

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados
no Brasil 3



 **Atena**
Editora
Ano 2023

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados
no Brasil 3



Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDP
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde: impasses e desafios enfrentados no Brasil 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	Saúde: impasses e desafios enfrentados no Brasil 3 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1055-3 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.553232302 1. Saúde. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título. CDD 613
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A coletânea *Saúde: Impasses e desafios enfrentados no Brasil 3* é composta por 13 (treze) capítulos produtos de pesquisa, revisões narrativa, integrativa e sistemática, relato de experiências, dentre outros.

O primeiro capítulo apresenta as vivências de territorialização em saúde desenvolvida por profissionais Residentes de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Distrito Federal. O segundo capítulo, decorrente de revisão integrativa, discute o Transtorno Depressivo Maior, sua prevalência no Brasil e os fatores associados.

O terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa acerca da *frequência de violência psicológica em adultos e sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência*. O quarto capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa a partir da *análise das diversas formas de sofrimento enfrentadas pelas mulheres negras no Brasil*.






O quinto capítulo apresenta as conclusões do estudo acerca da influência do gênero nas ocorrências envolvendo adolescentes pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU durante o ano de 1995. O sexto capítulo, discute as repercussões do consumo abusivo de substâncias psicoativas entre adolescentes.

O sétimo capítulo apresenta análise acerca da *implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto uma tecnologia leve para enfrentamento do Racismo Institucional na saúde*. O oitavo capítulo, por sua vez, discute os riscos de segurança do paciente em assistência domiciliar na modalidade *home care*.

O nono capítulo apresenta os resultados da pesquisa *acerca da temática das percepções sociais do processo de morte e morrer em pacientes oncológicos*. O décimo capítulo, apresenta os resultados de revisão sistemática acerca da *melhor estratégia terapêutica na dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica, dentre as técnicas disponíveis*.


O décimo primeiro capítulo, discute os benefícios da implementação de nutrientes na dieta que podem *auxiliar na prevenção e tratamento de diversas doenças neurológicas, especialmente na doença de Alzheimer*. O décimo segundo capítulo, por sua vez, analisa *os riscos ergonômicos presentes na atividade de manicure e pedicure e as implicações na saúde destes profissionais*.

E finalmente o décimo terceiro capítulo, discute as diretrizes da gestão de riscos e Ergonomia, suas interfaces e caminhos possíveis nesse contexto.

CAPÍTULO 1	1
TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE MENTAL	
Maxsuel Oliveira de Souza	
Ana Heloísa de Souza Marques	
Stephany Cecília Rocha Damasceno	
Laura Sousa Oliveira Costa Bezerra	
Késia Elisamar Lima de Farias	
Cássia de Andrade Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323021	
CAPÍTULO 2	21
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR PREVALÊNCIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Ana Carla Gonçalves Lima	
Elane Cohen Vieira da Silva	
Danielle Silva da Silva	
Marcella Kelly Costa de Almeida	
Kemper Nunes dos Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323022	
CAPÍTULO 3	32
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL	
Karina Fardin Fiorotti	
Franciele Marabotti Costa Leite	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323023	
CAPÍTULO 4	45
OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER NEGRA	
Elisangela Maximiano	
Lucas Bitencourt	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323024	
CAPÍTULO 5	59
INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015	
Gisele Nascimento Loureiro	
Isadora dos Reis Martins	
Caio Duarte Neto	
Luciana Carrupt Machado Sogame	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323025	
CAPÍTULO 6	70
REPERCUSSÕES DO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA	

ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
 Luciana Stanford Balduino
 Anna Karolina Lages de Araújo
 Eliana Patrícia Pereira dos Santos
 Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves
 Antonia Dyeilly Ramos Torres Rios
 Raul Ricardo Rios Torres
 Nyanne Oliveira Reis
 Melquesedec Pereira de Araújo
 João Araújo dos Martírios Moura Fé
 Talita Farias Brito Cardoso
 Francisco Eduardo Bezerra Mendes
 Julia Gomes de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323026>

CAPÍTULO 777

A COR DO SUS: REFLEXÕES DE ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN), ENQUANTO UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE


Damiana Bernardo de O. Neto
 Claudia Spinola Leal Costa
 Noêmia de Souza Lima
 Maria Mercedes de Oliviera Morán
 Antoni Alegre-Martínez
 María Isabel Martínez-Martínez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323027>

CAPÍTULO 895

RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE HOME CARE: RELATO DE EXPERIÊNCIA


Rafael Mondego Fontenele
 Pedro Werbens Garcia de Andrade
 Walkíria Jéssica Araújo Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323028>

CAPÍTULO 9 106

A MORTE E O MORRER EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: A PERCEPÇÃO DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Aline Aparecida da Silva Cunha
 Andressa Cintra Ferreira
 Heloíse Paranaíba Almeida Drummond


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5532323029>

CAPÍTULO 10.....113

A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NA DOR AGUDA PÓS


COLESCISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Leonardo Vaz Barros
 Nathalia de Oliveira Santana
 Mariana Alves Ribeiro
 Leonardo de Campos Castro
 Thales Ramos Pizzolo
 Jorge Soares Lyra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230210>


CAPÍTULO 11 121**INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

Geovana Vicentini Fazolo da Silva
 Valéria Dornelles Gindri Sinhoro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230211>


CAPÍTULO 12..... 137**ERGONOMIA APLICADA À ATIVIDADE DE MANICURE/PEDICURE: AVALIAÇÃO DE RISCOS PARA A SAÚDE**

Isadora Toledo Herrmann
 Jacinta Sidegum Renner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230212>

CAPÍTULO 13..... 152**GESTÃO DE RISCOS E ERGONOMIA: UMA INTERFACE COMPLEXA ENTRE NORMAS QUE TEM SOLUÇÃO**

Lailah Vasconcelos de Oliveira Vilela
 Gabriela Cristina Cardoso Silva
 Ronaldo Sola da Silva
 Gleiciane Cristina dos Santos
 Rosane Costa da Silva
 Luis Batista Faria
 Ricardo Braga Senra
 Gustavo Simão de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55323230213>

SOBRE A ORGANIZADORA 160**ÍNDICE REMISSIVO 161**

CAPÍTULO 7

A COR DO SUS: REFLEXÕES DE ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN), ENQUANTO UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2023

Damiana Bernardo de O. Neto

Doutoranda em Medicina pela Universidade de Valência na Espanha. Em Cotutela com o Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela UnB. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiro (NEAB/UnB). Instituição Universidade de Valencia - Espanha e Universidade de Brasília (UnB) Brasil

Claudia Spinola Leal Costa

Mestra em Estudos sobre Mulheres: Gênero, Cidadania e Desenvolvimento – Unidade Aberta de Portugal - PT. Pedagoga, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Processos Educacionais em Saúde, com Ênfase em Metodologias Ativas de Aprendizagem. Instituição Ação de Mulheres pela Equidade (AME)

Noêmia de Souza Lima

Advogada, mestra em Derecho y Violência de Género - Universitat de Valencia- Especialista em Direitos Humanos e Questões Étnico-Sociais pela UNIFAVENI e Especialista em Serviços de IST, HIV e Aids pela UFRN. Instituição Ação de Mulheres pela Equidade (AME)

Maria Mercedes de Oliviera Morán

Estudante de Letras na Universidades de Brasília. Tradutora Português/Espanhol. Instituição Universidade de Brasília – Unb

Antoni Alegre-Martínez

PhD Professor in the Department of Biomedical Sciences. Universidad Cardenal Herrera CEU, Alfara del Patriarca - Valencia (Spain)

María Isabel Martínez-Martínez

PhD Professor in the Department of Public Health. Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia (Spain)

1 | APRESENTAÇÃO

Uma das finalidades desse livro é discorrer sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto uma tecnologia leve para enfrentamento do Racismo Institucional na saúde, considerando seu impacto para o bem viver da população negra, que a expõe as situações perversas, tendo como desfecho maior registro de

agravos e número de óbitos. Foram analisados, artigos e estudos referentes a implantação e implementação da PNSIPN pelo Ministério da Saúde (MS), evidenciando-se que apesar dos êxitos, estes resultam da atuação da sociedade civil e de poucos gestores.

A efetivação dessa política não avançou de forma concreta nestes mais de 10 anos de sua publicação, necessitando, ainda, de investimento tecnológicos para potencializar ações antirracistas na saúde, como maior produção do conhecimento; capacitação de profissionais e sobretudo cumprimento da lei.

2 | INTRODUÇÃO

2.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma tecnologia para promoção da equidade em tempos de Reconstrução da Democracia

O conteúdo desse livro se apresenta com objetivo de trazer reflexões sobre as abordagens pertinentes as tecnologias em saúde, com ênfase na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enquanto uma das tecnologias em saúde para o enfrentamento do Racismo Institucional (RI) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao abordar o tema sobre tecnologias, provavelmente, a imagem que nos vem à mente, remete espontaneamente aos equipamentos, como computadores, equipamentos do consultório, bem como máquinas, utilizadas nos serviços de imagem e diagnóstico. Merhy (2002), basicamente classifica as tecnologias em dura (máquinas, estruturas e equipamentos), leve-dura (os saberes advindos da área de conhecimentos, como da psicanálise, da epidemiologia), e leve, o que nos remete ao acolhimento, a forma de gestão e as políticas.

Na perspectiva de potencializar os recursos tecnológicos nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a população, foi preconizada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde¹, concebida na intenção de que os recursos científicos pudessem ser disponibilizados no SUS para qualificação da assistência em prol da melhoria das condições de vida das pessoas, bem como automatizando os serviços ofertados e ampliando o acesso.

Ao promover o acesso aos serviços de saúde, cabe considerar que para além das tecnologias duras, ou das leve-duras, deve-se observar que nesse processo existem as tecnologias leves, que geralmente não são lembradas ou quando são, se apresentam em uma escala de menor valor. Salientamos sua importância nos procedimentos profissionais referentes ao acolhimento e outros elementos que compõem a atenção à saúde, quando integrada, é uma tecnologia que vem contribuindo para elucidar diagnósticos que tenham como premissa as vulnerabilidades sociais, como fatores que interferem na saúde e na doença e exige uma compreensão para além do que se vê, volta-se sobre as razões da “causa”, não se prende na observação tão somente dos sintomas.

¹ Portaria nº 2.690, de 5/11/2009 do Ministério da Saúde (MS)

Assim, consideramos que essas tecnologias estão inter-relacionadas, cooperando para facilitar os processos de trabalho. Baggio; Erdmann et al, (2010) corrobora com esse entendimento quando considera que essas tecnologias trazem benefícios ao “cuidado”. Compreende-se, assim, que para a gestão em saúde o uso dessas tecnologias pode se expressarem nos serviços a partir da implantação e implementação das políticas de equidade.

2.2 A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN)²: Uma política de equidade

Iniciamos a nossa discussão considerando a importância e o significado da PNSIPN em relação as tecnologias leves que corroboram para a melhoria do acesso e da atenção à saúde da população negra.

É fato que o Ministério da Saúde durante muitos anos esteve ausente do debate sobre as desigualdades raciais e em determinados momentos optou por uma abordagem discriminatória em relação a população negra. A exemplo cita-se: o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR)³, da década de 1970, que segundo relatos definia como “alto risco” o fato da mulher negra e pobre ter filhos. No mesmo período, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) não incluía o quesito cor na Declaração de Óbito, devido à proibição, pelo regime político da época, referente à discussão de temas raciais.

Na década de 80, a Constituição Federal de 1988 consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o SUS fosse direcionado com mais vigor para ações integrais, gerais e horizontais voltadas para a população como um todo. Entretanto, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, à conquista da universalidade em relação aos serviços de saúde tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade, pois ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos contribui para agravar o quadro das condições sanitárias de afro-brasileiros.

Diante dessa constatação a PNSIPN apresenta-se como uma legislação que direciona às ações dos gestores de saúde e induz a melhoria do acesso e da atenção à saúde. Esta política surge como resposta à mobilização dos movimentos sociais que durante a realização da 11^a Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000)⁴ desencadeou propostas de realização de conferências temáticas, e a sugestão de convocação, ainda em 2001, da Conferência Nacional da População Negra, também surge nesse contexto. A

2 PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009 do Ministério da saúde, Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html Acesso em 24/6/2021

3 No ano de 1978 o ministério da Saúde (MS) adotou como estratégia a criação de um programa, denominado “Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) Um dos objetivos era prestar assistência especializada para prevenir situações de gestação de riscos obstétricos e prevenção de gestações quando indicado, nestas indicações houve relatos de mulheres negras que foram esterilizadas sem consentimento.

4 11^a Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000). Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à **saúde** com Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf Acesso em 23/7/2021

mesma proposta é novamente introduzida na 13ª CNS (BRASIL, 2007) e não foi realizada até os dias de hoje, demonstrando que mesmo diante da pressão da sociedade, a fim de gerar insumos para a tomada de decisões institucionais, nem sempre esta decisão se efetiva.

A PNSIPN foi aprovada durante a 33ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em novembro de 2006, sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorreu aos 24 de abril de 2008, mas somente em abril de 2009 foi publicada a Portaria nº 992 no Diário Oficial da União (DOU)⁵. Ao analisar o intervalo de tempo decorrido entre a aprovação da política, sua pactuação e posterior publicação, observa-se cerca de três anos, tempo provavelmente empregado em negociações para que o projeto ganhasse a viabilidade política necessária à sua efetivação.

Apesar da tentativa de restrição por meio do longo período decorrente para sua publicação, também se observa seu fortalecimento, quando em 2010 seu texto passa a integrar a Lei nº 12.288/2010, também conhecida como Estatuto da Igualdade Racial⁶. A PNSIPN é assim citada no Artigo 7º: **“O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [...]”** (BRASIL; 2010), a partir de então a PNSIPN passa a vigorar como lei. (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III).

Ressalta-se, nesse momento, a existência do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, criado pela Portaria nº1678/04 e coordenado pelo Ministério da Saúde, cujo caráter consultivo teve sua criação voltada para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra (BRASIL, 2004). O Comitê foi um espaço de lutas, conflitos e contraposição de projetos, mas encontrou no Estado, um espaço legítimo de exercício do poder político, e o acompanhamento da implementação da PNSIPN como produto da constante confrontação desses diversos projetos, expressão desse exercício que se materializou por meio de instituições e estratégias organizacionais.

Apresenta-se nesse momento itens da política que são fundamentais para a compreensão sobre a importância desta para a saúde da população negra. Iniciamos nossa abordagem com o objetivo geral da PNSIPN que explicita o sentido de justiça, buscando a igualdade racial por meio do combate ao Racismo Institucional e as demais formas de discriminação contra negros e negras.

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

(BRASIL, 2009)

5 https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf

6 LEI Nº 12.288, DE 20 DE JULHO DE 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm

Acesso em 20/6/2021

2.2.1 Destaques da PNSIPN

A PNSIPN ainda apresenta em seus princípios gerais o subitem intitulado “Marca”, cuja redação reconhece os racismos e a sua manifestação institucional, além de como registrar as desigualdades étnico-raciais, como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Destaca-se que a Política possui em seu arcabouço um Plano Operativo⁷ onde percebe-se o estabelecimento de estratégias, indicadores e metas que orientam ações para a intervenção no SUS - a seus órgãos de gestão federal, estadual e municipal - no processo de enfrentamento às iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.

Neste Plano existe coerência entre diagnóstico da realidade (dois problemas - raça negra e racismo como determinante social das condições de saúde, acesso, discriminação e exclusão social; morbidade e mortalidade da população negra), objetivos pretendidos (aponta indicadores e metas para cada ação pretendida) e a estratégia a ser adotada na Política.

Destaca-se no texto as estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, enfatizando que a PNSIPN, por seu caráter transversal, tem as suas estratégias de gestão em permanente interação com as demais políticas do Ministério da Saúde (MS) relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde, como também às demais políticas: direitos humanos, promoção da igualdade racial, segurança, entre outras.

O que se observa, por meio do Plano Operativo da PNSIPN, são os principais interesses passíveis de concretização, pois são aqueles que têm maior destinação de recursos, é o caso das tecnologias leves, para se referir as capacitações, ou processos de educação permanente, assim como a produção de material impresso.

Importante considerar que a PNSIPN movimentou, nos primeiros anos de sua implementação, uma quantidade considerável de recursos em capacitações, lançamento de material gráfico, criação de instâncias técnicas, implantação de Equipes de Saúde da família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde (remuneração, empregos diretos e indiretos), criação e ampliação de serviços (centros de referência à doença falciforme), além de efeitos sobre setores farmacêuticos, químicos e tecnológicos, o que mostra, além da geração de empregos diretos e indiretos, o movimento de uma quantidade enorme de recursos, compondo uma parte significativa do sistema econômico do país, mostrando que a implantação e implementação da PNSIPN passa pelo uso de tecnologias e que estas contribuem para a

7 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Plano Operativo. Elaborado e publicado pela antiga Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Departamento de Apoio a Gestão Participativa do Ministério da Saúde (MS) https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf Acesso em 20/6/2021

execução da Política .

Enfatiza-se que a implementação da PNSIPN incentivou a formação de lideranças do movimento negro com vistas ao fortalecimento da mobilização social para o exercício do controle social, assim como qualificou trabalhadores e gestores para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde. Destacando-se, ainda, como responsabilidade das três esferas de gestão, o fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

A Política fortalece os instrumentos de gestão, como o Plano Nacional de Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão, quando aponta a necessidade de implementação de ações de combate ao racismo e redução de iniquidades, fazendo constar metas nesses instrumentos, cujo norte de construção deve ser o planejamento ascendente, além da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual setorial.

Embora a PNSIPN tenha “força de lei”, ela não é cumprida. A PNSIPN está pautada /integrada no Estatuto da Igualdade Racial de 2010, que se constitui como um instrumento de normatização brasileiro onde estabelece a efetivação da igualdade de oportunidade, a garantia e defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnico-racial reproduzindo o discurso contido na nossa Carta Magna, trazendo à tona temas relevantes para a construção de uma sociedade mais justa, isto provoca, constantemente, lutas e enfrentamentos políticos com diferentes gradientes de forças, porém todas marcadamente ideológicas e hegemônicas.

Um exemplo desse embate é citado por Silva (2007), ao se referir à constitucionalidade das ações afirmativas, o autor menciona a divergência que Operadores do Direito, Professores e Pesquisadores da área jurídica têm sobre a constitucionalidade de medidas afirmativas implantadas pelo Estado por meio de políticas, e aponta entre seus motivos:

[...] a violação do princípio da igualdade, do mérito, da proporcionalidade, da Federação, da autonomia universitária; e até mesmo a inexistência de critérios seguros ou científicos para se identificar os beneficiários das medidas destinadas aos pardos e às pessoas com deficiência.

(Silva, 2007)

Sofismas como este citado por Silva, apesar de devidamente esclarecido e afastada sua inconstitucionalidade, ainda repercutem de forma negativa entre gestores e responsáveis pela implementação da PNSIPN, o que revela não só o processo antagônico característico da luta ideológica, como coloca em foco a disputa de poder, o medo da perda do “status quo”, acompanhado pelo racismo velado ou nem tanto.

Políticas de saúde que têm a capacidade de impulsionar um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, como a PNSIPN, na medida em que redefine significados sociais, gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais, tecnologias, possuindo maior capacidade para produzir impactos reais na estrutura

social, são gatilhos que propiciam reflexões e fazem rever as relações sociais, buscando o reconhecimento do racismo e da iniquidade racial, como fenômeno social amplo, que devem ser enfrentados com políticas de Estado.

3 | OS RACISMOS COMO MARCADORES DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, Brasil (1988) consagrou, com o apoio do movimento social, o princípio do acesso universal à saúde, garantindo que o SUS fosse orientado para ações integrais, voltadas para a população como um todo. Infelizmente na execução dos procedimentos para a gestão dos serviços de saúde nos territórios, esse princípio em sua totalidade, não se concretizou de uma forma satisfatória, pois nem sempre os equipamentos tecnológicos (duros, leve-duros e leves) estiveram disponíveis como esperado. E dentre outras situações, sabe-se que o não atendimento das demandas dos seguimentos da população em sua diversidade, pode contribuir para agravar o quadro das condições de saúde e doença dessa população que utiliza o SUS.

Neste sentido é que o Ministério da Saúde (MS) ao elaborar PNSIPN, após imensa pressão dos integrantes do Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral da População Negra (CTNSIPN) tomou por base esses princípios do SUS, como o da equidade, ao reconhecer os impactos do Racismo Institucional (RI) como um dos marcadores das iniquidades em saúde. De acordo com Pontes (2009) o princípio da equidade, tem como premissa reduzir desigualdades, entretanto não é o mesmo que igualdade, a despeito de que todos têm direito à saúde e acesso aos serviços, as pessoas são diferentes e têm necessidades distintas. Essa é uma das razões pelas quais políticas e programas de saúde, foram pensadas e elaboradas a partir da especificidade da população: pessoas em situação de rua, populações do campo e da floresta, idosos, pessoas com deficiência, população cigana e população negra, entre outros. Com este princípio, importa distinguir as diferenças e especificidades, compreendendo que o direito à saúde passa pelas questões sociais, ainda que a solução não esteja restrita à área da saúde.

Consciente dessa realidade, a gestão do MS (anterior a esse processo de desmonte do SUS e da desvalorização das políticas públicas de saúde), assumiu o compromisso de promover a equidade, e propôs em suas diferentes secretarias ações pautadas na integralidade e intersetorialidade por meio de articulações com outros setores do governo. O Racismo Institucional (RI) enquanto um demarcador que potencializa outras iniquidades apresenta forte relação com o uso das tecnologias leves, sendo a Política uma das respostas ao enfrentamento do Racismo Institucional nos serviços de saúde os Estados e Municípios.

A imagem da população negra, que historicamente foi construída de forma negativa e defendida pela sociedade, baseada nas relações do poder econômico, subjugando um povo sobre o outro, brancos sobre negros, onde o Eurocentrismo definiu normas no Brasil para decidir quem pertencia a determinados espaços, causou e causa disparidades.

Nada justifica o não “reconhecimento do racismo no Brasil, a não ser a necessidade da manutenção dos privilégios de um grupo sobre o outro, que dita o que é ou não aceito nos sujeitos, desconsiderando os corpos, linguagens e culturas da população negra. Ser negro ou negra não se constitui em um problema e não causa vulnerabilidade as pessoas, mas o racismo sim.

3.1 Contextualizando os racismos na saúde

O racismo sobre a cor da pele advém da ideologia/política escravagista, um comportamento histórico que justificou violações em direitos humanos, decorrentes de atos de sequestros, torturas, invasões e acúmulo de riquezas, benefícios para uns em detrimento de violências e mortes para outros. Essa situação de preconceito e discriminação afetou e afeta a vida das pessoas negras e negros, principalmente as mulheres negras em seus diferentes segmentos (cis gênero, transexuais, travestis e lésbicas) causando diferentes impactos de acordo com as especificidades que potencializam e vulnerabilizam conforme a especificidade e interseccionalidade com outros fatores relacionados por exemplo a classe, escolaridade, local de residência, entre outros para além dos citados no parágrafo do texto.

As instituições públicas especificamente nos serviços de saúde, cujo trabalho envolve o cuidado a saúde com o uso de tecnologias decorrentes das políticas, programas e as relações interpessoais, comprometem a efetividade de sua atuação, quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico racial, cor da pele, cultura ou por questões religiosas, como as de matriz africana.

O impacto dos racismos na saúde tem dimensões no campo físico e mental, e causa danos na população, ainda que seja como algo que poderá “acontecer”, ou seja a ameaça de passar por essa situação. O fato da pessoa se imaginar sendo discriminada, já causa adoecimento, embora este seja um aspecto subinvestigado do tema de racismo, relacionado ao estresse discriminatório, um dos resultados da pesquisa sobre o pressentimento da experiência de poder ser alvo de discriminação, evidenciou que o fato de se sentir “ameaçado” causou impactos negativos no sono, na saúde mental e na pressão arterial. Lewis et al., (2015)

O motivador da ameaça discriminatória, é a existência do Racismo Institucional - RI⁸ que se estabelece na cultura e na reprodução sistemática da segregação étnico-racial, nos procedimentos institucionais. Revela-se por mecanismos de regras, práticas e comportamentos discriminatórios, aceitos no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou manutenção de estereótipos racistas. Em qualquer que seja o caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios tecnológicos gerados pela ação das instituições e

8 Parte do texto produzido em 2018 por DB Oliveira Neto para a Secretaria Especial de Políticas para Igualdade Racial (SEPPIR) sobre Racismo Institucional com base no Livro Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf

organizações, e, ainda assim, impedem a criação de estratégias que contemplem as ações afirmativas, mesmo tendo conhecimento que elas reduzem iniquidades.

O termo Racismo Institucional (RI) ou estruturante é o que determina as relações na sociedade e a forma como este está incorporado nos serviços, entre eles o da saúde. Esse termo foi utilizado por Carmichael, S. e Hamilton (1967), para evidenciar a forma como o RI se manifesta, segundo os autores este refere-se a “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica”.

Para que se possa identificar as ações de RI e contribuir com o seu enfrentamento é importante considerar que existem diferentes dimensões e que estas são interdependentes, iremos nos reter nas que se referem as de relações interpessoais e a político-programática.

A dimensão das relações interpessoais se refere às relações estabelecidas entre chefes, dirigentes e servidores, ou mesmo entre os próprios servidores e/ou entre os servidores e os usuários dos serviços. Na dimensão político-programática o RI caracteriza-se pela produção e divulgação de informações/dados referentes a condições diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade em saúde.

A compreensão do termo Racismo Institucional enquanto uma das estruturas pela qual a sociedade se molda, e atravessa as relações, nem sempre é direto, se dá também de uma forma indireta, expressa e pode se fazer presente na “relação de forma subjetiva, mas perceptível e sentida por quem o sofre e de forma silenciosa na maioria das vezes” e assim ele poderá estar contido por vários sentimentos, como algo que foi construído ao longo de nosso aprendizado e construções do dia a dia e logo não existe apenas nas relações de âmbito privado. Na instituição dos serviços públicos de saúde, fatalmente irá se materializar, por exemplo: nas informações de agravos onde “determinada” população tem registro com os piores índices e o mesmo vai ocorrer para outros setores como a educação – índices de evasão escolar, grau de instrução, ou para o mercado de trabalho, com os salários mais baixos, entre outros.

O preconceito racial é maior do que o preconceito em relação a classe social, e na saúde ele pode ser observado na forma como os dados epidemiológicos se apresentam, não sendo mais justificável insistir nessa falácia de classe.

De acordo com relatório da antiga Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR):

“... a crença de que o preconceito de classe é mais forte de que o preconceito racial é facilmente derrubado pelos principais estudos realizados sobre o tema nos últimos anos, uma vez que “desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil”

(SEPPPIR, 2004).

Corroborando com essa afirmativa Osório (2003) ressalta que:

“...esses estudos comprovam que, independente da classe social, as desigualdades entre brancos e negros permanecem, e que não há explicação outra que não o racismo. Além disso, por razões históricas, a população negra tem dupla desvantagem na mobilidade social: normalmente vem de faixas mais pobres e enfrenta as barreiras que resultam em menor escolaridade e realização ocupacional”

(Osório, 2003).

O enfrentamento do Racismo na saúde não pode ser considerado como uma pauta a ser cumprida, ou uma questão de “simpatia” dos gestores ao tema, mas é fundamental que a compreensão dos seus impactos mobilize para a mudança de comportamento dos trabalhadores de saúde e que a PNSIPN de fato seja um instrumento de tecnologia leve para que Estados e Municípios possam implementar essa política como estratégia para superar as iniquidades em saúde, promovendo o acesso e qualificando o cuidado.

3.2 Perfil das desigualdades na saúde: A cor do SUS

De uma forma geral, no campo das políticas públicas, as estratégias de intervenções, se caracterizam pelas ações direcionadas aos segmentos populacionais que vivem à margem da sociedade ou que tenham sobre eles maior incidência de casos de discriminações.

No caso da saúde, temos dialogado sobre a égide do conceito da equidade como uma das estratégias políticas de atendimento às populações no SUS que preconiza o atendimento universal, com respeito as diferenças, para que possamos identificar o perfil dessas pessoas, para, por exemplo, compreender as situações de saúde e doença. Quem são? Onde estão? Quais as demandas que trazem? Qual a incidência de casos em relação aos agravos? Entre outras questões, pois o tema é abrangente e não cabe neste momento percorrer um caminho extenso, uma vez que este artigo não tem a intenção de abarcar todas as questões que, logicamente, irão suscitar em outras abordagens.

É importante trazer para essa reflexão que não há como conceber o “cuidado” estanque do conceito de equidade em saúde, se não temos capacidade técnica e não utilizamos os recursos tecnológicos para evidenciar o perfil da população brasileira que é assistida pelo SUS. Uma gestão que trabalha a partir da incorporação dos dados epidemiológicos precisa ter informações a miúdo do perfil dos registros de casos notificados para agravos, ou mesmo para os casos de óbitos, e neste sentido não considerar as informações relacionadas ao quesito raça/cor, estamos falando no deserto.

Todos esses pontos de discussões têm sido apresentados nos últimos 30 ou 50 anos por uma gama de diferentes pesquisadores negros e negras, bem como por lideranças do movimento negro, que no Brasil e em outros países como África do Sul e Estados Unidos, defenderam que é fundamental inserir a variável raça/cor, como um quesito do *rol* de informações de pesquisas ou estudos.

Williams, (2004) ao discorrer sobre as disparidades étnico-raciais em saúde, apontou que os países de baixa e média renda, têm recebido menos atenção na literatura empírica, quando comparada aos contextos de países de alta renda. Contudo, quando existem os dados para as variáveis de raça/cor as disparidades étnico-raciais ficam evidenciadas e também são registradas entre grupos minoritários de países de renda baixa, como África do Sul. O autor sinaliza, ainda, que essas informações foram confirmadas nos estudos realizados na Índia e Brasil por pesquisadores, a exemplo de Burgard; Treiman (2006), Subramanian et al., (2006).

Assim, ao introduzir o quesito raça/cor e proceder com a análise dessas variáveis nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS) no Brasil, as informações revelam situações de iniquidade em saúde, numa proporção em que não mais se admite invisibilizar os dados/informações sobre a população, considerando que esses dados podem encobrir uma prática da gestão para inibir ou impedir o acompanhamento e monitoramento de informações que se caracterizam como resultados do RI na saúde, ou seja, discriminação racial⁹.

Com relação ao perfil populacional, nota-se que a população negra no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰ se constituem a partir do somatório de pessoas que se auto declaram como pretas e pardas, e que apesar de algumas conquistas, ainda vivem à margem da sociedade, uma vez que o racismo se sustenta em uma estrutura que antecede a história escravagista do Brasil e perpetuou uma situação de iniquidades com impactos diretamente na saúde, classificando as pessoas pelo tom da pele e lhes conferindo julgamentos que as colocam em situação de desvantagem em razão de serem pretos ou pardos.

A seguir uma tabela, na qual registramos de forma sistematizada alguns dados sobre o perfil da população negra em relação a diferentes situações no Brasil, evidenciando a situação da pandemia de Covid 19, que apresentou uma configuração que exemplifica o que discutimos em relação as disparidades:

9 Tais situações poderão ser observadas a partir das informações constantes dos documentos do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades. Boletim Informativo, jan. 2003.

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

Situação	População	Fonte
Usuários do SUS	71,5% dos brasileiros, dependem do SUS, 150 milhões de pessoas. Desse total 67% são negras.	IBGE (2019)
Covid 19	Registrou maior letalidade entre a população negra, apesar de ser um número menor entre as afetadas. Negras representam 1 em cada 4 brasileiros hospitalizadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave 23,1%, chegam a proporção de 1 para cada 3 entre os que foram a óbito 32,8%). A maior parte dos sistemas não registrou o quesito cor/raça.	Ministério da Saúde (MS, 2020)
Mercado de trabalho	64,2% da população desocupada são pretos e pardos ¹¹ , e representam 66,1% da população subutilizada. Enquanto 34,6% dos trabalhadores brancos estavam em ocupações informais, entre os pretos ou pardos esse percentual foi de 47,3%	IBGE (2018)
Distribuição de renda	Em relação à distribuição de renda, os pretos ou pardos representavam 75,2% do grupo formado pelos 10% da população com os menores rendimentos e apenas 27,7% dos 10% da população com os maiores rendimentos	IBGE (2018)
Pessoas em situação de Rua	67% das pessoas em situação de rua se declararam pardas ou negras	IBGE (2018)
População carcerária	60% da população carcerária é negra	Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen)
Vida em domicílio	44,5% das pessoas pretas ou pardas viviam em domicílios com a ausência de pelo menos um serviço de saneamento básico, enquanto que entre os brancos, esse percentual foi de 27,9%	IBGE (2018)
Violências	Pretos ou pardos são mais atingidos pela violência. Em todos os grupos etários, a taxa de homicídios dos pretos ou pardos superou a dos brancos. A taxa de homicídios para pretos ou pardos de 15 a 29 anos chegou a 98,5 em 2017, contra 34,0 para brancos. Para os jovens pretos ou pardos do sexo masculino, a taxa foi 185,0	IBGE (2018)

Tabela 1.1 Perfil da população em situação de iniquidades: população 2018 e 2020

Fonte: Elaboração própria das autoras

Dentre as interpretações a partir da análise das informações, constata-se que a situação não se apresentou muito diferente do que temos observado nos estudos e pesquisas referentes as doenças prevalentes e sua relação com as situações de iniquidades. Neste sentido a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹² desde o início da pandemia, apontou que para o enfrentamento e controle da Covid-19 era preciso considerar as iniquidades, uma vez que os dados traduziam uma potencialização da vulnerabilidade social, existente antes mesmo da pandemia e que as pessoas nessa situação (onde a população negra é maioria) seriam as mais afetadas.

11 Observação: a forma como o IBGE se refere as pessoas brancas em situação de "não trabalho" denota racismo institucional. Pretos e pardos são desocupados, enquanto brancos são trabalhadores informais.

12 <https://www.who.int/covid-19> Acesso em 19/7/2021

Assim resulta que a Covid 19 de fato potencializou outras situações de vulnerabilidades, indicando que a população negra segue submetida a situações precárias advindas do processo histórico de iniquidades, encontrou neste cenário pandêmico e na forma de governo atual um ambiente favorável para a manutenção do Racismo Institucional.

Se o SUS pudesse ser descrito a partir do quesito raça/cor ele seria uma pessoa negra, e muito provavelmente uma mulher negra.

4 | DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN

A efetividade de uma política de equidade por si só já se traduz como um desafio nos espaços de gestão onde o racismo é a base histórica da sociedade brasileira, logo, a cultura do preconceito racial está enraizado nas pessoas, e se manifesta nos serviços de saúde e em outros espaços.

Por outro lado, imprimir nestes espaços que a PNSIPN é um instrumento utilizado dentro do pressuposto das tecnologias leves dos processos de cuidado do trabalho em saúde, tem relação direta com o entendimento do que vem a ser produção do cuidado da equipe multidisciplinar, isento de preconceitos, de Racismo Institucional, aliado as questões financeiras e orçamentárias, que se colocam como principais desafios.

Assim garantir a necessidade de implementação da PNSIPN como um dos recursos tecnológicos, implica também refletir para além do contexto em que as pessoas estão inseridas, mas sobretudo do que estamos “ofertando ou disponibilizando” como produtos e como serviços.

Apesar da PNSIPN contar com mais de 10 anos de implementação, ainda assim ela não foi efetivada na maioria dos estados e municípios do Brasil, o que faz com que sua implementação, nestes mais de 10 anos, ainda se constitui como um dos desafios a serem ultrapassados!¹³

Ao analisar algumas dessas dificuldades inerentes a implementação da PNSIPN, partimos do princípio de que no nosso País, apesar de termos lei que garantem direitos, podemos constatar inúmeras situações de iniquidades e de má gestão, o que se comprova no fato de mesmo sendo uma política com força de lei (previsto por Decreto da presidência da República) não se constitui garantia de efetivação desse direito.

O direito à saúde é um desses exemplos, assim como vários outros direitos fundamentais. Como bem aponta, Werneck (2016) no artigo publicado “*Racismo institucional e saúde da população negra*”, em que afirma:

Apesar de ter cumprido todo o processo de formalização requerido pelo SUS - aprovação pelo (CNS, 2006); publicação no diário oficial (2008); elaboração de Plano operativo; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite com atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos (2009) - a PNSIPN não angariou adesão suficiente à gestão do SUS. Como resposta,

13 Mesmo tendo força de Lei por Decreto Presidencial

as mobilizações inseriram seus objetivos no corpo da Lei nº 12.288/2010 (Brasil, 2010) aprovada pelo Congresso Nacional em 2011. A partir de então, a atenção à saúde da população negra em seus diferentes aspectos passou a ser regulamentada via lei federal, como estratégia de provocar respostas necessárias. No entanto, além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos.

(Werneck, 2016)

Ao pensar nesses planos como sendo ferramentas de apoio a gestão e que necessitam estarem conectados com o planejamento, Silva, (2009), nos chama a atenção para conformar o que defendemos, referente ao fato de que a implementação de uma política pública é o momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos. Assim podemos concluir que justamente na fase da prática, é que deveria ser continua, no caso da PNSIPN, ir avançando nos Estados e Municípios.

O planejamento ligado à organização é transformado em ação, são direcionados recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para executar a política. Observa-se que, nesse processo, as políticas públicas sofrem influências das circunstâncias externas aos agentes planejadores e implementador, as quais tornarão possíveis ou não a implementação. *Arrethe, (2001)* afirma que o monitoramento da implementação de uma política é complexo e contínuo, influenciado tanto por seu conteúdo quanto pelo contexto, bem como pela relação entre os meios sociais, econômico e político e o próprio governo. Esses fatores podem interferir na implementação, alterando os rumos inicialmente previstos, podendo impactar em planos concretos a fim de alcançar o efeito proposto.

Muito embora consideramos que a PNSIPN desencadeou um processo de maior produtividade na gestão do SUS nas três esferas, a exemplo de elaborações de documentos técnicos, normas, portarias, ou ainda por ter mobilizado recursos financeiros e tecnológicos, capacitando lideranças da sociedade civil, fomentando a mobilização social, entre outras questões, como registrado em trabalhos que se dedicaram a este fim, salienta-se que todos esses fatores e contextos mencionados, houve um trabalho árduo realizado, que merece ser reconhecido por nós.

A capacidade e dedicação de pesquisadores, lideranças sociais, gestores, técnicos do Ministério da Saúde, possibilitou a elaboração da PNSIPN, que ainda não sucumbiu pela força da responsabilidade dessas pessoas, que a partir dos seus espaços dão sentido, e continuam o seu percurso, por acreditarem que essa é a estratégia que possui a maior capacidade de resposta ao Racismo Institucional.

Salientamos que não esgotamos aqui todo o contexto que envolve a não implementação de uma política e o não cumprimento de uma Lei, que sob o ponto de vista da legalidade é passível de improbabilidade administrativa por má gestão, muito embora o

texto não tenha a pretensão de versar sobre a temática, é fundamental registrar.

Ao analisar o acesso e qualidade de saúde da população negra no Brasil, percebemos o quanto estamos longe de efetivar o direito à saúde a esta população. A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica eliminação de iniquidades raciais, no entanto, alcançar esse feito exige um esforço de todos os entes envolvidos na efetivação de uma política pública de saúde.

Importa lembrar que o Ministério da Saúde, reconhece as desigualdades étnicas raciais e sobretudo enfatiza que o Racismo Institucional é um dos determinantes sociais das condições de saúde, já superamos essa discussão. Contudo, dentre esses fatores apontamos neste artigo, um dos maiores obstáculos a ser superado para a efetiva implementação da política é o “negacionismo” e a irresponsabilidade de quem estacionou na história e se reveste com as insígnias do Racismo Institucional, moldando as práticas baseadas nos “equivocos e na perversidade da não compreensão de quem são os “sujeitos”, e seguem perpetuando preconceitos que impactam diretamente na implementação da PNSIPN.

Os desafios estão postos e mantendo o que discutimos durante a construção desse capítulo, cabe aqui enfatizar que um dos maiores obstáculos a ser superado para a efetiva implementação da política é o Racismo Institucional, uma vez que a manutenção de práticas de cuidado em saúde discriminatórias, que se sustenta no racismo enraizado nas instâncias do SUS impacta diretamente na implementação da PNSIPN, e causa danos na saúde da população negra.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formulação de uma Política Pública, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) busca ao longo de mais de 20 anos romper um dos elos que garantem a persistência de uma situação de iniquidades sociais, que ainda não responde a necessidade da população e muito menos aos diferentes avanços que vivenciamos no SUS.

É fato registrado e constatado que a política não está implementada na maioria dos estados e municípios brasileiros, apesar dos esforços e mobilização da sociedade civil, bem como de alguns poucos gestores, ainda persiste um real desconhecimento desta tecnologia, tanto por parte de gestores, trabalhadores, quanto dos usuários que buscam atendimento no SUS.

Sua implementação é uma estratégia que vislumbra a quebra de paradigmas, vislumbra romper com modelo que não mais se admite, assim como reafirmaria a universalidade, a integralidade e a equidade que são os princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra, entre elas o

respeito a sua identidade, sua história, diversidade, situação socioeconômica, entre outros aspectos.

Assim, dentre as reflexões finais, que resultam de todas as narrativas expressadas neste conteúdo, a partir de releituras, nossas impressões não se diferem muito do que outros autores têm afirmado ao longo desses anos, o que nos faz reconhecer entres outros aspectos que a PNSIPN sobrevive ao desmonte ao longo dos últimos 6 anos , embora com a constante intenção por parte de poucos gestores e das lideranças do movimento negro que pauta saúde e enfrentamento dos racismos, e em razão desses racismos ela não efetivada (implantada e implementada) territórios, enquanto uma política nacional.

Política baseada em componentes interdependentes, interligados e complementares, ainda não se tornou uma realidade, enquanto direito garantido na Constituição Federal, que é o direito a saúde, a partir de estratégias com uso de tecnologias da política.

Os elementos aqui abordados se convergem em tecnologias que deveriam ser ofertadas, a partir do que consagra o conceito de atenção integral à saúde, entre as quais enfatizamos:

Produção do conhecimento científico— organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar sequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.

Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e capacitação adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra. Início de processo contínuo e urgente desde a graduação que altere os currículos do ensino médio a graduação.

Informação da população – disseminação de informação e conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças.

Atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde. Incluindo os conhecimentos ancestrais da população negra, a exemplo dos conhecimentos e práticas do povo de terreiro e povos tradicionais.

Para concluir, acreditamos que no âmbito desse debate, que abarcou as tecnologias em saúde, como fundante para qualificar a atenção integral e ampliar o acesso, se faz relevante investir em mecanismos que correspondam a novas configurações dos processos de trabalho nas três esferas de gestão, para que de fato possamos responder as demandas e as iniquidades. Prioritariamente compreender que ofertar insumos e tecnologias não exclui o aporte de um cuidado baseado em práticas antirracistas, galgadas no respeito as diferenças, onde possa existir a percepção de que tecnologia em saúde se restringe a ideia de “equipamentos físicos” desconsiderando o fator “humano”, mas sim estão presentes

nas políticas de Equidade, como estratégias que contribuem para que o atendimento em saúde, considere as subjetividades e vivências inerentes ao estilo de vida e ao perfil da população atendida, cujo o resultado possa expressar uma maior efetividade nas respostas diagnósticas, que defenda a vida, o bem viver, onde ninguém fique para trás ou que seja mais um registro de óbito em razão da cor da pele.

Não é admissível seguir com esse resquício de violações na população negra!

Não há possibilidade de trabalhar com tecnológicas na saúde sem apresentar propostas e estratégias para o enfrentamento dos racismos, o que somente se faz a partir do uso das análises de raça/cor em todos os Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, afinal não é ausência de dados e pesquisas, mas sim resultado de racismos que perpetuam a cultura de quem está nos espaços da gestão, nos espaços de poder.

Se não houver ações concretas que respondam a essas variáveis, continuaremos a fazer mais do mesmo.

O racismo de gestores resulta na negação dos dados/informações, invisibilização, silenciamento e mortes.

E se torna assim responsável por isso, pois a tecnologia está disponível, mas não acessível a população que tem a cor do SUS, preta.

REFERENCIAS

ARRETHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais São Paulo: IEE-PUCSP, 2001. p. 44-55.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010.

BRASIL (2004) Ministério da Saúde. Portaria nº 1678/GM, 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html Acesso 24/6/2021

BRASIL (2009) Ministério da Saúde. Portaria nº 992/GM, 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html Acesso em 24/6/2021

<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/354> Acesso em: 23/7/2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União. Brasília: Congresso Nacional, 05 out 1988. <http://www.imprensaoficial.com.br> Acesso em 23 de maio de 2021.

BURGARD, S.A.; TREIMAN, D.J. Trends and racial differences in infant mortality in South Africa. *Social Science and medicine* 62(5): 1126-1137, 2006.

Carmichael, S. e Hamilton, C. *Black power: the politics of liberation in America*. New York, Vintage, 1967, p. 4.

LEWIS, T.T. et al. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11: 407-440, 2015.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA NETO, Damiana Bernardo de. *Fatores associados à tuberculose/HIV no Brasil: uma análise de dados secundários com ênfase nas variáveis raça/cor*. 2015. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20495/1/2015_DamianaBernardodeOliveiraNeto.pdf Acesso em 23/7/2021

OSORIO, R. G. (2003). O Sistema Classificatório de “Cor Ou Raça” do IBGE. Texto para Discussão nº 996. http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_0996.pdf Acesso em 27/7/2021

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários? *Esc. Anna Nery: Rev Enf.* 2009, v.13, n. 3.

SEPPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial- (2004). *A Saúde da População Negra: Ações Afirmativas para Avançar na Equidade*. Seminário Nacional Saúde da População Negra. http://dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/02_Caderno_de_Textos_Basicos_SNSPN_12_a_20_Agost_2004.pdf Acesso em 22/6/2021.

SILVA, Luiz Fernando Martins da. Políticas de Ação Afirmativas para negros no Brasil: Considerações sobre a compatibilidades com o ordenamento jurídico nacional e internacional. *Rev. Jur.*, Brasília, v. 8, n. 82, p.64-83, dez. /jan., 2007

SILVA, P.L.B. & MELO, M.A.B. *O Processo de Implementação de políticas públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Caderno nº 48. 2009

SUBRAMANIAN, S.V. et al. Indigenous Health and Socioeconomic Status in India. *PLoS medicine*, 3(10): e421, 2006.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Cadernos de Saúde soc.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. <https://www.scielo.br/lj/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt> Acesso em 24/7/2021

WILLIAMS, DAVID R.; PRIEST, NAOMI. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional *Sociologias*, vol. 17, núm. 40, septiembre-diciembre, 2015, pp. 124-174 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil (7) (PDF) *Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/293011641_Racismo_e_Saude_um_corpus_crescente_de_evidencia_internacional accessed Jul 19 2021.

A

Adolescência 31, 60, 62, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 108

Ambientes de trabalho 138, 152

Assistência domiciliar 95, 96, 97, 99

Assistência médica 96, 103

C

Consolidação das Leis Trabalhistas 138

Consumo abusivo 71

Cuidado em saúde 20, 67, 81, 91, 107

D

Dependência 52, 73, 75, 97, 98, 116

Depressão 14, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 109, 132

Distúrbios mentais 24, 25

Doença de Alzheimer 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 134, 135

Doenças neurodegenerativas 122, 123, 126, 128, 131, 132, 133

E

Efeitos adversos 114, 115, 116, 117, 118, 119

Ergonomia 137, 138, 140, 147, 148, 150, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159

F

Fenômeno social 33, 83

G

Grupos vulneráveis 41, 45, 46, 47, 48, 50

H

Hábitos alimentares 122, 123

I

Indivíduos 3, 10, 11, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 47, 48, 55, 60, 72, 109, 110, 111, 123, 125, 126, 128, 129, 130

Internações domiciliares 96

M

Mulheres negras 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 79, 84

P

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 77, 78, 79, 80, 81, 84, 91, 93

Políticas públicas 2, 7, 9, 13, 43, 45, 48, 50, 55, 56, 59, 68, 72, 75, 83, 86, 90, 94

Processo de morrer 106, 107, 109, 111, 112

R

Racismo institucional 9, 78, 80, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 94

Rede de atenção às urgências 61, 68

S

Saúde do trabalhador 137

Saúde pública 2, 9, 28, 29, 33, 43, 69, 71, 72, 77, 160

Setor de beleza 138

Sistema produtivo 138

Sistema Único de Saúde 4, 6, 14, 68, 78, 160

Situação de violência 5, 15, 34, 52, 61, 68

Situações de trabalho 152, 153

Substâncias psicoativas 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

T

Tecnologias em saúde 78, 92

Terapêutica 108, 113, 114, 118

Terminalidade 106, 107, 109, 111

Territorialidade 2, 3

Territorialização em saúde 1, 2, 3, 4, 15, 19

Território 2, 3, 4, 8, 9, 10, 16, 19, 43

Transtorno depressivo maior 21, 22, 23, 28, 29, 31

V

Violência de gênero 45, 46, 51

Violência interpessoal psicológica 34

Violência psicológica 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 43

SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados
no Brasil 3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

SAÚDE:

Impasses e desafios enfrentados
no Brasil 3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 