vítimas eram mulheres negras. A mulher negra encontra-se na base da pirâmide social, oprimida tanto pelo gênero quanto pela raça/cor. São elas que têm a menor renda, são elas que mais trabalham e são elas que mais sofrem violência (NASCIMENTO, 1976).

Raça e sexo são categorias que justificam discriminações e subalternidades, construídas historicamente e que produzem desigualdades, utilizadas como justificativas para as assimetrias sociais, que explicitam que mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade em todos os âmbitos sociais (CARNEIRO, 2017, p. 19).

No tocante aos dados de homicídios contra mulheres, negras e não-negras, a fim de apontar a imensa disparidade racial das mulheres assassinadas, colheu-se os dados referentes ao número de mulheres vitimadas entre os anos de 2009 a 2019 no Atlas da Violência de 2021. O total de homicídios de mulheres negras em 2019 foi de 66%, 2018(66%), 2017(73%), 2016(82%), 2015(77%), 2014(77%), 2013(84%), 2012(85%), 2011(79%), 2010(76%), 2009(81%). Abaixo, na tabela 4, encontram-se os dados totais de homicídios.

Tabela 4 - Homicídios de Mulheres – DF

| | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Negras | 36 | 35 | 34 | 53 | 45 | 46 | 66 | 63 | 61 | 50 | 61 |
| Não-Negras | 18 | 18 | 12 | 11 | 13 | 13 | 12 | 11 | 16 | 15 | 14 |

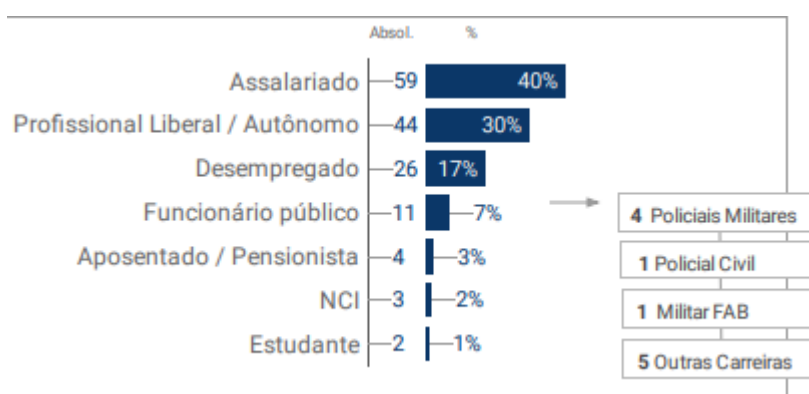
Fonte: Atlas da Violência, 2021, p.38
Elaboração Própria

Tratando também sobre os casos de Feminicídio no Distrito Federal, é importante destacar a existência da Lei nº 13.104/15 que “torna o feminicídio um homicídio qualificado e o coloca na lista de crimes hediondos, com penas mais altas, de 12 a 30 anos”. É considerado feminicídio quando o assassinato envolve violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher da vítima. Tal lei representa um marco de extrema importância no enfrentamento do feminicídio e a forma como tais são relatados. No período anterior à publicação da lei, 2012 a 2015, foram registradas 77 ocorrências. Já no período posterior, foram relatados 152 casos, sendo que 3 desses casos estavam em apuração até a data de publicação do relatório pela SSP-DF.

Destaca-se que em relação ao perfil das vítimas, a maior parte possuía em torno de 18 a 29 anos. Desses 152 casos, 99 vítimas eram de cor/raça parda; 37 brancas e 16 pretas; o que representa o percentual respectivo de 65%, 24% e 11%. Além disso, destaca-se que em 126 dos casos de feminicídio no período destacado as vítimas possuíam uma relação de afeto com os autores do crime, e foi no interior das residências que ocorreram 75% dos casos totais. A SSP destaca que 44% dos casos foram cometidos pelo marido/companheiro.

Tratando sobre os autores dos crimes, aponta-se que foram registrados 147 homens e 2 mulheres como agentes do crime de feminicídio. Desses, predomina a faixa etária de 30 a 39 anos, 32% dos casos. Em relação a classificação racial dos mesmos, 99 eram pardos, 28 brancos e 22 pretos. Em relação à ocupação/profissão 40% eram assalariados, vale destacar também a presença de 4 policiais militares, 1 policial civil e um militar da FAB como responsáveis pelos feminicídios. Frisase também o fato de que em 77% dos casos, os autores dos crimes possuíam antecedentes criminais. Além disso, as 152 mulheres que tiveram suas vidas vitimadas, deixam, ao todo, 286 órfãos com idade média de 8,54 anos

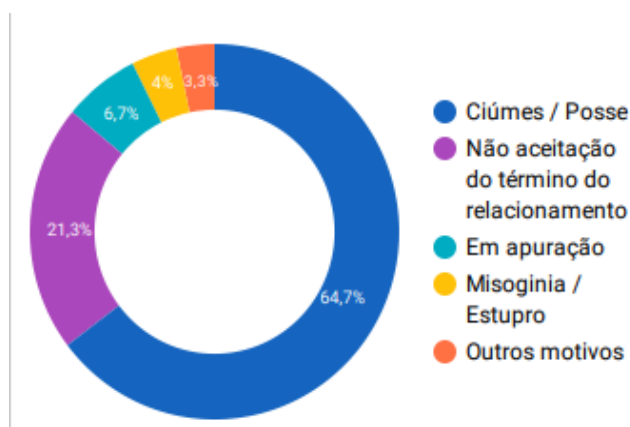
Gráfico 2 - Ocupação /Profissão dos autores de feminicídio no DF



Fonte: SSP-DF- Relatório de Monitoramento dos Feminicídios no Distrito Federal Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Segurança Pública Câmara Técnica de Monitoramento de Homicídios e Feminicídios - CTMHF câmara técnica de monitoramento de homicídios e feminicídios informações do acumulado: março de 2015 a dezembro de 2022

A saber, aponta-se que das mulheres vitimadas 3% não possuíam nenhuma instrução; 33% possuíam o ensino fundamental; 36,5 o ensino médio e 20% superior + pós-graduação. Não obstante, em 64,7% dos feminicídios foram motivados por ciúme/posse, seguido por não aceitação do fim do relacionamento, e em 28% dos casos boletins de ocorrência contra o algoz já haviam sido registrados.

Gráfico 3 – Motivação dos Crimes de Feminicídio no DF



Fonte: SSP-DF- Relatório de Monitoramento dos Feminicídios no Distrito Federal Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Segurança Pública Câmara Técnica de Monitoramento de Homicídios e Feminicídios - CTMHF câmara técnica de monitoramento de homicídios e feminicídios informações do acumulado: março de 2015 a dezembro de 2022

3.1. ANÁLISE DE DADOS - FALTA DE ORÇAMENTO, DESCONTINUIDADE E BAIXA ADESAÇÃO: O ABISMO EM QUE SE ENCONTRA A PNSIPN NO DF

Além da análise acima e com a finalidade de aprofundar a discussão acerca da realidade da PNSIPN no DF, optou-se por analisar também os de os Planos Distritais de Saúde do Distrito Federal, Relatórios Anuais da SES/DF (RAS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios de Atividades Quadrimestrais (RAQ). Além disso, também foram elencadas legislações, ações, relatórios, boletins e documentos que foram necessários para a expansão do debate acerca da temática do presente trabalho.

Dados do relatório final divulgados pelo Gabinete de transição governamental do Governo Lula apontaram, dentre outros elementos, um cenário de extrema gravidade em relação à saúde pública no Brasil. A primeira delas diz respeito à crise sanitária que estamos vivendo, agravada especialmente pelas quase 700 mil vidas ceifadas pelas COVID-19. Além disso, foram destacados os seguintes pontos que se agravaram a partir de 2016:

- 1) redução da taxa de coberturas vacinais, com alto risco de reintrodução de doenças como a poliomielite;
- 2) queda acentuada de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, na atenção básica, especializada e hospitalar, atrasando o início do tratamento de doenças crônicas, tais como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras;
- 3) retorno de internações por desnutrição infantil provocadas pela fome;
- 4) estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil; e
- 5) aumento de mortes maternas.

Todavia, tal cenário já vem trilhando um caminho de anos. Anos de retrocessos, contrarreformas, cortes orçamentários e (des)governos que fizeram questão de cravar seus respectivos nomes na contramão do avanço do Sistema Único de Saúde. Tais fatores orçamentários, normativos e políticos foram fundamentais para a degradação de políticas que até então o Brasil era referência. Podemos citar aqui o Programa Nacional de Imunizações (PNI), Mais Médicos, Farmácia Popular, IST-Aids e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, sendo esta última o objeto deste trabalho.

Contudo, com a EC 95/2016, ou como abordaremos aqui, a PEC da morte, diversos outros programas e serviços foram atingidos com cortes que chegam a 60 bilhões de reais entre os anos de 2018-2022. Além disso, a proposta do Governo Bolsonaro para o orçamento de 2023, previa o corte de recursos para a manutenção e funcionamento do programa Farmácia Popular, com redução de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão em relação ao orçamento de 2022, que foi de R\$ 2,04 bilhões; para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena, com redução de R\$ 865,1 milhões, 60% do Orçamento de 2022, e de redução de 99,3 milhões para Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos.

Também é altíssimo o risco de colapso de serviços essenciais por falta de financiamento federal e por comprometimento da compra de insumos essenciais, incluindo vacinas e medicamentos em geral. Diante desse quadro crítico, é urgente recuperar o orçamento da área de saúde, bem como estabelecer medidas de resgate da autoridade sanitária e da capacidade técnica do MS para a coordenação nacional, tripartite e participativa da gestão do SUS. Isso é essencial para que as demais prioridades da área possam ser efetivadas, como o resgate das altas coberturas vacinais por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI); o fortalecimento da capacidade de resposta à COVID-19 e outras Emergências de Saúde Pública; e o enfrentamento das filas na atenção especializada (p.17).

Diante de tal cenário, é preciso falarmos especificamente da PNSIPN e de como tal política encontra-se no Distrito Federal. Para início do debate, é preciso pontuar que até o ano de 2018, a política só havia sido implementada em apenas 57 dos 5.570 municípios que constituem o Brasil mais Distrito Federal e Fernando de Noronha, com instâncias de avaliação, coordenação e monitoramento presentes em apenas 3% deles (MUNIC/IBGE, 2018).

Dentre os problemas que saltam aos olhos nas análises acerca da implementação da PNSIPN, podemos destacar: “falta de financiamento, insuficiência de suporte técnico, falta de comitês técnicos estaduais e municipais de saúde da população negra, desconhecimento da população usuária do SUS sobre a PNSIPN e, sobretudo, a cultura do racismo institucional” (FOLHA DE SÃO PAULO/IONARA MAGALHÃES, 2021).

De forma geral, desde sua instituição, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, contou com uma série de ações, mesmo que tímidas, para ampliar o debate acerca da saúde da população

negra. Contudo, Dados do relatório “Direitos da População Negra e Combate ao Racismo e sobre Direitos das Comunidades Quilombolas”, elaborado pela Consultoria Legislativa e pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados¹⁵ nos ajudam a entender bem a completa ausência e a lógica de enfraquecimento da PNSIPN nos últimos anos. O relatório analisou, dentre diversos outros elementos, as ações voltadas à implementação da PNSIPN entre em maio de 2017, quando do aceite das recomendações no III Ciclo da RPU¹⁶ até a publicação do relatório em 2022.

De um modo geral, é possível afirmar que, desde a sua criação, uma série de medidas tomadas no âmbito ou interlocução com a política que beneficiaram a população negra. Alguns exemplos são o curso de ensino a distância sobre saúde da população negra promovida pela Universidade Aberta do SUS em 2014, a incorporação do transplante de medula para o tratamento da doença falciforme no âmbito do SUS, bem como uma cartilha acerca da linha de cuidado dessa doença, em 2015, e a Publicação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que padroniza e torna obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS(p.37).

Logo de início o documento produzido pela Consultoria Legislativa e pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados já aponta que não houve, no período analisado, “um funcionamento sistemático e abrangente da política no plano federal” (p.38). O relatório solicitou, por meio do Requerimento de informações - RIC nº 1099/202080¹⁷ encaminhado ao MS, informações acerca da implementação da PNSIPN pelo governo federal, e obteve a resposta de que as determinações trazidas pela PNSIPN não estão ou não foram executadas, mesmo aquelas presentes no último plano operativo (III).

Ainda como resposta da RIC, foi apontado pelo MS que entre 2019 e 2020 não houve nenhuma ação voltada ao fortalecimento da PNSIPN. Não obstante, o Ministério da saúde listou as principais ações e medidas que foram elaboradas e executadas pelo Ministério da Saúde desde a instituição da política em 2009:

- 2013- Política Nacional de Saúde Integral da População negra: uma política do SUS: Tal documento foi destacado pelo MS em função de ter apresentado um cenário de vulnerabilidades da população negra, incluindo indicadores de educação e pobreza e a relação de tais determinantes com a saúde.
- 2015- Cartilha Doença Falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado.

¹⁵ O relatório “Direitos da População Negra e Combate ao Racismo e sobre Direitos das Comunidades Quilombolas”, elaborado pela Consultoria Legislativa e pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputado pode ser lido na íntegra através do link: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/arquivos/relatorio-direitos-da-populacao-negra-quilombolas-1/at_download/file

¹⁶ A RPU - Revisão Periódica Universal é um aparato desenvolvido pelo Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas e é responsável pela verificação dos cumprimentos das obrigações que os Estados- membros da ONU assumem no âmbito dos Direitos Humanos. <https://plataformarpu.org.br/o-coletivo-rpu>

¹⁷ https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1940202&filename=Tramitacao-RIC+1099/2020

- 2017- Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017: Torna obrigatória a coleta do quesito raça/cor/etnia em todos os formulários do SUS.
- 2017- Volume 48 do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (2017), que divulgou os Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/cor.
- 2018- Publicação Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por inquérito Telefônico- VIGITEL Brasil 2018 – População Negra: A publicação apresentou dados sobre tabagismo, obesidade, atividade física, prevenção do câncer, e etc.
- 2018- Guia de Implementação do Quesito Raça/ Cor/Etnia. Parceria entre o Ministério da Saúde e Universidade de Brasília
- 2018- Manual de gestão para implementação da política nacional de saúde integral da população negra.
- 2018- Cartilha Óbitos por Suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016.
- 2019- Boletim Epidemiológico População em Situação de Rua e Violência- Uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017.

Outro elemento que chama atenção na leitura do Relatório é a questão do orçamento destinado a PNSIPN e sua implementação. A Portaria nº 992/2009, define como responsabilidades do 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;

Contudo, consta no requerimento de informações que entre os anos de 2009 e 2020, a PNSIPN não recebeu investimento específico voltado a sua implementação. Todavia, o RIC aponta que 28.000.000.00 anuais foram destinados a “Ampliação das Práticas de Gestão Participativa de Controle Social, de Educação Popular em Saúde de Implementação de Políticas de Promoção da Equidade (p.13).

Ainda segundo a Portaria nº 992/2009, em seu item 2.1 tópico IV, destaca que é de responsabilidade do gestor federal o ato de coordenação, monitoramento e avaliação da implementação da política, em consonância com o Pacto Pela Saúde. Todavia, ainda tendo como base a RIC, respondendo o questionamento de haver algum relatório de gestão, avaliação ou documento acerca da implementação da PNSIPN, pontuou que tal atribuição é do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) (p.14), que, ao ser questionado pelos elaboradores do relatório, afirmou que “a definição, periodicidade e qualidade dos indicadores que monitoram e avaliam a PNSIPN são atualmente de responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde” (p.38). Dessa maneira, é perceptível que mesmo dentro das instâncias que compõem a saúde no Brasil

não há delimitação e nem clareza acerca das competências e responsabilidades que cada um deve exercer.

Dessa maneira, a conclusão do relatório é a de que:

(...)diante da falta de programas, ações ou iniciativas relacionadas à política nos últimos anos, da ausência de orçamento próprio e de mecanismos mínimos de governança e gerenciamento (como metas, indicadores etc.) conclui-se que a política, que antes parecia existir ao menos por meio de iniciativas ad hoc, parece ter deixado de ser executada pelo ministério (p.125).

Além dos dados acerca da PNSIPN, o relatório também aponta outros programas, ações e leis que ou não foram executadas ou cumpridas, ou encontram-se praticamente desmontadas por completo. Um desses casos é o do Plano Nacional de Enfrentamento ao Homicídio de Jovens, Lei 13.675/18, que jamais chegou a sair do papel. O programa “Juventude Viva”, instituído para reduzir a vulnerabilidade dos jovens em situações de violência, especialmente jovens negros, que foi descontinuado em 2019. O Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça, responsável pela promoção de mudanças na gestão de pessoas, bem como pela bandeira de luta contra as discriminações raciais e de gênero no ambiente de trabalho, instaurado em 2005, encontra-se descontinuado desde 2018.

Em relação ao orçamento destinado à políticas voltadas à população quilombola, destaca-se que no ano de 2014 o orçamento destinado era de 26 milhões, e em 2019 foi de apenas 5 milhões, o que representa um corte de mais de 80% do orçamento total. Além disso, em 2020 também houve a extinção da ação voltada ao Desenvolvimento Local para Comunidades Remanescentes de Quilombos e Outras Comunidades Tradicionais.

Já tratando sobre as ações de Promoção da Igualdade, a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial também sofreu um corte de aproximadamente 84% do orçamento total entre os anos de 2012 e 2021. Em 2012, foram executados cerca de R\$ 5 milhões, já em 2021, cerca de R\$ 800 mil. Não obstante, também foram excluídos durante o governo Bolsonaro o Comitê de Articulação e Monitoramento do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial e o Fórum Interconselhos.

A portaria 992/2009 destaca também que o comitê técnico de saúde da população negra tem caráter deliberativo e executivo, e são responsáveis pela articulação e diálogo entre os sujeitos das comunidades negras e as instituições de governo, além de atuarem na garantia da implementação da política. No DF, o comitê foi instituído pela Portaria nº 043 de 06 de março de 2013, posteriormente regido pela Portaria Nº 54, DE 18 DE JANEIRO DE 2021 e revogada pela Portaria Nº 763, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2022 que reformula o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN).

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Distrito Federal¹⁸ tem como premissa primordial o subsídio para formulação, a implantação e o monitoramento de Programas, Projetos e Ações em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com foco no avanço do princípio da equidade e igualdade e do reconhecimento do racismo como determinante social de saúde. Atualmente o comitê é coordenado pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais – GASPVP.

Além do CTSPN, o DF possui o Conselho Distrital de Promoção da Igualdade Racial – CODIPIR. Instituído pela Lei nº 6.789, de 14 de janeiro de 2021, o CODIPIR é um órgão colegiado, com caráter consultivo e fiscalizador das ações governamentais, composto por membros da Sociedade Civil e representantes dos órgãos públicos. O conselho é vinculado à Secretaria de Justiça e Cidadania do (SEJUS) e, assim como a PNSIPN tem por objetivo combater o racismo, a discriminação racial, e além dos direitos da população negra também tem como foco a população indígena e assegurar os direitos da população negra, dos indígenas e povos tradicionais, além de fiscalizar a execução das ações.

Paritariamente, o Conselho Distrital de Promoção da Igualdade Racial é composto por 22 (vinte e dois) membros, entre representantes do poder público e da sociedade civil. Dentre esses 22 membros, foram indicados pelas seguintes pastas, componentes das áreas de Igualdade Racial, Criança e Adolescente, Cultura e Economia Criativa, Esporte, Juventude, Educação, Direitos Humanos, Saúde, Habitação, Mulheres e Segurança Pública.

No ano de 2016 foi lançado Plano Distrital de Promoção de Igualdade Racial do Distrito Federal (2017-2020), ação da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos e a Secretaria Adjunta de Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos Subsecretaria de Igualdade. Dentre os eixos do plano, o Eixo II é o responsável por contemplar as Políticas de Igualdade Racial no Distrito Federal, e dentro desse eixo consta o Objetivo 9: Assegurar e garantir a igualdade de tratamento no acesso às políticas de saúde. Os órgãos responsáveis por tal ação são a: SES, SIR em parceria com o Ministério da Saúde, Conselhos, MPDFT, Defensoria Pública, SDH, SPM

Dentre as ações propostas para esse eixo, destacam-se:

- Promover a equidade, nas rotinas de atenção à saúde e na educação para a saúde de ações específicas voltadas para as populações negras, indígenas, quilombolas e ciganas, de modo a garantir a melhoria da qualidade de vida;
- Fortalecer a dimensão étnico-racial no Sistema Único de Saúde, incorporando-a à elaboração, implementação, controle social e avaliação dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal;

¹⁸ As ações do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Distrito Federal podem ser consultadas no link: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/A%C3%A7%C3%B5es+CTSPN+de++2018+a+2022+atualizado.pdf/81f18866-6ee2-550b-7a20-80fb33b3cae0?t=1667581287048>

- Garantir apoio a estudos sobre a doença falciforme e à saúde da mulher negra, em especial com acompanhamento antes, durante e após o parto, bem como, com a promoção de programas de saúde para jovens negros, indígenas, ciganos, nos postos de saúde da rede pública;
- Implantar e implementar o Programa de Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias;
- Fomentar políticas públicas de utilização dos templos de tradição afro-brasileira e indígena como espaços de educação, promoção e atenção à saúde;
- Garantir a criação de instância na Secretaria de Estado de Saúde para institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Articular com a Secretaria de Saúde adoção de mecanismos para redução do índice da mortalidade materna e infantil de mulheres/crianças negras, indígenas e quilombolas;
- Promover a integralidade com equidade, na atenção à saúde das populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas;
- Aferir e combater o impacto biopsicossocial do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra;
- Promover a implantação da legislação de ação afirmativa no Distrito Federal;
- Garantir a veiculação e distribuição de materiais produzidos com as legislações de promoção da igualdade racial e enfrentamento ao racismo e das políticas públicas implementadas nesta temática;
- incluir o quesito raça/cor em todos os formulários utilizados pelas instituições policiais;
- Desenvolver ações específicas de combate à disseminação de HIV/AIDS e demais DSTs junto às populações negras, indígenas e ciganas;
- Diminuir a taxa de mortalidade materna indígena e negra

Em 2021, houve a publicação do Decreto nº 41.962, de 31 de março, que aprova o Plano Distrital de Promoção da Igualdade Racial e institui o seu Comitê Gestor de Articulação, Monitoramento e Avaliação (2021-2023). O plano também se propõe a fortalecer a PNSIPN, e tem como principais focos o trabalho baseado no princípio da equidade, no atendimento humanizado com conduta acolhedora de mulheres negras, na lógica de articulação transversal e fortalecimento do comitê técnico. Além disso, o plano operativo também amplia a visão do conceito de saúde, especialmente quando se propõe a levantar informações, separadas por Ras, sobre mortalidade infantil, morte por causas externas (homicídios e acidentes), expectativa de vida, e outros fatores de impacto na saúde da população negra, indígena, cigana e demais povos e comunidades tradicionais, por Regiões Administrativas

Para a construção da dissertação também foram consultados os Planos Distritais de Saúde a fim de verificar quais menções à saúde da população negra ou a PNSIPN foram feitas. Começando pelo plano lançado em 2004, que previa ações entre o período de 2004 a 2007, foi encontrado apenas uma menção na parte de investimentos em obras, sendo proposta a ação de Construção do Centro Distrital de Referência da Saúde da População Negra com valor destinado de 1.500.000,00. O Plano Distrital do período entre 2008 e 2011 traz em si uma série de enfoques prioritários. Contudo, a única menção da saúde dos grupos populacionais minoritários encontra-se no item 3.5.3. tópico 10, que dispõe sobre o Controle Social. Tal item aponta que o objetivo é:

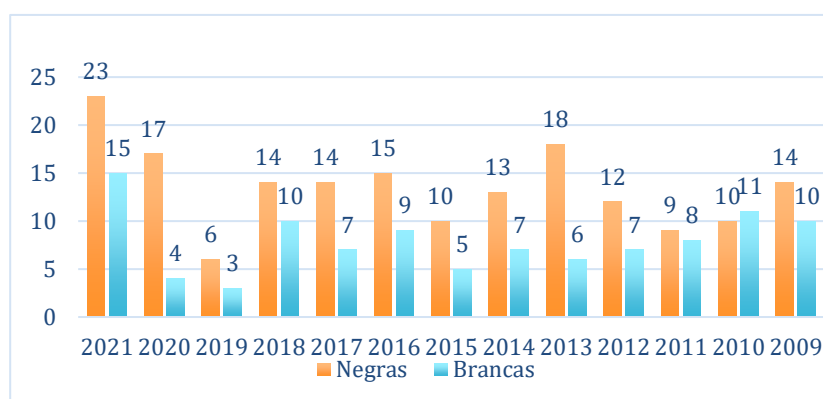
Tornar as unidades de saúde acessíveis, acolhedoras e humanizadas as pessoas com deficiência (auditivas, visuais, motoras e intelectuais) e também outras populações

socialmente excluídas como negros, gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais (LGBT) de forma a considerar as especificidades (vulnerabilidade) de segmentos sociais, com vistas a universalidade e equidade (P.69).

O Plano distrital de 2012-2015 não faz nenhuma menção à saúde da população negra e ou minorias. O plano de 2016-2019, aborda a questão da mortalidade materna e de como a maioria de casos concentra-se nas mulheres de 40 a 49 anos, nas que não fizeram, tiveram poucas consultas de pré-natal, ou o iniciaram tardiamente, bem como é maior nas mulheres negras e sem escolaridade.

Sobre a questão da mortalidade materna, realizou-se uma consulta ao Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, utilizando o TabNet Win32 3.0: óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Distrito federal, com os seguintes filtros: linha: município; coluna: não ativa; conteúdo: óbitos maternos; períodos disponíveis: 2009 a 2020; cor/raça: preta e parda (para obter o número de mulheres negras) e branca. Além disso, no local de ocorrência do óbito, optou-se por utilizar todas as categorias (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros e ignorado). O resultado obtido foi o seguinte número de óbitos maternos durante a gravidez, parto ou aborto:

Gráfico 4 - Óbitos Maternos Durante a gravidez, parto ou aborto



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Elaboração própria

OBS: A Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), até a data de coleta de dados, fevereiro de 2023, não havia disponibilizado as informações referentes a 2022.

O plano de 2020-2023 traz uma importante contribuição no fortalecimento da saúde da população negra no DF: a GASPVP Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais. A GASPVP, segundo o plano distrital tem o objetivo de garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde da atenção básica aos serviços de saúde “de forma oportuna e humanizada, com igualdade de direitos, reduzindo agravos que incidem desproporcionalmente nesta população” (p.147).

A GASPVP tem como frente principal de trabalho a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) cujo objetivo é subsidiar a formulação, a implantação

e o monitoramento de programas, projetos e ações em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando o fomento e a ampliação da equidade e igualdade étnico racial na Atenção à Saúde da População Negra no Distrito Federal. Tem como primeiro desafio implantar adequadamente a coleta do quesito raça, cor, nos serviços de saúde, conforme portaria de nº 201 de 03 de outubro de 2014, construir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional nos serviços de saúde (p.147).

Desta forma, a atenção básica, juntamente com a GASPVP tem como compromisso a implementação, fortalecimento e articulação das políticas de atenção à saúde voltadas às populações vulneráveis. Desta forma, tem foco ampliado, visando oferecer acesso a saúde a população negra; população em situação de rua; ciganos; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, mulheres travestis, transexuais, população LGBTI+; dentre outros grupos populacionais vulneráveis.

3.2. RELATÓRIOS ANUAIS SES-DF

Os boletins anuais da SES-DF fazem parte do conjunto de relatórios elaborados pelas unidades componentes do GDF e que tem a finalidade de embasar a Prestação de Contas Anual do Governador, prevista na lei orgânica do DF em seu inciso XVII, do artigo 100, e na Resolução 296/2016 – TCDF, de 15/09/2016. Tem por finalidade apontar quais foram as ações, medidas, metas e resultados alcançados no exercício anual. Por ser um documento que contém todos esses elementos, bem como marca o compromisso com a oferta de bens e serviços à população e trazer a transparência das ações realizadas anualmente pela SES, optou-se pela coleta de dados também nesses boletins¹⁹. Vale ressaltar que serão citados aqui as menções, ações, metas ou qualquer outro tópico voltado à saúde da população negra. Todos os boletins anuais a partir de 2013 podem ser consultados na íntegra no link: <https://www.saude.df.gov.br/relatorio-anual-de-atividades>

Tabela 5 - Análise dos Relatórios Anuais Ses-DF

| ANO | PÁG. | AÇÃO, MENÇÃO, META, ENTRE OUTROS. | STATUS |
|------|------|--|-----------|
| 2013 | 33 | <p>Tópico: Atenção à Saúde das Populações Vulneráveis</p> <p>Principais ações desenvolvidas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Organização, em parceria com a SEPIR, das rodas de conversa sobre racismo institucional; ● Criação, em parceria com a SEPIR- DF, do folder sobre Racismo na Infância; ● Criação do folder sobre Saúde da População Negra; Elaboração da Carteira de Serviços de Saúde para a População Negra. | Realizada |
| 2014 | 29 | <ul style="list-style-type: none"> ● O planejamento da atenção à saúde da população negra se pautou em ações voltadas para a organização do Comitê | Realizada |

¹⁹ Até a data da coleta de dados, fevereiro de 2023, somente encontravam-se disponíveis os boletins entre 2013 e 2020

| | | | |
|------|---------|--|-----------|
| | | <p>Técnico de Saúde da População Negra, regulamentação da coleta do quesito raça/cor no âmbito da SES/DF, enfrentamento ao racismo institucional e a inclusão da temática Saúde da População Negra no fórum da Atenção Primária.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marco Legal: Elaborado e implantado Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) por meio da portaria 105 de 29 de maio de 2014. Com o Regimento Interno foi possível regulamentar normas e condutas para o correto funcionamento do Comitê. • Principais ações: O CTSPN programou e realizou seis reuniões ordinárias e duas extraordinárias, formou Grupos de Trabalho - GTs Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Juventude Viva, Informações de Saúde, Comunidades Tradicionais e Formação e Educação do Trabalhador da Saúde, que estão iniciando suas atividades. A partir da formação dos GT espera-se que todo elenco de ações apontadas componha uma Política Distrital de Saúde da População Negra do Distrito Federal. Na última reunião, realizada em dezembro, foi elaborado um relatório a ser encaminhado ao grupo de transição na gestão da SES – DF. • Marco Legal: Regulamentada a coleta do quesito, raça/cor e etnia no âmbito da SES/DF a partir da portaria de nº 201 de 03 de outubro. Os formulários de coleta de dados dos usuários estão sendo adequados gradativamente para esta ação. A regulamentação é amparo legal para as sensibilizações/formações dos servidores da saúde a respeito da importância da informação cor/raça/etnia para conhecimento da situação de grupos populacionais vulneráveis e elaboração de planos de ação a fim de reduzir desigualdades no Distrito Federal. • Houve dificuldades em relação à realização de rodas de conversas planejadas sobre Enfrentamento ao racismo institucional e para encontrar parcerias com áreas técnicas da população negra para tratar da temática racismo institucional. • Em 2014 houve uma aproximação com o Ministério da Saúde para um possível apoio institucional ao Comitê para o desenvolvimento dessas ações, o que será executado a partir de 2015. | |
| 2015 | 27 e 36 | <p>Tópico: Saúde da População Negra</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTSPN realizou três reuniões ordinárias, com a discussão sobre o TrakCare para inclusão no sistema de campos: raça/cor/etnia, no entanto foram apontadas dificuldades para inserção da etnia. • Atualização do conteúdo da Carteira de Serviços e a reorganização do CTSPN com a entrada de mais participantes da Secretaria de Estado de Política para Mulheres do DF-SEMIDH. Entretanto, em 2015 foram observadas dificuldades relacionadas ao esvaziamento do CTSPN, necessitando revisão da participação dos representantes e as parcerias com áreas técnicas para tratar da temática Racismo Institucional. | Realizada |

| | | | |
|------|------------|---|-----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Realização do Simpósio “Desafios para a Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres” com objetivo de iniciar a discussão acerca de recortes da população feminina que ainda são pouco considerados e/ou excluídos das ações de saúde no que se refere a suas especificidades/necessidades. Foram elencadas as questões das mulheres negras, das idosas, das adolescentes, das climatéricas e das lésbicas e bissexuais. O evento reuniu cerca de 200 profissionais de saúde da APS e apontou para a necessidade da capilarização e aprofundamento dos temas abordados. | |
| 2016 | 22 | <ul style="list-style-type: none"> A SES tem assento no Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), tendo participado das discussões para definição das diretrizes e estratégias do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) - quadriênio 2016-2019. No âmbito do DF, a composição do referido comitê foi atualizada e republicada no DODF e foram pautadas questões atinentes à inclusão do transplante de medula para tratamento da Doença Falciforme e ações para o enfrentamento da dengue, chikungunya e vírus zika direcionadas às mulheres negras. Mantida a participação no Comitê Intersetorial do Disque Racismo cuja pauta principal foi a elaboração e discussão do Plano Distrital de Promoção de Igualdade Racial do DF – quadriênio 2017-2020. Em parceria com a SEDESTMIDH (Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos) a SES acompanhou o lançamento do Projeto UBUNTU – Espaço de Referência em Raça e Gênero nas Administrações Regionais do Distrito Federal - e promoveu uma capacitação para enfrentamento do racismo institucional e promoção da igualdade racial para servidores do GDF. Tentativa, junto à área de Tecnologia de Informação da SES, de inclusão do campo raça/cor/etnia nos dados de identificação do paciente no prontuário eletrônico da SES-DF, sistema TrakCare. Entretanto, ainda não foi viabilizado. | N/A |
| 2017 | 17 | <ul style="list-style-type: none"> Representação da saúde da mulher no Conselho de Direitos da Mulher, no Comitê Técnico de Saúde da população Negra, no Comitê de Enfrentamento da Zika, na Rede Cegonha, no Comitê de óbito materno, infantil e neonatal; | N/A |
| 2018 | Não Consta | | |
| 2019 | 05 | <ul style="list-style-type: none"> Rodas de Conversa com os servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Estas ações proporcionaram às equipes vivências de situações e contextos culturais diversos, permitindo-lhes um olhar | Realizada |

| | | | |
|------|----|--|-----|
| | | <p>diferenciado para as necessidades de saúde destes segmentos populacionais comumente invisibilizados e negligenciados pela sociedade. O preconceito institucional velado foi amplamente debatido nestas rodas de conversa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fórum de sensibilização direcionado aos servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis. | |
| 2020 | 14 | <ul style="list-style-type: none"> • Menção: APS pretende promover a equidade em saúde, contemplando as especificidades e peculiaridades da população, como por exemplo a população interna dos presídios e do sistema socioeducativo, bem como aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade na perspectiva biopsicossocial, tais como: a população em situação de rua, as pessoas com deficiência, a população rural, negra e LGBTI + | N/A |

Fonte: Dados extraídos dos Relatórios Anuais SES - DF referentes aos anos de 2013 a 2020
Elaboração própria

3.3. RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO SES-DF

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o documento que apresenta o planejamento anual da gestão da SES e que traz em si as ações planejadas e os resultados de cada uma delas. Articulam-se diretamente com os Planos Distritais de Saúde e seus possíveis desdobramentos. Não obstante, é ainda um instrumento de prestação de contas dos recursos destinados à saúde, incluindo os repassados para o Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF). É um elemento que concentra em si muitos dados e elementos, e por essa razão também foi instrumento de levantamento de dados para este trabalho. Abaixo seguem todas as menções, ações, metas ou outras citações acerca da saúde da população negra encontrada nos boletins. Vale ressaltar que os boletins que não foram incluídos no quadro abaixo não citam nenhuma questão voltada à temática da dissertação. Encontram-se disponíveis os relatórios de 2009 a 2021: <https://www.saude.df.gov.br/relatorio-anual-de-gestao-rag>

Tabela 6 - Análise dos Relatórios Anuais de Gestão Ses-DF

| ANO | PÁG. | AÇÃO, MENÇÃO, META, ENTRE OUTROS. | STATUS |
|------|------|---|--------|
| 2009 | | Não Consta | |
| 2010 | 22 | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto de criação do Comitê de População Negra ao Conselho de Saúde do Distrito Federal. | N/A |
| 2012 | 17 | <ul style="list-style-type: none"> • Participação mensal, como titular e suplente, no Comitê da Igualdade Racial do Distrito Federal; | N/A |

| | | | |
|------|------------|---|-----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Levantamento de dados demográficos, sociais e epidemiológicos com recorte para a população negra do DF, identificando necessidades de saúde a partir do levantamento de dados e a sensibilização das equipes de Consultório na Rua, quanto à porcentagem da população negra em seus territórios e planejamento de ações que contemplem suas necessidades. | |
| 2013 | Não Consta | | |
| 2014 | Não Consta | | |
| 2015 | Não Consta | | |
| 2016 | Não Consta | | |
| 2017 | Não Consta | | |
| 2018 | 77 | <ul style="list-style-type: none"> Eventos com as equipes da Atenção Primária para aperfeiçoamento do acolhimento e acompanhamento das populações em situação de vulnerabilidade (LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência) nas regiões de saúde Oeste, Norte e Sudoeste. - Realizada uma Oficina e executadas duas Rodas de Conversa. (06) Rodas de Conversa com os servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. (01) Fórum de sensibilização direcionado aos servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa | Realizada |

| | | | |
|------|----|--|-----------|
| 2019 | 72 | <ul style="list-style-type: none"> ● Rodas de Conversa com os servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa ● 1 Fórum de sensibilização direcionado aos servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa- Realizada | Realizada |
|------|----|--|-----------|

Fonte: Dados extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão SES - DF referentes aos anos de 2013 a 2020

Elaboração própria

3.4. RELATÓRIOS DE ATIVIDADES QUADRIMENSAIS SES-DF

Além dos boletins anuais da SES e dos Relatórios de Gestão, também foram consultados os Relatórios de Atividade Quadrimestral (RAQ). Optou-se pela coleta de dados em tais documentos em função deste ser um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde-PAS e conter o relatório de atividades desempenhadas pela SES, separadas por períodos quadrimestrais. deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, de acordo com o Art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012. Encontram-se disponíveis no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal os RAQs dos anos 2013 a 2021. Contudo, serão citados apenas os que apontem alguma ação, atividade ou menção direta à saúde da população negra, que são respectivamente os relatórios de 2014, 2018 e 2019.

Em relação às atividades do RAQ 2014- primeiro quadrimestre, na página 83, tópico 6- Atenção à Saúde às Populações Vulneráveis, o documento de antemão já aponta que a PNSIPN não se encontra contemplada nos planos de saúde e nem nos instrumentos de gestão. Todavia, a SES, por meio da GASPV/DIAE/SAPS, realizou naquele ano as seguintes atividades:

- Participação e apresentação de pôster sobre a implantação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no DF na II Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS – II EXPOGEP, realizada entre os dias 02 e 06 de fevereiro de 2014, em Brasília.
- Organização e realização de 02 reuniões ordinárias do CTSPN, tendo como produtos organização de agenda e regimento interno
- Participação na IV Mostra Nacional de Atenção Básica em Brasília.

Já no documento referente ao segundo quadrimestre, a SES também seguiu na realização de atividades voltadas à difusão de informações acerca da saúde da população negra (p.117):

- Apresentação da Política Nacional de Saúde Integral da População pelo NPE no acolhimento aos profissionais médicos do programa Mais Médicos.
- Organização e realização de 04 reuniões ordinárias do Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN.

Já tratando sobre o relatório de 2018, primeiro quadrimestre, o documento propõe uma série de eventos voltados ao acolhimento e atendimento de grupos populacionais considerados em vulnerabilidade, sendo destacado o início de oficinas de capacitação, nas regiões de saúde Oeste, Norte e Sudeste, voltadas à população LGBT, população em situação de rua, população negra, indígenas, pessoas com deficiência, por meio da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - EAPSUS/FEPECS (p.57). Já no segundo RAQ, tal ação foi interrompida para adequação da metodologia e encontrava-se aguardando nova proposta para retomada das atividades. O prazo de conclusão da ação. O terceiro relatório informa que foram realizados os seguintes eventos (p.113):

- Oficina sobre população em situação de rua na Região Oeste como ação piloto para elaboração do Projeto em parceria com EAPSUS/FEPECSEASUS e futura implementação nas regiões de Saúde em 2019.
- Roda de Conversa nas temáticas: Diversidade Sexual e Racismo Institucional na Região Central.

O RAQ de 2019, segundo quadrimestre, aponta que foram realizadas 6 Rodas de Conversa com os servidores das Unidades Básicas de Saúde do DF para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis. Foram executadas rodas de conversa com os seguintes servidores e nas seguintes unidades básicas:

- Equipe de UBS do acompanhamento de populações indígenas do Noroeste; equipe multiprofissional do HUB tratando demandas da população indígena; equipe de acompanhamento da população quilombola na Região Leste;
- Duas rodas com servidores da UBS 04 (Rota do Cavalo/Sobradinho) para tratar da saúde cigana;
- Equipe da UBS 1 Asa Sul sobre a saúde da população LGBTI+;
- Escola Meninos e Meninas do Parque para tratar da saúde da população em situação de rua;
- UBS 1 do Lago Norte para tratar da saúde do povo Calunga (p.104,105).

Segundo o terceiro relatório do mesmo ano, as rodas de conversa foram realizadas, bem como também foi efetuado um Fórum de sensibilização direcionado aos servidores das UBS para acolhimento e acompanhamento das populações vulneráveis: LGBT, população em situação de rua, negros, indígenas, pessoas com deficiência, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (p.84).

Diante do exposto, e entendendo a saúde como fruto de políticas macroeconômicas, por condições de vida, de trabalho, de educação, ausência de violência, capital social e cultural, condições ambientais, por recursos e por relações de poder, é preciso que as discussões sobre saúde da população negra, tenha em seu cerne toda a lógica de desproteção e esvaziamento ao qual a PNSIPN está envolvida. Por fim, ao longo deste trabalho se pode observar que a Política Nacional de Saúde da População Negra tem se pautado por ações descontinuadas, isoladas, descoordenadas e sem orçamento efetivo. Além disso, nota-se uma resistência na implementação e adoção da política por parte do Governo Federal, profissionais de saúde e um desconhecimento do que é a política, ou até mesmo da existência dela, por parte da população em geral.

A fim de reforçar tal conclusão, foi expedido um pedido juntamente ao Participa DF, Lei de Acesso à Informação, endereçado à Secretaria de Saúde acerca do orçamento em saúde para a PNSIPN. O requerimento nº 000704/2023 tinha como objetivo saber se entre o período de 2009 a 2022 houve orçamento destinado para ações voltadas à implementação, promoção e fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no DF.

O despacho dos órgãos SES/SUPLANS/DIPLAN/GEPLoS, contudo retornou com a resposta já esperada: não há nenhum programa voltado exclusivamente a PNSIPN no DF, logo a possibilidade de apontar algum orçamento para as ações de implementação, fortalecimento e promoção da política é impossível. Abaixo segue a resposta, que pode ser encontrada no documento SEI-GDF nº 00060-00032363/2023-95 ou Doc. SEI/GDF 105128913:

Em atenção ao Protocolo LAI-000704/2023 (104117052), no que compete a esta Gerência, restituímos os autos esclarecendo que na proposta orçamentária da SES não há programa de trabalho exclusivo para tratar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no DF, portanto, não é possível identificar especificamente o orçamento destinado à política, conforme solicitado na LAI. A proposta elaborada pela área técnica com a estimativa de despesas para o exercício subsequente, e encaminhada a esta Gerência no processo de elaboração da Lei Orçamentária Anual, não alcança esse nível de detalhamento. No entanto, informamos que as demandas decorrentes da Atenção Primária são executadas no programa de trabalho 10.301.6202.4208.5612 DESENVOLVIMENTOS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-SES-DISTRITO FEDERAL.

Além do exposto, também foi consultado a existência de oferta de cursos de formação para os profissionais de saúde da SES- DF. Contudo, não foram encontrados nos boletins e relatórios a existência de ações de educação em saúde com foco na Saúde da População Negra. Nesse sentido, também foi solicitada tal informação diretamente ao departamento de Educação em Saúde da SES, por meio da Manifestação 104116060.

Não obstante, a Gerência de Educação em Saúde GES/DIDEP restituiu a solicitação com a seguinte resposta:

I-)Foram encontrados registros de um curso realizado em parceria pela Gerência de Populações Vulneráveis e Programas Especiais-106365599, (SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP) - junto ao Observatório da População negra da Universidade de Brasília (UNB): "Curso de formação sobre Saúde da População Negra:

desafios do SUS na promoção da equidade" de 7 a 11 de dezembro de 2020."- Processo de Divulgação do 00060-00517014/2020-04 e 00060-00519683/2020- 11 e (106365599). Esse curso foi realizado e certificado pelo Observatório da População negra da Universidade de Brasília (UNB) segundo informações da servidora responsável pela ação educativa na época. II-)Encontrados registros de divulgação de Webinário com EAPSUS, Curso da UNASUS para os servidores da SES-DF. (106365599).

Além disso, destaca-se que o curso Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade, contou com 5 mesas expositivas, sendo respectivamente: Raça, Racismo e as Expressões da Necropolítica; Os Impactos do Racismo na Saúde e suas Interseccionalidades; Acesso e Qualidade de Saúde das Mulheres Negras; Doenças Prevalentes na População Negra; Repercussões do Racismo na Saúde Mental. O objetivo do curso era apresentar um panorama da saúde da população negra e as implicações do racismo como determinante social em saúde, a fim de subsidiar profissionais em seus discursos e práticas, e foram ofertadas 80 vagas. A resposta ao requerimento de informações e a programação completa do curso podem ser consultadas na íntegra no anexo A, ou pelo processo- SEI nº 0006000032333202389. Elenca-se também a existência do curso Saúde da População Negra, na plataforma UNA-SUS, voltado a profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica e para o público em geral.

Cabe destacar aqui o imenso desapontamento acerca da falta de continuidade dos cursos de formação e de orçamento próprio destinado a PNSIPN no Distrito Federal. É de se assustar que diante do largo abismo de desigualdades sociais, ambientais, espaciais e raciais aqui descritas, não haja uma proposta de enfrentamento de tal problemática.

Houve tentativas e ações, mesmo que descontinuadas, para tratar especialmente sobre as iniquidades da população negra no DF e suas condições de saúde. Contudo, a existência de apenas um curso presencial é suficiente? A realização de rodas de conversa descontinuadas é eficaz para abordar a situação das populações vulneráveis e intervir diretamente em suas realidades?

Tais questionamentos acima são puramente retóricos, há um descaso com a PNSIPN em todo o Brasil e no DF não é diferente. Exemplo disso é a falta de orçamento destinado às ações voltadas à promoção e fortalecimento da PNSIPN, elemento que denuncia de forma escancarada a forma como tal política é tratada.

3.5. DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN

Durante toda a discussão elaborada na dissertação, ficou claro que a PNSIPN enfrenta e seguirá enfrentando problemas que atuam diretamente na contramão de sua implementação. Sendo assim, é impossível terminar o trabalho sem tratar de tais questões. Deivison Mendes Faustino (2017), em seu artigo *A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da*

população negra levanta alguns pontos que nos apoiam na construção do cenário acerca das dificuldades de implementação da PNSIPN, resumidos nos seguintes tópicos.

1. discordância quanto a validade do uso científico e/ou político do conceito de raça;
2. crítica ao que seria a importação colonial da birracialidade estadunidense (branco/ negro) ao contexto brasileiro;
3. discordância quanto às influências do racismo na saúde e a defesa da centralidade das questões econômicas como determinantes das condições de saúde;
4. classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, em suposta consonância com as forças políticas e econômicas que atentam contra a busca pela universalização do direito à saúde.

Nesse sentido, o primeiro ponto deve ser acerca da conceituação de Raça e seu entendimento no contexto brasileiro. Diversas são as definições e as discussões acerca da raça, contudo, para haver um entendimento bastante difundido de que tal termo carrega intrinsecamente o ato de classificar, “primeiro, entre plantas e animais e, mais tarde, entre seres humanos. A noção de raça como referência a distintas categorias de seres humanos é um fenômeno da modernidade que remonta aos meados do século XVI” (ALMEIDA, SL., 2019, p.18). É um conceito cinético, atrelado aos tempos históricos, imbricado de conflitos, tensões, posicionamentos, reconhecimentos (ALMEIDA, SL., 2019).

Os séculos XV-XVIII pautam as circunstâncias históricas e pautam os sentidos atribuídos à raça. Com o alargamento da lógica econômica mercantilista e as viagens marítimas visando a conquista de novos territórios, surgem também os alicerces de uma nova ordem renascentista em que a existência humana se volta ao questionamento de temas como, arte, ideias e ideais, bem como para a multiplicidade humana de forma geral (HALL, 2002).

Tal período, além disso, revoluciona a ideia de pertencimento, seja aquele comunitário, político, ideário ou religioso. É responsável pela construção de um ideário universal: o homem europeu, o homem do iluminismo. Ao colocar-se tal figura como definição da beleza, inteligência, sabedoria, como símbolo da evolução, assume-se que todos os não correspondentes a tal máxima de pulcritude, seriam automaticamente inferiores (ALMEIDA, SL., 2019)

Diante disso, a ideia de raça surge da separação entre o homem europeu e o restante do mundo. Portanto, tal conceito que muitas vezes parece ter uma definição óbvia e difundida, não é tão óbvia e nem tão difundida assim. Pelo contrário, exige um esforço, pois, assim como destaca Silvio Almeida (2019) “é, na verdade, um dos produtos mais bem-acabados da história moderna e exigiu uma sofisticada e complexa construção filosófica” (p.18)

O termo raça, quando utilizado pelo movimento negro, por sociólogos e nas políticas públicas, não tem um significado biológico, assim como não é alicerçado na ideia de raças superiores e inferiores, como em séculos precedentes. Mas se baseia na dimensão social e política do referido termo. O uso justifica-se tanto pelo fato da discriminação racial e o racismo existentes na sociedade brasileira se darem não apenas devido aos aspectos culturais dos representantes de diversos grupos étnico-raciais, como também devido à relação que se faz entre esses e os aspectos físicos observáveis na estética corporal dos pertencentes às mesmas. (GOMES, 2005, p. 45).

Dessa forma, o fator raça se constitui como uma categoria necessária para tratar das desigualdades no acesso, prevenção e garantia em saúde e os rebatimentos do racismo sobre tal

questão. Não obstante, ao longo de toda a trajetória histórica e social brasileira, o Brasil não foi capaz de investir em políticas públicas com foco na promoção e garantia à saúde da população negra, pelo menos não em níveis expressivos. Considerando o conceito ampliado de saúde, é sabido que fatores como renda, alimentação, meio físico, segurança, ocupação e diversos outros fatores são fundamentais para garantir tal direito.

(...)os negros ainda possuem uma alta propensão para adquirir doenças como anemia falciforme, hipertensão arterial, diabete, deficiência de glicose-6-fosfato, desidrogenase, alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/ AIDS, DORT/LER, relacionadas ao trabalho, transtornos mentais, coronariopatas, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas, entre outros. Todas essas patologias não demonstram uma fraqueza do povo negro, mas sim uma particularidade. A sanidade ou enfermidade das pessoas é algo complexo e está relacionada a vários fatores, entre eles a questão do meio ambiente físico, social, político e cultural, relacionando-se todos com as condições biológicas de cada ser humano. Estatísticas apontam que a porcentagem de mortes por causa de diabetes é 27% mais alta nos negros (pretos e pardos) se comparados aos brancos (FAGUNDES, 2006.p.16)

De forma geral, a PNSIPN surge como uma forma de enfrentamento e como uma tentativa de diminuir o largo espaço de desigualdades criado pela discriminação, exploração e racismo para as pessoas negras ao longo da história brasileira. Contudo, o não reconhecimento do racismo e uma alimentação do ideário de que política específica de saúde para a população não é necessária, ponto de vista alimentado principalmente pelo Mito da democracia Racial, tem sido um dos entraves à efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O campo da saúde da população negra- SPN ainda provoca resistências, e um dos elementos evocados para demarcar a não-necessidade da PNSIPN é o artigo 5º da CF de 1988, que diz que perante a lei somos todos iguais, sem distinção de qualquer natureza. Sendo assim, uma política focada especialmente na SPN seria, teoricamente, uma forma de discriminação.

Contudo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de carácter transversal às demais políticas do SUS, trilha o caminho contrário das chamadas políticas focalistas: “a PNSIPN busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil” (BATISTA; MONTEIRO, 2010, p.171)

Conforme destacam Batista e Monteiro (2010), às políticas focalizadas se alimentam principalmente das teses de Amartya Sen, que em linhas gerais compreende a focalização como um caminho, prático e direcionado de superação da exclusão das camadas mais pobres da sociedade (SARMIENTO; ARTEGA, 1998). Todavia, é preciso pontuar que o que acontece é a contramão desse argumento, especialmente por tais políticas, manterem o status de exclusão e limitação a superação dos elementos fundantes das desigualdades. Nesse sentido a focalização se define por

(...)estabelecer mecanismos e critérios idôneos para delimitar “quem” tem direito aos serviços básicos que se outorgam como subsídio público (...) uma política social “racional” (estratégica), no marco de economias abertas e competitivas” (p. 61). (...)tais políticas não

comprometeram nenhum aspecto da reforma estrutural, estando deslocadas da institucionalidade da proteção social. Assim, são características das políticas focais: a diferenciação de acesso; o subsídio à demanda; a focalização da população; a descentralização das ações; e a governança, ou seja, a mobilização de atores sociais e políticos numa ação concertada segundo objetivos e metas dos programas” (ABL, 2004, p. 61).

Outro argumento que soma forças a essa resistência contra a PNSIPN, seria o da miscigenação no Brasil e a negação do preconceito racial. A mestiçagem, apoiada pelo mito da democracia racial, tem cumprido um papel histórico importante na manutenção racializada da elite branca, por um lado ela nega o valor da própria branquitude na alocação de posições-chave na sociedade, por outro, ela inibe a manifestação dos setores que sofrem os efeitos da racialização das elites (FERNANDES, 2008).

Para Almeida (2014), o caso do Brasil pode ser definido como “racismo à brasileira”, pois, pautado pelo mito da democracia racial, atua de duas formas: a primeira é garantindo a manutenção da discriminação e preconceitos, e a segunda é afirmando que por conta da miscigenação no Brasil somos todos iguais. Nesse sentido, Domingues (2005), é categórico ao afirmar que “ao negar o preconceito racial, contribuía-se para desarticular a luta política anti-racista, pois não se combate o que não existe” (p.7). De acordo com Magali da Silva Almeida (2017), o mito da democracia racial é elemento para a negação do racismo enquanto estrutura de poder e estratificação social, pois não assume suas ramificações, nega sua existência e impede que haja um enfrentamento da questão, no caso deste trabalho, a saúde da população negra.

O mito da democracia racial ganhou sua elaboração acadêmica e alcançou o seu clímax por meio de Gilberto Freyre em seu *Casa Grande & Senzala*(1933), uma obra que viria a moldar a imagem do Brasil. Embora Freyre destaque o caráter sadomasoquista da cultura brasileira, o sadismo da casa-grande personificado no senhor de engenho e o masoquismo da senzala materializado na figura do escravo, o tom da sua obra é de otimismo em relação a um ambiente social gestado durante a fase colonial brasileira que favorece e é propício à ascensão social do mulato, tipo que tenderia a caracterizar num futuro próximo o Brasil. No mulato visualizaríamos o que Gilberto Freyre chamou de processo *desequilíbrio de antagonismos*, a saber, “a fusão harmoniosa de tradições diversas, ou antes antagônicas, de cultura”. O resultado desse equilíbrio de antagonismos, que se materializa, sobretudo, na figura do mulato, é que “não se pode acusar de rígido, nem de falta de mobilidade vertical o regime brasileiro, em vários sentidos sociais um dos mais democráticos, flexíveis e plásticos” (FREYRE, 1992:52, apud BERNARDINO, 2002, p.251)

A defesa da categoria de saúde universal, e taxação da PNSIPN como uma política focalista, nada tem a ver com a busca pela garantia de saúde a todos os grupos populacionais brasileiros, mas sim como um dos pilares de apoio ao ideário comum de que tal ação serviria como uma espécie de “norte racializador” dentro do sistema de saúde, e retomando o ponto de que o racismo não é reconhecido dentro da sociedade brasileira, isso significa assumir algo que “não existe”; afinal, somos todos iguais.

Em outras palavras, a categoria Universal, é tomada –neste enquadramento- não como síntese das diversas particularidades que a compõe, mas sim como seu polo antitético, de forma que a afirmação de uma implicaria a negação da outra. Do mesmo modo, para retomar a polaridade observada por Nancy Fraser, as disputas e negociações pela efetivação dos direitos

são apresentadas como tensão ao invés de articulação entre reconhecimento e distribuição (FAUSTINO, 2017, p. 3837).

Afirmar a PNSIPN enquanto elemento de focalização não faz sentido, pois assim como apontado por Theodoro e Delgado (2003), tal modelo, nos moldes que conhecemos atualmente, significa atrelar o enfrentamento da questão social única e exclusivamente pela política social, na qual o direito social é descaracterizado e atribuído a um gasto social.

O discurso da focalização faz toda a discussão da política social enveredar para o âmbito da “escolha pública eficiente” em face de uma restrição absoluta, daí desenvolvendo quatro premissas, todas passíveis de questionamento: i) que os recursos governamentais destinados atualmente para a política social acompanhamento e análise são suficientes ou, antes, configuram uma espécie de restrição exógena indisputável, restando apenas serem bem direcionados (ou bem focalizados); ii) que, desse modo, essa política social deve ser concebida como basicamente uma política de focalização da pobreza; iii) que a formatação ou a reformatação da política social é um problema técnico de ajuste, associado à eficiência alocativa e à eficácia das ações, destituído do componente político e da concertação social; e iv) que a política social deve objetivar atuar nas franjas e/ou nos “subprodutos indesejáveis” advindos do pleno funcionamento das leis de um mercado desregulamentado e “sem amarras” O próprio Sistema Único de Saúde, em sua noção de “conceito ampliado de saúde”, apresenta o princípio da equidade – e também integralidade– ao lado do princípio da universalidade, e não como contraponto (THEODORO; DELGADO, 2003, p.123).

Nesse sentido, a lógica de focalização estaria em completa consonância com a agenda neoliberal e representaria o contraponto à universalização da saúde. Contudo, assumir tal lógica significa deixar de fora todo o contexto brasileiro e todas as particularidades do campo da saúde pública. Como já abordado anteriormente, a PNSIPN segue a lógica da transversalidade, o que significa dizer que o fortalecimento do SUS é um dos principais fatores para sua viabilização depende unilateralmente do fortalecimento progressivo do Sistema Único de Saúde para ser viabilizada. “A especificidade da PNSIPN busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil” (BATISTA; MONTEIRO, 2010, Apud. FAUSTINO, 2017, p.3838).

Portanto, a PNSIPN, inserida dentro da política universal de saúde, age como componente de fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS, especialmente no reconhecimento das especificidades da saúde da população negra e reconhecimento do racismo enquanto determinante de saúde. Não obstante, não se trata apenas de não acesso a serviços de saúde, mas se propõe a atuar também na erradicação da discriminação dentro do SUS. Portanto, a política não está na mão do conceito universal garantido pela CF de 88, muito pelo contrário. Refutar a existência da PNSIPN é corroborar com o não reconhecimento do racismo e da atenção voltada à população negra, ignorando assim a dívida histórica do Estado Brasileiro.

Todavia, além da ideia que ocorre em grande parte dos brasileiros acerca da não-existência do racismo, ou este se materializando somente por meio da discriminação direta, é preciso falar também das formas como tal questão impacta diretamente na saúde da população negra. Retomando o

conceito de raça abordado, é preciso aqui abrirmos o leque acerca do racismo na sociedade brasileira e as formas como se opera. O presente trabalho assume o racismo enquanto elemento sistemático da sociedade brasileira e tem na raça seu núcleo central e que “se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam” (ALMEIDA, SL., 2019, p.22)

Para o professor Silvio Luiz de Almeida (2019) é preciso fazer a distinção entre o que é o racismo e dois conceitos bastante presentes nas discussões raciais, discriminação e preconceito racial. Acerca de tais conceitos, o preconceito racial, nesse sentido, pode então ser caracterizado como aquele baseado em estereótipos como atribuir a característica de violência aos negros, a ideia automática de que pessoas asiáticas são naturalmente dotadas de sabedoria para as ciências exatas etc.

(...)onde o preconceito é de marca, as relações pessoais, de amizade e admiração cruzam facilmente as fronteiras de marca (ou cor); onde o preconceito é de origem, as relações entre indivíduos do grupo discriminador e do grupo discriminado são severamente restringidas por tabus e sanções de caráter negativo. Assim, no Brasil, um indivíduo pode ter preconceito contra as pessoas de cor, em geral, e, ao mesmo tempo, ser amigo particular, cliente ou admirador de determinada pessoa de cor, sem que isso cause espécie ou implique uma mudança de atitude ou de conceito das demais pessoas em relação a ele, pois que não envolve uma redefinição de atitude ou de ponto de vista de sua parte (NOGUEIRA, 2007, p.297).

Já a discriminação racial, por sua vez, se pauta pelo tratamento diferenciado entre indivíduos ou grupos raciais específicos. É demarcada pelas relações de poder e tem em si “a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça. Assim, a discriminação pode ser direta ou indireta” (ALMEIDA, SL., 2019). A discriminação direta é, por natureza, facilmente identificável pois se dá por meio da ofensa, violência, ataques diretos etc. Está relacionada às características delimitadas, sendo a raça um dos principais componentes. Como apontado por Varella (2009), o *apartheid* dos negros sul-africanos, ou o antissemitismo da Alemanha nazista, são os exemplos que desenham bem tal forma de discriminação.

Se por um lado temos a forma explícita e palpável de discriminação, temos ao mesmo tempo aquela que não se dá de forma tão evidente, a discriminação indireta. Tal braço da discriminação é aquele conhecido pelo caráter velado e que não se dá por meio do ódio diretamente verbalizado ou por meio de ações diretas. Contudo, se dá por meio de outros tipos de barreiras impostas socialmente, nesse caso, pelas que extrapolam a dimensão da intencionalidade explícita (MOREIRA, 2017). É nessa dimensão que a situação dos grupos ou indivíduos de minorias étnicas e sociais é invisibilizada. Segundo o professor Santiago Falluh Varella (2018), tal dimensão é decorrente de “práticas administrativas, empresariais, de leis, normas ou de políticas públicas aparentemente neutras, porém dotadas de potencial discriminatório, pois geram efeitos desproporcionais e injustos em prejuízo de grupos identificáveis por características adscritas, como o grupo de negros” (p. 22).

Não obstante, pontua-se aqui que tanto o racismo quanto a noção de preconceito racial, estão mais relacionadas com as causas das desigualdades e dos arranjos sociais do que com os causadores de tal questão. O racismo, por sua vez, encontra-se não só na discriminação direta ou indireta, e este é o cerne da questão, mas é elemento intrínseco de um sistema secular de crenças, ideologias, dominação, relações de poder e perpetuação estrutural de desigualdades (SANTOS, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de dissertação teve como objetivo apontar a historicidade envolvida no processo de formulação e instituição da PNSIPN, os atores e atrizes que atuaram no processo e a realidade da política no DF. Além disso, a discussão do trabalho girou ao redor do fato de que saúde é um elemento constituído de diversos outros elementos, determinada pelo tempo, condições e espaço aos quais os indivíduos estão inseridos, são eles que “definem a dimensão pessoal da saúde, na medida em que esta é determinada pela identidade, liberdade e capacidade do próprio indivíduo para regular as variações que ocorram em seu organismo” (SILVA, 2017, p. 53).

Ao longo de toda a dissertação, procurou-se também apontar as dificuldades no processo de implementação da PNSIPN e de como isso representa um retrocesso nos avanços conquistados frente a toda história de opressão e iniquidades. Contudo, é preciso pontuar que a sociedade brasileira se construiu de maneira particular, fincada sobre o pilar da opressão de homens e mulheres escravizados. Dessa forma, toda e qualquer discussão envolvendo questões referentes a brancos e não-brancos deve ter em seio a discussão das bases fundantes da sociedade atual.

Organizada atualmente sob as bases de um capitalismo social, o Brasil foi fruto de uma mescla de duas faces de uma mesma moeda: o colonialismo lhe rendeu a constituição de uma sociedade patriarcal, fechada nos moldes do clientelismo – gerador, ele próprio de desigualdades e assimetrias de poder (NUNES, 1997) e, ao mesmo tempo, o racismo – que se ampliou no país a partir dos processos de escravização e estabelecimento de diferenças inferiorizantes e excludentes (ARAÚJO, 2007, LOPES, 2004, apud, BRASIL, SA., 2011, p.130).

Desta forma, falar sobre saúde da população negra é reconhecer que há uma dívida histórica pautada por anos de iniquidades em saúde, agudizadas pelas desigualdades raciais, e por reconhecer tal questão é que a presente dissertação se materializou e tomou fôlego para buscar responder as questões-chave do trabalho: como se deu a construção da política e quais os desafios enfrentados para sua plena implementação? E, considerando o movimento dialético da realidade, a pergunta de partida da pesquisa foi: Quais os rebatimentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS no DF?

Vale ressaltar também que o período pós-guerra, foi fundamental para o florescimento de discussões que tinham em seu seio a pauta dos direitos humanos no âmbito internacional. Tal movimento foi fundamental para plantar as sementes que vieram a eclodir durante a década de 80, com movimentos sociais articulados e reivindicando diversas pautas, sendo a saúde da população negra uma delas. É também a partir desse movimento que a saúde passa a ser discutida a partir de um ponto de vista ampliado, sem se restringir apenas a doença, mas levando em conta também o território aos quais os indivíduos estão inseridos, cidadania, identidade etc. (LIMA, 2010).

No Brasil, o princípio da equidade vai representar o papel de grande aliado na luta pela saúde da população negra, pois é por meio de tal conceito que se ampliou as noções acerca da igualdade, do reconhecimento da discrepância de indicadores entre pessoas brancas e não-brancas e pavimentou o terreno para as discussões e implementação da PNSIPN.

Na arena política e social, muitos foram os esforços de diferentes atores e atrizes para a concretização da política e inserção da SPN na agenda política. Ao longo da dissertação alguns marcos foram apontados, chama-se atenção para os principais: Surgimento do MNU(1978), O Negro e a Constituinte(1985), Marcha Zumbi dos Palmares(1995), Conferência de Durban (2001), criação da SEPPIR (2003), criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra(2004), I Seminário Nacional de Saúde da População Negra(2004), II Seminário sobre a Saúde da População Negra(2006), Portaria GM/MS nº992, de 13 de maio de 2009, institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra(2009).

O que se pode constatar a partir da elaboração da presente dissertação, foi a presença de ações descontinuadas, isoladas, pontuais e sem financiamento direto para a implementação, fortalecimento e disseminação da PNSIPN. Além disso, constatou-se a baixa adesão da política nos municípios, dificultando ainda mais a difusão dela.

Outro elemento que vale destacar aqui é que no DF, a maioria do contingente populacional é formado por pessoas negras. Contudo, o abismo de desigualdades segue se mostrando enorme, especialmente para as mulheres negras. Destaca-se uma deficiência de ações voltadas ao enfrentamento das iniquidades citadas ao longo de todo o trabalho e um corte total dos recursos destinadas a PNSIPN a partir de 2018

Com isso, confirma-se as hipóteses formuladas para a dissertação durante a qualificação do projeto que viria a ser base para o presente trabalho.

- A PNSIPN no contexto de cortes atual, se encontra sem repasse de recursos.
- Há uma baixa adesão da política por parte do Distrito Federal
- A implementação da PNSIPN tem como um dos grandes desafios o argumento da focalização.

Notadamente, aponta-se que os cortes das ações voltadas à saúde da população negra e minorias teve uma maior expressão nos últimos dois governos. Sendo assim, é importante destacar aqui a retomada pelo Governo Lula de diversos programas e políticas que foram descontinuados, ou sofreram severa redução de recursos, sendo a PNSIPN um deles. A nova ministra da Saúde Nísia Trindade, juntamente com a Ministra da Igualdade Racial reuniram-se, no dia 13 de janeiro de 2023, para tratar sobre a SPN e sinalizaram que a retomada total da PNSIPN como uma das prioridades para os 100 primeiros dias de governo Lula. Tal informação é um acalento depois de ter escrito o presente trabalho sobre o forte sentimento de tristeza frente ao cenário desolador referente a política, deixado pelos últimos governantes.

Além disso, também é importante apontar a árdua tarefa de levantamento de dados nos relatórios citados. Tal barreira de acesso se deu especialmente em função do grande apagão de informações e da ciência nos últimos anos, acentuada especialmente a partir de 2018. Somando-se a isso, encontrou-se relatórios divididos em várias partes, com acessos nem sempre tão simples.

Aproveito também para chamar atenção para a existência de apenas dois cursos de formação e de como tal questão potencializa as conclusões apontadas no presente trabalho acerca da baixa adesão do Distrito Federal para com a PNSIPN. Ressalto que o curso Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade apresenta uma potente ementa que, com a finalidade de abarcar o maior número de profissionais, poderia inclusive ser replicado no formato online.

Por fim, destaco que o tema desta dissertação tem implicações diretas com o pesquisador que a escreve. Durante a escrita, por diversos momentos me peguei revisitando minha trajetória enquanto sujeito negro perpassado pelas diversas contradições citadas ao longo do texto. Acredito que me entender enquanto parte de meu objeto de estudo foi fundamental para depositar tanto esforço, ansiedades e paixões ao longo da elaboração do trabalho. E por último, espero contribuir com a pesquisa acerca da saúde da população negra e a respeito da PNSIPN. Destaco que a intenção com a presente dissertação não foi de esgotar o assunto, mas sim o de fortalecer o trabalho coletivo em torno da pesquisa e dos avanços que só são possíveis por meio dela.

REFERÊNCIAS

ABL, Ivo. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. **São Paulo em Perspectiva [online]** 2004; 18 (2): 57-67.

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, p. 3-10, 2003.

ADORNO, Sérgio. História e Desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. **Novos Estudos – CEBRAP**, nº 86, São Paulo, mar 2010.

ALMEIDA, Magali da Silva. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 12, n. 34, 2014.

_____. Diversidade Humana e Racismo: notas para um debate radical no serviço social. **Argumentum.**, Vitória, v. 9, n. 1, p. 32 –45, jan. / abr. 2017.

ALMEIDA, Maria Vilma Bonifácio de. **Caminhos da Política Nacional de Saúde da população negra: ideias, atores, interesses e institucionalidade**. 2013. [99] f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALVES, Paloma Palmieri et al. **Atlas da violência 2021**. 2021.

AROUCA, Sérgio. Conferência Nacional de Saúde, 8ª., Brasília, 1986. **Anais/8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.

ARROYO, Miguel G. “As indagações desestabilizadoras do injusto viver” In: VALLA, Victor Vicent; ALGEBAILLE, Eveline; GUIMARÃES, Maria Beatriz. **Classes populares no Brasil: exercício de compreensão**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP, 2001.

BAIROS, Luiza. Lembrando Lélia Gonzalez 1935-1994. **Afro-Ásia**, n. 23, p. 0, 1999.

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

BARBOSA, Maria Inês da Silva. **Racismo e saúde**. 1998. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 681-690, 2013.

BERNARDINO, Joaze. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos afro-asiáticos**, v. 24, p. 247-273, 2002.

BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O fardo do radical ajuste fiscal para a classe trabalhadora sob a ótica das despesas do orçamento da seguridade social. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. **Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 30 dez 2019a.

_____. Presidência da República. **Construindo a Democracia Racial**. Brasília, 1998. Disponível em: www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/racial.html.

BRASIL, Sandra Assis. **A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) —Universidade da Bahia, Bahia, 2011.

BRASIL. Decreto nº 41.962, de 31 de março, que **aprova o Plano Distrital de Promoção da Igualdade Racial e Institui o seu Comitê Gestor de Articulação, Monitoramento e Avaliação (2021-2023)**. 2021.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº8.080**, de 19 setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política Do SUS**. Brasil, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 03 de nov. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 41 – Brasil : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Plano Distrital de Promoção de Igualdade Racial do Distrito Federal (2017-2020)**, 2016.

_____. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação de saúde**. Brasil, 2017. Disponível:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html> . Acesso em: 20 NOV. de 2021.

_____. RESOLUÇÃO Nº 2, DE 2 DE SETEMBRO DE 2014. **Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasil, 2014. Disponível:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html> .

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Relatório “Direitos da População Negra e Combate ao Racismo e sobre Direitos das Comunidades Quilombolas”**, elaborado pela Consultoria Legislativa e pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. 2022. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes->

permanentes/cdhm/arquivos/relatorio-direitos-da-populacao-negra-quilombolas-1/at_download/file>

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Requerimento de informações-RIQ nº 1099/2020- Esclarecimentos sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria 992/2009, do Ministério da Saúde.** 2020

CALVERT, Peter. **Eisenhower and Latin America: the foreign policy of anti-communism.** 1988.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CENTENO, Silvia Regina. **As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor.** Dissertação (Mestrado em Educação) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016

CODATO, Adriano Nervo. O golpe de 1964 e o regime de 1968: aspectos conjunturais e variáveis históricas. **História: Questões & Debates**, v. 40, n. 1, 2004.

CODEPLAN . **População negra** –.Df.gov.br. 2019. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/639-da-populacao-negra-do-df-mora-em-ras-de-media-baixa-e-baixa-renda/>>. Acesso em: 2Dec.2020

CONVENÇÃO Nacional do Negro Pela Constituinte. Brasília, agosto de 1986. Mimeografado

CORRÊA, Vera. **Globalização e Neoliberalismo: O que isto tem a ver com você, professor?** Rio de Janeiro: Quartet, 2000.

COSTA, Gracyelle. Trabalhadores negros na origem da política social brasileira. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 46, 2020.

CRUZ, Isabel C. F. da. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde! **Revista da ABPN**, [s.l], v. 5, n. 9, p. 163-171, nov. 2012/fev. 2013. Disponível em <http://abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/285>.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios 1. **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS**, p. 73.

DA COSTA, Jose Luiz Silva; QUEIROZ, Leticia Lucindo. DESCOLONIZAR O PODER: REVERBERAÇÕES DE FOUCAULT EM MBEMBE.(NEOLIBERALISMO+ BIOPOLÍTICA+ GOVERNAMENTALIDADE= NECROPOLÍTICA MUNDIAL). **Cadernos Cajuína**, v. 6, n. 1, p. 115-130, 2021.

DA ROS, Marco Aurélio. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. 2000.

_____. **Fórum popular estadual de saúde: Expressão catarinense do Movimento Sanitário. Trabalho produzido para concurso de professor titular no departamento de Saúde Pública/CCS/UFSC.**1995.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>>

_____. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). **Diálogos latino-americanos**, n. 10, p. 0, 2005.

FAGUNDES, Heber. Negro no Brasil. **Revista PUC Viva**, n. 28, p. 12-20, 2006.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3831-3840, 2017.

FERNANDES, F. A integração do negro na sociedade de classes. 3. ed. São Paulo: **Ática**, 1978. v. 1.

_____. **O negro no mundo dos brancos**. 2. ed. São Paulo: Global, 2007.

FILHO, Eduardo Neves lima; CHAVES, Ernani. Racismo, Racismo de Estado e Neoliberalismo: Michel Foucault e seus críticos. **El banquete de los Dioses**, n. 9, 2021.

FURTADO, Celso. **A formação econômica do Brasil**. 10. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1970. (Coleção Biblioteca Universitária, Série 2a , Ciências Sociais, v. 23)

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**: Rio De Janeiro, V. 41, N. 112, p. 63-76, JAN-MAR, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>

GARRET, Laurie et al. A próxima peste: novas doenças num mundo em desequilíbrio. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**, p. 47-48, 1995.

GOMES, Marcus Vinícius Peinado. **O Movimento Negro e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: um estudo sobre a luta por sentidos sobre a desigualdade racial no Brasil**. São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, Dissertação de Mestrado, 2009.

GOOGLE ARTS & CULTURE, Exposição online. **1990-2000: Palmares revive em Brasília**. Geledes Instituto da Mulher Negra/Rede de Historiadores Negros/Acervo Culture.

GORENDER, Jacob. **O escravismo colonial**. São Paulo: Editora Ática, 1978.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2020-2023**. Brasília, setembro de 2019.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2004-2007**. Brasília, novembro de 2003.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2008-2011**. 2008.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2012-2015**, junho de 2012.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2016-2019**, março de 2016.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2020-2023**, setembro de 2019.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2013**, fevereiro de 2013.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2014**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2015**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2016**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2017**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2018**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2019**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2020**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Atividades 2021**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão, 2010**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão, 2012**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Anual de Gestão, 2018**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Anual de Gestão, 2019**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ, 2014**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ, 2018**.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ, 2019**.

GOVERNO FEDERAL. GABINETE DE TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL – **Relatório Final, 2022**. Disponível in <https://static.poder360.com.br/2022/12/Relatorio-final-da-transicao-de-Lula.pdf>.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, 13(2): 121-142, novembro de 2001.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

HAMILTON, Wanda ; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2003, v. 10, n. 3 [Acessado 18 Setembro 2022], pp. 791-825. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300002>>. Epub 22 Abr 2004.

HASENBALG, Carlos Alfredo. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In Angela de Castro(org.), **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro, FGV/Universidade de São Francisco, p. 173-193, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IANNI, O. **Escravidão e racismo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1996.

IGNACIO, Júlia. Necropolítica: explicamos o conceito de Achille Mbembe!. In: **Necropolítica: explicamos o conceito de Achille Mbembe!**. <https://www.politize.com.br/necropolítica-o-que-e/>, 30 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **"Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil."** (2019).

_____. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

KARASCH, Mary. **A Vida dos Escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 2a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

KOWARICK, Lúcio. **Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

LEDOGAR, Robert J.; KUCINSKI, Bernardo. Fome de lucros: atuação das multinacionais de alimentos e remédios na América Latina. In: **Fome de lucros: atuação das multinacionais de alimentos e remédios na América Latina**. 1977. p. 252-252.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos Estudos – CEBRAP**, nº 87, São Paulo, jul 2010.

LOPES, F. (Org). **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli EDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Em Aberto**, v. 5, n. 31, 2011.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **História e consciência de classe**. Porto: Escorpião, 1974 [edição brasileira: São Paulo: Martins Fontes, 2003].

MAGALHÃES, Ionara. **Panorama atual e desafios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Folha de São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/folha-de-s-paulo-panorama-atual-e-desafios-da-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-por-ionara-magalhaes/>>..

MAIO, Marcos Chor, PIRES-ALVES, Fernando A., PAIVA, Carlos Henrique Assunção, MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. Cooperação Internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 7, p. 1273-1291, jul 2010.

MALLOY, James M. **Política Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

MARQUES, Rosa Maria. **A proteção social e o mundo do trabalho**. 1996. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MARTINS FILHO, João Roberto. Os Estados Unidos, a Revolução Cubana e a contra-insurreição. **Revista de sociologia e política**, p. 67-82, 1999.

MARTINS, Lígia Márcia; LAVOURA, Tiago Nicola. Materialismo histórico-dialético: contributos para a investigação em educação. **Educar em Revista**, v. 34, p. 223-239, 2018.

MARTINS, Tereza Cristina Santos. O negro no contexto das novas estratégias do capital: desemprego, precarização e informalidade. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2012, n. 111 [Acessado 29 Dezembro 2022], pp. 450-467. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300004>>. Epub 24 Ago 2012. ISSN 2317-6318.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política – o processo de produção do capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATTOS, M. B. Escravizados e livres: experiências comuns na formação da classe trabalhadora carioca. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2008.

MBEMBE, A. Necropolítica. **"Arte & Ensaios."** Rio de Janeiro 32 (2016): 123-151.

_____. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018, 80 p.

MENEZES, Franciane Cristina. Repensando a funcionalidade do Racismo para o capitalismo no Brasil Contemporâneo. **Libertas**, Juiz de Fora –v.13, n.1, p. 9-72, jan./jun. 2013.240 p

MONTEIRO, Simone e SANSONE, Livio (org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MOREIRA, Adilson José. **O que é discriminação?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. p. 102.

MOURA, Clóvis. O racismo como arma ideológica de dominação. **Revista Princípios**, nº 34, ago/out 1994, p. 28 –38.

MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO. 1978/1988 10 anos de luta contra o racismo. São Paulo. Confraria do livro. 1988.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis: Vozes, 1986. 140p.

_____. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira, 2004.

MUNIC, IBGE. **perfil dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197

NOGUEIRA, Oracy. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Tempo Social** [online]. 2007, v. 19, n. 1 [Acessado 20 Dezembro 2022], pp. 287-308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702007000100015>>.

OLIVEIRA, Fátima et al. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 114, 2003.

OLIVEIRA, Fátima. **Oficinas mulher negra e saúde**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 1998.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 167-183, 1986.

PAIXÃO, Mayara. **O movimento Negro e a Constituição de 1988: Uma revolução em Andamento**. Brasil de Fato, 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/especiais/o-movimento-negro-e-a-constituicao-de-1988-uma-revolucao-em-andamento>>.

PDAD. DE DOMICÍLIOS, PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA. **PDAD**. Brasília: CODEPLAN/DIEPS/GEREPS/PDAD 2021

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo. Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Tese de Doutorado. PPGPS/SER/UnB, 2013.

PEREIRA, Viviane Souza. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. **Libertas**, v. 9, n. 2, 2009.

PIANI, Pedro Paulo Freire. Construção de saberes em saúde: o tema da saúde da população negra nos documentos oficiais (1996-2005)(Paper 221). **Papers do NAEA**, v. 17, n. 1, 2008.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Caderno Pesquisa**. São Paulo, n. 114, p. 179-195, Nov. 2001. Available from <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso>.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. In: **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. 1981. p. 5-324.

RABE, S. 1988. **Eisenhower & Latin America : The Foreign Policy of Anti-Communism**. Chapel Hill, The University of North Carolina Press

ROCHA, Fabiana de Oliveira Maciel. **O Quilombismo de Abdias Nascimento: fundamentos para uma educação antirracista**. 2021.

RODRIGUES, Arlete Moysés. **Moradia nas cidades brasileiras: repensando a geografia**. 2º ed; 10. ed.. São Paulo: Contexto, 1989; 2003.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. "**Para aprender políticas públicas**." Volume I: Conceitos e Teorias. Brasília. IGEPP (2013).

SANTOS, Helio. Discriminação racial no Brasil. In: **Anais de seminários regionais preparatórios para a conferência mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata**. Brasília: Ministério da Justiça. 2001. p. 81-102.

SANTOS, Milton. **Ética enviesada da sociedade branca desvia enfrentamento do problema negro**. Folha de São Paulo, 2000.

SARMIENTO A, ARTEAGA L. Focalizar o universalizar: um falso dilema. **Cuadernos de economia** [online] 1998; XVIII (29).

SAUCEDO, Danieli Naziazeno. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um "equilíbrio" coletivo?** 2018, 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. **Raça, ciência e sociedade**, p. 41-58, 1996.

SILVA, Daniela Marques das Mercês. **Cadê o SUS aqui?: discussões da equidade em saúde para o povo negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2004-2014) da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **(Des) estruturação do trabalho e condições para universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011.359 f., il. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SILVA, Maria Ozanira. **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras, 2008.

SOUZA, Cristiane Luiza Sabino de. Marx e o estudo da questão racial: elementos para uma análise desde a América Latina. **Revista Fim do Mundo**, n. 4, p. 20-41, 2021.

SOUZA, Ingrid Almeida; TRABUCO, Karem Emanuely de oliveira. RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL NA SAÚDE DO (A) TRABALHADOR (A): UMA PAUTA AO SERVIÇO SOCIAL. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.

SSP-DF. **Relatório de monitoramento dos feminicídios no distrito federal governo do distrito federal secretaria de estado de segurança pública câmara técnica de monitoramento de homicídios e feminicídios** - ctmhf câmara técnica de monitoramento de homicídios e feminicídios informações do acumulado: março de 2015 a dezembro de 2022.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 400-417, 1985.

THEODORO, Mário et al. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, p. 69-99, 2008.

THEODORO, Mário. As características do mercado de trabalho e as origens do informal no Brasil. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, v. 1, p. 91-126, 2005.

VARELLA, Santiago Falluh. **Discriminação racial indireta e ação afirmativa no emprego sob a perspectiva dos direitos coletivos**. 2009. 321 f. Tese (Doutorado em Sociologia) -Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

ANEXO A



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Desenvolvimento Estratégico de Pessoas
Gerência de Educação em Saúde

Despacho - SES/SUGEP/CIGEC/DIDEP/GES

Brasília-DF, 17 de fevereiro de 2023.

A SUGEP,

Trata-se o presente do Protocolo: LAI-000703/2023, em anexo 104116060 que solicita informações sobre a ocorrência de cursos de formação para os profissionais de saúde com a temática saúde da população negra e seus determinantes sociais entre o período de 2009 a 2022 no DF.

A Gerência de Educação em Saúde GES/DIDEP é responsável pelo *assessoramento e apoio das demandas de processos educativos das áreas técnicas no âmbito da Administração Central*. Em resposta ao Despacho SUGEP (106365599) foram pesquisados todos os banco de dados atendimento a demanda: correio eletrônico, arquivos em pasta compartilhada e SEI .

Restituímos os autos com as informações encontradas acerca do tema *cursos de formação para os profissionais de saúde com a temática saúde da população negra e seus determinantes sociais entre o período de 2009 a 2022 no DF*:

i) Foram encontrados registros de um curso realizado em parceria pela Gerência de Populações Vulneráveis e Programas Especiais-106365599, (SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP) - junto ao Observatório da População negra da Universidade de Brasília (UNB): "Curso de formação sobre Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade" de 7 a 11 de dezembro de 2020."- Processo de Divulgação do 00060-00517014/2020-04 e00060-00519683/2020-11 e (106365599). Esse curso foi realizado e certificado pelo Observatório da População negra da Universidade de Brasília (UNB) segundo informações da servidora responsável pela ação educativa na época.

ii) Encontrados registros de divulgação de *Webinário com EAPSUS, Curso da UNASUS para os servidores da SES-DF.* (106365599).

iii) Não foram encontrados registros de certificados emitidos para os cursos e ações educativas pela GES sobre o tema.

A disposição para demais esclarecimentos,

ROBERTO HENRIQUE MENEZES MENDES

Gerente de Educação em Saúde
GES/DIDEP/CIGEC/SUGEP/SES

Secretaria
de Saúde



PROPOSTA DE CURSO

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: desafios do SUS na promoção da equidade



Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade

7 a 11 de dezembro de 2020

O Observatório da Saúde da População Negra (PopNegra), vinculado ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, tem como objetivo contribuir com o enfrentamento do racismo nos campos da saúde e da educação, visando a promoção da saúde da população negra, de forma integral, com oferta de serviço de saúde pública de qualidade. Constitui uma das ações prioritárias do Observatório a elaboração de propostas para a sensibilização de profissionais, gestoras/es e usuárias/os para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) - Portaria nº 992/2009.

A PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades etnicorraciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde.

O curso

O curso Saúde da População Negra: desafios do SUS na promoção da equidade está alinhando aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de melhoria na qualidade do atendimento e de redução das iniquidades em saúde. Seu **escopo** baseia-se em uma das diretrizes gerais da PNSIPN que prevê a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação de trabalhadoras/es em saúde.

O **objetivo** do curso é apresentar um panorama da saúde da população negra e as implicações do racismo como determinante social em saúde, a fim de subsidiar profissionais em seus discursos e práticas.

Os **conteúdos** selecionados para essa proposta são: raça, racismo e as expressões da necropolítica; os impactos do racismo na saúde e suas interseccionalidades; acesso e qualidade de saúde das mulheres negras; doenças prevalentes na população negra; e repercussões do racismo na saúde mental.

A **metodologia** a ser aplicada consiste em aulas síncronas por meio de plataforma virtual com exposição das mediadoras e interação com as/os participantes sobre os conteúdos propostos. O formato de cada encontro compreende a 1h30 de aula expositiva e 30 minutos para discussão coletiva, totalizando 2 horas/aula.

A **carga horária** total do curso é de 10 horas/aula, divididos em 5 encontros de 2 horas/aula cada.

O curso tem como **audiência** servidoras/es da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), profissionais de saúde e estudantes.

Programa do Curso

I. Abertura

07/12/2020 das 14h às 14h30

Observatório PopNegra; Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPV/SES); Ação de Mulheres pela Equidade (AME); Associação dos Docentes da Universidade de Brasília (ADUnB).

II. Mesas Expositivas

Mesa 1: Raça, Racismo e as Expressões da Necropolítica

07/12/2020 das 14h30 às 16h30

Subtemas:

- a construção histórica do racismo;
- o racismo estrutural, institucional e interpessoal;
- racismo e necropolítica.

Expositora: Luiza Carvalho - Doutoranda em Política Social/UnB

Mesa 2: Os Impactos do Racismo na Saúde e suas Interseccionalidades

08/12/2020 das 14h30 às 16h30

Subtemas:

- apresentação de indicadores de saúde da população negra;
- principais objetivos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);
- população negra e interseccionalidades: gênero, raça, classe social, identidade de gênero e orientação sexual.

Expositora: Marjorie Chaves - Coordenadora do Observatório PopNegra

Mesa 3: Acesso e Qualidade de Saúde das Mulheres Negras

09/12/2020 das 14h30 às 16h30

Subtemas:

- discussão acerca da interseccionalidade e saúde;
- dados expositivos sobre saúde de mulheres negras;
- saúde sexual, justiça reprodutiva e planejamento familiar.

Expositora: Noêmia Lima - Membro da AME

Mesa 4: Doenças Prevalentes na População Negra

10/12/2020 das 14h30 às 16h30

Subtemas:

- discussão de indicadores sociais e do racismo no espaço socioterritorial;
- análise da relação entre racismo, saúde e doenças prevalentes e seus contextos;
- práticas de enfrentamento do racismo institucional na atenção de doenças prevalentes.

Expositora: Damiana Neto - Coordenadora Geral da AME

Mesa 5: Repercussões do Racismo na Saúde Mental

11/12/2020 das 14h30 às 16h30

Subtemas:

- saúde mental da população negra e a produção de informações;
- referências técnicas para a atuação profissional no campo da saúde mental;
- racialização da clínica e estratégias de promoção da saúde.

Expositora: Paula Gabriela de Souza - Doutoranda em Psicologia/UnB

III. Encerramento

11/12/2020 das 16h30 às 17h

Observatório PopNegra; GASPV/SES.

Sugestão de Atividade: produção de manifesto da organização da sociedade civil e trabalhadoras/es da saúde engajadas/os na temática Saúde da População Negra.