



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil

Larayne Gallo Farias Oliveira*
Milena Magalhães**

A população negra é discriminada nas unidades de saúde, tanto como usuários quanto como profissionais de saúde. Tais ações aumentam a vulnerabilidade desses grupos, alargam a distância ao acesso, levam à evasão e favorecem para que o racismo institucional se manifeste por meio de impedimentos aos benefícios preventivos ou curativos dos tratamentos e medicamentos possibilitados pelas políticas públicas de saúde. Com base neste cenário, foi realizada uma revisão narrativa, bibliográfica e não sistemática, a fim de evidenciar os momentos principais dessa trajetória, no que concerne ao estabelecimento de políticas públicas, legislações e reflexões de pesquisadores decoloniais e, principalmente, à implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A revisão consistiu na busca de documentos técnicos e institucionais da área em base de dados nacionais, além de documentos legais, assim como os não convencionais e não comerciais ou semipublicados (literatura cinza). Este estudo destaca a necessidade de garantias concretas de participação da população negra, possibilitando dar visibilidade às iniquidades. Busca cooperar no sentido de propor mudanças na qualidade da gestão da saúde integral da população negra e outras medidas reparadoras dessa situação na luta pela conquista e garantia de direitos.

Palavras-chave: Racismo. Atenção primária à saúde. Saúde das minorias étnicas.

* Universidade de São Paulo (USP), São Paulo-SP, Brasil (larayne@usp.br; <https://orcid.org/0000-0002-0031-3846>).

** Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Itabuna-BA, Brasil (milena@ufsb.edu.br; <https://orcid.org/0000-0003-3308-6544>).

Introdução

Nas unidades de saúde, geralmente os negros são tratados de forma diferente dos brancos, tanto como pacientes quanto como funcionários. Essas ações aumentam a vulnerabilidade desses grupos e a distância entre eles e o acesso, levando-os à evasão. O racismo institucional se manifesta por meio de impedimentos aos benefícios preventivos ou curativos de tratamentos e medicamentos viabilizados pelas políticas públicas de saúde.

Os indicadores sociais apontam que a população negra no Brasil está em desvantagem, pois estudos sobre esses grupos têm mostrado que eles são afetados desproporcionalmente por respostas violentas, o que tem relação com as desigualdades sociais, bem como com questões de gênero e racismo.

Há uma lacuna no fortalecimento de políticas de enfrentamento ao racismo e outras formas de abuso, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Negra (PNSIPN). Chehunen Neto *et al.* (2015) investigaram o entendimento e a opinião do público sobre essa política recentemente implementada no Brasil, destacando seus potenciais benefícios, bem como percepções de barreiras de acesso e discriminação na área de assistência à saúde. Apesar de existir uma política de saúde voltada especificamente para a população negra, o estudo constatou que 90,5% das pessoas pesquisadas a desconheciam e só foram informadas pelos entrevistadores. Isso demonstra um desconhecimento sobre as políticas públicas de saúde, principalmente a PNSIPN.

Incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a PNSIPN visa reduzir as disparidades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis e complementar, aprimorar e sustentar a política universal no setor público de saúde, utilizando suas ferramentas de gestão para atenção à saúde da população negra (BATISTA, *et al.*, 2016).

A implementação dessa política de saúde, bem como a análise do cotidiano dos negros atrelado ao reconhecimento social e político, constitui ferramenta importante no combate ao racismo institucional, levando em conta os avanços na instauração de políticas sociais universais que ampliaram o acesso para a população negra. Assim, em função de fatores como falta de informação, cultura, baixa renda e discriminação nos locais de prestação de serviços, a população negra enfrenta mais desafios no acesso à saúde (WERNECK, 2016). No entanto, é necessário que a PNSIPN reforce a discussão sobre a discriminação racial no país, que viola o princípio da igualdade do SUS.

Segundo Werneck (2016), apesar da implementação dessa política, a população negra sofre com as disparidades e tratamento desigual que a sociedade e o SUS produzem, bem como com o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais exercem sobre a saúde, a prevalência de doenças e as taxas de mortalidade.

De acordo com Batista e Barros (2017), houve um avanço de forças conservadoras, acompanhado de uma força política que está atacando muitos direitos sociais, principalmente aqueles que atendem à população negra. Isso se tornou um desafio, levando a uma falta de compreensão entre o público em geral e os profissionais de saúde sobre como o

racismo impacta a vida cotidiana, o acesso aos serviços e a qualidade dos cuidados de saúde. Sendo assim, o presente estudo tem como escopo realizar uma revisão narrativa sobre o percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil.

Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, bibliográfica e não sistemática, com foco na discussão e desenvolvimento do ponto de vista teórico e reflexivo a partir de pesquisadores decoloniais. A revisão foi desenvolvida a partir da seguinte questão: qual o percurso histórico e atual da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil? Foi realizado levantamento de um conjunto de documentos diversos, livros, artigos, incluindo até os não convencionais e não comerciais ou semipublicados (literatura cinza), a fim de buscar documentos primários de análise. Após leitura e análise dos materiais, foi elencado o percurso histórico de implantação dessa política no Brasil.

Resultados e discussão

Ao longo da história do Brasil, a população negra foi marcada pela miséria e resistência. Desde sua chegada ao Brasil, ela foi forçada a trabalhar em um ambiente escravista, em engenhos de cana-de-açúcar e lavouras durante o período colonial, para prestar cuidados domésticos e ser tratada como uma espécie sub-humana, equivalente a animais. Tal pressão em favor do trabalho tornou essa população destituída de seus laços familiares, obrigando-a a adotar novos modos de vida (GOMES, 2012; MUNANGA, 2008; MBEMBE, 2014).

O Brasil pode ser considerado o segundo maior país de população originária da África, com 55% de sua população composta de pardos e negros, sendo o primeiro a Nigéria. Estes (sobre)vivem em situações de desigualdade devido a vários indicadores socioeconômicos que demonstram a cruel combinação de vulnerabilidade social e racismo que os acompanham durante sua vida (SCHWARCZ, 2019).

Todo esse processo gerou marcas e cicatrizes, pois a população negra do Brasil está submetida a um regime de escravidão há mais de três séculos e, apesar de sua abolição e posterior reconhecimento dos graves abusos perpetrados por esse regime, continua socialmente excluída de diversos direitos (ALBUQUERQUE, 2009). No que se refere à questão da saúde, não existiam políticas no período pós-abolição que incluíssem essa população, sendo que o racismo a partir de então operou como ferramenta de ampliação das desigualdades no processo saúde-doença (BATISTA, *et al.*, 2017).

O racismo é uma forma primária de representação na qual é impossível distinguir entre o que está dentro e o que está fora (MBEMBE, 2014). Ribeiro (2018) o vê como um sistema de opressão que nega direitos, em vez de um simples ato de violação individual. A autora

destaca que o racismo e a pobreza beneficiaram economicamente a população branca ao longo da história, enquanto a população negra sempre foi tratada como mercadoria, sem acesso a direitos básicos ou distribuição monetária.

Schwarcz (2019) argumenta que a escravidão foi e continua sendo uma característica inconfundível da história brasileira, apontando o racismo como principal exemplo. Este é frequentemente retratado como uma questão ideológica polarizadora, cujo objetivo é manter privilégios e ampliar as brechas sociais. Não existem bons racistas, pois todos são afetados por traumas e sofrimentos. A autora ressalta a importância de considerar as especificidades dessa história brasileira, que fez da desigualdade uma etiqueta internalizada e da discriminação um espaço não oficial, fazendo com que todas as formas de racismo sejam prejudiciais (SCHWARCZ, 2012).

O racismo existe em todos os aspectos da sociedade brasileira, sendo que o antirracismo é uma luta de todos (ALMEIDA, 2019). Munanga (2009) declara que todas as formas de racismo são abomináveis, e que cada um faz vítimas de sua própria espécie. Segundo Schwarcz (2012), ninguém nega que o racismo existe no Brasil e que sua prática é sempre atribuída ao outro. A autora afirma que o difícil é admitir a discriminação e não o ato de discriminação, porque é um racismo silencioso escondido atrás de uma falsa garantia de universalidade e igualdade jurídica.

Ela reflete sobre a persistência do racismo, mesmo depois de ter deixado de ser aceito como teoria científica:

Sendo assim, e se o racismo, faz tempo, deixou de ser aceito como uma teoria científica, ele continua plenamente atuante, enquanto ideologia social, na poderosa “teoria do senso comum”, aquela que age perversamente no silêncio e na convivência do dia a dia. O racismo é filho da liberdade, pairando, ainda hoje, um grande interdito no que se refere à expansão de direitos para tais populações, que são as mais vitimizadas no país com relação aos direitos à saúde, educação, trabalho, moradia, transporte e segurança. (SCHWARCZ, 2019, p. 28)

Jones (2002) divide o racismo em três categorias: racismo internalizado, que se manifesta por meio de sentimentos e comportamentos que implicam superioridade/inferioridade, aceitação/rejeição e uso de vieses e estereótipos; racismo interpessoal, representado por meio de ações e omissões por falta de respeito, perseguição e negligência, intencional ou não; e o racismo externalizado, que compreende ações e omissões por falta de respeito.

Segundo Munanga (2009), existem inúmeras teorias que tentam explicar as complexidades do racismo, muitas das quais são contraditórias. Outros tipos de racismo em relação à população negra foram identificados por alguns autores, tais como: o racismo estrutural, composto por práticas, hábitos, situações e enunciados embutidos nas populações que promovem a segregação e o preconceito racial (ALMEIDA, 2019); o racismo recreativo, que usa o humor como veículo de hostilidade (ALMEIDA, 2019); o racismo reverso, que é a forma clássica de preconceito motivado pela raça, cor ou etnia, porém, contra brancos, ou de negros contra brancos (CAMPOS, 2015) – este último é refutado por vários

pesquisadores, incluindo Djamilia Ribeiro (2018) em seu livro *Quem tem medo do feminismo negro* e também no texto “Falar em racismo reverso é como acreditar em unicórnios” –; o racista midiático, em que as políticas de dor e ódio mostram um desenho risível do corpo negro (CAMINHA, 2020); e o institucional, praticado por parte de instituições públicas ou privadas, do Estado e das leis mesmo que de forma indireta (SANTOS, 2001). Este último ponto é o foco da PNSIPN e será abordado à luz de outros estudos.

O termo racismo institucional foi cunhado pela primeira vez em 1967 pelos membros dos Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, sendo definido como um método de subordinação dos direitos humanos e da democracia às necessidades do racismo (WERNECK, 2016). O racismo institucional está intrinsecamente ligado à forma como a sociedade está estruturada (racismo estrutural) e à falta de reconhecimento de toda a população negra (GOMES, 2012), bem como à falta de respeito às pessoas de todas as etnias e origens culturais (GOMES, 2012; DAVIS, 2018).

Nesse contexto, Jurema Werneck (2016) defende que o racismo institucional “dispõe de plasticidade”, no sentido de que uma ideia pode mudar depois de ser exposta a uma certa quantidade de estresse para permitir o cumprimento de uma preferência por uns em detrimento de outros, em toda a sua diversidade.

Segundo López (2012), empregar o conceito de racismo institucional amplia as possibilidades de se alcançar uma compreensão mais abrangente da produção e reprodução das desigualdades raciais na política e nas organizações brasileiras. Nessa perspectiva, o autor defende o entendimento de vários modos de subjetividade em relação ao racismo institucional:

O fato de o racismo institucional se tornar objeto de reflexões acadêmicas articuladas a mobilizações da sociedade civil põe em evidência estratégias contemporâneas de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, que atingem, diferencialmente, populações do ponto de vista racial. Ao mesmo tempo, visibiliza modos de subjetivação em relação a discursos de verdade que, historicamente, vêm racializando indivíduos. Esses sujeitos passam hoje a definir sua cidadania em termos de seus direitos à vida e à saúde. (LÓPEZ, 2012, p. 130)

Silva *et al.* (2009) ressaltam que isso extrapola as relações interpessoais e se estabelece na vida institucional, inclusive na efetiva implementação das políticas públicas, resultando em ampla gama de desigualdades e iniquidades. Por isso, é o aspecto mais negligenciado do racismo (WERNECK, 2016).

De acordo com Kalckmann *et al.* (2007), é impossível descartar a possibilidade de um profissional ser culpado de racismo institucional se não acreditar que cometeu um ato racista ao não ouvir a perspectiva da vítima. Como resultado, pode ser encontrada em processos, atitudes e comportamentos que acarretam discriminação baseada em preconceitos irracionais, ignorância, negligência e estereótipos racistas.

O guia de enfrentamento ao racismo institucional foi elaborado pelo Geledés – Instituto da Mulher Negra (GELEDÉS; CFEMEA, 2016), com o objetivo de promover a identificação de

racismo no âmbito das instituições públicas e no setor privado, refletir sobre a reprodução do racismo nos setores estratégicos e privados e influenciar na formulação e monitoramento de políticas públicas. Este guia explica por que reconhecer a existência do racismo institucional é fundamental para enfrentá-lo e, como resultado, oferece várias alternativas para lidar com ele:

- a) a identificação e a construção de diagnósticos, por cada organização, instituição ou empresa, acerca do racismo institucional;
- b) a elaboração de um plano de ação para seu enfrentamento a partir de um conjunto de respostas e ações sugeridas; e
- c) a construção de indicadores para o monitoramento do plano de ação. (GELEDÉS; CFEMEA, 2016, p. 16)

O Instituto da Mulher Negra (Geledés), na publicação *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*, afirma que, no Brasil, como medidas de tomadas de decisão oficiais nos processos para eliminação do racismo institucional, há a recomendação para o compromisso da gestão com planejamento e monitoramentos adequados, promoção da qualidade dos serviços seja pelo reconhecimento do racismo seja pelo enfrentamento a preconceitos e estereótipos, promoção de atendimento e procedimentos adequados e participação social (GELEDÉS; CFEMEA, 2013).

Em 1988, a Constituição brasileira estabeleceu o princípio da igualdade ou não discriminação, que estabelece que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer espécie”, dando início às políticas de promoção da igualdade racial (BRASIL, 1988). Durante esse período, vários debates sobre racismo e a formulação de programas de ação afirmativa assumem crescente visibilidade no cenário brasileiro, a exemplo dos movimentos sociais negros, na perspectiva da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação na saúde pública (MAIO; MONTEIRO, 2005).

Como uma conquista destes movimentos, a partir do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS n. 1.678, de 13 de agosto de 2004) e almejando o Pacto pela Saúde pelo SUS, instituído por meio da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi aprovada em novembro deste mesmo ano, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o texto da PNSIPN. Em 2008, a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e, em 14 de maio de 2009, foi publicada no *Diário Oficial da União* como a Portaria GM/MS n. 992.

Seu objetivo é garantir maior equidade na implementação do direito humano à saúde em todos os aspectos de prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2009). É responsável por garantir a igualdade na aplicação do direito fundamental à saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), atuando em cinco áreas estratégicas: eixo 01 – Acesso da população negra às redes de atenção à saúde; eixo 02 – Promoção e vigilância em saúde; eixo 03 – Educação permanente em saúde e produção do conhecimento em saúde da população negra; eixo 04 – Fortalecimento

da participação e do controle social; e eixo 05 – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra (BRASIL, 2009).

A PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, uma vez que a redução destas disparidades étnico-raciais impacta as condições e qualidade de saúde dos usuários do SUS (BATISTA, *et al.*, 2017).

Com o objetivo de estimular a criação de espaços de governança participativa nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu Comitês Técnicos de Saúde com o objetivo de descentralizar a implementação de políticas e fortalecer a governança frente às iniquidades raciais na atenção à saúde, favorecendo o monitoramento e fiscalização por meio de representantes (BATISTA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2011).

Por exemplo, na Bahia, a PNSIPN foi instituída por meio do Decreto n. 14.720, de 29 de agosto de 2013. Após este decreto, não há documentos oficiais para monitorar e avaliar a política do Estado, tendo apenas um Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra (CTESPN) no âmbito da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab) em instâncias colegiadas e intersetoriais, por meio do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade Negra (CDCN), da Comissão Estadual para a Sustentabilidade dos Povos e Comunidades Tradicionais (CESPCT), do Grupo Intersectorial Quilombola (GIQ) e do Comitê Rede de Combate ao Racismo e à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia.

Para permitir que o SUS reconheça os determinantes da saúde a partir das relações étnico-raciais, é necessário que haja o adequado preenchimento dos sistemas de informação em saúde sobre a questão da cor, que deve ser avaliada unicamente por meio da autodeclaração individual.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2021), entre janeiro de 2008 e fevereiro de 2021, ocorreram, no Brasil, 49.158.138 interações de pessoas de raça/cor parda, 4.983.625 de raça/cor preta, 48.462.698 de raça/cor branca, 1.757.734 de raça amarela, 379.967 indígenas e 43.700.532 sem informação de raça/cor. Esses dois primeiros indicam valores expressivos quando comparados a outras raças e reforçam as desigualdades, visto que raça/cor é um marcador social significativo, implicando que não houve preparo (por parte do entrevistador ou do entrevistado) para a autodeclaração do quesito cor. Essas ambiguidades dificultam a aplicação de recursos adequados para garantir a igualdade.

Embora não esteja claro se a ausência mencionada no parágrafo anterior foi usada como estratégia para desvendar o racismo, Chor e Lima (2005) afirmam que a população negra, principalmente as mulheres negras, recebe atendimento de saúde mais urgente do que outros grupos no Brasil. As autoras acreditam que as disparidades raciais e étnicas em saúde terão um papel mais proeminente na agenda de pesquisa epidemiológica do país, com base no preenchimento adequado de marcadores, com o objetivo de atestar uma lacuna significativa no conhecimento dos dados (CHOR; LIMA, 2005).

O SUS rastreia as medidas tomadas para proteger a saúde de toda a população brasileira por meio de indicadores sociais como mortalidade, morbidade, incapacidade, acesso aos serviços, qualidade do atendimento, condições de vida e fatores ambientais (BATALHA, 2014). É possível, portanto, que, do ponto de vista das doenças com forte determinação hereditária, a população negra brasileira possa mostrar-se com características próprias, embora doenças ligadas à pobreza (desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose, alcoolismo, etc.) sejam mais comuns na população negra, sem causas ligadas à herança genética (BRASIL, 2001).

Vale destacar também que os transtornos mentais e comportamentais, como a drogadição, são mais prevalentes nessa população (BRASIL, 2017) e que as taxas de homicídios da população brasileira seguem um padrão diferente do encontrado na raça negra (SOARES FILHO, 2011). A taxa de mortalidade na população negra é maior em decorrência das condições socioeconômicas ligadas à exclusão étnica (BRASIL, 2017).

Dados recentes sobre a Covid-19 mostram maior incidência de mortes relacionadas a esse vírus na população negra do que na branca, com forte foco nas desigualdades sociais, como maior risco de exposição, menor acesso a exames e falta de acesso a cuidados de saúde de alta qualidade (OLIVEIRA, 2020).

Quanto à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), embora os noticiários sempre atrelem tais números à população negra, os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre “população negra” e Aids no país (FRY *et al.*, 2007).

As doenças com maior incidência na população negra ligadas à etnia são: anemia falciforme e doenças falciformes; deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD); hipertensão arterial; diabetes mellitus; e as síndromes hipertensivas na gravidez (BRASIL, 2001). Os fatores de risco relacionados a tais doenças são: tabagismo; excesso de peso; obesidade; consumo de carnes com excesso de gordura; inatividade física; consumo abusivo de bebidas alcoólicas; entre outros. Já os fatores de proteção são: consumo recomendado de frutas e hortaliças; consumo regular de feijão; prática de atividade física recomendada no tempo livre; realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres; entre outros (BRASIL, 2017).

Portanto, a partir desses marcadores sociais e determinantes de saúde, a PNSIPN propõe a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde. Os objetivos apontam como foco primordial a atenção humanizada em saúde na atenção primária, por meio do Plano Terapêutico em Cuidado (PTC), que consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas interdisciplinares articuladas tanto para o coletivo quanto para o individual, e o Plano Terapêutico Singular (PTS) para o tratamento de questões específicas quanto ao enfrentamento do racismo (BRASIL, 2009).

Juntamente com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006), a política demonstra “Promoção do reconhecimento dos saberes

e práticas populares de saúde” (BRASIL, 2009). Um dos desafios da PNSIPN é a falta de priorização e/ou desconhecimento por parte dos gestores (GOMES, 2012), o que resulta na redução da funcionalidade dos serviços de saúde prestados.

Devido à falta de interesse público em sua implementação, pouco progresso foi feito. Com isso, o gestor deve traçar estratégias de tratamento e priorização para essa população. Também é necessário avaliar a disponibilidade de serviços de saúde em áreas rurais, áreas de difícil acesso e áreas próximas às fronteiras nacionais, com atendimento em horários convenientes para a população trabalhadora e estudantil (BRASIL, 2018).

Outro desafio é a ampliação das comissões técnicas de saúde do negro no meio rural (BATALHA, 2014), com o objetivo de fortalecer os movimentos sociais e discutir a equidade organizacional para desenvolver respostas estratégicas ao racismo institucional. No entanto, sem dúvida, o maior desafio para a PNSIPN é o racismo institucional (LÓPEZ, 2012), motivo do surgimento da política.

Em suma, a categoria “racismo institucional” nas práticas de gestão e da assistência no SUS é, reconhecidamente, uma das importantes barreiras ao avanço da implementação da PNSIPN. Porém, concordando com Werneck (2016, p. 546):

Além de reconhecer a determinação legal estabelecida por meio de diferentes instrumentos, é preciso reconhecer que a qualificação de gestores e profissionais, além de usuários e população em geral, é fundamental para a produção de mudanças consistentes na cultura institucional. Essas mudanças devem ser capazes de alterar as formas de atuação cotidiana tanto quanto os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, e de envolver ações em três diferentes níveis ou oportunidades, que são: acesso e utilização; processos institucionais internos; resultados das ações e políticas públicas.

Ou seja, a PNSIPN, ao partir do reconhecimento do racismo institucional, faz de sua própria implementação um vetor de transformação da percepção e das práticas no interior do sistema de saúde.

Conclusão

Tendo em vista os estudos analisados, é possível concluir que o preconceito e a discriminação ainda são prevalentes na sociedade brasileira, afetando os serviços de saúde e dificultando o acesso da população negra. Segundo estudos, embora a falta de informação, a diversidade cultural e a baixa renda influenciem no acesso à saúde da população negra, o maior desafio a ser enfrentado e superado é o racismo institucional. Esta questão é a mais premente e deve ser enfrentada pelo país, começando com o seu reconhecimento e progredindo para a sua eliminação com ações afirmativas visando à promoção da equidade em saúde.

Cabe ainda buscar estratégias que tangem na desconstrução do racismo institucional e no seu enfrentamento em consonância com a busca pela universalização e igualdade do direito à saúde.

Assim, este estudo destaca a necessidade do estabelecimento de garantias concretas de participação da população negra, possibilitando dar visibilidade às iniquidades. Cooperar no sentido de propor mudanças na qualidade da gestão da saúde integral da população negra e outras medidas reparadoras dessa situação na luta pela conquista e garantia de direitos. Esta é a questão mais urgente.

Referências

- ALBUQUERQUE, W. **O jogo da dissimulação: abolição e cidadania negra no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. **Decreto nº 14.720 de 29 de agosto de 2013**. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Salvador, 2013.
- BATALHA, E. Discriminação ainda uma realidade. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 142, p. 10-14, 2014.
- BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016.
- BATISTA, L. E. *et al.* Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.
- BATISTA, L. E. *et al.* **Avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: indicadores de monitoramento e avaliação. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. Mimeo.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Supl. 1, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678, de 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. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Manual de gestão para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

CAMINHA, M. O humor racista midiático: as políticas da dor e do ódio como desenho risível do corpo negro. *Art Cultura*, Uberlândia, v. 22, n. 41, p. 126-147, 2020.

CAMPOS, W. O. Expectativas em torno da Lei Afonso Arinos (1951): a “nova Abolição” ou “lei para americano ver”? *Revista Latino-Americana de História*, São Leopoldo, v. 4, n. 13, 2015.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

DATASUS. **Dados de internação hospitalar de janeiro de 2008 a fevereiro de 2021 por raça/cor.** 2021.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

FRY, P. H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-523, 2007.

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra; CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Guia de enfrentamento ao racismo institucional.** S.l.: Ibraphel Gráfica, 2016.

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra; CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual.** S.l.: Ibraphel Gráfica, 2013.

GOMES, N. L. Relações étnico-raciais: educação e descolonização dos currículos. *Currículo sem Fronteiras*, v. 12, n. 1, p. 98-109, 2012.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon (1960)*, Atlanta, v. 50, n. 1/2, p. 7-22, 2002.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface – Comunicação, Saude, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra.** São Paulo: n-1 edições, 2014.

MOREIRA, A. **Racismo recreativo.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Col. Feminismos Plurais).

MUNANGA, K. **Negritude: usos e sentidos.** Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

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

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SANTOS, A. B. S. *et al.* Racismo institucional e informação em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 231-242, 2011.

SANTOS, V. C. *et al.* Saúde da população negra no contexto da pandemia da Covid-19: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 2306-2320, 2021.

SCHWARCZ, L. M. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira.** 1. ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SILVA, J. *et al.* A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos**. Brasília: Ipea, 2009. p.147-170.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 745-55, 2011.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2017.

Sobre as autoras

Larayne Gallo Farias Oliveira é doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), mestra em Enfermagem, mestra em Ensino e Relações Étnico-raciais, especialista em Emergência, Auditoria em Sistemas de Saúde, Gestão em Saúde e Saúde Coletiva.

Milena Magalhães é doutora e mestra em Teoria da Literatura pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Professora associada da área de Linguagens na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), *campus* Jorge Amado.

Endereço para correspondência

Larayne Gallo Farias Oliveira

R. Dr. João Batista Homem Deu Rey, n.22, Centro
45638-000 – Coaraci-BA, Brasil

Milena Magalhães

Rua Doutor Honorato Maltez, n. 194, Bairro Pontal
45654-145 – Ilhéus-BA, Brasil

Abstract

Path of implementation of the National Policy for Comprehensive Healthcare of the Black Population in Brazil

The black population experiences discrimination in health units, both as users and health professionals. These actions increase the vulnerability of these groups, the distance to access, leading to evasion, and favor institutional racism to manifest itself through impediments to access preventive or healing benefits of treatments and medicines made available by public health policies. Based on this scenario, a narrative, bibliographic and non-systematic review was carried out, in order to highlight the main moments of this trajectory with regard to the implementation of public policies, legislation and reflections of decolonial researchers, and especially the implementation of the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population. The review consisted of searching for technical and institutional documents in the area in national databases, in addition to legal documents, as well as unconventional and non-commercial or semi-published documents (gray literature). This study highlights the need to provide real guarantees to ensure the participation of the black population, making it possible

to make inequalities visible. It seeks to contribute in order to propose changes in the quality of comprehensive health management for the black population and other measures to repair this situation in the struggle to conquer and guarantee rights.

Keywords: Racism. Primary health care. Health of ethnic minorities.

Resumen

Camino de implementación de la Política Nacional para la Salud Integral de la Población Negra en Brasil

La población negra es discriminada en las unidades de salud, tanto como usuaria cuanto como profesional de la salud. Estas acciones aumentan la vulnerabilidad de estos grupos, amplían la distancia de acceso, conducen a la evasión y favorecen que el racismo institucional se manifieste a través de impedimentos a los beneficios preventivos o curativos de los tratamientos y medicamentos posibilitados por las políticas públicas de salud. A partir de este escenario, se hizo una revisión narrativa, bibliográfica y no sistemática con el fin de resaltar los principales momentos de esta trayectoria, en cuanto a la implementación de políticas públicas, legislación y reflexiones de los investigadores decoloniales, y en especial la implementación del Sistema Nacional. Política de Salud Integral de la Población Negra. La revisión consistió en la búsqueda de documentos técnicos e institucionales del área en bases de datos nacionales, además de documentos legales así como documentos no convencionales y no comerciales o semipublicados (literatura gris). Este estudio destaca la necesidad de construir garantías concretas para la participación de la población negra que permitan visibilizar las inequidades. Busca cooperar para proponer cambios en la calidad de la gestión integral de la salud de la población negra y otras medidas para reparar esta situación en la lucha por la conquista y garantía de derechos.

Palabras clave: Racismo. Primeros auxilios. Salud de las minorías étnicas.

Recebido para publicação em 13/04/2022

Aceito para publicação em 07/07/2022