

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

SILVIA REGINA CENTENO

**AS REPRESENTAÇÕES DE SUJEITO NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN):
uma abordagem de gênero e raça/cor**

Porto Alegre

2016

SILVIA REGINA CENTENO

**AS REPRESENTAÇÕES DE SUJEITO NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN):
uma abordagem de gênero e raça/cor**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final à obtenção do título de Mestra em Educação.

Linha de Pesquisa: Educação, Sexualidade e Relações de Gênero

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Co-orientadora: Profa. Dra. Sandra dos Santos Andrade

Porto Alegre

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos Alexandre Netto

VICE-REITOR

Rui Vicente Oppermann

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Vladimir Pinheiro do Nascimento

DIRETORA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Simone Valdete dos Santos

VICE-DIRETORA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Helena Dória Lucas de Oliveira

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Gilberto Icle

BIBLIOTECÁRIA-CHEFE DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Ana Gabriela Clipes Ferreira

CIP – Catalogação na Publicação

Centeno, Silvia Regina

As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor / Silvia Regina Centeno – 2016.

116 f.

Orientadora: Dagmar E. Estermann Meyer.

Co-orientadora: Sandra dos Santos Andrade.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Raça/cor. 2. Gênero. 3. Política pública de inclusão social. 4. PNSIPN. I. Meyer, Dagmar E. Estermann, orient. II. Andrade, Sandra dos Santos, co-orient. III. Título.

SILVIA REGINA CENTENO

**AS REPRESENTAÇÕES DE SUJEITO NA POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN):
uma abordagem de gênero e raça/cor**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Conceito:

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dagmar Estermann Meyer – UFRGS
Orientadora

Profa. Dra. Gládis Kaercher – UFRGS
Examinadora

Profa. Dra. Jane Felipe – UFRGS
Examinadora

Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges – UFSM
Examinadora

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

(SCHOPENHAUER, 2010, p.156-157)

Dedico esta dissertação à minha mãe e ao meu filho, que povoam minha vida com momentos de alegria.

AGRADECIMENTOS

O percurso percorrido durante a escrita desta dissertação não foi realizado de modo solitário. Foram momentos ímpares de alegria, preocupação, descobertas, insegurança, alívio, ansiedade, confiança e a sensação de dever cumprido. Durante esta caminhada, obtive apoio de várias pessoas, às quais quero neste momento agradecer.

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, por ter me dado saúde e força para a conclusão de mais um sonho.

À minha maravilhosa mãe, por ter me ensinado os valores da vida, pelo amor, carinho, atenção, xingadas e incentivo para ir sempre à luta, sem olhar para trás. Mãe, tu és o meu grande exemplo de vida!

Ao meu filho amado que, ao seu modo, me proporcionou momentos de descontração, durante os infindáveis períodos em que eu estive trancafiada no quarto para estudar, e ele, volta e meia, abria a porta para fazer uma gracinha, para tirar uma foto, alcançar algo para eu comer, para mostrar um novo passo de funk, para dar um grito, me dar um beijo, ou para contar uma piada! É, Marcelo, nesses 20 anos da tua existência, acho que nunca tivemos um convívio tão intenso como nesses 30 meses de realização do mestrado, nem mesmo quando tu eras bebê! Agora, posso dizer com segurança que somos muito parecidos, posso dizer que passei a te conhecer e a te adorar ainda mais!

À minha orientadora Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, pela confiança em ter me aceitado como orientanda, neste meu desafio de realizar o mestrado. Para mim é uma honra dizer que sou orientada por ela: pessoa admirável pela sua competência, rigor e dedicação, com aquilo em que ela acredita. Tenho certeza de que nem todos/as têm o privilégio de ter uma orientadora como eu tenho. Dag, de modo especial, quero te agradecer pelo nosso convívio harmonioso, pela paciência que tiveste comigo, sempre acompanhada de muito respeito e afeto. A relação entre um/a orientador/a e um/a orientando/a é como se fosse um namoro, nunca se sabe onde vai dar! Com o passar do tempo, ambos/as vão se conhecendo melhor. É uma fase onde o respeito, a confiança, a admiração e o afeto tendem a crescer, ou não! Quero te dizer, Dag, que minha admiração por ti existe desde o ano de 2008, quando te escrevi, pela primeira vez, para obter informações de como ingressar no mestrado, e de lá para cá só aumentou! O teu comprometimento com a pesquisa me despertou o desejo de superar minhas dificuldades e até mesmo de acreditar mais em mim, como alguém que é capaz, e isso não tem preço! Por isso, o meu muito obrigada, de coração!

À Sandra dos Santos Andrade, minha querida co-orientadora, pelo apoio, incentivo e pelos momentos em que foi necessário me pegar pela mão e me guiar! Obrigada pela tua disponibilidade em me ouvir, abrindo, muitas vezes, a porta da tua casa, me recebendo com carinho e atenção. Agradeço inclusive pelos puxões de orelha, que me fizeram “pegar no tranco”!

Aos membros da banca examinadora do meu projeto de mestrado, Gládis Kaercher, Jane Felipe e José Damico, pelas valiosas sugestões e críticas dispensadas.

Ao Prof. José Geraldo Soares Damico, pela disponibilidade em me acompanhar em uma visita junto à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, e também pelo empréstimo de vários livros, para a realização desta pesquisa.

Agradeço novamente às professoras Gládis Kaercher e Jane Felipe e também à Profa. Zulmira Newlands Borges, pelo tempo dedicado à leitura do trabalho e pela disponibilidade em participar da banca avaliadora desta dissertação de mestrado.

Ao grupo de orientação coordenado pela Profa. Dagmar, composto por Catharina, Carlos Eduardo, Elaine, Jamile, Jeane, Mabel, Patrícia, Sandra e Tatiana. Obrigada pelas valiosas contribuições intelectuais, pareceres, críticas construtivas, aprendizados, parceria, afetos, risadas, balas, bolachas, chicletes e tudo mais!

Ao grupo “da pesquisa maior”, também coordenado pela Profa. Dagmar, composto pelas pesquisadoras Carin, Fernanda, Mariléia, Priscila, Sandra Bertollo e Simone, além de outros nomes acima citados. Obrigada pelos momentos de convívio, dicas de leitura, envio de textos, traduções etc.

À coordenação do PPGEdU, em especial às/aos colegas da secretaria e do laboratório de informática, pela eficiência e disponibilidade em ajudar.

Ao grupo que compõe o GEERGE e a Linha de Pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, com quem tive valiosas oportunidades de aprendizado. Em especial, agradeço à Profa. Guacira Louro, pelos ensinamentos e pelos livros a mim presenteados.

À Profa. Dora Lúcia Correa Leidens de Oliveira, pelo incentivo para que eu seguisse em frente e tentasse o ingresso no mestrado.

Às colegas da linha de pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, Dani Conegatti, Gabriela Sevilla e Stelamaris Tinoco, com quem tive o prazer de cursar algumas disciplinas.

Ao amigo e colega Paulo Fernando Zanardini Bueno, pelas ajudas, conversas, parceria e, sobretudo, pela nossa grande amizade, tecida ao longo desses últimos cinco anos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me proporcionar, mais uma vez, esta oportunidade de crescimento intelectual, a partir de um ensino público e de qualidade.

Ao Centro de Biotecnologia (CBiot) da UFRGS, onde tenho orgulho de desenvolver minhas atividades profissionais. Agradeço em particular aos professores Arnaldo Zaha, Arthur Germano Fett-Neto, Marilene Henning Vainstein e Rogério Margis, que ocuparam cargos de chefia, tanto do CBiot quanto no Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular (PPGBCM), durante a realização do meu mestrado. Obrigada por todo o apoio!

Ao amigo, compadre e colega de trabalho Luciano Saucedo, que sempre me incentivou para que eu insistisse na realização do mestrado, mesmo que isso implicasse na sobrecarga das suas atividades de trabalho, pois foi ele quem assumiu todas as minhas tarefas, nas muitas vezes em que precisei me ausentar da secretaria do PPGBCM, por conta das aulas, reuniões de pesquisa e de orientação. Minha gratidão é eterna, Luciano. MUITÍSSIMO obrigada!

Aos/às demais colegas de trabalho e também alunos/as do PPGBCM, que muito me emprestaram o ombro, para chorar as pitangas!

À minha família e aos grandes amigos, que também fazem parte da minha família, pelo carinho, suporte afetivo e principalmente por entenderem minhas ausências. Sou uma pessoa privilegiada pelas/os muitas/os e grandes amigas/os que tenho, e por esse motivo prefiro não citá-las/os, sob pena de esquecer alguém, e isso seria imperdoável!

À minha irmã emprestada Edegemar Pereira de David, pela incansável ajuda e suporte dispensados a mim, ao meu filho, à minha mãe e à minha casa.

Ao Márcio Gastaldo, por ter aceitado revisar esta dissertação, mesmo em época de festas de final de ano.

Quero ainda agradecer a todos/as aqueles/as que não mencionei, mas que, de alguma forma, contribuíram com a realização deste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação inscreve-se nos campos dos Estudos de Gênero e Culturais, em uma aproximação com a perspectiva pós-estruturalista de análise, e problematiza as representações de sujeito produzidas no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com foco na relação entre gênero, raça/cor e saúde. A PNSIPN é uma política pública de inclusão social, que está preocupada em reconhecer o racismo, o racismo institucional e as desigualdades raciais, como determinantes sociais das condições de saúde da população negra. O material empírico é composto pelos documentos normativos da política e seus desdobramentos. Para o exame do *corpus* de investigação, foi utilizada a análise cultural, em combinação com a pesquisa documental, operando com os conceitos de representação, raça/cor e gênero. Os documentos da política foram tomados como artefatos culturais e pedagógicos, e possibilitaram descrever e problematizar como o gênero e a raça/cor atravessam e dimensionam as representações de sujeito para os quais a PNSIPN se endereça. Permitiram entender a concepção de saúde adotada no interior da política e, com isso, situar as estratégias educativas mobilizadas, com a intenção de produzir sujeitos saudáveis. Também foram elencados os atores sociais envolvidos na implementação da política, que estabeleceram, através de disputas de poder, o que era necessário ser contemplado. As análises empreendidas contribuem para que sejam pensadas novas formulações de propostas de intervenção para a inclusão social.

Palavras-chave: Raça/cor. Gênero. Representação. Política pública de inclusão social. PNSIPN.

ABSTRACT

This dissertation is enrolled in the fields of Gender and Cultural Studies, in an approach to the post-structuralist perspective of analysis, and discusses the representations of subject produced under the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN), focusing the relation between gender, race/color and health. PNSIPN is a public policy of social inclusion, which is concerned to recognize racism, institutional racism and racial inequalities as social determinants of the health conditions of the black population. The empirical material consists of the policy normative documents and its consequences. For the examination of the research corpus, it was used the cultural analysis, in combination with the documental research, operation with the concepts of representation, race/color and gender. The policy documents were taken as a cultural and educational artifact, and made it possible to describe and discuss how gender and race/color cross and scale the representations of subject for which PNSIPN is addressed. They allowed to understand the concept of health adopted within the policy and thereby to place the mobilized educational strategies with the intention of producing healthy subjects. Also were listed the social actors involved in implementing the policy, which established, through power struggles, what had to be contemplated. The analysis undertaken contribute new formulations of intervention proposals for social inclusion.

Keywords: Race/color. Gender. Representation. Public policy of social inclusion. PNSIPN.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da SGEF	37
Figura 2 - Organização da PNSIPN.....	38
Figura 3 - Campanha antirracista no Rio Grande do Sul	44
Figura 4 - PIM “Mãe Criadeira”	45
Figura 5 - O corpo negro em destaque nas campanhas antirracistas	48
Figura 6 - Cor da pele destacada em campanha antirracista do SUS	61
Figura 7 - Estatísticas sobre o óbito de mulheres negras	63
Figura 8 - Campanha publicitária do governo federal, lançada em novembro de 2014	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos principais acontecimentos que contribuíram para a emergência da PNSIPN.....	41
--	----

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O TEMA	11
2 INQUIETAÇÕES TRANSFORMADAS EM QUESTÃO DE PESQUISA	16
3 O PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	19
3.1 DAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS	20
3.2 DAS FERRAMENTAS CONCEITUAIS	26
4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E SUAS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA	32
4.1 AS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DA PNSIPN.....	39
4.2 O MOVIMENTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS	42
5 RAÇA/COR E GÊNERO EM ARTICULAÇÃO	52
5.1 OS SUJEITOS DA PNSIPN.....	58
6 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE NA PNSIPN	72
7 AS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS DA PNSIPN	88
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS.....	102

1 APRESENTANDO O TEMA

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição de conhecimentos e não, de certa maneira e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Começo a apresentação deste trabalho compartilhando com quem me lê um pouco do que senti ao me aventurar no exercício da escrita, e isso porque produzir este texto se traduziu em um grande desafio para mim. As primeiras frases, os primeiros parágrafos, cada página concluída era uma vitória. Escrever não é fácil, mas também pode ser um exercício de libertação. Libertar-se da ideia de que a escrita, em especial a acadêmica, é privilégio de poucos. Escrever é se permitir, é se descobrir a cada linha concluída. É um ato de coragem! E eu digo coragem porque é uma tarefa que exige dedicação, criatividade, vontade e renúncia. Requer uma disciplina corporal, que me coloca diante da tela do computador na solidão, tendo apenas os meus pensamentos como companhia. Renúncia, por muitas vezes, à vida que segue lá fora, aos convites dos/as amigos/as, à companhia da família; enfim, é uma tarefa árdua. No entanto é uma atividade que me provoca e me convida a um raro prazer. Prazer em encontrar as palavras certas para se escrever aquilo que se quer dizer, em ver um pensamento materializado, pensamento este que se organiza enquanto se caminha na rua, enquanto se transita de ônibus pela cidade, uma escrita que se inicia mesmo que sem caneta e papel, e que vai se organizando com antecedência no pensamento, no nível das ideias, até a chegada do momento de sentar e produzir mais uma versão do texto, depois de outras tantas versões feitas e pensar que sim, que desta vez se conseguiu colocar no papel algo de forma compreensível. Não falo de uma escrita altamente rebuscada, mas, sim, uma escrita com rigor acadêmico, que seja principalmente entendível para quem se propõe a ler. E desta forma, entre acertos e desacertos, conquistas e reflexões, escrevi minha dissertação de mestrado.

O exercício de perceber diferentemente do que era visto por mim se tornou, como indicou Michel Foucault (1984, p.13) no excerto acima, “indispensável para continuar a olhar e refletir”, e seguir percebendo as variadas formas e modos de vida que um olhar atento nos permite ver e descobrir, e que tantas outras nuances, configurações, modos de existir não serão por nós percebidos, conhecidos, experienciados!

A dissertação teve como tema a população negra e a saúde. No contexto dessa temática, me propus a analisar representações de sujeito¹ produzidas no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esse foco central da pesquisa se desdobrou nas seguintes questões: a) Que concepção de saúde se constrói no contexto da política? b) Como a raça/cor e o gênero atravessam e dimensionam as representações de sujeito para os quais a política se endereça? c) Que estratégias educativas são mobilizadas na política, a fim de produzir sujeitos saudáveis?

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma política pública de inclusão social, que está preocupada em reconhecer o racismo e as desigualdades raciais como determinantes sociais da saúde e do atendimento precário prestado a esta população. A PNSIPN foi tomada na pesquisa como um artefato cultural e pedagógico, por compreender que ela traz ensinamentos de modo intencional e não intencional, conformando os sujeitos da política, enquanto produz, ao mesmo tempo, o que se constitui como problema de saúde para a população negra.

A pesquisa inscreveu-se no campo dos Estudos de Gênero e Culturais, em uma perspectiva pós-estruturalista. A metodologia utilizada englobou a pesquisa documental e a análise cultural. O material empírico² é composto pela portaria que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), pelo Plano Operativo I (2008-2012) (BRASIL, 2008), pelo texto completo da PNSIPN, primeira (BRASIL, 2010b) e segunda edição (BRASIL, 2013a), pela resolução que dispõe sobre o II Plano Operativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), pelo Plano Operativo II (2013-2015) (BRASIL, 2013b), e por materiais informativos de campanhas antirracistas, que integram a política.

Considero que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é um artefato cultural e pedagógico de organização social, produzido pelo governo federal, com a intenção de atender às demandas relacionadas à saúde dessa população, demandas pleiteadas por vozes da esfera civil e pública presentes na nossa sociedade, como movimentos sociais, organizações não governamentais e gestores de saúde, que concorrem ao atendimento de suas reivindicações, através de disputas de poder, para o estabelecimento do que é necessário ser contemplado na política. Investi num movimento analítico que levou em conta

¹ Aqui o sujeito é pensado no sentido foucaultiano, como um “objeto historicamente constituído sobre a base de determinações que lhe são exteriores” (REVEL, 2005, p. 84). Isso significa dizer que este sujeito é uma categoria construída em meio aos discursos e ao poder. É um sujeito pensado, falado e constituído pela cultura e pelas coisas deste mundo.

² O material empírico (excertos da política) está disposto em caixas de texto, no corpo da dissertação.

acontecimentos que antecederam a criação da política, para que eu pudesse ter uma maior compreensão da sua emergência. Esse movimento me auxiliou durante a análise do material empírico, sobretudo no que se refere à reflexão sobre as representações de sujeito que a articulação entre raça/cor e gênero produz no interior da política, posicionando-o e significando-o de determinadas formas, e não de outras.

Ao iniciar a redação deste trabalho tive a intenção de seguir uma sequência linear a partir de acontecimentos e datas de documentos³ que giraram em torno da criação da PNSIPN. Porém, no decorrer da escrita e a partir das minhas inquietações, decisões e de inúmeros retornos aos documentos envolvidos na emergência da política, pude finalmente entender que a sequência, que a linearidade na feitura do texto que ora apresento, não é uma condição necessária. Muito pelo contrário! Percebi que, a cada retorno aos textos pesquisados, a cada ideia repensada e por vezes modificada, um pouco de mim também se alterava, meu pensamento, que não é fixo, também se modificava... E foram esses *ires e vires* dentro do texto construído durante o percurso da escrita, e também naqueles nos quais eu me apoiei para estudar, que fizeram com que eu percebesse as brechas que nos permitem pensar de outras formas, as minúcias que formam e nos transformam.

O movimento de vai e vem na leitura do material sugeriu outros olhares, o retorno àquilo que eu já tinha examinado e a descoberta de outras possibilidades de perceber o que me parecia familiar. Esse mesmo movimento forma novas perguntas, transforma algumas *verdades* e reforça outras, mesmo que estas ainda sejam temporárias. O retorno aos documentos que antecederam a criação da política me fez compreender o que está posto hoje, mas esta escrita pode começar de qualquer ponto. Passado ou presente. Nesse sentido, organizei o sumário desta dissertação de forma que se perceba o movimento que a pesquisa teve no fazer, desfazer e refazer. Os movimentos de fazer e desfazer também estiveram presentes nas tensões mapeadas entre diferentes grupos que aqui serão apresentados, tensões que provocaram e produziram deslocamentos na escrita e no pensar, movimentos de grupos

³ 1) Relatório preliminar da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003. Neste ano, a temática saúde da população negra foi incorporada a este relatório, pela primeira vez na história das Conferências de Saúde; 2) Versão preliminar do Plano Nacional de Saúde (Plano Nacional de Saúde e a saúde da população negra brasileira – recomendações para programas, ações e projetos), de junho de 2004; 3) Portaria nº 1.678/GM de criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, em agosto de 2004, cuja principal atribuição é assessorar o MS na formulação e implementação de políticas, ações e programas com uma perspectiva de equidade racial; 4) Caderno de textos básicos disponíveis no Portal da Saúde sobre a Saúde da População Negra, produzidos a partir do Seminário Nacional de Saúde da População Negra (agosto de 2004); 5) Publicação *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para Promoção da Equidade*, ano 2005, fruto do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (agosto de 2004), que surge da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS) e o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional. (BRASIL, 2005).

sociais que ora se uniram em torno de um mesmo objetivo, porém mais adiante desfizeram seus consensos.

Assim eu também me vi assumindo diversas posições de sujeito: mulher, mãe, negra, trabalhadora e, neste momento, também pesquisadora, trabalhando com um tema/problema que me provoca, me causa tensões; provocações que me fazem assumir e abandonar determinados posicionamentos no decorrer da escrita, colocando em xeque algumas *verdades* que pautavam minhas decisões, meu modo de ser, de viver, minhas visões de mundo.

O texto que sistematiza o percurso de pesquisa que apresentei aqui está organizado da seguinte maneira.

No primeiro capítulo, *Inquietações transformadas em questão de pesquisa* –, apresento minhas inquietações pessoais, profissionais e sociais, que entendo dizer muito sobre a escolha do tema pesquisado.

No segundo capítulo, *O percurso teórico-metodológico* –, discorro sobre os passos de uma pesquisadora iniciante ao delimitar o caminho de investigação, que me permitiu dar conta da questão central da pesquisa e dos seus desdobramentos. O capítulo se divide em duas partes: *Das escolhas metodológicas*, em que apresento a caminhada metodológica empreendida, e *Das ferramentas conceituais*, na qual exponho as ferramentas conceituais que sustentam este trabalho.

No terceiro capítulo, *A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e suas condições de emergência* –, apresento a política, sua constituição e características, como uma ação afirmativa. No primeiro subcapítulo, *A PNSIPN e suas condições de emergência*, traço um panorama do contexto político e social do país que favoreceu sua criação. No segundo, *O movimento dos movimentos sociais*, procuro demonstrar o efeito dos movimentos sociais, envolvidos na construção da PNSIPN.

No quarto capítulo, *A raça/cor e gênero em articulação* –, assumo os conceitos de raça/cor e gênero como construções sociais. Analiso, ainda, os modos como essas duas categorias imbricadas produzem efeitos na vida dos sujeitos.

No quinto capítulo, *A concepção de saúde na PNSIPN* –, procuro realizar uma reflexão em torno do conceito de saúde, para entender em qual concepção ele foi adotado pela política. Faço ainda uma discussão dos conceitos de igualdade e equidade, por estes estarem intimamente ligados à ideia de formação de uma política pública de inclusão social.

No sexto capítulo, *As estratégias educativas da PNSIPN* –, mostro as estratégias e os desdobramentos educacionais sugeridos na política, para a produção de sujeitos saudáveis.

Nas *Considerações finais*, retomo os principais pontos da pesquisa, com a intenção de localizar as representações de sujeito produzidas no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em articulação com raça/cor e gênero, e faço algumas considerações provisórias.

A partir da estrutura aqui explicitada, apresentei como se divide esta dissertação de mestrado.

2 INQUIETAÇÕES TRANSFORMADAS EM QUESTÃO DE PESQUISA

Todo dia, ao acordar, ligo a televisão e, reiteradamente, deparo-me com notícias relatando episódios⁴ de preconceito racial⁵. Para mim, nada de novo, porém o momento histórico, se posso assim dizer, faz-se propício para que as manifestações de racismo sejam denunciadas e passem a figurar em todos os meios de comunicação com mais frequência.

Sou mulher, negra, e minha vida sempre foi marcada por manifestações – às vezes sutis, às vezes não tão sutis – de preconceito. Filha de empregada doméstica, eu morei por vários anos da minha infância e juventude na mesma residência onde minha mãe trabalhava. Da mesma forma, como eu não tinha meios de ultrapassar o limite da área de serviço daquele apartamento de classe média alta, eu também sabia os espaços que me eram permitidos e outros que me eram negados na nossa sociedade. Concluir o Ensino Médio, por exemplo, era o máximo que a filha de uma empregada doméstica poderia almejar no caminho da educação formal, pensamento que também era silenciosamente transmitido e sentido na escola. Cursei o Ensino Fundamental em uma escola situada em uma das zonas mais tradicionais da cidade de Porto Alegre. Apesar de esta ser uma escola pública, os/as colegas, na sua maioria, faziam parte da classe média alta que residia naquele bairro. Não posso dizer que eu tenha enfrentado situações explícitas de racismo no colégio, mas a sensação de estar em um lugar que não era meu e no qual pouco me identificava com os/as demais alunos/as era algo estranho, difícil de ser explicado. Situações simples de conversas na hora do intervalo, em que os/as colegas relatavam suas rotinas ou a última viagem de férias, eram sempre momentos tensos, e não apenas pela cor da minha pele, mas também pela classe social, pela condição financeira, que não me permitia ter dias de férias semelhantes aos da maioria dos meus colegas. Muitas vezes, a vontade era de sair correndo dali, antes que chegasse minha vez de contar algo interessante dos momentos vividos fora da escola. Assim, ontem como hoje, a escola ainda é vivenciada,

⁴ O jogador de futebol Tinga, do clube Cruzeiro é alvo de racismo. (GLOBO.TV, 2014); Manicure é vítima de atos de discriminação racial no local de trabalho. GLOBOPLAY (2014b); Juiz de futebol sofre preconceito racial. (GLOBOPLAY, 2014a).

⁵ Cabe aqui evidenciar a distinção entre o crime de racismo e o de injúria racial. A **injúria racial** está prevista no artigo 140, parágrafo 3º, do Código Penal, que estabelece a pena de reclusão de um a três anos e multa, além da pena correspondente à violência, para quem cometê-la. De acordo com o dispositivo, injuriar seria ofender a dignidade ou o decoro utilizando elementos de raça, cor, etnia, religião, origem ou condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência. Em geral, o crime de injúria está associado ao uso de palavras depreciativas referentes à raça ou cor com a intenção de ofender a honra da vítima. Já o **crime de racismo**, previsto na Lei n. 7.716/1989, implica conduta discriminatória dirigida a determinado grupo ou coletividade e, geralmente, refere-se a crimes mais amplos. Nesses casos, cabe ao Ministério Público a legitimidade para processar o ofensor. A lei enquadra uma série de situações como crime de racismo, por exemplo, recusar ou impedir acesso a estabelecimento comercial, impedir o acesso às entradas sociais em edifícios públicos ou residenciais e elevadores ou às escadas de acesso, negar ou obstar emprego em empresa privada, entre outros. (CNJ, 2015).

em diversas situações, como um ambiente hostil, que colabora para que os jovens não tenham o desempenho esperado e, muitas vezes, o desejo de não frequentar aquele lugar se faz mais forte do que qualquer sonho projetado para o futuro, o qual também é por eles temido, conforme afirma Regina Novaes (2006)⁶.

Apesar de o ambiente nem sempre ter se mostrado propício para a realização dos meus sonhos, terminar o Ensino Médio e cursar uma faculdade era algo que fazia parte dos meus planos. Duvidar daquilo que, de maneira silenciosa, repetitiva e tênue me era transmitido, de que a conclusão do Ensino Médio já estaria *de bom tamanho*, me provocou e fez com que eu me permitisse prestar um concurso vestibular. Depois de duas tentativas frustradas, ingressei na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no curso de Ciências Sociais, que conclui após exatos cinco anos.

Durante a escrita do trabalho de conclusão do curso de graduação, desenvolvido no Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (Nupacs), aproximei-me mais das questões de corpo e saúde, o que me levou ao encontro das pesquisas desenvolvidas no Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero (Geerge)⁷. Neste grupo, depois de graduada, realizei o curso de Especialização em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero (de 2010 a 2011), tendo como objeto de estudo a Pastoral da Criança, quando analisei como eram posicionadas as mulheres-mães nos textos dos materiais impressos daquela instituição, quando se tratava de relacionar maternidade e saúde da criança. No ano de 2013, ingressei no curso de mestrado, nesta mesma linha de pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero.

A partir de muitas situações e possibilidades que compuseram minha trajetória de vida, trilho um caminho que vai compondo um mosaico, composto pelas diversas posições que eu, enquanto sujeito, ocupo na nossa sociedade e, particularmente, dentro da UFRGS, onde também ocupo um cargo técnico-administrativo. A experiência profissional de vinte e poucos anos dentro da universidade se mistura com minha vida acadêmica e pessoal, fazendo

⁶ Decidi colocar o nome e sobrenome por extenso dos autores e das autoras na primeira vez em que estes/as forem citados/as. Por se tratar de trabalho desenvolvido em uma linha de pesquisa preocupada com as questões de gênero, considero este cuidado importante. Trata-se, também, de uma escolha política, uma forma de visibilizar as autoras, já que a língua portuguesa trata o masculino como universal e que, assim, quando há apenas sobrenomes, a tendência é pensarmos que se tratam somente de autores homens.

⁷ Vinculado à linha de pesquisa Educação, Sexualidade e Relações de Gênero do PPGEdU/UFRGS, o GEERGE, desde sua fundação, em 1990, vem contribuindo de maneira significativa para a produção e a divulgação de pesquisas desenvolvidas pela equipe de professoras/es, mestrandas/os e doutorandas/os vinculadas/os ao grupo. Tendo como foco os Estudos Feministas e os Estudos Culturais na perspectiva pós-estruturalista de análise, tais pesquisas têm sido publicadas em periódicos e livros nacionais e internacionais, bem como estão presentes nos eixos temáticos gênero, sexualidade e educação, articulados com políticas do corpo e da saúde; raça e nacionalidade; infância; masculinidade e juventude.

com que eu estabeleça determinadas conexões com aquilo que já vivi e o que estou vivendo no momento. É interessante, por exemplo, constatar que hoje convivemos com a presença crescente de pessoas negras ocupando cadeiras universitárias, na condição de alunos, alunas, técnicas, técnicos e docentes, muito embora os cargos de maior prestígio na universidade ainda continuem ocupados pela maioria branca. Cabe aqui destacar a importância das políticas de ação afirmativa que têm, como um dos seus objetivos, possibilitar às pessoas negras o acesso a espaços “nos quais elas provavelmente não estariam se dependessem de uma política neutra em relação à cor ou, na melhor das hipóteses, estariam de maneira residual”, conforme Joaze Bernardino (2004, p. 36).

Não é por acaso, então, que me propus a desenvolver uma dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na linha de pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, com foco na relação entre gênero, raça/cor e saúde.

Essa escolha é, também, uma escolha política. Entendo que essas múltiplas identidades que carrego, enquanto mulher, negra, funcionária pública e aluna de pós-graduação me conformam e, ao mesmo tempo, também informam de onde estou falando. Falo de um lugar de quem sente as manifestações do racismo e questiona as posições de desigualdade que negros e negras ocupam neste país, como sendo um importante determinante social e, no caso da pesquisa que desenvolvi, também um determinante da saúde. Mary Jane Spink e Peter Spink (2006, p. 10) enfatizam que “a desigualdade emerge quando a diferença adquire uma tonalidade hierárquica em relação aos espaços sociais, quando quem é visto como diferente é também considerado inferior”. A construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra foi pensada em resposta a essas desigualdades, como será demonstrado a seguir.

Na próxima seção, apresento o percurso teórico-metodológico desta dissertação.

3 O PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

As perguntas que fazíamos perderam a importância porque não nos direcionam para as questões que nos afligem hoje. Parece que se trata exatamente disso, de que precisamos recomeçar, redimensionar e reposicionar todo o espaço de investigação intelectual, agora, porém, sem dispor de amarras, sem andaimes seguros, sem certezas. Ainda estamos em pleno processo de desvencilhamento de um paradigma sufocante, e boa parte do que fazemos é, ainda, tentativa de desnaturalização, de perguntar como nos tornamos o que somos, de mostrar como estamos sendo constituídos na cultura. (COSTA, 2005, capa).

Resolvi iniciar o capítulo da metodologia com a escolha deste excerto de Marisa Vorraber Costa (2005), porque ele reflete em poucas palavras o meu sentimento em trilhar, pela primeira vez, a construção de um caminho metodológico. Esse exercício me provocou um estranhamento, exatamente por não ter, nesta perspectiva teórica, etapas preestabelecidas de pesquisa a seguir, modo como até então eu havia trabalhado. Com formação nas Ciências Sociais, minha experiência, mesmo que não extensa, era de que havia etapas fixas, predeterminadas e que precisavam/deveriam ser metodicamente seguidas. Neste trabalho, realizei uma pesquisa documental em combinação com a análise cultural, a partir das ferramentas e dos referenciais dos Estudos de Gênero e Estudos Culturais, que se articulam à perspectiva pós-estruturalista. Com esta perspectiva teórica, admitimos que estamos nos inserindo num campo da prática de pesquisa no qual não encontramos um manual que nos indique previamente os passos a serem seguidos, como se estes fossem fixos, estáveis e predeterminados.

Nessa direção, o caminho por mim escolhido (entre tantos outros válidos) permite ao/à pesquisador/a a possibilidade de construção e reconstrução do objeto, mas sempre fortemente ancorado/a pelo referencial teórico adotado. Hoje, tendo me aproximado dessa perspectiva que possibilita pensar a metodologia como um espaço de criação, de produção, eu me pergunto: será que passos previamente estabelecidos alguma vez nos levaram e com mais certeza ao que deveríamos saber? Será que o processo de nos libertar das amarras, das certezas que aparentemente nos amparam nos caminhos preestabelecidos, não nos abre outras possibilidades de apurar o nosso olhar para nos aproximar ainda mais do objeto de estudo?

Ao mesmo tempo em que tive a possibilidade de poder criar, todas as decisões e criações precisaram estar justificadas, pautadas em um porquê, em um lugar teórico que desse suporte à escolha feita. Isso exatamente, porque essa possibilidade não implica falta de rigor teórico, longe disso! Demanda, sim, assumir uma determinada postura ética e política, admitindo que a pesquisa é interessada e que quaisquer perspectivas teórico-metodológicas

colocam limites e, ao mesmo tempo, abrem possibilidades ao nosso fazer. Nossas escolhas são intencionais! A escrita de um trabalho acadêmico é um processo, e neste processo eu me conheço e me descubro em uma nova posição, a de pesquisadora, aquela que vai percorrer caminhos desconhecidos, que precisa fazer escolhas. Como diz Sandra Corazza (2006, p. 361), “escolho isto e não aquilo, porque isto ou aquilo também ‘me escolheu’”.

3.1 DAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Organizei minha caminhada metodológica em dois momentos: na pesquisa documental, o primeiro movimento foi no sentido de entender as condições de emergência da PNSIPN, ou seja, mapear o que tornou possível ou necessária a criação desta política e de como se organizou a sua implementação. Não que eu pretendesse chegar a uma resposta a essa questão, mas foi um ponto de partida, uma questão-guia para que eu pudesse constituir o empírico da pesquisa, e também para que eu começasse a dialogar com a teoria e os conceitos que conformam a investigação.

Na intenção de me colocar a par da forma como a saúde da população negra havia sido pensada, tendo como locus a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, iniciei uma busca na internet por artigos que versassem sobre essa política. Através dos artigos e cadernos encontrados, como os de Maria Vilma Bonifácio de Almeida e Maria Fátima de Sousa (2011), Deivison Faustino (2012) e Jurema Werneck (2010) e das referências bibliográficas constantes neste material, pude localizar outros trabalhos que, se não tratavam da política, abordavam temas que estavam, em alguma medida, ligados a ela. Visitei sites governamentais⁸ e lá encontrei leis, decretos, portarias, relatórios de conferências, relatórios de seminários nacionais e cadernos do Ministério da Saúde (MS). Busquei produções em repositórios de teses e dissertações que tivessem as seguintes palavras-chave: políticas públicas de inclusão social, raça, gênero. Ao iniciar a procura com o termo políticas públicas de inclusão social, foram encontrados mais de 2.650 trabalhos distribuídos em diferentes áreas, mas com maior concentração no campo da educação. Restringi então a pesquisa colocando as palavras-chave política pública, raça e gênero. A busca resultou em 37 trabalhos no Banco de Teses e Dissertações da Capes (CAPES, 2014) e 42 trabalhos junto à Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD, 2014). A grande maioria dos trabalhos encontrados se referia às ações afirmativas nas universidades brasileiras. Por fim, coloquei na

⁸ Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>); Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (<http://www.seppir.gov.br>); Secretaria de Políticas para as Mulheres (<http://www.spm.gov.br>).

busca por extenso o nome da política: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e foram localizados apenas três trabalhos no Banco de Teses e Dissertações da Capes: Maria da Conceição Senna de Matos (2011); Sandra Assis Brasil (2011); Inara Mariela da Silva Cavalcante (2011), e dois na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações: Jimi Hendrex Medeiros de Souza (2008) e Shirley Nunes dos Santos (2007). Considerei, então, que o estudo pretendido de uma política pública de inclusão social, na área da saúde, para a população negra, a partir da perspectiva teórica assumida, abordava um problema ainda pouco explorado nas pesquisas acadêmicas. Cabe destacar a dissertação de Denise Rinehart (2013), que me auxiliou fortemente na compreensão da importância da implementação da política, mas que não foi localizada através dos bancos de teses e dissertações, e sim através das referências bibliográficas de outros trabalhos consultados.

O período pensado para começar a busca de teses e dissertações nos repositórios digitais foi desde o ano de 2001, pois é a partir dele que se inicia um período marcado por acontecimentos da vida política e social que permitiram e propiciaram a efervescência de movimentos sociais e a emergência da PNSIPN. Segue abaixo a relação dos principais acontecimentos:

- Novembro de 1995, Marcha Zumbi dos Palmares contra o racismo, pela cidadania e pela vida, realizada na cidade de Brasília/DF;
- Setembro de 2001, Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Conexa⁹, realizada na cidade de Durban, África do Sul;
- Março de 2003, criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir)¹⁰, Brasília/DF;
- Agosto de 2004, I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em Brasília/DF;
- Novembro de 2006, aprovação da PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

⁹ A III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata foi realizada na cidade de Durban, África do Sul, entre 31 de agosto e 8 de setembro de 2001. Representou um evento de importância crucial nos esforços empreendidos pela comunidade internacional para combater o racismo, a discriminação racial e a intolerância em todo o mundo. Reuniu mais de 2.500 representantes de 170 países, incluindo 16 chefes de Estado, cerca de 4.000 representantes de 450 organizações não governamentais e mais de 1.300 jornalistas, bem como representantes de organismos do sistema das Nações Unidas, instituições nacionais de direitos humanos e público em geral. No total, 18.810 pessoas de todo o mundo foram credenciadas para assistir aos trabalhos da conferência. (GDCC, 2001).

¹⁰ A Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) é um órgão do Poder Executivo do Brasil que foi instituído pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 21 de março de 2003. Tem como objetivo promover a igualdade e a proteção de grupos raciais e étnicos afetados por discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra. (BRASIL, 2014).

A leitura dos trabalhos e artigos antes mencionados, amparada pelo conceito de poder, na perspectiva de Michel Foucault, trouxe-me à compreensão de que, no escopo de uma política, lutas e afrontamentos contínuos entre diferentes grupos da sociedade civil se desenrolam, e, estas, ao mesmo tempo, a constituem e a modificam. É no âmbito destas lutas e destes afrontamentos que representações de negros/as vão sendo produzidas e disputadas pelos diferentes grupos que ajudam a construir a PNSIPN. Isso significa que os poderes que se exercem na formulação de uma política não podem ser buscados em uma fonte primeira, em um foco único; o poder provém de todos os lugares, “é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1999, p. 89). Essa situação estratégica dá origem a relações “cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais” (ibidem, p. 88).

A PNSIPN visa ao cuidado com as especificidades de saúde da população negra, planejando ações de saúde que incorporem a dimensão de raça/cor. Representantes da área da saúde afirmam a importância do recorte de raça/cor na saúde para a construção de dados epidemiológicos e maior visibilidade das doenças denominadas raciais, mas quais seriam estas especificidades que fazem com que o Estado se preocupe com a formulação de uma forma diferenciada de garantir acesso com qualidade aos serviços de saúde para este público? Quem está autorizado a dizer o que deve/precisa estar colocado no texto da política, e que efeitos isso tem?

Tracei minha caminhada de investigação partindo do pressuposto de que raça é uma construção social, cultural e provisória na nossa sociedade. Com esse entendimento, raça passa a ser o que se diz dela, em determinados contextos históricos e culturais. Nessa direção, vários/as autores/as argumentam que, em termos de Brasil, a raça está ligada à cor da pele, e que, por conta de graduações que a cor de pele possa ter (mais clara ou mais escura), ela influenciará a vida das pessoas, demarcando, por exemplo, diferenças de classe. Por compartilhar essa posição, adotei o termo raça/cor¹¹ na escrita da dissertação.

Com foco na saúde da população negra, lancei um olhar sobre os textos normativos da PNSIPN, a fim de primeiramente discutir e compreender qual é o conceito de saúde assumido e materializado nessa política. A partir do entendimento da concepção de saúde que rege os princípios da PNSIPN, busquei analisar como os marcadores de raça/cor e gênero atravessam e dimensionam as representações de sujeito para as quais a política se endereça; examinei

¹¹ O conceito raça/cor será desenvolvido no capítulo 4.

também as estratégias educacionais que a política sugere para a produção de sujeitos saudáveis. Com isso, busquei responder à questão central desta pesquisa: **Que representações de sujeito são produzidas no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?** Os desdobramentos desta questão são os seguintes:

1. Que concepção de saúde se constrói no contexto da política?
2. Como o gênero e a raça/cor atravessam e dimensionam as representações de sujeito para as quais a política se endereça?
3. Que estratégias educativas são mobilizadas na política, a fim de produzir sujeitos saudáveis?

A pesquisa documental permitiu-me a produção do material empírico e possibilitou-me pistas para a realização das análises do texto completo da política e suas atualizações. Ao mesmo tempo, concordei que esse método “permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social”, diz André Cellard (2008, p. 295), pois o material elencado “possui uma história” que mostra como e por que a política se fez necessária. A pesquisa documental favoreceu a minha compreensão “do processo de maturação [...] de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas”, neste caso de uma política que se corporifica em um texto e, a partir dele, ensina e produz modos de se viver com mais saúde (CELLARD, 2008, p. 295). Optar pela escolha da pesquisa documental como metodologia guiou-me na análise dos textos normativos da política, realizada em combinação com a análise cultural.

Através desse aporte, tive condições de esmiuçar o texto, a linguagem que constitui a política e fazer emergir sentidos outros que poderiam permanecer impercebíveis aos olhos de quem não tem a intenção de realizar uma análise nessa perspectiva. Digo isso pois, de todas as maneiras válidas de se realizar uma análise, estas lentes me contemplam com a possibilidade de problematizar o que se diz e, inclusive, o que não está escrito no texto da PNSIPN, que é bem redigido, bem estruturado, mas que reitera determinados modos de ser e viver, e deixa outros de fora.

Ao realizar este exercício de análise com minúcia, buscando multiplicar os sentidos da política, procurei a compreensão dos processos de diferenciação e hierarquização constantes nos documentos, que organizam o social e seus sujeitos.

Com isso, procurei “descrever e problematizar processos por meio dos quais significados e saberes específicos são produzidos [dentro da política], no contexto de determinadas redes de poder, com certas consequências para determinados indivíduos e/ou grupos”, segundo Dagmar E. Estermann Meyer (2012a, p. 51).

A decisão por analisar somente os textos da política foi uma escolha difícil, pois todo o material lido e pesquisado me parecia ser algo fundamental, que não poderia ficar de fora. A primeira seleção reuniu um material que se mostrou referencial na constituição da PNSIPN, através de todas as leituras por mim empreendidas, e que elenquei abaixo:

- Declaração da Conferência Mundial de Durban (2001);
- Relatório do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004);
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Plano Operativo I (2008), com a respectiva portaria;
- Primeira edição do texto completo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010);
- Segunda edição do texto completo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2013);
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Plano Operativo II (2014), com a respectiva resolução;
- Materiais informativos de campanhas antirracistas.

Após a seleção do material acima discriminado, realizei uma nova leitura criteriosa dos textos, examinando minuciosamente o que estava escrito, pautada pelo que meu olhar de pesquisadora me permitia “olhar e [com isso] dizer coisas diferentes das que são olhadas e vistas, com outros óculos e linguagem, acerca do objeto bruto” (CORAZZA, 2006, p. 360). Nesse movimento percebi que o material que havia me dado subsídios para a compreensão da criação da política foi importante em um primeiro movimento desta caminhada metodológica, mas, em um novo manuseio do material, ficou claro que a eleição somente do texto da política, com suas atualizações, para compor o meu *corpus*¹² de análise, seria o suficiente para que eu pudesse dar conta de responder às perguntas de pesquisa. Ceres Gomes Víctora, Daniela Knauth e Maria de Nazareth Agra Hassen (2000, p. 72) salientam que se deve ter

¹² *Corpus*, como sendo “uma coleção finita de materiais, determinada de antemão pelo analista, com (inevitável) arbitrariedade, e com a qual ele irá trabalhar”, é uma definição de Roland Barthes (1967, apud BAUER; GASKELL, 2010, p. 44).

presente a necessidade de descarte de informações não relacionadas à investigação, “mesmo que estas pareçam ser muito importantes, para não cairmos em uma avalanche de dados e perdermos o foco da pesquisa”.

A partir desta etapa, iniciei o que chamo de segundo momento da caminhada metodológica. Criei categorias, pensadas a partir das perguntas de pesquisa, e elaborei uma tabela com a transcrição de excertos retirados do texto da política, que me orientaram no momento da análise. Esse movimento me possibilitou evidenciar *ditos* que apareciam reiteradamente no documento, bem como evidenciar outros que cabiam em mais de uma categoria de análise, indicando assim o modo imbricado como as representações podem se apresentar. As categorias foram construídas com a seguinte divisão:

- representações de saúde;
- representações de raça/cor e gênero;
- estratégias pedagógicas.

Esses procedimentos me ajudaram a dar conta da questão central da pesquisa e dos seus objetivos. Procurei ter em mente o que eu pretendia com o empírico, a saber: a) descrever e problematizar a noção de saúde constante na política; b) situar e explorar, analiticamente, as representações de sujeito, do ponto de vista dos atravessamentos de raça/cor e gênero, no contexto da política; c) elencar e analisar na política o que é considerado prioridade, em sua ação pedagógica, para que esta população se constitua como uma população de sujeitos saudáveis.

Visto que a pesquisa pós-crítica não nos oferece uma receita metodológica a ser seguida, seguimos nossa inspiração e nos cercamos da teoria apreendida para servir de sustentação e fazer interrogações onde não parecia mais caber perguntas. O importante é que o/a pesquisador/a esteja sempre atento/a para encontrar e reunir informações sobre o objeto de estudo, fazendo articulações com aprendizagens, podendo, com isso, dizer mais sobre ele. Marlucy Alves Paraíso (2011, p. 35) comenta:

Lemos com muita paciência os “ditos e escritos” sobre o nosso objeto para conhecer, mapear, mostrar o que já foi dito, pesquisado, significado, escrito, publicado, divulgado sobre o objeto que escolhemos para investigar. Ocupamo-nos do já feito e sabido sobre o nosso objeto para suspender as verdades, mostrar como funcionam e investigar o que faz aparecer determinados discursos curriculares, determinadas práticas e certos saberes.

Cabe registrar que, embora não estivesse previsto, também realizei visitas junto à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul¹³ e à Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre¹⁴, em busca dos documentos normativos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra destas duas esferas de gestão, porém tanto a Secretaria Municipal quanto a Estadual possuíam apenas as diretrizes gerais para a consolidação da política. De qualquer forma, as visitas foram importantes durante esse momento da caminhada metodológica, uma vez que elas me aproximaram dos materiais publicitários criados por estas secretarias para a campanha de divulgação da PNSIPN, e todo esse conjunto contribuiu para o momento de análise.

Não tentei encontrar na política uma *verdade* que pudesse estar contida no texto. Pretendi, através da análise, dar conta das representações constantes na PNSIPN, entendendo-as como resultado de uma “produção histórica; política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constituidora de práticas”, conforme Rosa Maria Bueno Fischer (2012, p. 74). Analisei não só o que a política diz, mas também o que ela deixa de dizer, e o que ela produz com esses ditos e silêncios. É importante que fique registrado que não foi minha intenção analisar se a PNSIPN tem apresentado resultados ou refletir sobre seu funcionamento, mas sim compreender a sua necessidade e que sujeito foi produzido como *o sujeito* da política, para fortalecer e garantir sua existência.

Sobre as questões éticas pensadas para o desenvolvimento do trabalho, cabe dizer que a escolha de um documento público, embora seja de livre acesso, não está isenta de intercorrências éticas. Entretanto não há como prever eventuais riscos ou danos que uma pesquisa deste naipe possa causar, uma vez que não nos é possível dimensionar os efeitos das análises aqui contidas, após sua divulgação.

3.2 DAS FERRAMENTAS CONCEITUAIS

A criação de uma política específica para a população negra me provocou e me fez pensar sobre a forma como as relações raciais se dão no Brasil, e a análise cultural se fez potente, na medida em que ela me permite refletir sobre a política, concebendo-a também

¹³ Essa visita foi realizada em 12 de novembro de 2014, por intermédio e sugestão do Prof. José Geraldo Soares Damico, que compôs a banca examinadora do meu projeto de mestrado.

¹⁴ Além dessa visita, participei do evento de apresentação das diretrizes para a consolidação da PNSIPN em Porto Alegre, realizado em 24 de abril de 2014. Esse momento também se mostrou de grande importância para minha aproximação com a política, pois lá pude realizar uma espécie de observação participante, onde atores de vários setores da sociedade civil, envolvidos e interessados na política, incluído o prefeito do município, estiveram presentes.

como um campo “de luta em torno da significação e da identidade” social e cultural do sujeito negro da PNSIPN.

Os Estudos Culturais, na perspectiva pós-estruturalista, compreendem a cultura como prática de significação, que dá sentido às nossas ações. É o local onde os grupos sociais, situados em posições diferenciais de poder, lutam pela imposição de seus significados, segundo os autores Stuart Hall (1998), Tomaz Tadeu da Silva (2000a). Alfredo José da Veiga-Neto (2000, p. 53) nos diz:

É esse caráter articulador que faz dos Estudos Culturais um campo avesso ao reducionismo epistemológico. Centrar nossas análises nos fenômenos culturais não implica reduzir tudo à cultura; significa, sim, assumir que “a cultura é uma das condições constitutivas de existência de toda prática social, que toda prática social tem uma dimensão cultural”.

A cultura incide também sobre o viés pedagógico, possibilitando que artefatos culturais sejam analisados, uma vez que “eles nos instigam a ser da forma como dizem que somos”, conforme Marisa Vorraber Costa (2000, p. 9). Marisa Vorraber Costa e Paula Deporte Andrade (2013, p. 2) apontam que “a compreensão de que diferentes artefatos da cultura são produtivos na formação dos sujeitos encontrou nos Estudos Culturais e nas discussões e análises sobre pedagogias culturais, fundação teórica e empírica pertinente”.

Os Estudos Culturais nos permitem compreender que os significados não são fixos; são produzidos, sim, em uma articulação de saber e poder, que irá legitimar *verdades* nos diversos discursos pelos quais nós, sujeitos, somos atravessados. Os Estudos Culturais apontam para a centralidade da linguagem nos processos de construção de significados sobre o mundo. A linguagem pensada como constituidora daquilo que se fala.

A partir da análise cultural, pude então problematizar os ditos sobre o sujeito da PNSIPN, utilizando como ferramenta principal de análise o conceito de representação. De acordo com Kathryn Woodward (2000, p. 17),

A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. Podemos inclusive sugerir que esses sistemas simbólicos tornam possível aquilo que somos e aquilo no qual podemos nos tornar. A representação [é] compreendida como um processo cultural, [que] estabelece identidades individuais e coletivas [...].

A representação é vista como uma forma de conhecimento do *outro*. Ela é compreendida como formas de inscrição através das quais o *outro* é representado. A

representação só se produz sobre coisas que possuem concretude. No caso desta pesquisa, a representação do sujeito negro é expressada no texto da política. Nesse sentido, Tomaz Tadeu da Silva (2001, p. 61) nos explica que

É na representação [...] que o visível se torna dizível. É na representação que a visibilidade entra no domínio da significação. A visibilidade sem a representação realiza apenas a metade do percurso que liga a visão com a linguagem: aqui as coisas visíveis são vistas, já, como dependentes do significado, como dependentes de representações anteriores. Só adquirem, entretanto, um significado adicional [...] quando se materializam num significado que exceda à visibilidade: quando se tornam representação.

Na análise pós-estruturalista de representação, focalizam-se a linguagem e o discurso. A representação, por sua vez, é uma construção linguística e discursiva. De acordo com as palavras de Sandra dos Santos Andrade (2002, p. 27), “o que se percebe é que as representações são inventadas, produzidas e que, por sua repetição [algumas] tornam-se hegemônicas e hierarquizam os sujeitos na escala social, de acordo com diversos atravessamentos”.

O real é uma construção discursiva, fruto das próprias representações, uma realidade produzida por meio da linguagem, constituindo os sujeitos em questão, dando materialidade à política. Nas palavras de Dagmar E. Estermann Meyer (2000, p. 53), a linguagem pode ser entendida como

[...] o meio privilegiado pelo qual atribuímos sentido ao mundo e a nós mesmos, o que é o mesmo que dizer que a linguagem produz aquilo que reconhecemos como sendo o real ou a realidade, ao mesmo tempo em que produz os sujeitos que estão aí implicados.

Por meio da linguagem, são estabelecidos critérios de legitimidade, definindo quem será incluído e quem será excluído da política, uma vez que a linguagem tem um caráter constitutivo nos processos de produção de significados. Dito de outro modo, a linguagem nomeia e constrói os sujeitos, as coisas, que acabam constituindo a *realidade*. Os sujeitos negros/as da PNSIPN, por exemplo, não possuem significados que lhes são inerentes. A linguagem é o que lhes nomeia. Eles (os sujeitos negros/as) serão interpelados, ou não, podendo responder, ou não, àquela nomeação produzida pela linguagem. A linguagem então passa a se constituir como um campo de operação do poder, uma vez que ela produz os significados, que carregam a marca do poder de quem os produziu.

O poder, na concepção foucaultiana, tem um sentido produtivo, uma vez que ele produz e coloca em movimento os significados (os *ditos*) sobre o sujeito saudável dentro da

política, mas ele também produz efeitos, a partir do momento em que esse sujeito é nomeado, classificado, nas escalas do social e da cultura. Os saberes da medicina, da estatística, da saúde e do senso comum estão impregnados no texto da política e também vão operar e dizer sobre a raça/cor da população em questão.

Sim, a raça/cor... O que será dito a respeito da raça/cor negra no Brasil? Esta é uma sociedade que diz viver uma *democracia racial*¹⁵, mas que, por outro lado, tem o sujeito negro emplacando as posições mais desfavoráveis na escala social, em relação ao sujeito branco, posições estas que trazem consequências na sua vida, uma vez que o expõe a injustiças e violências de toda ordem, tornando necessário, por exemplo, a elaboração de políticas específicas para este público. Será que tais injustiças têm a ver com o que é dito sobre a raça/cor negra?

O modo como o sujeito negro se movimenta no universo de suas relações e as estratégias por ele utilizadas, de aproximação ou distanciamento de atributos ou ações que lhe autenticuem como pertencente à raça/cor negra, é acionado a todo momento, na tentativa de garantir e marcar determinadas posições na sociedade. De acordo com Neuza Maria F. Guareschi *et al.* (2007, p. 22), os sujeitos negros “tendem a ter restrita sua mobilidade social em função de sua cor, sem necessariamente apresentarem uma situação econômica de desvantagem”.

Concordo com Tomaz Tadeu da Silva (1999, p. 101), quando ele afirma que a raça não pode ser tomada como um “construto cultural fixo, dado, definitivamente estabelecido”. Ao contrário, raça/cor é uma categoria como muitas outras e é ativamente (re)construída e (re)significada em nossa sociedade, de acordo com as contingências culturais e datadas no tempo.

Durante a análise, não me ocupei com o conceito de racismo¹⁶, mas me ocupei em entender como o conceito de raça/cor é construído, de modo que ele, mesmo não sendo um

¹⁵ Democracia racial é uma expressão cunhada por várias obras e autores brasileiros e brasilianistas (isto é, de pesquisadores estrangeiros sobre o Brasil), que reza que a escravidão no país teria sido “cordial”, “mais branda” ou “afetuosa” do que em outros países. A obra mais conhecida a esse respeito é *Casa Grande e Senzala*, do pernambucano Gilberto Freyre, responsável por difundir uma visão idílica, afetuosa, da escravidão e da “civilização do engenho” de açúcar. Fenômenos culturais centrais para a identidade brasileira, como são o carnaval e o futebol, participam fortemente dessa construção/ilusão da democracia racial. Outro fator condicionante dessa visão é o enfoque comparativo do caso brasileiro com os regimes escravistas de outros países, onde os níveis de violência inter-racial foram ou são ainda bem maiores, com manifestações abertas de racismo e segregação legalizada, como ocorreu nos Estados Unidos e na África do Sul. (BRASIL, 2007a).

¹⁶ O racismo corresponde à codificação ideológica de predisposições preconceituosas (predisposição psicológica de um indivíduo contra o outro que não lhe é igual em termos econômicos, fenotípicos ou culturais) e práticas discriminatórias dos indivíduos racistas contra os alvos de sua preterição e ojeriza, afirma Marcelo Paixão *et al.* (2010, p. 21).

conceito fixo, continue servindo como elemento de atualização e manutenção do racismo, uma vez que é nos processos de diferenciação da raça/cor que o poder opera.

Esta pesquisa também está inscrita nos Estudos de Gênero, exatamente porque, durante a sua realização, a ferramenta de gênero me auxiliou o tempo todo a pensar nas implicações que têm as representações do que é ser um homem negro e ser uma mulher negra no interior da política. Não que a PNSIPN tenha a intenção de educar seu público-alvo de modo generificado, ou seja, ensinar formas diferenciadas de viver a homens e mulheres de modo intencional, mas porque ela passa a fazer isso no instante em que instrui modos distintos a estes/as, de como tornarem-se sujeitos saudáveis.

A categoria de gênero também está presente no momento em que princípios, diretrizes e estratégias da política são formulados, carregando e dimensionando em seus textos normativos, de modo talvez involuntário, significados de homem negro e mulher negra, culturalmente construídos na nossa sociedade. Gênero, nesta pesquisa, é entendido a partir das palavras de Dagmar E. Estermann Meyer (2003, p. 16), como sendo

[...] todas as formas de construção social, cultural e linguística implicadas com os processos que diferenciam mulheres de homens, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e separando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade.

Esta forma de pensar o conceito de gênero, tematizando o social e a cultura em sentido amplo, nos afasta de características estritas de homens e mulheres (sexo biológico), para entendê-los como sendo constituídos e atravessados por representações múltiplas, provisórias e contingentes de feminino e masculino. Dagmar E. Estermann Meyer (2004) aponta que, ao explorar o caráter relacional do conceito de gênero, devem ser consideradas “as relações – de poder – e as muitas formas sociais e culturais que, de forma interdependente e inter-relacionada, educam homens e mulheres como ‘sujeitos de gênero’”. Isso implica uma reavaliação profunda das intervenções sociais e políticas que devem ser feitas, sobretudo porque essa abordagem nos faz compreender as desigualdades sociais que são colocadas em ação, na relação, por exemplo, entre educação e saúde.

A observância das implicações de gênero, em intersecção com raça/cor, vai ao encontro da afirmação de Raewyn Connell (2012, p. 1681) de que “o gênero continua a estruturar os serviços de saúde, mas de maneira cada vez mais entrelaçada com as desigualdades étnicas”. Por concordar com Connell, analisei a PNSIPN considerando “que as instituições sociais, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis, as doutrinas e as

políticas de uma sociedade são constituídas e atravessadas por representações e pressupostos de gênero” (MEYER, 2003, p. 18).

Uma política pública também deve buscar a transversalidade de gênero¹⁷ e não reforçar polaridades, de modo a viabilizar ações comuns e integradas para homens e mulheres nas diversas esferas ministeriais: saúde, trabalho, educação, desenvolvimento agrário e outras. A análise pautada no conceito de gênero também foi importante para vislumbrar as relações estabelecidas entre os diversos setores que participaram na construção da política, dentre eles os movimentos feministas, que lutaram, inclusive internamente, para terem suas diferentes reivindicações atendidas na PNSIPN. De acordo com Jussara Reis Prá (2010, p. 16), os movimentos de mulheres e, especialmente dentro destes, os movimentos feministas, souberam capitalizar as “pressões na crítica à discriminação de gênero e [transformá-las] na busca de espaços na agenda política [...]”.

Tendo apresentando os conceitos que me serviram de ferramenta conceitual, no próximo capítulo passo à apresentação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

¹⁷ Transversalizar, nesta dimensão, implica tomar o gênero como um eixo unificador das políticas; transversalidade como eixo em torno do qual se organizam ações estratégicas, conforme Sandra dos Santos Andrade e Carlos Eduardo Barzotto (2015, p. 11).

4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E SUAS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA

Início este capítulo apresentando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), suas características e constituição, evidenciando os propósitos de sua implementação.

Criada¹⁸ no ano de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma política pública de inclusão social, que reconhece a posição de desigualdade de determinados grupos na sociedade e visa à promoção de ações destinadas à igualdade, considerando as especificidades daquele grupo. É uma política de ação afirmativa, elaborada pelo Ministério da Saúde, que traz como justificativa

[...] as desfavoráveis condições de saúde da população negra, que constitui atualmente mais de 46% do total da população do país, e visando tanto à eliminação das iniquidades quanto à redução dos agravos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional [...]. (BRASIL, 2010a, p. 42).

A partir da ebulição dos movimentos sociais nos anos 1980, ocorre um investimento naquilo que poderia contribuir para a luta pelos direitos da população negra; investiu-se fortemente na produção e positivação de uma *identidade negra*, que pudesse sustentar a formação de grupos sociais para fazer frente às disputas políticas e de poder, para a constituição de ações afirmativas, como forma de combate à discriminação racial no país. De acordo com o pesquisador Gustavo Kern (2012, p. 110), as políticas afirmativas no Brasil foram

[...] desenvolvidas pelo governo federal a partir de meados da segunda metade da década de 1990 [...] [e] têm se constituído como o principal instrumento estatal de combate ao racismo – como afirmam os documentos oficiais que embasam a atual Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.

A necessidade ou adequação da proposição de ações afirmativas está longe de se constituir como um consenso, mas, como resultado dessas lutas, tem-se traduzido, no Brasil, em políticas públicas propostas e elaboradas pelo governo e/ou pela sociedade civil, com o

¹⁸ A PNSIPN foi aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e publicada por meio de Portaria Ministerial em 13 de maio de 2009 (Portaria nº 992 do Ministério da Saúde). (BVS, 2014).

objetivo de corrigir desigualdades presentes na sociedade, acumuladas ao longo de anos, buscando oferecer igualdade de oportunidades e tratamento a todos/as.

Da mesma forma, e do ponto de vista conceitual, o termo política pública é impreciso e comporta várias definições, algumas delas divergentes, e que não dialogam entre si. Uma política pública pode se guiar por uma abordagem mais multicêntrica, que considera organizações privadas, organizações não governamentais e organismos multilaterais, juntamente com os atores estatais, para definição de uma política; ao contrário do que seria uma abordagem estadocêntrica, que considera as políticas públicas um monopólio de setores estatais. Conforme Leonardo Secchi (2010, p. 4),

A abordagem multicêntrica adota um enfoque mais interpretativo e, por consequência, menos positivista, do que seja uma política pública. A interpretação do que seja um problema público e do que seja a intenção de enfrentar um problema público aflora nos atores políticos envolvidos com o tema.

Uma abordagem multicêntrica permite que os gestores tomem as políticas públicas como “espaços de construção de sentido”, diz Nalú Farenzena (2011, p. 97), na intenção de enfrentar um determinado problema público. Desse modo, é possível o entendimento de que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa, conforme aponta Enrique Saravia (2006, p. 29), a “ações [...] destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos, necessários para atingir os objetivos estabelecidos”.

Tomando o que nos dizem Secchi (2010), Farenzena (2011) e Saravia (2006), é possível entender a circularidade desta política em questão, no sentido em que ela vai nomear os problemas existentes na/pela cultura e vai formar/constituir saberes e poderes a partir desta cultura, para ensinar aos seus sujeitos modos de ser e viver uma vida saudável. A implementação da PNSIPN tem esse propósito de modificar a realidade na área da saúde para a população negra, tirando-a de uma situação avessa à vida saudável.

A aprovação de uma política que leve em conta um determinado segmento da população, considerando sua raça/cor, foi uma conquista muito importante na nossa sociedade. Porém, após esta etapa da conquista, a ação positiva vai também nos permitir, digo, ajudar na compreensão, na visualização de que apenas uma política que considere a raça/cor não é suficiente para reverter o quadro desta população. A partir do movimento de ações afirmativas, é possível visualizar outros problemas que emergem e permanecem nesse contexto social, que igualmente carecem de estratégias de atuação, e que só são percebidos a

partir do exercício primeiro de uma dessas ações. É como se não se tratasse somente de ensinar aos/às negros/as e dar-lhes acesso à saúde de forma diferenciada, mas também fornecer apoio para que estes/as possam permanecer em uma condição saudável de vida. Isso implica ações afirmativas aos diferentes segmentos deste grupo da política, a partir da classe e do gênero. Essa realidade me chama atenção e me faz pensar na possibilidade do enfrentamento das desigualdades sociais a partir do planejamento de políticas públicas transversalizadas pela raça/cor, assim como gênero, com vistas à maior justiça e equidade social.

No texto da portaria que institui a política, foi colocada uma observação ao final do subcapítulo I – Capítulo III, *Estratégias de Gestão*, onde é feita uma referência ao caráter transversal da PNSIPN:

Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde. (BRASIL, 2009, p. 4).

O caráter transversal mencionado no texto se refere à transversalização da raça/cor em todas as políticas do MS. É importante ressaltar que a transversalidade de raça/cor, assim como a de gênero e de classe, constitui o princípio orientador da formulação de políticas públicas no Brasil a partir do Plano Plurianual 2004-2007 (BRASIL, 2003); ou seja, a formulação da PNSIPN já foi pensada com base nos desafios de inclusão social no PPA. A transversalidade tem sido apresentada como um desafio para o governo, que pontua:

A gestão transversal é um dos grandes desafios para a administração pública. Sua característica é a articulação horizontal e não hierárquica, buscando com isso influenciar o desenho, a formulação, a execução e a avaliação do conjunto das políticas públicas. Articulando todos os órgãos de governo e níveis de poder, este modelo tem como um dos objetivos reintegrar programas e questões excluídas em razão do tratamento setorial. Trata-se de uma abordagem mais abrangente que pretende contemplar amplamente as necessidades e direitos da população. (BRASIL, 2004b, p. 80).

Dessa forma, a transversalização¹⁹ de raça/cor pode ser entendida como um eixo organizador formal das ações estratégicas do governo desde 2004, com o objetivo de que a inclusão social produzida pela sociedade seja maior e melhor do que a soma dos resultados de

¹⁹ No âmbito do feminismo e dos estudos de gênero, a palavra transversalização se associa ao conceito de *mainstream*. Em termos simples, *mainstream*, ou corrente principal, significa integrar uma determinada vertente em todas as políticas públicas (PRÁ, 2010, p. 24).

programas isolados e fragmentados (BRASIL, 2004b, p. 80). Sua proposição vai ao encontro de críticas como a de Sônia Míriam Draibe (1993, p.4), que, ao estudar as características do Welfare State²⁰ no Brasil, nos anos 1990, já observava que estariam “ausentes as noções mais integradas e mobilizadoras da política social” no nosso país. Ela afirmou:

A sustentação ideológica das lutas pela extensão dos direitos sociais, por maior justiça e equidade, ou pelos aspectos mais redistributivos da ação social do Estado, tudo isto tem sido feito predominantemente de forma parcializada e categorizada – das demandas tanto quanto dos demandantes. (DRAIBE, 1993, p. 4).

As pesquisadoras Ana Alice Costa e Cecília Sardenberg, ao realizarem uma análise crítica sobre a transversalização de gênero e raça/cor no Plano Nacional de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego, no período de 2004 a 2006, apontaram:

Sabe-se que políticas públicas voltadas para as questões de gênero e raça resultam de demandas dos movimentos sociais que conseguem dialogar com o Estado e do comprometimento público dos governantes com a promoção da equidade de gênero e racial. Todavia, a implementação eficaz dessas políticas depende de um processo de construção da *vontade política* no âmbito dos órgãos e instituições encarregados. No âmbito institucional, a construção desse apoio é fundamental e se faz, principalmente, através de um processo de sensibilização para gênero e raça que perpassa a instituição como um todo, ou seja, da diretoria a todos os seus quadros de pessoal técnico-administrativo, inclusive aqueles que não estarão trabalhando diretamente nas ações mais específicas. (COSTA; SARDENBERG, 2008, p. 118).

Costa e Sardenberg (2008) indicam ainda que, além da vontade política, também precisa estar presente a sensibilidade de todo o quadro funcional da instituição, como que uma mudança na cultura interna, em todos os setores, departamentos, unidades, sob pena de a transversalização não ocorrer efetivamente. Esse é um dos pontos fortes da PNSIPN, ao menos do ponto de vista formal, quando ela se propõe, com a educação permanente de profissionais, a enfrentar a racialização do sistema. Essa é uma proposta que pode ter sido materializada em decorrência das críticas, dentre outras, como essas que Costa e Sardenberg (2008) apontaram.

Durante a análise dos textos normativos da PNSIPN, foi possível observar o que é tomado como valor, concordando com Elizabeth Peter *et al.* (2007, p. 17), quando eles/as

²⁰ *Welfare State* (em português, *Estado de bem-estar social*), também conhecido como Estado-providência, é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nessa orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país, em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.

dizem que “a política de saúde é de profunda importância moral por causa de seu poder de impacto no bem-estar dos cidadãos”, conforme excerto abaixo:

Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor [...] (BRASIL, 2010a, p. 31).

A PNSIPN abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, que está de acordo com a diretriz governamental que determina a redução da exclusão social. A marca da política é identificada no excerto abaixo:

O reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional²¹ como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. (BRASIL, 2010a, p. 18).

A política insere-se na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS)²², com o propósito de garantir maior grau de equidade no que se refere à efetivação do direito humano à saúde.

A formulação da PNSIPN foi de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo esta assessorada pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)²³. A SGEP também ficou com a responsabilidade de articular sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e responsável pela pactuação do Plano Operativo na Comissão Intergestores Tripartite²⁴ (CIT), uma vez que esta secretaria atua no fortalecimento da gestão e controle social do SUS e ainda propõe, apoia e acompanha os mecanismos

²¹ O racismo não se apresenta necessariamente na forma de atitudes discriminatórias explícitas, mas também na forma de resultados negativos ou desiguais para o grupo vulnerável (negação da necessidade). É preciso identificar o racismo nas instituições e como ele ocorre, a saber: linguagem codificada (violência simbólica) e negligência (indiferença diante da necessidade). (PORTAL SAÚDE, 2014).

²² A Lei do SUS emergiu da Constituinte de 1988 e foi regulamentada em 1990, pela Lei nº 8.080/90, que define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Os seus princípios básicos são: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular (BRASIL, 2007).

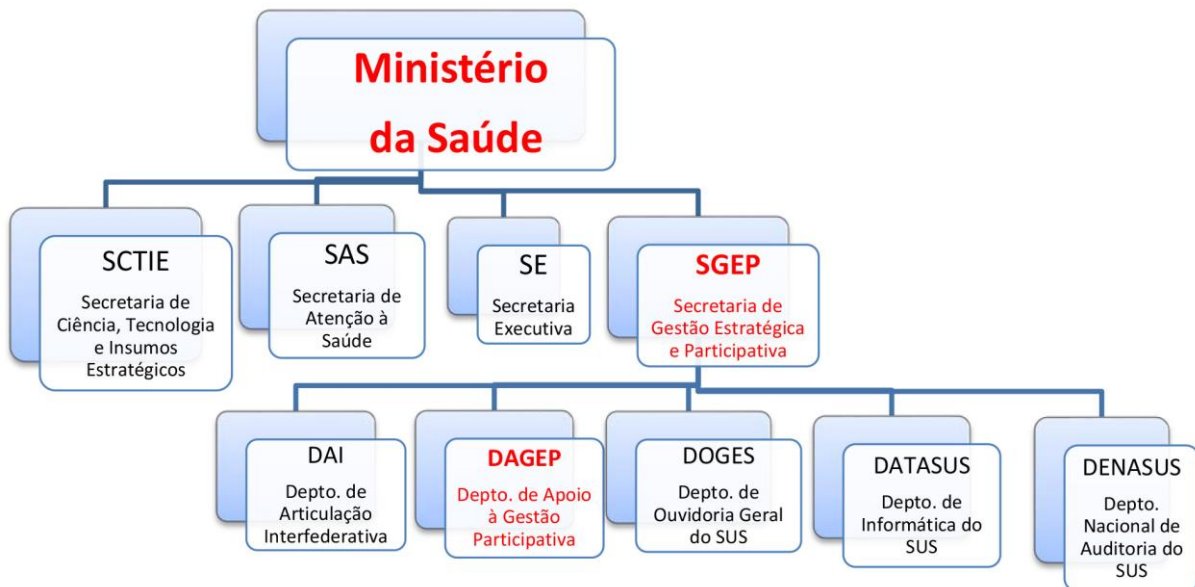
²³ Em agosto de 2004, o MS instituiu o CTSPN, por meio da Portaria nº 1.678, de 16 de agosto de 2004. O comitê abrange, além de todos os órgãos que compõem o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Federação Nacional de Anemia Falciforme (FENAFAL) e pesquisadores indicados pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR), de universidades, institutos de pesquisa ou organizações não governamentais de todo o país. Seu funcionamento é regido pela Portaria nº 2.632, de 15 de dezembro de 2004, e dentre as suas realizações destacam-se as contribuições para a construção desta política (BRASIL, 2004a).

²⁴ As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Desde que foram instituídas, no início dos anos 1990, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) e Bipartite (na direção estadual) vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões. A CIT é constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país. (BVS, 2009).

constituídos de participação popular e controle social, como os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Para melhor visualizar a localização da secretaria que se ocupou da implementação da PNSIPN²⁵ no interior do MS, demonstro sua posição hierárquica, grifada em vermelho, no organograma abaixo:

Figura 1 - Organograma da SGEP

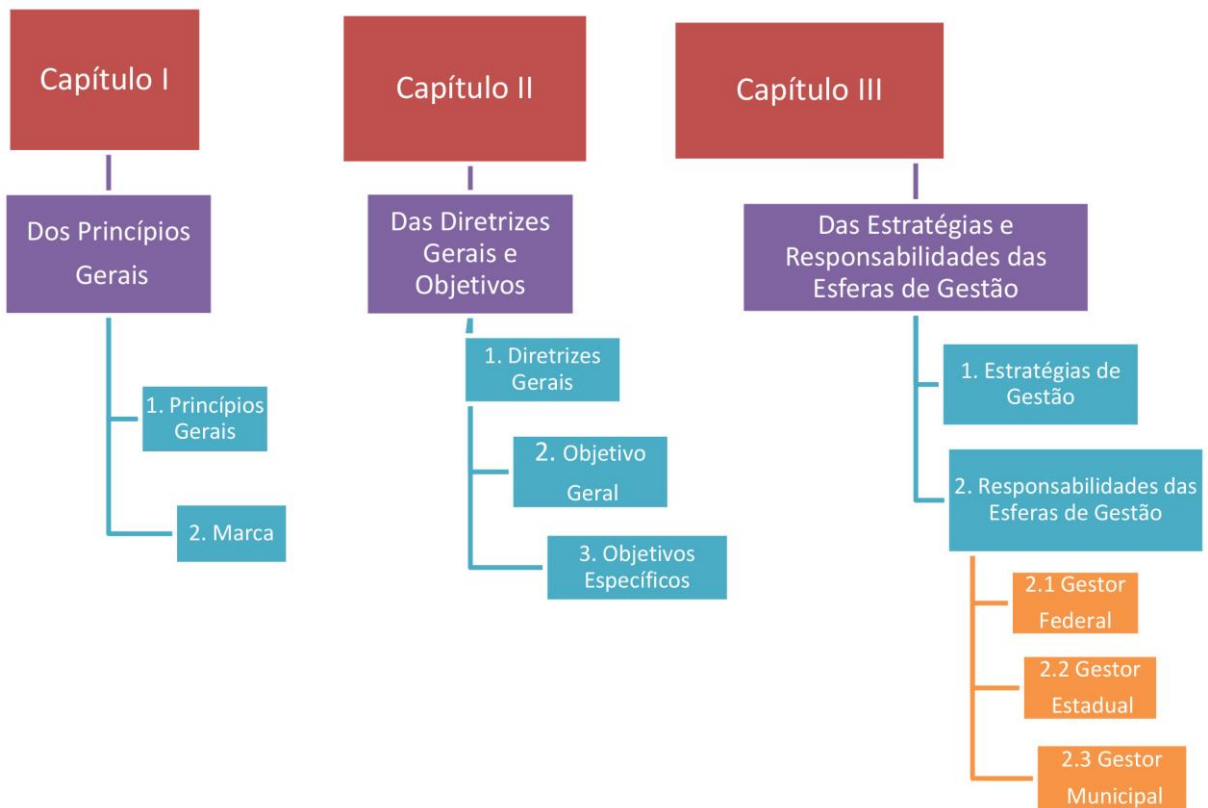


Fonte: CRUZ, 2013, p. 165.

A política tem sua gestão e operação de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS e compartilhadas entre as esferas de gestão federal, estadual e municipal, cabendo a cada uma o planejamento e as providências para execução da política. Segue abaixo a forma como a política está organizada:

²⁵ Há um forte desejo, por parte de acadêmicos negros que se debruçam sobre a PNSIPN, de que o Ministério da Saúde crie uma Área Técnica de Saúde da População Negra, o que, segundo eles, é condição necessária para a implantação de qualquer política. (CRUZ, 2012-2013)

Figura 2 - Organização da PNSIPN



Fonte: Elaborado pela autora, 2015

A SGEP, através do seu Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep), também ficou responsável pelo monitoramento, pela avaliação e pelo apoio técnico aos estados e municípios, para o processo de implementação da política.

Ao transitar por essa quantidade de secretarias, comitês, conselhos, a política depende da aprovação em cada uma dessas instâncias. Em cada um desses espaços, encontram-se diferentes modos de dizer e pensar o sujeito negro da PNSIPN, e uma pluralidade de representações vai se configurando dentro dela. Cabe salientar que, além destes órgãos citados – que precisam chegar a um consenso para que a política efetivamente funcione –, várias outras vozes já se fizeram ouvidas em um momento anterior à construção da política, até a sua implementação, como organizações não governamentais, organizações internacionais, instituições de ensino e pesquisa, gestores públicos de saúde, bem como outras instituições do Estado brasileiro.

4.1 AS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DA PNSIPN

É essencial para a continuação da luta feminista que as mulheres negras reconheçam o ponto de vista especial que a nossa marginalidade nos dá e façam uso dessa perspectiva para criticar a hegemonia racista, classista e sexista dominante e vislumbrar e criar uma contra-hegemonia. (HOOKS, 2015, p. 208).

Início este subcapítulo com um excerto de Bell Hooks (2015), em que ela levanta a possibilidade de se vislumbrar espaços de negociação do poder, de criar estratégias de resistência, mesmo em posição desfavorável na hierarquia social. É tomar este espaço desfavorável e modificá-lo, transformando-o em local de invenção.

Assim entendo ter sido a trajetória dos movimentos sociais, que com suas vozes, entre outras, fizeram com que fosse possível a emergência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Parto do princípio, porém, de que essas vozes não entram em sintonia de forma harmônica. Entendo que cada um dos grupos envolvidos quer estabelecer sua marca na significação do sujeito negro na cultura; marcas, todavia, que não conseguem abarcar os distintos segmentos sociais desta população; marcas que pudessem criar fissuras nas representações hegemônicas da branquidade²⁶.

Neste capítulo, procuro demonstrar algumas etapas da emergência da PNSIPN e também de alguns dos discursos no interior dos movimentos sociais, que disputaram/disputam espaço para dizer sobre os sujeitos da política.

No ano de 1995, quando ocorreu a *Marcha Zumbi dos Palmares – contra o racismo, pela cidadania e a vida*, os movimentos negros entenderam ser um momento propício para denunciar, de forma mais incisiva e organizada, o racismo existente no Brasil, apresentando ao governo e à sociedade “um diagnóstico que identifica a exclusão, o genocídio e a descaracterização da população negra, destituída de sua cidadania”, afirma Matilde Ribeiro (2014, p. 182).

Pode-se dizer que a Carta Magna de 1988 ampliou os debates no âmbito das relações raciais no país, uma vez que introduziu a criminalização do racismo e tomou os direitos humanos como eixo central em seu texto. Ela também constituiu o cenário onde a saúde passou a ser definida como um direito de todos/as, e um dever do Estado. A entrada efetiva de ações em favor dos direitos humanos na agenda política do Brasil, diante de uma preocupação

²⁶ Aqui a branquidade se constitui através da racialização, que, conforme Gládis Elise Pereira da Silva Kaercher (2006), é um conjunto de discursos e práticas que imprimem aos corpos um sentido, que carregam elementos de diferentes práticas culturais para estabelecer, através da fusão dos conceitos de raça e cor, a hierarquização de indivíduos. Ela não é neutra: é sistemática, é intencional, é polissêmica e multidirecional.

com as desigualdades nele existentes, foi se configurando de forma mais consistente, em vários campos, desde então.

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

Através de negociações entre a SEPPIR, a saúde da população negra começou a ser pensada e ocupou espaço na agenda nacional de políticas de saúde. Em 2004, um grupo formado por técnicos do MS, técnicos da SEPPIR e representantes dos movimentos negros – em especial o movimento negro feminista – foi reconhecido para tratar das necessidades em saúde da população negra, criando o Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Detalhadamente, conforme Assis Brasil (2012), este comitê foi composto por representantes da Secretaria Executiva do MS; da Secretaria de Atenção à Saúde; da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; da Secretaria de Vigilância à Saúde; da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos; da Secretaria de Gestão Participativa; do Departamento Nacional de Auditoria do SUS; da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; da Agência Nacional de Saúde Suplementar; da Fundação Nacional de Saúde; da Fundação Oswaldo Cruz; do CONASEMS; do CONASS; da Federação Nacional das Associações de Doenças Falciformes (FENAFAL); e por pesquisadores de saúde da população negra, indicados/as pela SEPPIR.

Em agosto de 2004, ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, abordando questões sobre raça, racismo, vulnerabilidades da população negra, direitos humanos e equidade. Na ocasião, foi assinado um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde, a SEPPIR, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o CONASS e o CONASEMS, com a intenção de diminuir os graus de vulnerabilidade em que a população negra está inserida.

Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida neste mesmo período, foi reconhecida a necessidade de ampliar o acesso da população negra aos serviços de saúde do SUS. No ano de 2006, realizou-se o II Seminário de Saúde da População Negra, onde

começou a tomar forma a criação de uma política pública na área da saúde. Nesse mesmo ano, a PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, no qual ganhou assento o movimento negro. A importância de o movimento negro ganhar um assento no CNS se traduziu em novos modos de narrar este sujeito na área da saúde. Uma narração de autoria própria. Finalmente, no ano de 2009, emitiu-se a portaria que instituiu a PNSIPN.

Quadro 1 - Síntese dos principais acontecimentos que contribuíram para a emergência da PNSIPN



Fonte: Elaborado pela autora, 2015

O quadro acima demonstra que, primeiramente, as pressões externas movimentaram o país, para que este se adequasse àquilo que a comunidade internacional entendia ser pauta urgente a ser enfrentada pela sociedade brasileira: o racismo.

Centros de pesquisa como o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e o Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” (Nepo) também atuaram de modo “crucial na abertura de um novo olhar para as especificidades sociorraciais e na entrada de pesquisadores negros em grupos nacionalmente importantes”, em instituições de ensino e pesquisa (ASSIS

BRASIL, 2012, p. 83). Essas pesquisas foram movidas por influências e pressões internacionais para que o estado brasileiro formulasse políticas afirmativas para a população negra. Fundações como a Ford e a MacArthur possibilitaram, através de recursos financeiros, o desenvolvimento de muitas pesquisas sobre relações raciais, o que propiciou a entrada de militantes negros em espaços de poder, que começam a atuar na construção de políticas afirmativas no Brasil.

4.2 O MOVIMENTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Os movimentos sociais surgiram com força no Brasil nos anos 1980, buscando a formação de uma identidade coletiva, reivindicando direitos e contando sua história, lutando por reconhecimento e por legitimação. Da mesma forma, os movimentos negros procuraram ressignificar as representações de sujeito negro presentes na cultura, construindo uma identidade social que pudesse dar conta dos seus interesses. Essa construção esteve pautada, exatamente, pela marca que, predominantemente, diferenciam os/as negros/as na nossa sociedade: a raça/cor, dentre outras coisas que podem ser invocadas.

Conforme Deivison Mendes Faustino (2012), foi percebido um avanço considerável no segundo governo Lula (2007-2010), na relação do Estado com os movimentos sociais, uma vez que foram abertos espaços para a efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas para a pauta dos direitos humanos no país. Tal conjuntura levou “representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social”, o que deve ter contribuído, de modo significativo, para os modos de ver e representar negros e negras na PNSIPN (FAUSTINO, 2012, p. 72) e, mais do que isso, para tensionar a criação da política.

O Estado então se movimentou e se organizou para atender às demandas internas existentes, ouvindo e dialogando com os movimentos sociais, mas sempre exercendo a liderança. A presença de representantes da sociedade civil negra nas instituições governamentais é evidenciada no corpo do texto da Política, em uma das suas Diretrizes Gerais:

II - Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2010a, p. 18).

Existem várias vertentes no interior dos movimentos sociais, porém nem todas comungam das mesmas posições teórico-políticas. As lutas dos movimentos sociais basicamente “concentra[m]-se em afirmar a identidade cultural das pessoas que pertencem a um determinado grupo oprimido ou marginalizado. Essa identidade torna-se, assim, “um fator importante de mobilização política”, conforme Woodward (2000, p. 34). Aqui me refiro mais especificamente aos movimentos negros, que constroem uma política de identidade, na intenção de pleitear o “direito de representar a si mesmos, dizer de si, afirmar a sua cultura, a sua linguagem e a sua estética”, conforme Guacira Lopes Louro (2000, p. 57). As políticas de identidade funcionam como estratégias por meio das quais os movimentos sociais tensionam o Estado com suas reivindicações e resistem às tensões que recebem, por meio da fala sobre eles mesmos, contando suas próprias histórias e se fazendo representados. Silva (1999, p. 33) afirma:

Os questionamentos lançados às epistemologias canônicas, às estéticas dominantes, aos códigos culturais oficiais partem precisamente dos grupos sociais que não se veem aí representados. Há uma revolta das identidades culturais e sociais subjugadas contra os regimes dominantes de representação. É essa revolta que caracteriza a chamada “política de identidade”.

O atendimento de grupos específicos pelo Estado, por meio de uma política pública de inclusão social, é um aspecto a ser fortemente considerado, tendo em vista fazermos parte de uma sociedade democrática, que prima pela igualdade e justiça social.

Alguns grupos do interior dos movimentos negros narraram-se a partir de um essencialismo identitário, construindo uma identidade pautada na negritude, ou seja, um sentimento de orgulho racial e consciência do valor e da riqueza cultural dos negros, valorizando aquilo que foi recebido de gerações anteriores (ancestralidade²⁷), fundamentando, conforme SILVA (2000a, p. 37), “a identidade na ‘verdade’ da tradição e nas raízes da história, fazendo um apelo à ‘realidade’ de um passado possivelmente reprimido e obscurecido, no qual a identidade proclamada no presente é revelada como um produto da história”.

O desdobramento da PNSIPN no Rio Grande do Sul incorpora essa marca no seu material de divulgação da campanha antirracista, demonstrado no slogan abaixo:

²⁷ Segundo o Brasil é marcado por uma forte presença da ancestralidade africana, que se reelabora e se reconstrói com base na herança legada pelos primeiros descendentes da África negra, o Brasil é marcado por uma forte presença da ancestralidade africana, que se reelabora e se reconstrói com base na herança legada pelos primeiros descendentes da África negra, que aqui desembarcaram no âmbito do sistema colonial escravista entre os séculos XVI e XIX. (SIQUEIRA, 2002).

Figura 3 - Campanha antirracista no Rio Grande do Sul



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013

A campanha investe na ancestralidade, dizendo que “não se pode negar o passado, a origem, a descendência, a ascendência africana. Afirmar-se, declarar-se, declarar afirmativa e garbosamente sua RAÇA/COR” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 7). Mostra-se a procedência do sujeito negro, enfim, alguém que tem uma história, uma origem. A palavra *garbosamente*, utilizada na campanha, significa de modo garboso, com elegância, charme, estilo. São adjetivos que realçam a estética do/a negro/a.

No início do parágrafo do texto normativo da política, intitulado *A população negra no Brasil e a luta pela cidadania*, consta:

O desenvolvimento da sociedade colonial e o processo de objetificação dos milhões de negros escravizados, trazidos do continente africano nos porões dos navios negreiros, marcaram um período longo da história brasileira. (BRASIL, 2013b, p. 9).

A PNSIPN refere-se, então, ao continente africano para, a partir dele, contar como se deu o início da história da população negra no Brasil. Dessa forma, a política também está representando os grupos que se identificam a partir de um essencialismo identitário histórico e cultural, baseado na africanidade²⁸.

Ainda no processo de implementação da política no Rio Grande do Sul, foi apresentada uma proposta de construção de novos paradigmas em saúde coletiva, a partir da relação intersetorial e interdisciplinar entre a coordenação do programa Primeira Infância

²⁸ Podemos atribuir as *africanidades* ao fenômeno sociocultural da Diáspora Africana (ou Diáspora Negra), em que os africanos imigraram forçadamente para diversos cantos do mundo, por fins escravagistas. Não abrindo mão de suas raízes e nem se rendendo a outra cultura, acabaram plantando sementes culturais que germinaram em todo o mundo. (DOVANCI, 2015).

Melhor e a Coordenação Estadual da Saúde da População Negra, o PIM “Mãe Criadeira”²⁹, fundamentado na epistemologia da afrocentricidade³⁰.

Figura 4 - PIM “Mãe Criadeira”



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013

O projeto traz a noção de um cuidado compartilhado, com inspiração na filosofia tradicional africana *Ubuntu*, um conceito central da organização social e política dos povos africanos, falantes das línguas Banto. O novo modelo deve produzir “Redes de Cuidados Coletivos” entre visitador, criança, família e comunidade, remetendo à circularidade de matriz africana, sem um ponto único de partida ou de chegada. Pode-se dizer que, neste caso, a política aposta em uma estratégia, fazendo uso e readaptando um costume tradicionalmente africano para a construção de redes de cuidado coletivo, visando à “qualificação do acesso e do cuidado à saúde das crianças e das mulheres negras que vivem em territórios negros rurais ou urbanos”, no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 2). Aqui se localiza um discurso que tenta capturar principalmente a mulher negra como referente de um saber específico do povo africano. Hall (1997, p. 29), analisando as noções de discurso e representação, argumenta:

²⁹ O Programa Primeira Infância Melhor (PIM)/Rede Cegonha é uma política pública de ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando ao fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. O PIM “Mãe Criadeira” consiste na noção de um cuidado compartilhado, que deve produzir “Redes de Cuidado Coletivos” entre visitador, criança, família e comunidade, sem um ponto único de partida ou chegada. O conceito de Mãe Criadeira foi descrito por Marco Antonio Chagas Guimarães (2001), em seu trabalho de doutorado intitulado *A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva*.

³⁰ Segundo Molefi Kete Asante, afrocentricidade é a teoria que diz que os povos africanos devem ver o mundo desde sua própria perspectiva. (PESTANA, 2014, p. 1).

O próprio termo discurso refere-se a uma série de afirmações, em qualquer domínio, que fornece uma linguagem para se poder falar sobre um assunto e uma forma de produzir um tipo particular de conhecimento. O termo refere-se tanto à produção de conhecimento através da linguagem e da representação, quanto ao modo como o conhecimento é institucionalizado, modelando práticas sociais e pondo novas práticas em funcionamento.

A valorização desses saberes e práticas produz um significado social, que insere os sujeitos numa posição diferenciada, nas hierarquias vigentes. De acordo com Woodward (2000, p. 38),

Alguns dos elementos dos “novos movimentos sociais” questionam algumas das tendências à fixação das identidades da raça, da classe, do gênero e da sexualidade, subvertendo certezas biológicas, enquanto outros afirmam a primazia de certas características consideradas essenciais.

Nesse sentido, alguns grupos do interior dos movimentos negros consideram importante estabelecer uma cadeia de significados pautada em um essencialismo biológico, ligado “a uma categoria ‘natural’, fixa, na qual a ‘verdade’ está enraizada na biologia” (ibidem, p. 37). A identidade pautada na biologia serve também como estratégia para obtenção de atenção diferenciada na saúde, no atendimento de doenças que, segundo os grupos interessados, acometem mais pessoas da população negra. A política também apresenta esta pauta como estratégia de gestão, conforme indicado abaixo:

XVI – Articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra. (BRASIL, 2013b, p. 29).

A médica Fátima Oliveira (1995, mimeo), por exemplo, defende a importância de que seja levada em conta a condição biológica na área da saúde. Ela entende que

[...] cresce a compreensão nos meios científicos de que as imagens epidemiológicas necessitam incorporar a interpenetração das variáveis sexo/gênero, raça/etnia e classe social para retratar a realidade com maior fidelidade. Esta tríade precisa ser analisada considerando a vivência do racismo e as demais condições sociais e materiais nas quais a pessoa vive, além de ressaltar que a condição biológica não é mais ou menos importante, apenas indispensável quando tratamos do ser humano. .

Fátima Oliveira (2003, p. 123), a partir de suas identificações enquanto mulher, negra e feminista, também defende a importância dos recortes de sexo, gênero e classe social no processo saúde/doença, contudo, na condição de alguém que está autorizada a falar a partir

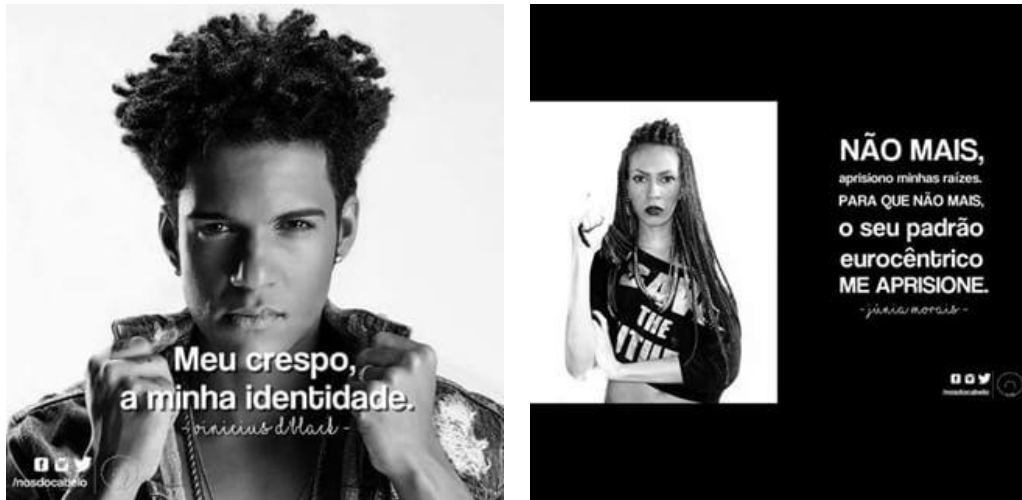
dos saberes da medicina que dispõe, ela afirma que a observação da condição biológica é indispensável. Ela enfatiza que “cuidar da saúde da população negra equivale a cuidar da saúde da metade da população brasileira” (OLIVEIRA, 2003, p. 123), e contraria grupos que não concordam com a vinculação de doenças consideradas específicas a esta população. Estudiosos que se posicionaram/posicionam contrariamente a tal vinculação (como Peter Fry e Sérgio Pena, por exemplo), argumentaram/argumentam que os problemas de saúde enfrentados pela população negra se assentam no social. Fátima Oliveira (1999, p. 435) entende de modo diverso:

Em geral, credita-se a morbidade e a mortalidade alta e precoce entre os negros no Brasil apenas às péssimas condições de vida. Esta visão, hegemônica entre profissionais da saúde, é uma abstração, pois prescinde da análise da condição humana como também um fato biológico – e, como tal, regido também por leis biológicas. Ou seja, a postura simplista e economicista de que negros padecem mais e precocemente de algumas doenças e de que morrem mais e antes do tempo tão somente porque são pobres é parcial e insustentável. Em diferentes estudos, demonstrou-se que ser pobre e negra determina prognóstico desfavorável em quase todas as enfermidades, a começar pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A fala de Fátima Oliveira demonstra um argumento que vai além dos conhecimentos da medicina genética e da biologia. Ela tenta mostrar que, apesar de geneticamente não haver raças humanas, ao sentido inverso, a raça/cor continua naturalizando diferenças, e isso tem implicações na saúde física e mental do ser humano. Penso que essa questão não deva ser tratada no campo da medicina genética ou da biologia, mas sim no campo político.

Retomando a observação das campanhas antirracistas, percebe-se um destaque ao cabelo crespo. É um momento em que o discurso da campanha atribui valores ao cabelo/corpo negro, na intenção de incorporar as marcas de uma cultura:

Figura 5 - O corpo negro em destaque nas campanhas antirracistas



Fonte: NOSDOCABELO, 2015, p. 1

Os movimentos negros também constroem a sua história a partir do corpo, sua estética, subjetivando os sujeitos negros a se reconhecerem daquela forma, construindo outro real, um real em que o/a negro/a se orgulha do seu cabelo crespo, da sua cor, da sua negritude. É o momento em que nós, “como sujeitos do discurso, ‘colamos’ nossos corpos às representações que se apresentam para nos constituir”, coloca Luiz Henrique Sacchi dos Santos (1997, p. 91).

Na figura 5, na imagem à direita, consta a frase: “*Não mais aprisiono minhas raízes, para que não mais o seu padrão eurocêntrico me aprisione*” (NOSDOCABELO, 2015, p. 1). Essa frase carrega um duplo significado: o de não aprisionamento das raízes, se referindo às raízes do cabelo, e também ao não aprisionamento à cultura hegemônica branca, estabelecendo uma disputa de poder entre as representações de negritude e as representações de branquidade.

Com relação à construção de uma identidade negra, o pesquisador Sérgio Costa (2002, p. 52) afirma:

Analicamente, a superposição entre raça negra, cultura negra e identidade negra postulada por alguns estudos raciais é também problemática. Isto é, a suposição de que a promoção de uma identidade coletiva apoiada na cultura afro-brasileira [...], reconstruirá o elo entre o grupo populacional que carrega no corpo aqueles traços físicos responsáveis pelo desfavorecimento estrutural e a “consciência racial” encontra difícil sustentação empírica.

Dentro disso, me surge uma inquietação: teremos nós, enquanto negros/as, a obrigatoriedade de usar os cabelos crespos, sem possibilidade de alternar essa estética? Não

seria igualmente uma espécie de aprisionamento? Será que só há um jeito de ser negro/a na nossa sociedade e mostrar esse pertencimento? Penso que a questão reside para além de um cabelo crespo, mas também está presente nos discursos que reiteram a branquidade, garantem a hegemonia branca e colocam os/as negros/as em posição menor, inferior, na sociedade.

Os diferentes modos com que os movimentos negros querem ser representados acabam gerando tensões, que se traduzem em disputas, em torno de como suas reivindicações serão atendidas (ou não) na PNSIPN. Esse embate nos remete às lutas por determinados tipos de representação da negritude na cultura, já que as inúmeras e repetidas representações da branquidade são tomadas pela nossa sociedade como naturais. São representações hegemônicas que nos fazem acreditar “que elas sempre estiveram presentes, que não houve uma história de suas constituições, mas que elas já ‘nasceram’ assim” (SANTOS, 1997, p. 95).

Nesse sentido, Carin Klein (2010, p. 44) aponta que as “políticas governamentais funcionam tanto como instâncias de circulação e veiculação de discursos, quanto como produtoras de um discurso específico”, que deixa “visível o caráter de luta pela imposição de sentidos [e] de constituição do sujeito”, materializando, nesses discursos, ora aspectos biológicos, ora aspectos sociais. Na mesma direção, entendo que é através de jogos de poder que um determinado grupo vai realçar suas diferenças para a obtenção de determinados bens, fazendo uma inversão das posições de sujeito dentro de um tabuleiro e reorganizando as posições assimétricas ali estabelecidas. É quando se percebe que as ações das políticas de identidade são dinâmicas, estão em constante (re)construção e acabam provocando alterações na cultura. É o movimento político dos movimentos negros, enquanto coletivos, que cria outras possibilidades de representação neste mundo.

Neuza Maria Guareschi (2006, p. 141) também nos diz que

[...] não se trata de pensar que esta demarcação de identidades/diferenças seja boa ou ruim, mas de que se dá por relações políticas, relações de poder, ou seja, pelas políticas de identidade, em práticas cotidianas que constituem sujeitos ao mesmo tempo em que redefinem tais marcadores.

O campo dos estudos feministas e dos estudos de gênero contribuiu fortemente para que as questões de saúde das mulheres negras fossem referenciadas na política. A partir dos anos 1980, apoiados por instituições acadêmicas e filantrópicas, os movimentos feministas “torna[m]-se protagonista[s] em pesquisas de intervenção social no campo da saúde da

mulher”, segundo as pesquisadoras feministas Sandra Assis Brasil e Leny Alves Bomfim Trad (2012).

É importante salientar a pluralidade destes grupos e enfatizar as diferenças existentes no interior de cada um deles, para que com esse movimento analítico se multipliquem entendimentos e alternativas à universalidade das opressões e para que se preste atenção às sutilezas de cada uma dessas relações. Cláudia Mayorga *et al.* (2013, p. 465) também entendem que

A construção de um horizonte comum ou a articulação de certas bandeiras não ocorre de forma linear e harmônica, e afirmar a necessidade de articulação de categorias sociais distintas exige cuidados analíticos e políticos. É importante considerar que essa proposta de articulação não pode prescindir de uma compreensão histórica e política das relações entre posições de desigualdade vivenciadas por e entre mulheres [por exemplo], como o lugar de fala de cada uma delas ou as relações de poder que marcam possibilidades e impossibilidades de apropriação de determinados recursos materiais e simbólicos.

Um exemplo são as mulheres de movimentos negros feministas³¹, que se identificam como trabalhadoras pertencentes às classes populares e que em nenhum momento sequer foram às ruas reivindicar por um espaço no mercado de trabalho, como reivindicou a mulher branca, de classe média e com formação acadêmica. Contrariamente a isso, elas desde sempre tiveram a necessidade de trabalhar, dentro e fora de casa, para obtenção do sustento e atendimento de suas urgências. Isso significa que reconhecer o caráter político de reivindicações feitas por mulheres é “abandonar a esperança de que seja fácil determinar a autoria da definição que se quer adotar para ‘mulheres’ ou para ‘interesses de mulheres’” diz Linda Nicholson (2000, p. 73). Desse modo, entendo que os distintos posicionamentos políticos e sociais em relação à raça/cor estão presentes nos discursos que povoam todos os espaços. As representações do sujeito negro se situam no centro da conexão entre o saber/poder, e é nessa trama que o poder operará e instituirá determinadas representações que guiarão nossas vidas. Com isso, penso que estes movimentos distintos são produtivos,

³¹ Segundo Jarid Arraes (2014, p. 1), “O Feminismo Negro é um movimento social e um segmento protagonizado por mulheres negras, com o objetivo de promover e trazer visibilidade às suas pautas e reivindicar seus direitos. No Brasil, seu início se deu no final da década de 1970, a partir de uma forte demanda das mulheres negras feministas: o Movimento Negro tinha sua face sexista, as relações de gênero funcionavam como fortes repressoras da autonomia feminina e impediam que as ativistas negras ocupassem posições de igualdade junto aos homens negros; por outro lado, o Movimento Feminista tinha sua face racista, preterindo as discussões de recorte racial e privilegiando as pautas que contemplavam somente as mulheres brancas. O problema da mulher negra se encontrava na falta de representação pelos movimentos sociais hegemônicos. Enquanto as mulheres brancas buscavam equiparar direitos civis com os homens brancos, mulheres negras carregavam nas costas o peso da escravatura, ainda relegadas à posição de subordinadas; porém, essa subordinação não se limitava à figura masculina, pois a mulher negra também estava em posição servil perante a mulher branca.”

produzem efeitos e, me apropriando novamente das palavras de Nicholson (2000, p. 73), “são atos políticos que refletem contextos dos quais nós emergimos e os futuros que gostaríamos de ver”, como uma sociedade mais justa, mais igualitária.

No capítulo seguinte, discorro sobre raça/cor e gênero, e procuro demonstrar como estes marcadores imbricados posicionaram os sujeitos no interior da PNSIPN.

5 RAÇA/COR E GÊNERO EM ARTICULAÇÃO

A desnaturalização dos fenômenos sociais – ou seja, tomá-los não como algo desde sempre dado, mas como algo historicamente construído – é um primeiro e necessário passo para intervir nesses fenômenos. (VEIGA-NETO, 2003, p. 7).

A epígrafe que escolhi para iniciar este capítulo fala sobre um fenômeno historicamente construído. Na política analisada, o fenômeno a ser combatido é o racismo e suas diferentes formas de expressão. Ele mantém-se vivo na nossa sociedade e desnaturalizá-lo se constitui em uma tarefa complexa, uma vez que o seu enfrentamento é sempre protelado e, de certo modo, não assumido por nós brasileiras/os, conforme sinaliza o excerto abaixo:

Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado (BRASIL, 2013b, p. 5).

O racismo se fortifica, se atualiza e adquire novas modelagens exatamente nos silêncios que expõem o preconceito e a discriminação. Para Nilma Lino Gomes (2001, p. 92), “o racismo no Brasil é um caso complexo e singular, pois ele se afirma por meio de sua própria negação”, uma vez que a fala sobre o racismo pode ser sempre adiada.

Segundo Nilma Lino Gomes e Kabengele Munanga (2004, p. 179), o racismo se define como: “[...] um comportamento, uma ação resultante da aversão, por vezes, do ódio, em relação às pessoas que possuem um pertencimento racial observável por meio de sinais, tais como cor da pele, tipo de cabelo, formato de olho etc...”

Porém, nesta perspectiva teórica à qual me ancoro, o que está em jogo são as características que se transformam em diferenças que importam, na hora de diferenciarmos o “eles” de “nós”. São, por exemplo, os traços fenotípicos da pessoa, os traços corporais, a tessitura dos cabelos, e as tonalidades de cor da pele, que servem de “fronteiras que ‘nos’ separam ‘deles’ [e] estão claramente traçadas e são fáceis de ver”, conforme, diz Zygmunt Bauman (2001, p. 202). Essas diferenças são transformadas em desigualdades e hierarquizam o sujeito negro/a na esfera social, embora sejam imprecisas e disputadas nos diversos contextos históricos e sociais.

Quando a PNSIPN informa sobre a situação de saúde da população negra no Brasil e seus determinantes sociais, ela fala sobre a influência deste fenômeno na vida dos sujeitos e nas instituições:

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; (BRASIL, 2013b, p. 15)

O racismo institucional também perpetua as desigualdades através de práticas discriminatórias coletivas e faz com que as instituições, fracassem na promoção e organização dos serviços e no atendimento das pessoas negras, colocando-as em situação de desvantagem no acesso a serviços gerados pelo Estado. Ele é conceituado no texto da política como:

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas (BRASIL, 2013b, p. 16).

As instituições não criam o racismo, mas reproduzem um sistema racista, provocando uma institucionalização do racismo, ou seja, o racismo institucional, que atende o/a usuário/a negro/a como se ele não fosse um cidadão de direitos. Digo, não que todos os indivíduos, neste caso os profissionais da área da saúde tenham a intenção de discriminar, mas é que, ao se deparar com um/a usuário/a negro/a, as representações deste sujeito, que circulam no social, são acionadas e ele terá, sim, um atendimento diferente. A política tenta resolver essa situação do racismo institucional, quando se propõe a desenvolver:

[...] ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2013b, p. 7).

Em um país multirracial, a raça/cor toma um sentido singular, no qual a fronteira entre o branco e o negro é definida pela cor da pele. Esse presta-se como algo que pode ser negociado, uma vez que “se manipula a cor no Brasil como elemento internalizado de hierarquia e ascensão”, diz Lilia Moritz Schwarcz (2000, p. 98). É um conjunto de características que vai classificar hierarquicamente aquele indivíduo na sociedade. Carlos Hasenbalg (2005, p. 124) diz que, “a raça como traço fenotípico historicamente elaborado, é um dos critérios mais relevantes que regulam os mecanismos de recrutamento para ocupar posições na estrutura de classes e no sistema de classificação social”.

A raça conjugada com a cor reflete a própria história das relações raciais no Brasil. Joan Scott (2005, p. 19) aponta que a raça foi oferecida “como a razão da escravização e/ou

sujeição dos negros, quando de fato a relação de causalidade se dá ao inverso: processos de diferenciação social produzem exclusões e escravizações que são então justificadas em termos de biologia ou de raça”.

A partir do final do século XIX, a raça passou a ser um importante objeto de debate entre os teóricos nacionalistas brasileiros. Com o fim do sistema escravagista no ano de 1888, a elite brasileira tinha uma questão a ser resolvida: a construção de uma nação e de uma identidade nacional. A preocupação maior pairava sobre os descendentes africanos, não mais escravos, que naquele momento constituíam grande parte da população e se mostravam como um perigo, por possuírem uma raça inferior. O homem branco ocupava o topo da evolução da espécie humana. Segundo Kabengele Munanga (1999, p. 52),

O que estava em jogo, neste debate intelectual nacional, era fundamentalmente a questão de saber como transformar essa pluralidade de raças e mesclas de culturas e valores civilizatórios tão diferentes, de identidades tão diversas, numa única coletividade de cidadãos, numa só nação e num só povo.

Influenciados pelo determinismo biológico do final do século XIX e início do século XX, a elite brasileira, encontrou uma saída otimista, que ficasse de acordo com a teoria que inviabilizava o futuro da nossa nação: a tese do branqueamento, que se apoiava na hipótese de que a mistura racial, da forma como ocorria no Brasil, produziria naturalmente uma população mais clara, com a ajuda de políticas de imigração, contribuindo com o embranquecimento da nação, que constituiria assim uma “raça mais forte”. A crença era a de que, através da mestiçagem, o sangue de negros e índios viesse a desaparecer por completo da sociedade, ao longo de três a quatro séculos. Dessa forma, o Brasil encontrou um modo próprio de desenvolver e acomodar a teoria das raças à sua realidade, que era a de uma sociedade miscigenada. O que pode ser percebido de imediato no pensamento destes intelectuais é que o pretendido era branquear a nação, uma vez que não possuíamos a raça branca (pura).

No período pós guerra, as ideias racistas começam a entrar em crise, visto que as teorias sobre raça se tornavam, aos poucos, ultrapassadas. A temática racial foi retomada e “desloca o eixo da discussão, operando a passagem do conceito de raça ao conceito de cultura” (MUNANGA, 1999, p. 79), dando lugar ao mito da democracia racial, cuja ideia é o convívio harmônico entre as três raças, e que ainda perdura na nossa sociedade.

Mesmo que saibamos não fazer mais sentido falar em raça do ponto de vista biológico, por estar cientificamente provado a inexistência de raças humanas, a palavra continua ativa, organizando de modo eficaz as relações sociais e produzindo desigualdades. Dessa forma,

penso que, para a compreensão do racismo e das desigualdades existentes no nosso país, ainda tenhamos que utilizar o conceito raça/cor, pois é ele quem carrega os sentidos do que é ser um sujeito negro na nossa sociedade.

Argumento, assim, que a raça/cor é uma construção social e cultural, ou seja, é o que direi sobre ela, e isso implica variações no seu significado, na sua compreensão, de acordo com o contexto histórico e cultural em que estamos inseridos. Demanda também prestar atenção em quem está falando sobre a raça/cor, e com quais intenções. Lia Vainer Schucman (2012, p. 13) observa que “A ideia de raça está presente em diferentes experiências da vida social: nas distribuições de recursos e poder, nas experiências subjetivas, nas identidades coletivas, nas formas culturais e nos sistemas de significação”.

Os movimentos negros no Brasil, por exemplo, têm lutado para construir uma identidade negra, que possa dar conta da diversidade de raça/cor existente no país. Essa busca por afirmação *racial* se traduz em algo complexo, por alguns motivos que são peculiares à nossa cultura. A ideia de se identificar como alguém da raça/cor negra não é um consenso entre toda a população negra, uma vez que a raça/cor age “de forma a posicionar socialmente os grupos representados, numa operação em que características de diversas ordens são transformadas em privilégios, vantagens, desigualdades e desvantagens sociais” (MEYER, 2000, p. 67).

A palavra negro agrega valores que remetem a pessoa de pele não branca a uma posição de desprestígio. Discriminações são automaticamente acionadas em relação à sua classe, cultura, profissão, escolaridade etc. Segundo Sandra dos Santos Andrade (2008, p. 65), “classe e raça costumam estar, em alguns contextos como o brasileiro, atreladas desde sempre”, posicionando a população negra ao grupo dos desprovidos de todas as ordens. Daí a justificativa de as pessoas negociarem a cor de acordo com aquilo que pretendem realizar ou obter, cientes de que, no interior das relações sociais, ser um pouco mais claro (ou mais escuro), pode afastá-las de discriminações de raça/cor e classe, pode inclusive trazer benefícios, como no caso das cotas nas universidades, ou ainda prejuízo, como a exclusão de uma oportunidade de trabalho, por exemplo.

A raça/cor e a classe implicam os processos de inclusão e exclusão. À pessoa negra são coladas características como pobre, desqualificada, suspeita, perigosa, feia, enfim, adjetivos que colaboram com um processo de exclusão, um processo de racialização. Gládis Elise Pereira da Silva Kaercher (2006, p. 100) entende racialização como

[...] um conjunto de discursos e práticas que imprimem aos corpos, através de sentidos presentes em diferentes práticas culturais, marcas que fundem, no Brasil, os conceitos de raça e cor, para promover, através desta fusão, a hierarquização de diferenças e a implementação de desigualdades.

Os processos de racialização posicionam uma determinada identidade como padrão. Aqueles que podem atribuir adjetivos negativos aos/às negros/as são os mesmos que, através de relações de poder, afastam a população negra de determinados recursos que lhes são de direito, indo ao encontro do que diz o excerto da política:

O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento [...] (BRASIL, 2013b, p. 10).

Um exemplo disso é o acesso da população negra à justiça. Entendo que esta é uma situação que faz com que negros e negras deixem de denunciar as diversas situações de violência racial enfrentadas no dia a dia, como se a justiça fosse uma ferramenta apenas para aqueles que têm o saber/poder para dizer sobre os/as negros/as, uma vez que se encontram numa posição social privilegiada. Pode-se dizer, então, que o poder auxilia, “em alguma medida, a organizar as redes de saberes que se produzem em torno da [raça/cor], através da hierarquização destes saberes” (ANDRADE, 2008, p. 94). São esses saberes que irão produzir representações e dizer que posições podemos ou não ocupar na esfera social.

A negociação e a imposição de sentidos na cultura muitas vezes não são percebidas, uma vez que certas representações se tornam hegemônicas e passam a nomear um grande e diverso grupo de sujeitos. Este seria o caso da população branca, que tem suas práticas culturais tomadas como universais e naturalizadas na cultura e, por essa naturalização, não são problematizadas e/ou questionadas no senso comum. Assim, a representação estabelece relação direta com o poder, legitimando a cor branca como padrão. Gládis Kaercher (2006, p. 122) afirma:

A branquidade, nesta medida, se impõe como uma estratégia discursiva, que permite manter e atualizar os discursos que [a] reiteram [...] como norma [...] operando como uma não cor e, ao mesmo tempo, seja a ‘cor’ que conta, em um contexto discursivo, em que se precisa (ou se demanda) modificar o sentido de outras cores relacionadas, para poder atribuir ao branco o estatuto de não cor [...].

Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a raça/cor é também um conceito político, disputado para arrastar para o seu interior determinados significados, carregando a marca do poder de quem os produziu. Um exemplo que me permite essa

afirmação é o que consta em um dos itens das Responsabilidades das Esferas de Gestão, nível nacional:

V- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; (BRASIL, 2013b, p. 30).

Essa reivindicação por parte dos movimentos negros tem como justificativa, entre outras, desvelar o mito da democracia racial. É uma ação que materializa o poder dos movimentos sociais e arrasta o significado do que é ser negro Brasil para o interior da política, evidenciando que a questão da discriminação social e racial produz efeitos, na área da saúde, para a população negra.

O poder funciona então “como um organizador de sistemas de classificação – sociais, culturais, políticos, econômicos – ajudando cada um/a a ocupar seus devidos lugares nas representações que estão em jogo” (ANDRADE, 2008, p. 26) – no caso desta pesquisa, representações de negros/as presentes nos documentos da política. Nessa direção, Scott (2005, p. 29) afirma que “faz mais sentido perguntar como os processos de diferenciação social operam e desenvolvem análises de igualdade e discriminação, que tratem as identidades não como entidades eternas, mas como efeitos de processos políticos e sociais”.

As representações definem as nossas identidades culturais e sociais, e essas definições estão implicadas com relações de poder. As identidades constituem-se, então, através das representações feitas na cultura. As identidades são sempre definidas em relação à outra, “são fabricadas por meio da marcação da diferença” (WOODWARD, 2000, p. 39), são processos inseparáveis e interdependentes. No Brasil, a identidade do homem branco, heterossexual, de classe média e cristão serve como referência, como padrão, em comparação às outras identidades que são tidas como diferentes. Essas identidades são representadas como norma e são hegemônicas. Nesse sentido, a identidade negra é apontada como diferença, como aquela que foge da norma, aquela que é problemática na nossa sociedade. A identidade negra não é representada apenas comparada em relação à identidade hegemônica, “mas a partir do olhar hegemônico, daí que, muitas vezes, a identidade marcada não pode falar por si mesma” (LOURO, 2000, p. 100). Apesar disso, a identidade racial branca está constantemente se reafirmando como a identidade racial que importa. À branquidade está colada a ideia daquilo que Schucman (2012, p. 7) entende por “superioridade racial branca, e que resulta, nas sociedades estruturadas pelo racismo, em uma posição em que os sujeitos identificados como brancos adquirem privilégios simbólicos e materiais em relação aos não brancos”.

Porém, se o/a negro/a se movimentar no sentido de aproximar-se mais do/a branco/a, para obtenção, talvez, de algum privilégio, ele/a está reforçando o discurso da branquidade e o sentimento de que o lugar do/a negro na sociedade é desfavorável.

5.1 OS SUJEITOS DA PNSIPN

É importante que os formuladores de uma política pública de inclusão social que pretende solucionar/minimizar determinados problemas sociais – neste caso, os agravos e as vulnerabilidades à saúde da população negra – entendam que o sujeito negro pode ser representado de várias formas. Nesta seção, explorarei analiticamente como o gênero e a raça/cor dimensionam os sujeitos da PNSIPN. Argumento que as representações produzidas no interior da política reforçam, reproduzem e veiculam uma posição de vulnerabilidade dos indivíduos em questão.

Os sujeitos da PNSIPN possuem diferentes e múltiplos pertencimentos: classe social, gênero, sexualidade, geração, religião, região etc. São dimensões que se inter cruzam e constituem diferentes modos de ser e estar no mundo. Apesar dessa pluralidade de arranjos e possibilidades de modos de vida, a PNSIPN elege determinados sujeitos para ensinar a como viver uma vida saudável.

À raça/cor são atribuídos significados que constituem o sujeito negro da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como aquele/a com direito diferenciado à saúde – o que se configura numa disputa por recursos nesta área, ao mesmo tempo em que torna mais visível a diferença do ser negro/a –, aquele/a que precisa de uma política especial para ter certos acessos. A política então faz o recorte dos sujeitos que se encontram na intersecção de classe, gênero e raça/cor, para dirigir suas ações, na área da saúde.

Quando se recorre a dados epidemiológicos, constata-se que a população negra está em frequente situação de desvantagem, seja no acesso a bens e serviços, seja figurando em indicadores como alto índice de mortalidade entre mulheres negras por morte materna e elevada mortalidade de jovens negros, devido a causas externas (homicídios). Maria Inês da Silva Barbosa e Valcler Rangel Fernandes (2005, p. 41) afirmam que

[...] a maioria das dificuldades relacionadas à saúde da população negra não são resultantes de suas características genéticas, mas de suas condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza e imputadas pelo racismo.

No momento em que se discute um problema que é público, um problema social, a resposta poderá vir em forma de política pública, como é o caso da PNSIPN, que sintetiza no seu interior aquilo que seus idealizadores consideraram indispensável para a saúde de tal população. A partir de um consenso entre diversos estudiosos, o segundo texto da PNSIPN, as doenças e os agravos prevalentes na população negra foram agrupados da seguinte forma:

- a) geneticamente determinados, como a anemia falciforme;
- b) adquiridos em condições desfavoráveis, como desnutrição, anemia, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- c) de evolução agravada ou tratamento dificultado, como hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e miomatoses. (BRASIL, 2013b, p. 15).

Os interesses de órgãos internacionais, de instituições do Estado brasileiro, de movimentos sociais, de instituições de ensino e pesquisa, de entidades e organizações não governamentais, de representantes de religiões de matrizes africanas, entre outros, estiveram em jogo no momento da formulação da política. Esses interesses têm raça/cor e gênero, e dimensionam as representações dos sujeitos implicados.

Como é de se esperar, o saber da medicina permeia grande parte do conteúdo dos documentos normativos que constituem a PNSIPN, porém, este saber, na maioria das vezes, aparece de forma racializada, ou seja, colando uma condição social no interior dos sujeitos. As doenças acima elencadas foram escolhidas para representar aquelas que mais acometem a população negra, muito embora todas elas possam acometer tanto indivíduos negros quanto pardos e brancos. A anemia falciforme, por exemplo, tida como uma doença tipicamente da raça/cor negra, é um agravo que já teve muitas compreensões, que variaram de acordo com o tempo e local onde ela ocorreu.

Conforme Juliana Manzoni Cavalcanti e Marcos Chor Maio (2011, p. 396), “no Brasil, o interesse médico pela anemia falciforme surgiu quando se modificavam as concepções intelectuais acerca do conceito de raça, nas décadas de 1930 e 1940”. Eles ainda acrescentam:

Em meados dos anos 1990, no início dos debates sobre a adoção de políticas de ação afirmativa no Brasil, a anemia falciforme adquiriu visibilidade ao ser considerada doença genética específica da “raça negra”, o que legitimaria a criação de políticas voltadas para a “saúde da população negra”. (MAIO; MONTEIRO, 2005; FRY, 2005 apud CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 379).

O excerto a seguir refere-se às doenças compreendidas como “características da raça/cor negra”:

Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica, sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no país. (BRASIL, 2013b, p. 15).

Entendo que a justificativa de que existem determinados agravos que caracterizam a população negra foi uma estratégia encontrada pelos idealizadores da PNSIPN, de tensionar o Estado a criar uma política pública de inclusão social, na área da saúde, para essa população. Ao incluir o quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS, questiono-me se será possível a realização de um estudo de abordagem específica, sobre os agravos que acometem esse grupo populacional, como preconiza a política. Será que foram pensados os efeitos que tal ação pode produzir? Como serão estabelecidos os limites de cor entre a pele parda e a negra, sobretudo na perspectiva da autodeclaração? Como fica a questão das doenças que são geneticamente determinadas? No capítulo a seguir, essa questão será problematizada.

Realizei uma incursão pelos documentos da política e observei alguns elementos da linguagem ali utilizada. A palavra mulher, por exemplo, quando aparece nos documentos analisados, está ligada basicamente às seguintes situações: saúde materna e reprodutiva, situações de violência, machismo e preconceitos de gênero ou ainda em situações de transtornos mentais, decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Jeane Félix (2015, p. 7) salienta que “as ações no campo da saúde da mulher se ocupam quase que integralmente à saúde materna e à saúde reprodutiva”, onde a ênfase é dada ao aparelho reprodutor feminino. Com relação à saúde materna, consta em uma das Estratégias de Gestão, o que traz o excerto a seguir:

Do ponto de vista institucional – que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais –, deve-se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. (BRASIL, 2013b, p. 16).

Como já foi apontado, as instituições têm por base uma cultura racista, que compromete não só a sua atuação, conforme o excerto acima, mas afeta, principalmente, o direito à saúde dos/as usuários/as. As políticas são implementadas com a intenção de pautar as ações de quem as implementa, mas sobretudo de intervir na cultura institucional, das

instituições de saúde, de modo a desconstruir os valores negativos agregados à população negra. A imagem abaixo, que faz parte da campanha antirracista do SUS, tem como fundo uma pele de cor não branca. Ela carrega uma cor que produz efeitos na vida da pessoa que necessita de atendimento.

Figura 6 - Cor da pele destacada em campanha antirracista do SUS



Fonte: REVISTA FÓRUM, 2014, p. 1

Essa conduta provavelmente racista por parte dos trabalhadores da área da saúde não é algo que seja expresso verbalmente, mas que se traduz nas entrelinhas, a partir, por exemplo, da abreviação de um atendimento. A pele negra especifica e delimita o tratamento a ser oferecido. Nesse sentido, a política se refere à humanização:

VII - Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios. (BRASIL, 2013b, p. 28).

A preocupação constante no excerto acima é provavelmente justificada por estatísticas que apresentam números alarmantes, como os encontrados em pesquisa realizada através de parceria entre o Projeto Vigisus I³², o Banco Mundial e o Ministério da Saúde – Funasa, intitulada *Saúde da População Negra: contribuição para a promoção da equidade*, que levantou os seguintes dados apresentados no texto da PNSIPN:

³² O Projeto Vigisus busca estruturar um sistema de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, através de atividades que visam a fortalecer a infraestrutura e a capacidade técnica dos estados e municípios. (RIPSA, 1999).

a) *A menor chance das mulheres negras passarem por uma consulta ginecológica completa, inclusive no período pós-parto, por consultas de pré-natal, e de receberem assistência adequada no momento do parto, havendo dados sobre mulheres negras, em maior proporção do que as brancas, que não receberam anestesia durante o parto [...]. b) Um acesso mais restrito das mulheres negras a informações adequadas sobre contracepção, DST e HIV/aids e aos métodos contraceptivos, além de uma maior dificuldade de negociar o uso de preservativos com seu parceiro estável; c) Entre os óbitos maternos nas capitais, das mulheres que morreram durante a gravidez, 60% eram negras; das que morreram até 24 horas após o parto, 56% eram negras; das que morreram até 42 dias após o parto, 53% eram negras. (BRASIL, 2007a, p. 33 – grifo da autora).*

Esses dados nos revelam como as mulheres negras são atendidas nos serviços de saúde. São pistas que nos remetem a momentos históricos precisos, mas que perduram até os dias de hoje; mitos que cercam a mulher negra, que podem influenciar no momento do seu atendimento. O excerto abaixo refere que o racismo:

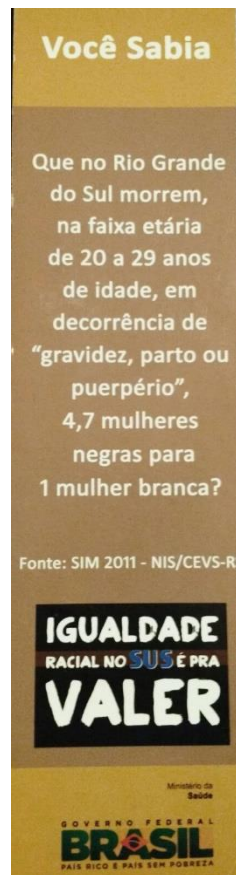
[...] é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento. (BRASIL, 2013b, p. 16 – grifo da autora).

O período da gestação e em especial o parto, por exemplo, são momentos em que as mulheres negras correm o risco de não receberem atendimento adequado, por conta de discursos carregados de sentidos ligados à cor da pele escura, constituindo representações destas mulheres como “boas parideiras”, em razão dos seus “quadris largos” e “bom condicionamento físico”, o que pode acarretar complicações que irão refletir em números expressivos de óbitos de mulheres negras. Dalmo Oliveira, membro do Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial da Paraíba, conta que há diversos relatos de pacientes negras que tiveram seu estado de saúde negligenciado. Diz ele:

[...] porque os profissionais de saúde pensam que a população negra é mais resistente à dor do que a não negra. “Eles acabam negando o analgésico, achando que a gente está exagerando na dor. Isso também acontece em situações de parto, como se as mulheres negras estivessem preparadas para aguentar mais dor que as não negras”, ressaltou o coordenador. (OLIVEIRA, 2014 apud IBAHIA, 2014, p. 1).

Na campanha para execução da PNSIPN no estado do Rio Grande do Sul, em um dos materiais de divulgação da política, consta o percentual de óbitos de mulheres negras em comparação às mulheres brancas.

Figura 7 - Estatísticas sobre o óbito de mulheres negras



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013

Aqui, me permito fazer uma análise, pensando nos discursos que circulam no social e na cultura sobre as mulheres negras como “boas parideiras”. São significados que se articulam e vão sendo construídos ao longo da história do povo negro que, mesmo escravizado, fazia resistência àqueles que podiam dizer, através de práticas, como deveriam ser tratadas as escravas, logo após parirem. A escrava, mesmo com dores e o corpo cansado, encontrava forças para se erguer, usando de sua perseverança como estratégia para fugir do açoite, mas também como demonstração de resistência, o que levou seu senhor a colocá-la numa posição de mulher forte, resistente, aquela que tem seus filhos e logo já está pronta a voltar para o trabalho (HOOKS, 2015).

Nessa direção, Dóra Chor (2013) pontua que no Brasil o tema raça e saúde é controverso, e que as desigualdades de saúde refletem as desigualdades mais abrangentes na sociedade. A autora entende que “raça, posição socioeconômica e gênero influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas” (CHOR, 2013, p. 1274).

Embora a maternidade não seja abordada diretamente nos documentos analisados, observei que os órgãos do corpo da mulher, implicados no processo gestacional, são os que importam nessa fase, deixando a mulher fora do alcance de um olhar integral, como é proposto na política. Cabe salientar que as questões de saúde sexual e reprodutiva do homem não são mencionadas no II Plano Operativo da PNSIPN (2013 a 2015), publicado após a criação da Política Nacional de Saúde Integral do Homem (PNAISH), no ano de 2009.

No exercício de comparação dos documentos da política entre si, algumas constatações se mostraram significativas. Tomo como exemplo o termo gênero, que aparece tanto nos textos da PNSIPN quanto no Plano Operativo II (no Plano Operativo I esse termo não aparece), como um conceito normativo, limitando e afirmando o feminino ligado ao corpo-mulher e o masculino ligado ao corpo-homem, dando a entender, desta forma, o corpo como um “lugar ‘natural’ e fixo”, diz Guacira Lopes Louro (2007, p. 32), no qual o gênero corresponde, linearmente, ao respectivo órgão sexual. Isso reflete um distanciamento “entre o *dever-ser* normativo e o *ser* da realidade social”, coloca Luís Roberto Barroso (2001, p. 85).

No início do parágrafo do texto normativo, intitulado *A população negra no Brasil e a luta pela cidadania*, localizei a palavra negro, que recebeu uma observação em nota de rodapé, contendo o excerto que trago abaixo, anunciando que a forma de escrita a ser adotada no decorrer do texto tomaria o masculino como universal:

Neste documento, consideram-se negros a soma de pretos e pardos. Quanto à questão de gênero, os termos negros, brasileiros etc. são tomados aqui como sinônimos de negros e negras, brasileiros e brasileiras etc. (BRASIL, 2013b, p. 9).

A partir do olhar de uma perspectiva teórica na qual se assume que a linguagem institui, expressa relações e poderes, a nota de rodapé foi destacada, no sentido de pensar se uma política pública, que pretende dar conta de homens e mulheres, poderia tomar o masculino como regra gramatical, para se referir ao feminino e ao masculino, mesmo quando o conjunto de documentos analisados da política se remete em grande parte às mulheres e menciona apenas duas vezes a palavra homem? Penso que essa distinção na linguagem importa ser feita, “sobretudo se quisermos investir em possibilidades de propor intervenções que permitam modificar, minimamente, as relações de poder de gênero vigentes nas

sociedades e grupos em que vivemos” (MEYER, 2004, p. 3). Na segunda fase de ações da PNSIPN (Plano Operativo II), localizei a inclusão da sigla LGBT³³, conforme excerto abaixo:

Este II Plano Operativo da PNSIPN reforça ainda o conjunto de ações e políticas afirmativas assumidas pelo Governo Federal, conforme destaca o Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei 12.288/2010. Deste modo, o governo brasileiro materializa dentro do campo da saúde as perspectivas das ações afirmativas, como todas e quaisquer políticas de inclusão diferenciada de pessoas e/ou grupos historicamente discriminados – a exemplo de mulheres, deficientes, *LGBT*, população negra, além de outros grupos que vivem em condições de vulnerabilidade. (BRASIL, 2014, p. 2 – grifo da autora).

A política amplia o leque dos seus sujeitos, acrescentando entre eles os “deficientes” e também aqueles/as que se dizem “representados pela sigla LGBT”. Essa ação significou a multiplicação de representações no interior da política, contemplando identidades sexuais e de gênero, que até então não eram nomeadas. Mesmo que seja impossível abarcar todas as identidades sexuais e de gênero existentes na cultura, a nomeação de novos sujeitos se traduz em ponto importante nas ações desta política pública, que está implicada com a inclusão social. Conforme registra Guacira Louro (2000, p. 44): “A sexualidade e as relações de gênero não podem mais ser compreendidas como questões que se resolvem ‘entre quatro paredes’, simplesmente porque o que acontece entre quatro paredes tem a ver com o que acontece lá fora e está ligado ao que está lá fora”. É oportuno salientar que nem mesmo a sigla LGBT dá conta de representar a diversidade sexual. São muitos os grupos que querem ser nomeados e representados pelo Estado.

Um deslocamento do modo de pensar as noções de gênero me ajudou a refletir sobre corpos tecidos “pela produção de normas outras de gênero que desfazem a naturalização de normas regulatórias”, diz Michele de F. Faria de Vasconcelos e Fernando Seffner (2015, p. 266), que atuam na nossa cultura. Desfazer a sequência sexo-gênero-sexualidade cria brechas para que outros arranjos corporais e sexuais sejam visualizados, dimensionando as possibilidades de ser e estar neste mundo (ibidem). Cabe às políticas públicas de inclusão social na área da saúde atender também a esses corpos que não se encaixam no modelo hegemônico, adotado como padrão (normal) na nossa cultura; afinal de contas saúde é um direito de todas/os!

³³ A sigla LGBT se refere a lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros. O uso do termo foi aprovado durante conferência realizada em Brasília, em 2008, e substituiu a sigla GLS (gays, lésbicas e bissexuais), utilizada até então para representar a diversidade sexual. Disponível em: < <http://www.significados.com.br/lgbt/> >. Acesso em: 23 out 2015.

Os processos de produção dos corpos nunca se finalizam e se dão no contexto da cultura, que se apresenta como um campo de luta e contestação em que são produzidos sentidos múltiplos de masculinidade e feminilidade, afastando noções a partir das quais certa *essência* estaria colada ao corpo biológico, fixando o que é ser homem ou mulher. Guacira Lopes Louro (1997, p. 21) reforça que

[...] não são propriamente as características sexuais, mas a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico.

A implementação de uma política pública de inclusão social está implicada com sobreposições de gênero, classe, raça, sexualidade, aparência física etc., uma vez que essas marcas em articulação podem discriminar sujeitos como diferentes e influenciar, por exemplo, o atendimento destes nos serviços de saúde. De acordo com Meyer (2006, p. 86),

[...] a distribuição dos bens e do acesso aos serviços públicos, em diferentes sociedades, não está marcada apenas por processos de generificação, mas também de racialização, pertencimento social, escolarização, nacionalidade, credo, ou seja, pertencimento que os indivíduos constroem ao longo de suas vidas.

As palavras de Meyer me remetem ao conceito de interseccionalidade³⁴ que, segundo Fernando Pocahy (2013, p. 70), é um termo/conceito reconhecido por sua potência para articular distintas formas de dominação e posições de desigualdade, sejam elas produzidas pelos discursos generificadores, racializadores e/ou sexualizadores. O conceito de interseccionalidade, utilizado originalmente pela feminista negra Kimberlé Crenshaw (2002), não foi utilizado durante as análises desta Política, porém, mesmo através de outra perspectiva teórica, destaco quando Crenshaw (2002, p. 178) afirma que:

[...] a incorporação do gênero, no contexto da análise do racismo, não apenas traz à tona a discriminação racial contra as mulheres, mas também permite um entendimento mais profundo das formas específicas pelas quais o gênero configura a discriminação também enfrentada pelos homens.

³⁴ As perspectivas de análise interseccionais tiveram origem na articulação da produção teórica feminista com as demandas e contribuições de ativistas negras, lésbicas e de *terceiro mundo*. Nos últimos 30 anos, essa produção teórica tem se desenvolvido e se voltado para a reflexão crítica e para a intervenção política. A perspectiva interseccional abriga diversas formulações e possibilidades de aplicação e tem sido apontada como uma das principais contribuições do pensamento e da crítica feminista à reflexão sobre desigualdades sociais. (OIE, 2014, p. 1).

A partir desta perspectiva, fica nítida a visualização de discriminações que podem permanecer “invisíveis”. Segundo Cecília M. B. Sardenberg (2015, p. 81), essa perspectiva:

[...] possibilita, também, reconhecermos e considerarmos nossas múltiplas identidades e as formas de discriminação que lhes são peculiares. De fato, ela aborda as diferentes posições sociais como relacionais, tornando visíveis as múltiplas posicionalidades que constituem a vida cotidiana e as relações de poder que as demarcam.

Conforme excerto abaixo, localizado ainda no Plano Operativo II, observei a preocupação da política com relação à violência que determinados grupos sofrem:

Promover a prevenção à violência por meio de ações de combate ao racismo ao sexismo, intolerância religiosa e a *lesbo-trans-homofobia* para transformação da cultura de violência, inclusão social, com vistas à humanização da atenção à saúde da população negra. (BRASIL, 2013b, p. 3 – grifo da autora).

O grifo da palavra *lesbo-trans-homofobia*³⁵ tem a intenção de marcar uma das formas por meio da qual a transversalização do gênero se materializa no corpo da política. Essa transversalização não está aí de graça. Ela ecoa a luta de grupos específicos para a transformação do social e, neste caso, a aproximação desses sujeitos aos serviços de saúde.

Ao me debruçar sobre a política, explorei analiticamente em quais contextos e quantas vezes a palavra *homem* aparecia no material empírico, conforme mencionado anteriormente. Para além dos recursos de linguagem que substituem as palavras *homem/homens* e *mulher/mulheres*, como por exemplo a palavra *pessoa/as*, situei a palavra *homem* somente em dois momentos, dentre todos os documentos analisados; uma no singular e outra no plural, conforme destaque abaixo:

Ainda prevalecem os diferenciais de raça, cor e etnia, quando a análise está centrada na proporção de óbitos por causas externas. O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um *homem negro*, o risco é 70% maior que o de um homem branco. No geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações negra e parda, independentemente do sexo. A análise dos índices de homicídios associada a anos de escolaridade mostrou que pessoas com menor escolaridade apresentam risco maior de morte quando comparadas àquelas de maior escolaridade. (BRASIL, 2013b, p. 14 – grifo da autora).

VI – Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e *homens negros*, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2013, p. 28 – grifo da autora).

³⁵ Rejeição ou aversão à homossexualidade.

Na primeira situação em que lemos na política “homem negro”, o sujeito em questão está sendo relacionado diretamente com óbitos por causas externas. Os dados que as estatísticas nos fornecem são alarmantes e precisam ser problematizados, na medida em que o saber da estatística se constitui em um discurso com *status* de verdade, operando na produção dos sujeitos da política e “que mais tem força no processo de subjetivação, não só incitando a saber a verdade, como ajudando a produzi-la”, coloca Renata Sperhake (2013, p. 112).

Através de dados estatísticos³⁶ como os acima apontados no texto da política e de análises discriminadas segundo raça/cor, o governo, por sua vez, fundamenta sua justificativa para a implementação de uma política na área da saúde, como a PNSIPN. O uso do saber estatístico, que possui *status* de verdade, se mostra um instrumento eficiente para que o governo possa conhecer e governar sua população.

Segundo Maura Corcini Lopes *et al.* (2010, p. 13), é necessário que primeiro o governo construa um conjunto de conhecimentos técnicos sobre a população, para depois “criar estratégias de governmentação que possam intervir de forma adequada, regulando e gerenciando os riscos a que cada grupo está submetido” e ensinando-o a viver de modo saudável. Como todos os saberes, a estatística é um discurso que produz “determinado real”, conforme apontam Clarice Traversini e Samuel Edmundo L. Bello (2009, p. 137): “Os saberes construídos por diferentes instituições e experts, com base em dados coletados, em registros, em comparações, subsidiam decisões administrativas para manter e otimizar as características desejáveis da população”.

Mas o que esse saber, que visibiliza índices significativos de homicídios da/na população negra, tem a nos dizer? É importante que se preste atenção àquilo que é dito sobre a população negra nos documentos programáticos da PNSIPN, uma vez que esses ditos atualizam o que é ser negro/a, mas também reproduzem ou reforçam ainda mais algumas posições de desigualdade destes sujeitos na escala do social, através das representações ali constituídas. Ao mesmo tempo em que a representação descreve, ela também institui determinados sujeitos, através da linguagem materializada no interior da política. De acordo com Andrade (2002, p. 27), “não há em nenhum período ou época, uma representação homogênea que serve para categorizar indistintamente a todos os corpos”, e eu faço a leitura que, da mesma forma, não serve para categorizar a todos os negros e as negras, no âmbito da política.

³⁶ Os dados estatísticos e as análises discriminadas segundo raça/cor e etnia foram retirados do relatório cujo título é *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*, realizado por técnicos da secretaria de vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com base nos dados censitários do ano 2000 (BRASIL, 2005).

No segundo momento em que visualizamos a palavra homem, ela está desta vez acompanhada da palavra mulher. A política aponta para o fortalecimento da saúde mental destes sujeitos e, ao mesmo tempo, sugere que a maioria dos casos de transtorno mental seja em razão do alcoolismo e do uso de drogas. O que cabe aqui ser problematizado, dentre outras observações possíveis, é como determinados grupos, como a população negra, estão mais expostos à violência como forma de vida, e como essa violência está associada diretamente ao uso do álcool e outras substâncias psicoativas, naturalizando essa associação.

O excerto abaixo, que é uma das diretrizes gerais da PNSIPN, nos mostra como o Estado compartilha o entendimento de que o fortalecimento de uma identidade negra “positiva” pode contribuir para a redução das vulnerabilidades de grande parte da população negra.

VI - Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra *positiva* e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (BRASIL, 2013b, p. 19 – grifo da autora).

O Estado, na condição de quem pode dizer pela população negra, pode contribuir na produção das representações desses sujeitos, habilitando um outro modo de serem vistos, ampliando o leque dos códigos aos quais temos acesso para vermos os/as negros/as (e também os/as negros/as se verem, se constituírem) na nossa sociedade. Outro investimento seria mencionar na política aqueles sujeitos para os quais ela não se endereça. São negros/as que escapam do que é fixado nos documentos da PNSIPN, mas que importam ao serem representados/as, dando a ver que são diversos os modos de negros e negras estarem nesse mundo, e não apenas aqueles/as em condições vulnerabilidade, como a política enfatiza, mas que sofrem igualmente as ações do racismo e do racismo institucional.

A política faz uma ligação entre índice de homicídios e a escolaridade dos sujeitos em questão. A baixa escolaridade dos sujeitos da PNSIPN não está somente incidindo nos índices de homicídio, mas também influencia nas condições de trabalho de grande parte dessa população, que não teve a possibilidade de ocupar uma classe escolar, restando poucas alternativas de trabalho/profissão.

A sobreposição de raça/cor, classe e gênero influencia na vida do homem negro, pobre e homossexual, na vida do jovem, que vive na periferia e é o alvo principal das armas de fogo, e na vida das crianças das classes populares que morrem por desnutrição. Influencia na vida

dos/as trabalhadores/as negros/as, que recebem salários mais baixos do que os/as brancos/as, muito embora estes/as ocupem os mesmos cargos. Enfim, são sujeitos que sofrem não só violências racistas, mas sexistas e machistas também. Negras/os que sofrem pela violência policial e o encarceramento em massa, figurando diariamente em manchetes de homicídios, chacinas e linchamentos, e que não recebem atenção devida da ordem pública, mas que são mencionados na PNSIPN, no item Estratégias e Responsabilidade das Esferas de Gestão:

iii – Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei. (BRASIL, 2013b, p. 28).

Todas essas violências também justificam os transtornos mentais ou ainda pelo alcoolismo, conforme menciona a política. São as desigualdades impostas pelas más condições de vida desta população, permeadas pelo racismo, que influenciam diretamente a sua saúde.

Contudo, além dos dados alarmantes fornecidos por instituições que podem dizer sobre a população negra, apoiados em saberes que colocam em evidência um “determinado real” deste grupo, quero insistir nas representações de negras e negros que não se enquadram nas situações acima elencadas e que, exatamente por esse motivo, muito embora sejam sujeitos de direito, ficam de fora da política. As pessoas não são somente isso ou somente aquilo, e essas possibilidades outras importam, se forem representadas.

A linguagem do utilizada no corpo da política veicula determinados significados no seu interior, (re)produzindo representações. Louro (1997, p. 99) diz que se

[...] entende a representação não como um reflexo da realidade, mas como constituidora. Nessa perspectiva, não cabe perguntar se uma representação “corresponde” ou não ao “real”, mas, ao invés disso, como as representações produzem sentidos, quais seus efeitos sobre os sujeitos, como elas constroem o “real”.

Considero que a política objetiva determinados problemas de saúde, que subjetivam os sujeitos da população negra, posicionando-os em determinadas configurações do processo saúde-doença, tornando a PNSIPN necessária. A Política é um suporte para a ação de usuários, gestores e profissionais da área da saúde, desenvolvendo ações no cuidado e promoção da saúde, saúde preventiva, ensinando os seus sujeitos, ao mesmo tempo, a ter uma vida saudável. No entanto, para que a política caminhe em direção à sua eficácia, está

implicado, sobretudo, a ampliação das representações dos sujeitos desta população, possuidores dos mais variados tons de pele, de diferentes classes econômico-sociais, credos, gerações, gênero e sexualidade. Esse movimento multiplica e dimensiona as representações, mesmo que gradualmente, do que é ser negro/a no Brasil, com vistas à igualdade racial.

Penso aqui ter apresentado as representações de sujeito que compõem a PNSIPN, a partir de articulações entre gênero e raça/cor situadas no interior dos seus documentos oficiais, dando a ver como a raça/cor pode ser significada e produzir efeitos na vida das pessoas. Minha intenção no capítulo a seguir é a de fazer uma reflexão em torno dos conceitos como saúde, integralidade, equidade e igualdade – presentes no capítulo 1, *Princípios Gerais da Política* –, que juntos constroem a concepção da PNSIPN.

6 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE NA PNSIPN

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara. (SARAMAGO, 1995, epígrafe).

Escolhi esta frase de José Saramago (1995) para iniciar o capítulo onde falo sobre saúde, pois ela sugere que, ao olharmos para algo ou alguém, esse olhar seja um olhar cuidadoso, um olhar com minúcia, reparando nas sutilezas daquilo que se apresenta, prestando atenção nos detalhes e atentando para aquilo que, ao ser olhado rapidamente, pode ser visto de modo superficial. Inspiro-me nesta epígrafe para ver no detalhe, para pensar e problematizar as representações do sujeito negro produzidas na política em questão. Ao mesmo tempo, faço uma ligação do meu olhar minucioso, com o outro sentido do verbo reparar, que consiste em fazer um conserto, uma correção, sugerindo com isso que, para além do olhar atencioso sobre este sujeito, também se possa ver a necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social e, com ela, tentar reparar as defasagens ou falhas no atendimento à população negra, na área da saúde.

É com esse olhar de quem quer ver e reparar que o acesso à saúde foi tomado com força e em sentido amplo na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, mas poderíamos nos perguntar por quê. Para minimizar os riscos e danos que atingem essa população, para saldar uma dívida histórica que o Estado acredita ter para com esse grupo ou, ainda, para reduzir os gastos em saúde pública?

A saúde é algo que tem significados desde a Antiguidade, e segue sendo significada e interpretada através dos tempos. Diante da sua complexidade, procurei neste capítulo situar o modo como ela é materializada nos textos da política. Para tal, faço uma breve reflexão em torno de alguns conceitos de saúde ou o modo como ela tem sido explicada na contemporaneidade. Minha intenção é, com isso, a partir do modo como o conceito de saúde aparece nos textos da política, ir construindo pistas de como é pretendida a constituição de sujeitos saudáveis, no âmbito da PNSIPN. Não que se tenha como chegar a um conceito único, até porque, para além de um fenômeno biológico, saúde é também um fenômeno cultural, o que nos afasta de chegar a uma definição acabada sobre ela. Esse entendimento vai ao encontro do pensamento de Dina Czeresnia e Carlos Freitas (2003, p. 46), quando ela diz: “a saúde não é objeto que se possa delimitar”.

Ocupo-me com o conceito de saúde, a partir do momento em que ela deixa de ser significada apenas como a ausência de doença, para ganhar um sentido mais amplo, nos permitindo uma maior possibilidade da sua compreensão.

Em documento acordado entre os países membros da Organização Mundial de Saúde, em 1946, o conceito de saúde ficou definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (USP, 1946, p. 1). Apesar de este conceito receber críticas pelo caráter utópico da expressão “completo”, pode-se dizer que ele se modificou de modo interessante, uma vez que houve uma maior aproximação da saúde com a noção de satisfação de *necessidades*. Além disso, essa nova concepção contribuiu, principalmente, com a incorporação da saúde como um direito na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em 1948. Entretanto a pesquisadora Dagmar E. Estermann Meyer (2012b, p. 8) sinaliza que

[...] a mera declaração de direitos não produz cidadãos. Esses se constituem de muitas maneiras e em diferentes instâncias: no interior de processos coletivos, nos quais se define o conteúdo de sua cidadania e se organizam as lutas pelo reconhecimento e aquisição dos direitos aí implicados; no desempenho do poder político que garante sua implementação; [...].

A autora entende que não basta ter os direitos garantidos em lei; eles precisam ser exercidos para que a cidadania (direitos e deveres) se constitua. E quando se pensa na ideia de um estado de bem-estar “completo” para toda uma população (mundial ou regional), percebe-se que este é um direito inviável de ser usufruído e um dever inviável de ser atingido, principalmente pela subjetividade agregada à noção de bem-estar. Este não é um conceito que possa ser definido de modo único e igual para todos os cidadãos, pois como medir se as pessoas desfrutam de estado completo de bem-estar, quais seriam os parâmetros para isso?

As primeiras tentativas de formulação teórica do conceito de saúde, proposto pela OMS, surgem na década de 1970. Deste período até os anos 1980, estabeleceu-se uma intensa mobilização, em diversos países da América Latina, como resposta aos regimes autoritários e também à crise dos sistemas públicos de saúde enfrentados. Como fruto dessa mobilização, surge o chamado “conceito ampliado de saúde”, formulado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em Brasília, no mesmo ano em que ocorre a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde³⁷, em Ottawa. O conceito define que:

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde.

³⁷ Essa conferência foi considerada o marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo. (BVS, 2003).

Segundo Carlos Batistella (2015, p. 64), o conceito ampliado de saúde procura então “resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades”. Os determinantes sociais da saúde começam a ser levados em consideração na compreensão dos processos de adoecimento, nos diversos grupos de uma população. Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem (OMS, 2011). Esse conjunto de condições resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde.

Em meio a um cenário de redemocratização do país, e com a força do Movimento Sanitário³⁸ na luta pelos direitos sociais, foi promulgada a Constituição de 1988, representando “uma verdadeira revolução na forma de se pensar e executar a saúde no país”, de acordo com Isabella Telles Kahn Stephan (2013, p. 69). No novo texto da Constituição (art. 196, Seção II – Da Saúde), passa a constar: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De lá para cá, novas formas de pensar a saúde e sua organização vão se configurando e disputando espaço com o modelo biomédico, com base teórica construída na ideia de saúde como ausência de doença. O modelo biomédico é marcado pelo pensamento objetivo e cientificista, com força explicativa e com discursos que por vezes se contrapõem. Nessa concepção, a saúde é entendida “como o bom funcionamento da máquina, e a doença, a sua falha”, segundo Ricardo Burg Ceccim (2012, p. 31).

A Constituição incorpora uma série de princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre eles, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade passa a adquirir visibilidade nesse momento, significando uma “ruptura com alguns pressupostos da atenção e da educação em saúde, [...] pelo vigor com que [...] tensiona outros conceitos hegemônicos”, conforme Eloá Rossoni (2010, p. 29). Para essa pesquisadora, o conceito de integralidade “é polissêmico e utilizado em diferentes contextos, mas em geral refere-se às práticas de atenção, à gestão dos serviços e às políticas públicas de saúde” (ROSSONI, 2010, p. 33).

³⁸ O Movimento Sanitário surge no final da década de 1970, exigindo reformas na política de saúde e estabelecendo tensão entre os interesses público-privados e a sociedade civil. Esse movimento articula-se em defesa da Reforma Sanitária, que almejava a construção de um novo sistema nacional de saúde, democrático, que considerasse a descentralização, a universalização do acesso e a unificação como elementos essenciais para a reconstrução do setor de saúde (STEPHAN, 2013).

É a partir do princípio da integralidade regulado pelo SUS que a política específica para a população negra carrega em seu título o termo integral. Mas será que podemos pensar no ser humano de modo integral, digo, na sua totalidade? O significado da palavra integral gira em torno de algo que é completo, algo que não perdeu as suas propriedades originais, algo absoluto, irrestrito, total, global. O próprio sistema de saúde ainda tem um olhar compartimentado sobre a doença, analisa o ser humano no detalhe, examina suas partes para localizar a falha e consertar o erro. Entendo, desde a perspectiva teórica na qual me ancoro, não há possibilidade de atingirmos uma completude. Posso “ocupar diferentes posições de sujeito e ser muitas coisas ao mesmo tempo, ou em diferentes momentos” (ANDRADE, 2008, p. 63), o que não me possibilita ser um sujeito por inteiro, integral, e essas posições não se estabelecem de uma vez para sempre; são condições provisórias, contingentes.

Entendo também que o significado da palavra integral em uma política pública de inclusão social pode estar implicado com a visão e a preparação do profissional de saúde, que atenderá o/a usuário/a com um olhar para além da doença ou do sintoma por ele/a informado. Serão levadas em consideração as vulnerabilidades a que este/a usuário/a está exposto/a e que podem estar influenciando no seu processo de adoecimento. Nessa direção, Ana Carolina Rios Simoni (2007) comenta que a emergência da integralidade surge para dar conta e se coloca como resistência ao modelo das especialidades que fragmenta a pessoa atendida, fazendo do sujeito um mero objeto da atenção técnica.

Sobre a integralidade, Stephan (2013, p. 71) ainda aponta que

[...] é possível compreender a integralidade como uma prática que não depende apenas de uma mudança de paradigma dos profissionais de saúde, mas que se relaciona à própria configuração dos serviços, exigindo que estes sejam organizados de forma a garantir a intersetorialidade dos programas, dos projetos e das políticas oferecidos.

A partir dessa mudança na compreensão do conceito de saúde, surge um modelo de atendimento que procura levar em conta a subjetividade do indivíduo, considerando também os seus aspectos culturais. Cristian Fabiano Guimarães e Stela Nazareth Meneghel (2003, p. 357) explicam:

A subjetividade é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias das mais diversas, definindo modos de existência regulados por leis, verdades, crenças, valores, configurando formas de vida que definem o jeito do sujeito se experienciar no mundo.

Além daquilo que é preconizado pelo SUS, o atendimento integral no âmbito da política vislumbra outra dimensão, ampliando seu significado para uma esfera mais ampla de compreensão, dando a ver a necessidade de políticas sociais que desenvolvam ações “em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política, transcendendo, e muito, os serviços de saúde”, de acordo com Paulo Capel Narvai (2005, p. 6). A PNSIPN, ao preconizar seus objetivos de promoção da saúde integral da população negra, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS, provoca uma leitura da integralidade em duas dimensões: uma no texto da política, porque ela se apresenta como algo que ressoa vozes no interior da política, e forma uma rede que articula parcerias e interdependência dos serviços prestados em atenção à saúde (intersectorialidade³⁹); e outra fora do texto, na vida em sociedade, onde ela carrega igualmente um sentido politizado, com um possível poder de transformação, para pensarmos o desenvolvimento de políticas intersectoriais, num sentido mais amplo, que nos possibilitem ações e vinculações com outras áreas do social, para atendimento dos indivíduos, compreendendo as suas vulnerabilidades.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), entre as populações que vivem em situações de vulnerabilidade, aquela que mais se destaca é a população negra, que compõe a maior parcela da população brasileira e que concentra os piores indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos.

O conceito de vulnerabilidade que tem sido adotado nas políticas de inclusão social leva em conta a falta ou a não condição de acesso a bens materiais e bens de serviço necessários, em combinação com o contexto social no qual ele está inserido. É o que para José Ricardo Ayres (1997) significa vulnerabilidade social, que está ligada às condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, acesso a informações, situação de acesso aos sistemas de saúde e qualidade nos serviços de saúde aos quais os indivíduos ou grupos sociais têm (ou deveriam ter) acesso. É importante ressaltar que a PNSIPN surge em um momento político onde o governo institui a transversalidade de gênero, raça e classe como princípio organizador das políticas públicas, uma vez que essas são iniquidades constitutivas do contexto brasileiro.

No plano institucional, podemos pensar na vulnerabilidade programática, que está associada à existência de políticas ou ações organizadas para o enfrentamento de problemas

³⁹ Intersetorialidade remete “ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações”. A intersectorialidade permite também “considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros” (BRASIL, 2009, p. 193).

específicos. Esses conceitos ajudam na reflexão sobre a PNSIPN, no sentido de analisar se, nos textos normativos e/ou em sua tradução nos serviços, ela não está reproduzindo vulnerabilidades da população negra, que em princípio, se propõe a enfrentar e/ou resolver. Esse é um aspecto importante, uma vez que as palavras que constroem/constituem esse sujeito carregam sentidos que podem deixar de fora muitas/os daquelas/es a quem a política se propõe atender. É quando os sujeitos não se sentem interpelados⁴⁰ pelo que a política apresenta ou porque ela não os inclui. Entendo que a PNSIPN surge exatamente porque existe uma representação de negro/a vulnerável, que vive em situações precárias, mas penso também que, mesmo aquele sujeito que não se identifica com essa posição dentro da política, também é um sujeito socialmente vulnerável, em função da sua raça/cor.

Dentro do quadro de vulnerabilidade social, a avaliação se dá a partir de aspectos sociopolíticos e culturais combinados. Já no quadro de vulnerabilidade programática, a avaliação é feita a partir de aspectos como: a) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; c) coalizão interinstitucional e intersetorial na área da saúde para a ação; d) planejamento e gerenciamento dessas ações; e) financiamento adequado e estável dos programas; f) continuidade dos programas; g) avaliação dos programas, h) sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; i) vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada (AYRES, 1997).

Os sujeitos negros a quem a política se dirige são, então, compreendidos nessa dimensão como vulneráveis em diferentes circunstâncias: pela cor da pele, pela condição de pobreza, pela baixa escolaridade, dentre outras situações incluídas como fatores desencadeantes dos indicadores epidemiológicos em que são ranqueados.

A política traz em seu texto um percentual que dá ao/à leitor/a um panorama geral da situação de pobreza da população negra no Brasil:

No que se referem à pobreza, outros estudos revelam que os negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população brasileira. (BRASIL, 2010a, p. 13).

De posse de dados estatísticos, o Estado vai delimitando o público-alvo da política e reforçando representações hegemônicas desses sujeitos. As estatísticas são discursos que

⁴⁰ Interpelar é “o ato de identificação do indivíduo, no discurso do ‘outro’. Quando se identifica, se torna sujeito”, afirma Céli Regina Jardim Pinto (1989, p. 27).

“criam um saber e a partir dele definem o campo de intervenção do seu poder”, diz Maria Cláudia Dal’igna (2005, p. 106). Dados estatísticos aparecem de modo indispensável e recorrente no texto da política, servindo para indicar ao Estado o rumo das ações a serem implementadas, o que é prioridade, mas elas se dirigem a um grupo específico da população negra de modo generalizado, deixando de atingir tantos outros sujeitos desta população, que também sentem os efeitos do racismo. Assim, os discursos do método estatístico são justificativas potentes para autenticar as ações do Estado, comprovando numericamente decisões que porventura sejam tomadas, na condução da vida dos indivíduos. Dentro disso, porém, Rinehart (2013, p. 16) adverte que

[...] há um forte aparato científico que busca manter o equacionamento reducionista da problemática do racismo à problemática da pobreza, o que torna obrigatória a apresentação de uma base maior de dados oriundos de pesquisas que mostram o equívoco na redução da explicação das desigualdades sociais no Brasil a um fenômeno unicamente socioeconômico, ou seja, de classes.

Nesse sentido, índices⁴¹ demográficos e epidemiológicos explicam e justificam, em alguma medida, os muitos componentes de vulnerabilidade que se materializam em situações de exclusão dos/as negros/as no atendimento em saúde e levam muitos a ficar fora do atendimento ou a nem procurar os serviços. O texto da política traz na sua apresentação a preocupação com a exclusão:

Coerente com a diretriz governamental que determina a redução da exclusão social, o ministério entendeu ser fundamental a estratégia de formulação desta política reafirmando o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013b, p. 5).

As discussões propostas por Ayres *et al.* (2003) novamente me remetem a pensar na confluência de múltiplos entendimentos sobre os componentes da vulnerabilidade, que atravessam e constituem a população negra no Brasil, e de maneira análoga a essa exclusão social, mencionada no excerto acima, ocorre também no interior das instituições de saúde. Assim, as representações de sujeito que “circulam na esfera do social [...] legitimam o direito de capturar, nomear, enfim, de representar os sujeitos da política” (ANDRADE, 2002, p. 27), instituindo-os.

⁴¹ Aqui, a palavra índice está ligada a uma racionalidade analítica, na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados. Diferentemente disto, o pesquisador Ayres *et al.* (2003) entende que as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, ou seja, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa.

Ainda a partir de números, a política chama atenção para a condição de vida de grande parte dos/as negros/as no Brasil:

Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até meio salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação⁴². (BRASIL, 2010a, p. 13).

Um bom exemplo disso é o que sinaliza a pesquisadora Márcia Pereira Leite (2012, p. 1):

No plano da moradia, os indicadores sociais revelam a mesma diferenciação no interior das políticas públicas, ou como o Estado “faz viver” esses contingentes populacionais. Os territórios de maioria negra nas cidades (favelas, loteamentos, bairros pobres e periferias) são carentes de equipamentos urbanos e serviços públicos de boa qualidade.

O excerto nos mostra os problemas sociais desse grupo para além daquilo que a política preconiza, que é o enfrentamento do racismo nas instituições de saúde. Os problemas sociais são diversos e causadores de doença, mas o racismo está inter-relacionado com essa *realidade* que os números refletem

A PNSIPN atenta para a melhoria da situação de iniquidade deste grupo e, de um determinado modo, reconhece e autentica a necessidade de ações integradas, que possam de fato contribuir para a mudança de um quadro repleto de desigualdades. As muitas desigualdades são apresentadas com tanta frequência que acabamos grudando essa realidade às representações de sujeito negro, tomando-as como naturais e imutáveis.

Stephan (2013, p. 67) assevera que “A intenção é estabelecer uma compreensão de que a saúde de um determinado indivíduo é fruto de uma construção coletiva representada pelo conjunto de condições sob as quais ele reside, se alimenta, se transporta, se diverte, se relaciona, entre outros”.

De qualquer sorte, essas representações dão suporte aos mecanismos que incluem ou excluem os sujeitos em questão. Elas são apresentadas com tanta frequência, que acabamos grudando essa realidade às representações de sujeito negro/a, tomando-as como naturais e imutáveis. É como se o sujeito negro/a, a partir de sua cor de pele, já declarasse onde mora e em que condições vive.

⁴² De acordo com o IPEA e o IBGE, são consideradas características indesejáveis: construção da habitação com material não durável; alta densidade; inadequação no sistema de saneamento e abastecimento de água; ausência de energia elétrica e coleta de lixo. MS (2005, p. 2).

Não é por acaso que a marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo e o racismo institucional como acontecimentos que colocam seus sujeitos em uma posição vulnerável.

A PNSIPN entende o racismo como algo nocivo à saúde, uma vez que ele deixa marcas nas experiências vividas pelos sujeitos, que podem interferir de alguma forma na “processualidade do pensar-sentir-querer individual e coletivo, inscrevendo experiências no movimento de inventar a vida” (CECCIM, 1998, p. 38). Essas experiências quase nunca são positivas.

O cartaz da campanha publicitária abaixo materializa esse entendimento do racismo como algo nocivo à saúde.

Figura 8 - Campanha publicitária do governo federal, lançada em novembro de 2014



Fonte: AGÊNCIA BRASIL, 2014, p. 1

A materialidade deste cartaz dá condições de tomá-lo como um texto, onde se encontra o enunciado “Racismo faz mal à saúde”, indicando o racismo como vetor de adoecimento. Porém, o enunciado interpela não só aquelas/es que sofrem o racismo e não denunciam. Ele também interpela aqueles/as que são racistas. É um enunciado que dá conta de quatro dimensões: ele capta pessoas que sofrem o racismo, pessoas brancas e negras racistas, pessoas negras e brancas não racistas e também aquelas que não se percebem racistas. O efeito que o enunciado pode surtir no sujeito racista, é a sensação de ele/a estar sendo intimado/a, avisado/a, provocado/a, observado/a, a partir daquele gesto com a mão, que significa atenção

nos locais de saúde, mas que aqui se transforma em um sinal de aviso. Porém a pessoa, ao ler o exposto no cartaz, é quem vai decidir se aquilo faz algum sentido, ou não.

A imagem da dupla de profissionais mobiliza diferentes linguagens para significar e representar sujeitos e, assim, os posiciona determinados modos: o homem negro, que o estetoscópio pendurado ao pescoço sugere ser o médico, ocupa uma posição de sujeito que está autorizada a dizer verdades sobre a saúde do outro e, usualmente está associada com pessoas brancas. Essa é uma representação que emerge para disputar espaço no social, com a branquidade associada à medicina, uma vez que esta tem sido majoritariamente, exercida por pessoas brancas. A medicina é uma profissão racializada, assim como toda e qualquer outra profissão. Também a imagem da mulher negra, posicionada como enfermeira, ao mesmo tempo que inova, inserindo mulheres negras no cenário das profissões que demandam ensino superior, reforça a representação que associa o feminino a esta profissão. Não poderia a mulher negra estar ocupando a posição de médica e o homem negro a de enfermeiro? Para além de uma profissão generificada, há também uma relação de poder implícita na imagem. Como refere Catharina da Cunha Silveira (2014, p. 20), estas são estratégias que, “desde determinadas representações de gênero, nos apresentam o social e a cultura, instaurando distintas (im)possibilidades para as masculinidades e as feminilidades”.

Esse cartaz fez parte da primeira campanha publicitária lançada no ano 2014, através do Ministério da Saúde, em comemoração aos 10 anos⁴³ da instituição da PNSIPN, objetivando conscientizar a população de que a discriminação racial também se manifesta na saúde dos indivíduos. O então ministro da Saúde Arthur Chioro (SUS, 2014a) afirmou que a campanha tinha como objetivo o enfrentamento da discriminação institucional e o reforço à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ele ainda disse:

Não podemos tolerar nenhuma forma de racismo. Essa campanha é um alerta para os profissionais de saúde e para toda a sociedade brasileira. A desigualdade e preconceito produzem mais doença, mais morte e mais sofrimento. Nós queremos construir um país de todos e a maneira mais importante é falar sobre a desigualdade.

Nesse contexto, a noção de saúde proposta pela PNSIPN não fica centrada no biológico e na medicalização de sua população. A saúde aqui considera “tanto as evidências estruturais, isto é, os fatores externos do entorno social, quanto às condições de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais”, que entre outros determinantes podem afetar

⁴³ Esta data foi contada a partir da data de criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), em 2004.

negativamente a saúde dos sujeitos, conforme Bárbara Brezolin Dalmolin *et al* (2011, p. 390).

A partir da concepção ampliada de saúde, o racismo e o racismo institucional são trazidos na Política como fatores importantes a serem considerados quando se trata das formas de adoecimento da população negra, uma vez que estes são reprimidos e restringidos, de modo mais ou menos explícitos, “ao lugar de negro/a”, (re)atualizando discursos através de práticas discriminatórias no cotidiano dessa população, durante uma ação da polícia, nas instituições de ensino, nas instituições de saúde e em todas as esferas do social, naturalizando esse lugar como um lugar de subordinação. Conforme Ceccim (2012, p. 37), “Saúde é aquele estado capaz de potencializar nossa capacidade humana (orgânica, intelectual e afetiva) de estabelecer uma vida social de acordo com nossa necessidade de uma existência alegre e geradora permanente de transformações individuais e coletivas”.

Para que a população negra possa ter uma existência como sugere Ceccim (2012), penso ser necessário que o racismo seja encarado como uma doença, algo que interfere na saúde de todo o tecido social e, como tal, precisa ser reconhecido e tratado.

Marco Akerman (2008) vai enfatizar o caráter do bem público de produção da saúde e dá uma ampla visão de como ela é produzida, possibilitando o entendimento da necessidade de implementação da PNSIPN. Para ele, a saúde é

[...] produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam para introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública, o que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sociopolíticos e condições materiais específicas. Dessa forma, a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam por recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resulta graus de acesso da população a bens e a consumo para a reprodução da vida. (AKERMAN, 2008, p. 46).

O conceito de Akerman visibiliza a saúde como um campo de disputas, materializada como um bem social ao qual se tem acesso a um jogo de forças, onde quem briga mais, leva mais! Essa é a questão, de quais grupos estão melhor posicionados e/ou preparados na arena destes embates, estabelecendo assim, uma “multiplicidade de correlações de força” (FOUCAULT, 1999, p. 88).

O SUS, através de sua política, procura materializar aquilo que consta na Constituição Federal em relação à saúde, assumindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, garantindo a atenção a todo e qualquer cidadão que procure pelo serviço. Em consonância com isso, na introdução do texto da política, consta:

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. (BRASIL, 2010a, p. 7).

O texto esclarece que o atendimento à população negra se dá em todas as dimensões da área da saúde e junto com isso, faz a observação de que este segmento populacional é acometido de agravos que lhes são característicos. Esse registro marcado por uma determinação biológica se apresenta como uma marca de grupos que defendem uma identidade social pautada em aspectos biológicos, o que não seria necessário, uma vez que a saúde é um direito de todos!

Apesar de termos ciência de que a saúde é um bem de todos, garantido pela Constituição, sabemos que na prática este direito “tem se configurado como uma luta [...] penosa e prolongada [...] para traduzi-lo em políticas de saúde [...], que articulem desenvolvimento humano e material com justiça social” (MEYER, 2012b, p. 9). A justiça social é um ideal a ser atingido a partir dos princípios fundamentais da igualdade e equidade; princípios que devem ser considerados, quando da formulação de políticas públicas de inclusão social.

A relação entre igualdade e equidade é um tema atual, que tem sido amplamente discutido por autores/as de diferentes vertentes teóricas. Jussara Prá (2010), em suas pesquisas no campo das políticas públicas, estudos feministas e de gênero, adota a definição de igualdade e equidade dada pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO, 1996 apud PRÁ, 2010, p.17):

Igualdade é dotar mulheres e homens das mesmas condições, tratamento e oportunidades. Equidade também é dar condições, tratamento e oportunidades iguais a mulheres e homens, porém ajustados às características ou às situações especiais (sexo, gênero, classe, etnia, idade, religião) dos diferentes grupos, de tal modo que seja garantido a todos o acesso a recursos, recompensas e oportunidades.

Igualdade é um princípio que, juntamente com a liberdade, funda as democracias modernas. Estes são os princípios que, de acordo com a interpretação dada aos valores da sociedade em questão, serão operacionalizados no interior das políticas sociais. Para Peter *et al.* (2007), os valores são pontos de vista sobre o que é importante. Em arenas políticas, são crenças sobre os fins ou objetivos de instituições sociais e as virtudes que deveriam encarnar. Da mesma forma, o discurso da universalidade dos direitos sociais vai estar em conformidade com o modo de convívio dessa referida sociedade, expressando os valores, os discursos e as

práticas que ali são construídas no dia a dia. Questiono-me se há como se pensar em igualdade e universalidade numa sociedade de cores diversas, cores essas que são pensadas hierarquicamente. Talvez sejam mesmo crenças, como nos apontam Peter *et al.* (2007).

De acordo com Barbosa e Fernandes (2005, p. 37),

O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos obriga a reflexões várias, umas afeitas ao campo das relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo, outras relativas à superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde, conforme preconizado no texto constitucional enquanto dever de Estado.

O termo equidade, por sua vez, carrega o sentido de assegurar ao cidadão um atendimento conforme suas necessidades, independentemente do seu nível de complexidade⁴⁴. A diferença entre igualdade e equidade nos leva ao conhecimento de várias correntes explicativas, que por vezes nos remetem à reflexão de outros conceitos que estariam imbricados na tentativa de compreensão destes primeiros, como, por exemplo, o conceito de direito⁴⁵.

Dentre as correntes explicativas que se propõem a explicar a diferença entre igualdade e equidade, a que mais se destaca é a Teoria da Justiça Social⁴⁶, desenvolvida pelo filósofo norte-americano John Rawls. Nela, o autor não define justiça como igualdade, e sim como equidade. Para ele, a virtude das instituições sociais consiste no fato de serem justas. Para o filósofo, uma sociedade bem ordenada compartilha de uma concepção pública de justiça, que regula a estrutura básica da sociedade. Mas como chegar a um entendimento sobre o que é justo? Para tal, Rawls criou uma situação hipotética, na qual determinados indivíduos escolheriam princípios de justiça. Tais indivíduos, concebidos como racionais, estariam ainda submetidos a um “véu de ignorância”, desconhecendo todas aquelas situações que lhes trariam vantagens ou desvantagens na vida social, como a classe social. Dessa forma, na posição original, segundo o autor, todos compartilhariam de uma situação justa: seriam

⁴⁴ São níveis de média e alta complexidade nas áreas de atenção em saúde, objetivando a adequada implementação de suas ações, em complementação da atenção básica. (BRASIL, 2007b).

⁴⁵ Segundo Scott (2005, p. 16), “A relação entre qualidades, posições sociais e direitos tem variado de uma época para outra. Desde as revoluções democráticas do século XVIII, a igualdade no Ocidente tem geralmente se referido a direitos – direitos que eram considerados possessão universal dos indivíduos não obstante suas diferentes características sociais”.

⁴⁶ A teoria da justiça como equidade foi apresentada por John Rawls em 1971, com a publicação da obra *A Theory of Justice*, que estabeleceu um novo marco em filosofia política na segunda metade do século XX, no mundo ocidental. (WIKIPÉDIA, 2015, p. 1).

considerados livres e iguais. Seria uma espécie de novo “Contrato Social”⁴⁷, no qual o véu funcionaria como recurso para fundamentar um processo de eleição de princípios de justiça, que são assim descritos por ele: 1) Princípio da Liberdade, segundo o qual cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais, que sejam compatíveis com um sistema de liberdade para as outras; e 2) Princípio da Igualdade: em que as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam, ao mesmo tempo, a) consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável (princípio da diferença); e b) vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos (princípio da igualdade de oportunidades). Essa é uma proposição que estabelece os mínimos sociais e um patamar igualitário, para, a partir daí, ocorrer uma distribuição por mérito ou atribuições de qualquer outra natureza. John Rawls é um dos autores contemporâneos de maior expressão quando se trata de pensar a relação entre justiça, liberdade, igualdade e equidade, porém uma proposição nesse formato requer, primeiramente, uma sociedade idealizada, que não condiz com a realidade das nossas relações sociais.

A partir da proposição de Rawls, reflito se a PNSIPN não poderia ser pensada pelo viés da igualdade a partir do princípio da diferença, em que as desigualdades sociais seriam minimamente equilibradas a partir da implementação de uma política pública de inclusão social (no campo da saúde), com o objetivo de promover justiça – justiça como equidade. O problema instala-se quando se fazem necessários o consentimento e o entendimento de toda a sociedade dessa concepção de justiça como equidade. Mário Luiz Neves de Azevedo, em seu exercício de compreensão do que seriam igualdade e equidade, diz:

Acoplem-se os prefixos de negação (“des” e “in”) a essas duas palavras e, com isso, é possível imaginar os cenários de uma sociedade sem tais pilares fundamentais para a construção da justiça social. Equidade e igualdade são substantivos que compõem, necessariamente, projetos de sociedade de matizes humanistas; ao mesmo tempo, os fatores geradores de seus contrários (a iniquidade e a desigualdade substantivas) são tratados, nesses projetos, com os devidos procedimentos e políticas de correção (distribuição), contenção e supressão para que a justiça social possa ser promovida. (AZEVEDO, 2013, p. 132).

Caberia aqui uma discussão, se há e como se estabelecer “uma compreensão da relação entre a ética e a política de tal forma que os valores chaves [de uma determinada sociedade] sejam expressos e mantidos” (PETER *et al.*, 2007, p. 17 – minha tradução).

⁴⁷ Segundo Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), pensador do século XVIII, seria possível preservar a liberdade natural do homem e ao mesmo tempo garantir a segurança e o bem-estar da vida em sociedade através de um contrato social, por meio do qual prevaleceria a soberania da sociedade, a soberania política da vontade coletiva.

Alguns autores⁴⁸ apontam um modelo de Estado pós-social, onde o eixo político seriam os movimentos sociais. É um modelo que não tende nem ao mercado e nem ao estado, mas se caracteriza como um campo que se abre com respeito à subjetividade, à autonomia, de combate à burocracia e às formas de exclusão social.

A complexidade com a qual se apresenta a explicação sobre igualdade e equidade me faz pensar que, de acordo com o modelo de sociedade onde uma política social for implementada, esses conceitos poderão adquirir sentidos variados, que ora se aproximam, ora se afastam, neste caso, daqueles para quem a política se dirige.

O excerto abaixo, retirado dos Princípios Gerais da política, mostra o sentido primeiro da concepção de equidade constante na PNSIPN:

Igualmente importante é o princípio da igualdade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a Seppir. [...] deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. (BRASIL, 2010a, p. 31).

A PNSIPN une-se com outra política, a de Promoção de Igualdade Racial, para juntas potencializarem forças, imbuídas na afirmação da importância dessa ação afirmativa. As desigualdades também contam, neste caso, para agregar força e fazer frente aos que são contrários à política. A equidade, posta como contrária à iniquidade racial, bem como o princípio da igualdade, que figura com vistas à promoção da igualdade racial, sugere que a equidade terá sido praticada após o reconhecimento do preconceito racial. Ou seja, entendo que a questão maior da política é o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços de saúde (racismo institucional), pois, ao se sentir excluído, o público pretendido pode deixar de procurar atendimento, caracterizando um problema de acesso ao SUS. Aqui, a dificuldade no acesso também pode estar ligada a um sentimento de invisibilidade por parte dos/as usuários/as no interior dos serviços de saúde.

Acesso é um conceito complexo, que pode aqui ser pensado como o ato de ingressar, de entrar nos serviços de saúde e, com isso, ter acessibilidade a serviços de qualidade. Mas não é só isso. Os autores que trabalham com esse conceito variam em relação ao seu enfoque, pois, enquanto uns se atêm às características dos indivíduos que procuram pelos serviços de saúde, outros centram nas características da oferta dos serviços de saúde, ou ainda na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Os dois termos imbricados indicam o grau de

⁴⁸ Maria Vitória Benevides (1991), Norberto Bobbio (1992) e Evelina Dagnino (1994).

facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Nesse sentido, sirvo-me da forma com que Julio Frenk (1985 apud Cláudia TRAVASSOS; Mônica MARTINS, 2004) desenvolve o conceito de acessibilidade, pela ideia de complementaridade entre características da oferta e da população. Para ele, acessibilidade é “a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”) (FRENK, 1985 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. S193).

A PNSIPN emerge com a intenção de ampliar o “poder de utilização” dos seus sujeitos e de extinguir “resistências” no atendimento. Travassos e Martins (2004, S192) destacam ainda que, para fins de formulação de políticas, “elementos próprios do sistema de saúde (oferta) são passíveis de mudança mediante intervenção governamental ou institucional”.

A política informa, no seu texto, que o racismo institucional

[...] sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições. (BRASIL, 2013b, p. 16).

Assim, a política assume que um conjunto de situações como o racismo, a discriminação e o preconceito racial afastam pessoas ou grupos dos serviços de saúde. A saúde, nessa política, passa então pela compreensão de que o racismo existente na nossa cultura não pode mais ser negado. A saúde não é compreendida por todas as pessoas de uma mesma forma. Essa compreensão se dá de acordo com a cultura, as crenças e o modo com que cada um vive a vida.

Com isso, concluo que a concepção de saúde da PNSIPN é uma vida sem racismo. Ela não está escrita nos textos da política em forma de conceito, mas se materializa em cada momento que o racismo é referenciado. A saúde, nesse contexto, está significada como uma estratégia de mudança no interior das suas instituições, nas práticas de saúde, com ganhos tanto para os/as usuários/as quanto para os/as atendentes envolvidos/as nessa relação, para que todos e todas tenham uma vida saudável.

A escrita deste capítulo permitiu-me compreender o quão problemático e conflituoso pode ser este campo de disputa, tendo ele implicações com raça/cor. O uso do termo raça/cor pode justificar ou não, facilitar ou não, por exemplo, a formulação de uma política. No próximo capítulo, farei uma análise da PNSIPN enquanto uma ação pedagógica, para a constituição de sujeitos saudáveis.

7 AS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS DA PNSIPN

É em função do viés cultural e pedagógico que se expressa no texto normativo da PNSIPN que assumi esta política como exercendo uma função educativa mais ampla, uma vez que, para além da educação formal, ela informa, produz conhecimentos e os coloca em circulação. Ela tem uma intencionalidade explícita de combater o racismo e o racismo institucional, que está entranhado em alguns conhecimentos e nas práticas até então realizadas no interior dos sistemas de saúde. Suas ações, entre outras, têm a intenção de mudar o funcionamento do SUS, que é um sistema racializado. Para Silva (1999, p. 139), “tal como a educação [formal], as outras instâncias culturais também são pedagógicas, também têm uma ‘pedagogia’, também ensinam alguma coisa”, e a PNSIPN constitui-se em uma dessas instâncias de aprendizagem, carregando conhecimentos científicos, que adquirem caráter de verdade, no interior do seu texto.

Argumento, então, que as estratégias educativas da PNSIPN estão organizadas de modo a educar não somente a população negra, para que viva mais e melhor, mas também (ou principalmente) educar os profissionais da área da saúde a conhecer e reconhecer a população negra, como uma população composta por sujeitos de direito, e a atendê-los de forma mais justa e igualitária, estabelecendo assim, uma relação entre saúde e educação. A política vai então, através de suas práticas pedagógicas, exercitar os/as trabalhadores/as da área da saúde para a prática da cidadania e estes/as, por conseguinte, conduzirão os indivíduos que compõem a população negra a se tornarem sujeitos de determinados discursos, assumindo o cuidado de si e de sua saúde.

Os discursos que povoam essas estratégias educativas constituem-se de saberes da medicina, legitimados por atores da área médica, dos movimentos negros, dos movimentos feministas, de pesquisadores e pesquisadoras que contribuíram para a construção da PNSIPN, com a intenção de possibilitar uma vida saudável aos sujeitos da política, sem racismo. O Estado, através da política, assume formalmente a presença do racismo e do racismo institucional na nossa sociedade, conforme excerto abaixo:

Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade. (BRASIL, 2013b, p. 17).
--

De acordo com Meyer (2012b), a multiplicidade de sentidos do conceito de cidadania fomentou o debate teórico-científico e ampliou a concepção do que é considerado saúde. Na

ocasião da divulgação da campanha do Ministério da Saúde de combate ao racismo, calorosos debates ocorreram sobre a importância/necessidade da implementação de uma política nos termos da PNSIPN, que levasse em consideração a raça/cor. Um dos compromissos é exatamente o de convidar para o palco das decisões as vozes interessadas na implantação⁴⁹ da PNSIPN. Nessa direção, Fátima Oliveira (2006), uma das defensoras da política, afirma que, hoje, entender um pouco de genética é condição indispensável para o exercício da cidadania no século 21, inclusive porque dá serenidade para enfrentar as distorções políticas que florescem na área, sobre a necessidade ou não da política. Essa é uma luta que excede os saberes da medicina; é uma luta política.

Sirvo-me da colocação da pesquisadora para dizer que a política também se volta para as questões de cidadania quando ela se propõe a dar suporte à educação popular, conforme excerto abaixo, das Responsabilidades das Esferas de Gestão:

- Apoio aos processos de **educação popular em saúde**, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; (BRASIL, 2013b, p. 31 – grifo da autora).

A educação popular em saúde, incentivada pela política, tem como base a perspectiva freireana, que objetiva formar lideranças identificadas com os interesses das classes populares. Como grande parcela da população negra se situa nas classes populares, essa parceria é pertinente, já que apropriar esta população nas instâncias deliberativas, é algo posto como necessário, que “emancipa”, e se traduz em mais um ato de cidadania. A teoria emancipadora de Freire ainda faz muito sentido, principalmente quando se refere não simplesmente como um método, “mas como um conjunto de objetivos educacionais e estratégias, que podem amplamente variar, dependendo do público envolvido”, afirmam Fernando Seffner, Ligia Rivero e Vera Paiva (2012, p. 24).

A modalidade educativa que aparece com mais força nos textos da PNSIPN é a educação permanente, conforme excertos abaixo, com grifos meus:

- Incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e **educação permanente** dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; (BRASIL, 2008, p. 2).
 - Ações de formação e **educação permanente** destinadas a gestores, trabalhadores de saúde e lideranças de movimento negro; (BRASIL, 2008, p. 3).

⁴⁹ Segundo intelectuais negros/as, a exemplo de Jurema Werneck (2010), a política ainda está em processo de implantação.

- Estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, **educação permanente** e pesquisa; (BRASIL, 2013b, p. 30).
- Fomentar a apropriação da população negra nas instâncias indicativas e deliberativas de controle social, nos estados e municípios e nos processos de **educação permanente** para o controle social, inclusive nos Conselhos e conferências de Saúde, conforme resolução 435/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013b, p.7).
- Incluir a temática étnico-racial nas capacitações, assim como na política nacional, estadual e municipal de **educação permanente** de trabalhadoras/es do SUS, especialmente para o combate ao racismo institucional, interpessoal e racismo internalizado, fortalecendo processos de humanização no SUS e emancipação de negras e de negros; (BRASIL, 2013b, p. 9).
- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e **educação permanente** de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2013b, p. 30).

A educação permanente em saúde é uma proposta que significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos. É um “conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde”, e se desacomodar ao sentir que algo está em desacordo com as necessidades vividas coletivamente ou institucionalmente, de acordo com Ricardo Burg Ceccim e Alcindo Antônio Ferla (2006, p. 107). A educação permanente pode ser vista aqui como um processo político-pedagógico, que terá a PNSIPN como um território de ensino e de aprendizagens, no sentido que serão fornecidas ferramentas/condições/pistas para a visualização do fenômeno do racismo, que está entranhado nos conhecimentos e nas práticas no interior dos sistemas de saúde e, a partir dessa visão, contribuir para a mudança de profissionais negras/os e brancas/os, na forma de atendimento dispensada à população negra, no SUS. Seria novamente um olhar com minúcia, uma visualização com a intenção de, como nos dizem Dagmar E. Estermann Meyer, Jeane Félix e Michele Meyer Vasconcelos (2013, p. 859), “apreender e significar o que se vê, com os múltiplos sentidos que os diferentes grupos culturais produzem para codificar, nomear e descrever, ativamente, o mundo – pessoas, objetos, contextos e relações – em que vivem”.

Parto da noção de que “educação envolve o conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados e/ou se transformam em sujeitos de uma cultura”, podendo ocorrer em diferentes espaços da vida contemporânea, segundo Dagmar E. Estermann Meyer, Maria Cláudia Dal’igna, Maria Simone Vione Schwengber (2015, p. 186). Com isso, os/as profissionais da saúde são convidados/as e instigados/as a desconstruir e desnaturalizar as representações de sujeito negro, coladas no seu interior, que se corporificam e circulam no

social, discursivamente, e que fazem estes sujeitos serem reconhecidos de determinadas formas, e não de outras. De qualquer modo, os/as profissionais da saúde sempre estarão limitados a significar o/a negro/a a partir da leitura de outras representações disponíveis, um novo enquadramento.

As estratégias pedagógicas presentes na PNSIPN são práticas de cuidado tecidas no seu interior, visando a incluir, ofertar, apresentar, informar, expor, explicar sobre saúde, ensinando os sujeitos envolvidos a viverem mais e melhor a partir de determinado entendimento do que seja saúde e cuidado. Por isso, tanto os sujeitos atendidos quanto os que atendem, precisam conhecer o que é tomado por saúde e quais os comportamentos e práticas adequadas para se tornar e manter saudável na perspectiva da política, que nem sempre é coincidente com os que pensam os usuários dela. Tais estratégias são colocadas em ação por aqueles/as que possuem autoridade de dizer o que é e o que não é saudável, quem tem saúde e quem está doente. Essa autoridade se ancora no conhecimento científico, que é legitimado e tomado como verdade por aqueles/as que são convocados/as a se educar e a ter uma vida disciplinada, cuidando das questões de saúde. Conforme a pesquisadora Paraíso (2011, p. 147), “Trata-se, em certa medida, de um processo que busca governar condutas, produzir determinadas práticas, incluir e excluir, hierarquizar, normalizar e dividir os sujeitos: quem sabe e quem não sabe, quem tem boa saúde e quem está doente, quem segue e quem não segue as regras”.

Nessa direção, pode se dizer que as formas de funcionamento de uma política pública de inclusão social na área da saúde passam pelo exame das relações de poder, que são colocadas em ação nas proposições programáticas dos governos que as concebem, as implementam e, através de diversas instituições, “propõem modos de administrar e conduzir a vida de sua população”, de acordo com Dagmar E. Estermann Meyer (2008, p. 6).

De acordo com Paraíso (2011), educar divide-se em dois polos: aquele que sabe ensina, e o outro, aquele que não sabe, aprende. No entanto a autora faz uma frutífera diferenciação entre os processos de ensinar e de aprender. Para ela, o aprender se deriva de muitos processos, que implica abrir-se à experiência ou a uma coisa qualquer que desperte o desejo, sendo necessário “primeiro aprender a desaprender sentidos constituídos, significados produzidos [e incorporados] e pensamentos construídos, para abrir em si próprio a diferença” (PARAÍSO, 2011, p. 147). Deste modo, também torna-se necessário aprender a ensinar melhor, por isso, aqueles/as que fazem o atendimento da população que a política coloca em questão, devem ser conduzidos a novos modos de lidar e ensinar, para assim melhor capturar o sujeito atendido.

Os investimentos em termos de prevenção e cuidado para a população negra devem ser diferenciados, inclusive no modo como esses/as agentes de saúde lidam com cada um/a deles/as, nas abordagens realizadas, sobretudo se a política aponta alguns agravos específicos deste grupo. No contexto desta relação (profissionais de saúde e população negra), algumas questões devem ser colocadas em questão durante o atendimento, por parte dos/as profissionais, como os diversos contextos nos quais estes sujeitos estão inseridos, como as condições socioeconômicas e culturais, as desigualdades de acesso a bens e serviços sociais, conforme Estermann e Félix (2012).

Na quinta diretriz da política, consta:

V - Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo. (BRASIL, 2010a, p. 19).

O excerto acima faz-me pensar na provisoriedade e na instabilidade daquilo que se tem como *realidade*, visto que monitorar/avaliar a redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde se traduz em um exercício de problematização, “na medida em que demanda o exame sistemático daquilo que pensamos, fazemos e somos como sujeitos sociais” (MEYER; FÉLIX, 2012, p. 125). Essa provisoriedade do *real* está atrelada à construção discursiva e instável do sujeito negro, fruto das suas próprias representações, que circulam no social, e a PNSIPN (re)produz.

A proposta da educação permanente, nos termos aqui citados, não é algo fácil de ser realizado, uma vez que ela incide na modificação da cultura das instituições de saúde. Porém é uma proposta urgente e necessária.

Na introdução da política, consta:

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças [...] (BRASIL, 2013b, p. 7).

No excerto acima, a Política menciona as ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças. Esse conjunto de ações compõe a educação em saúde, que também consiste em uma modalidade educativa. Essa modalidade me remete a práticas de autocuidado. Dina Czeresnia (2003, p. 45) afirma que “a promoção da saúde tem o propósito

de aumentar a qualidade de vida dos sujeitos a que se dirige, promovendo o autocuidado e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis”. Dora Lúcia Correa Leidens de Oliveira (2005) entende, porém, que muitas ações de educação em saúde ainda seguem o modelo de prevenção de doenças, enfatizando a responsabilização do indivíduo por suas escolhas. Esse é um discurso que se pauta no modelo individualista, que reitera o modelo biomédico, culpabilizando o sujeito pelos riscos aos quais expõe ou possa vir a expor seu corpo e sua saúde.

Uma vida disciplinada passa por educar os corpos para os quais a política se dirige e formatá-los, de modo que se tornem corpos saudáveis. Um exemplo disso é uma das ações propostas no II Plano Operativo da PNSIPN:

Implantar anualmente as academias de saúde, apoiando, financiando e potencializando práticas culturais afro-brasileiras como capoeira, samba, maracatu, jongo, tambor de crioula, hip hop entre outras manifestações ancestrais e contemporâneas de artes negras nos 132 municípios da seleção territorial do Plano de Enfrentamento à Mortalidade da Juventude Negra - Juventude Viva.⁵⁰ (BRASIL, 2013b, p. 3).

Essas práticas funcionarão como prescrições a serem seguidas, “como pedagogias, como elementos formadores de condutas: gestos são inscritos nos corpos, processos de ensino-aprendizagem ali se tecem, organizando corpos, constituindo sujeitos” (VASCONCELOS; SEFFNER, 2015, p. 271). O encaminhamento da juventude negra para ações de prevenção, por meio de práticas culturais afro-brasileiras, é, em outras palavras, a execução de “práticas educativas, participativas, inclusivas e, com elas, pedagogias corporais” (VASCONCELOS; SEFFNER, 2015, p. 271), com vistas à redução das vulnerabilidades deste grupo.

A prevenção aqui é pensada no sentido de que corpos serão retirados de um espaço *perigoso* para um lugar que oferece práticas saudáveis e, ao mesmo tempo, um corpo que pode ser, em alguma medida, controlado, por meio de “mais uma, numa série quase interminável de iniciativas que, declaradamente, buscam diminuir a violência e a criminalidade”, entre os jovens moradores de periferias”, de acordo com José Geraldo Soares Damico (2011, p. 29). Ocorre-me pensar na vulnerabilidade social e programática, que diz respeito também ao modo como as políticas públicas se organizam, na tentativa de apreender quais atividades seriam mais atraentes para determinados grupos ou comunidades. Talvez em

⁵⁰ O Plano Juventude Viva reúne ações de prevenção para reduzir a vulnerabilidade de jovens negros/as a situações de violência física e simbólica, a partir da criação de oportunidades de inclusão social e autonomia para jovens entre 15 e 29 anos. (PORTAL DA JUVENTUDE, 2014).

conformidade com os movimentos negros, atividades culturais tidas como ideais ou *na medida* para os/as jovens negros/as são sempre aquelas que giram em torno da africanidade, como se toda juventude da população negra se interessasse por tais eventos. Desse modo, a tentativa de investir em atividades culturais desenvolvidas na periferia pode aumentar ou reproduzir as vulnerabilidades dos indivíduos em questão, uma vez que elas restringem o leque de possibilidades em torno de determinadas opções, que serão ofertadas aos/às jovens como únicas. Nesse sentido, penso que tais atividades possam ser questionadas, uma vez que elas não levam em consideração outros pertencimentos, outros desejos, criando certa polaridade entre coisas de negros e coisas de brancos. Essas dicotomias acabam por favorecer as relações assimétricas de poder, afirmando assim o lugar que cada um deve ocupar dentro da sociedade, espaços que continuarão sendo marcados como espaços para negros/as, esquecendo que os sujeitos nunca são uma única coisa. Um apanhado de indicativos não será suficiente para dizer sobre o sujeito, que tem gostos diversos, desejos variados e buscam diferentes inserções. Nessa mesma direção e partindo do mesmo princípio que Fernando Seffner (2012, p. 51) quando ele diz que “as doenças são episódios políticos e culturais” e que o “seu enfrentamento é feito no interior de tradições políticas e culturais próprias de cada local”, quero aqui fazer referência às religiões de matrizes africanas, mencionadas na política:

XII – Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas; (BRASIL, 2013b, p. 29).

Estabelecer um espaço para as religiões de matrizes africanas dentro do texto da política significa levar em consideração os aspectos culturais de parte da população negra, que por vezes procura, através de sua crença, minimizar seus problemas de saúde. Se o Estado passa a compreender os impactos que o racismo causa na vida das pessoas, fica mais fácil entender em que medida a intolerância religiosa afeta os sujeitos, negros e brancos, que têm as religiões de matrizes africanas como um modo de compreensão do mundo, como algo fundamental no seu dia a dia. Os terreiros também são vistos como espaços de promoção da saúde. Os saberes e as práticas ali compartilhados também são legítimos, uma vez que partem de autoridade religiosa, que interpela seus adeptos, podendo dizer a eles sobre os seus estados de saúde e doença. Ao mesmo tempo, quero contrapor o que a política nos apresenta como sendo a única religião praticada pela população negra. Os sujeitos do grupo em questão

frequentam as mais variadas religiões, que escapam do texto da política, mas que também ensinam seus praticantes.

A lembrança desse aspecto cultural por parte do Estado se traduz em uma forma possível e válida de fazer política, contemplando as vozes religiosas que foram ouvidas na construção da PNSIPN. Além deste reconhecimento, também é vista aí uma possibilidade de desoneração do gasto público com saúde, quando parte dos cidadãos é capturada e endereçada para a religião, na busca da cura de suas doenças, através de práticas populares. Em afirmação a isso, Baba Diba de Iyemonja e José Marmo da Silva recordam a

[...] fala do Babalorixá e Babalossaim Dr. José Flávio Pessoa de Barros quando se referia oralmente a uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo que afirma que 12 milhões de pessoas adeptas à Religião de Matriz Africana deixam de utilizar o SUS para utilizarem os recursos e atendimentos dos terreiros e que, se este quadro se revertesse, implodiria o SUS. (IYEMONJA; SILVA, 2012, p. 112).

Os técnicos da saúde serão educados a reconhecer estes saberes dos terreiros religiosos, uma vez que ali também é operada uma pedagogia cultural.

V – Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (BRASIL, 2013b, p. 19).

Tais ensinamentos podem ser multiplicados e conviver sem confronto com as ações de cuidado do SUS, traduzindo-se em uma parceria com o Estado.

Segundo Seffner (2012, p. 55), o campo educacional é “onde abundam as proposições de como a realidade ‘deveria’ ser”. A realidade da nossa sociedade, que é uma sociedade miscigenada, seria aquela sem a presença do racismo. Nesse sentido, parece-me que a quantidade de ações educativas que figuram nos textos da PNSIPN acena para uma (re)significação, para um redimensionamento do sujeito da raça/cor negra, historicamente subordinado, para uma representação do sujeito cidadão, com direitos a serem respeitados, principalmente no que se refere ao direito à saúde. De qualquer modo, a partir do momento em que a vulnerabilidade social da população negra é circunscrita e localizada na PNSIPN, ela, ao mesmo tempo, enfatiza nos seus documentos um rastro de uma história de injustiças e de desigualdades, conforme excerto abaixo:

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país. Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. (BRASIL, 2013b, p. 5).

A PNSIPN pauta uma das ações importantes que os atores envolvidos na sua implementação reivindicaram, referente à coleta de dados da população negra, conforme excerto a seguir:

V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS; (BRASIL, 2013b, p. 19).

VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia; (BRASIL, 2013b, p. 20).

Os sistemas de informação (DIAS; GIOVANETTI; SANTOS, 2009) na área da saúde são importantes e necessários para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, identificar as doenças e os agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade, e também para contribuir com a elaboração de políticas públicas. Os sistemas são vários, como, por exemplo:

- Sistema de Informações de Mortalidade (SIM);
- Sistema de Nascidos Vivos (SINASC);
- Sistema de Informações Hospitalares (SIH);
- Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA);
- Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN);
- Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA);
- Formulário de Cadastro do Cartão SUS.

Todos os levantamentos oficiais, como os realizados pelo IBGE, já coletam a informação cor ou raça/etnia, porém ainda há equívocos na coleta desta informação. Por esse motivo, consta nos objetivos específicos da política o aprimoramento da qualidade dessa informação, bem como a padronização da classificação e do método de identificação. Assim, as categorias de raça/cor devem ser as mesmas utilizadas pelo IBGE, em todos os formulários,

a saber: cor branca; cor preta; cor parda; cor amarela e cor indígena. O método de identificação utilizado pelo IBGE é o da autoclassificação ou autodeclaração, ou seja, o usuário é quem indica a sua raça/cor. Em situações especiais, como declaração de óbito, o método utilizado é a heteroclassificação (outra pessoa, de preferência um membro da família).

Alguns problemas se colocam no sistema de autodeclaração. Um deles está em o/a usuário/a do serviço de saúde querer (ou não) declarar sua raça/cor e em o/a trabalhador/a da área da saúde sentir-se confortável para interrogá-lo/a sobre isso. Existe a possibilidade de o/a usuário/a se sentir ofendido/a, irritado/a ou constrangido/a diante da pergunta, assim como o/a técnico/a da área da saúde, que pode, igualmente, se sentir desconfortável ao fazer esta indagação. A coordenadora da área técnica de saúde da população negra da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a enfermeira Elaine Oliveira Soares (2012, p. 34), que trabalha na capacitação de funcionários/as, escreve:

Nos treinamentos da Vigilância o preenchimento do quesito raça/cor tem sido trabalhado de forma permanente. Sabemos que isso não é suficiente para que tenhamos uma adesão tanto dos trabalhadores da saúde como dos usuários. Para tanto estamos trabalhando em uma campanha que fortaleça a ambos. A proposta é uma campanha que fortaleça a imagem positiva da pessoa negra (preta e parda), para que o usuário perceba que sua autodeclaração não é para discriminá-lo, e sim para melhor planejar a saúde, segundo suas especificidades, e também para o trabalhador se sentir bem [...].

Outro problema que se apresenta no momento da autodeclaração da raça/cor está em o/a usuário/a se identificar como alguém da raça/cor negra, gerando uma situação complicada, já que o formulário, de acordo com a metodologia do IBGE, não dispõe desta opção, somente as cores preta ou parda. Nessa direção, Céli Regina Jardim Pinto (2008, p. 57), referindo-se às políticas de ação afirmativa, diz que “não depende de que todos os negros se constituam como sujeitos em luta; entretanto, quando esta ação não é automática, ou seja, quando há necessidade de uma autodeclaração para que o indivíduo seja incorporado, a presença do autorreconhecimento é fundamental”. Esse movimento também pode ser considerado como uma estratégia do sujeito negro, de resistência ao racismo, afirmando sua raça/cor negra.

Outro problema que pode ocorrer é o/a usuário/a não saber qual a sua cor e pedir ao/à atendente que este/a responda. Mas o que está sendo tomado como parâmetro para o estabelecimento das diferenças? Que consequências acarreta para quem está sendo atendido, “uma vez que a maneira como somos vistos determina, em parte, o modo como somos tratados”? (SANTOS, 1997, p. 92).

Sobre uma capacitação junto a trabalhadores/as da saúde, Elaine Soares e Carmen Lucia Padilha (2012, p. 35) comentam:

Antes do cadastramento dos usuários, os trabalhadores realizam uma capacitação, que tem colaborado na superação das dificuldades apresentadas junto ao cadastro da população. Algumas reações importantes a salientar, que foram apresentadas durante o exercício do grupo no preenchimento do quesito raça/cor e algumas dúvidas importantes apareceram na fala dos trabalhadores, como: - *É colocado o que se vê*; - *Acho que não é necessário perguntar para não ofender*; - *Às vezes pergunto*. (grifo da autora).

Apesar de termos cinco cores oficiais no Brasil, isso não dá garantias de que a pessoa, ao ser questionada sobre sua raça/cor, se identificará com alguma daquelas que se apresentam no formulário de coleta de dados, sobretudo quando a raça/cor é um modo flexível de categorizar socialmente. O sentido de enegrecer ou embranquecer são estratégias sociais em contextos específicos, visando ao acesso a determinadas vantagens sociais, políticas ou econômicas. Lilia Moritz Schwarcz (2010), em uma entrevista, relatou que pesquisas demonstraram que temos mais de 130 cores no país, que “os brasileiros gostam de descrever seu espectro de cores como um arco-íris”. As reações dos/as trabalhadores/as da área da saúde e dos/as seus usuários é uma demonstração da complexidade que gira em torno da raça/cor no Brasil. Inclusive o momento em que a pessoa é perguntada sobre a raça/cor, em que ocasião, para que fim, e quem está fazendo a pergunta, tudo isso influenciará na resposta.

Por último, problematizo o critério da raça/cor no campo onde ocorrem os maiores embates sobre o tema: o campo da medicina. Pesquisadores geneticistas como Sérgio Danilo Pena afirmam que, por meio de pesquisas moleculares, está comprovada a não correspondência entre características fenotípicas com características genômicas, não existindo, assim, relação entre raça/cor e doenças. Por outro lado, representantes dos movimentos negros, como a médica Fátima Oliveira, dizem que, geneticamente, concordam com a inexistência de raças humanas, mas que essa constatação não invalida a condição biológica dos seres humanos e tampouco a existência do racismo.

Concluo este capítulo entendendo que os formuladores da PNSIPN colocam em ação, práticas educativas para que os sujeitos negros/as tenham uma vida mais saudável, bem como os/as profissionais da saúde, às/aos quais é também colocada a possibilidade de avaliarem suas práticas profissionais instituídas de modo profundo e, assim, se (re) inventarem enquanto sujeitos profissionais e “de forma articulada à isto, [...] (re) inventarem algumas das [suas] práticas [profissionais]”, que se traduzirão em um melhor atendimento à população negra

(MEYER; FÉLIX, 2012, p. 128). Contudo, não há garantias de que as/os profissionais não escapem a essas práticas!

Assim, encaminho-me para as considerações finais desta dissertação, retomando alguns pontos que foram centrais nas minhas análises, dentre as inúmeras possibilidades do que a pesquisa não se ocupou de problematizar, passíveis de estudos futuros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessas alturas, penso que qualquer pessoa que se envolva seriamente nos estudos culturais como prática intelectual deve sentir, na pele, sua transitoriedade, sua insubstancialidade, o pouco que consegue registrar, o pouco que alcançamos mudar ou incentivar à ação. Se você não sente isso no trabalho que produz é porque a teoria o deixou em paz. (HALL, 2008, p. 200).

Passados 30 meses de estudos e reflexões, chego ao momento de concluir esta dissertação. O desafio da escrita mostrou-me o quão árduo e também prazeroso pode ser um exercício de reflexão, de aprendizagem. As inquietações sentidas em vários momentos da pesquisa se justificavam porque muito daquilo que eu escrevia também era por mim sentido. Para finalizar, retorno ao começo do mestrado e lembro que, na ocasião, várias notícias sobre episódios de racismo ocupavam espaço nos veículos de comunicação. Este final de curso não é diferente. Continuo assistindo, diariamente, o quanto o racismo pode ser perverso e influenciar severamente a vida das pessoas. Me faz sentir na pele, como nos diz Stuart Hall (2008) no excerto acima, o quanto ainda será preciso mudarmos, para atingirmos uma sociedade que se quer mais justa e igualitária.

O tema desta dissertação tem implicações diretas com as posições de sujeito que ocupo na sociedade. Ao apresentar minha trajetória acadêmica e profissional, demonstrei por que analisar os documentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) se tornou algo instigante para o desenvolvimento desta pesquisa. Busquei analisar as representações de sujeito produzidas no âmbito da PNSIPN. Para tal, realizei uma pesquisa documental, em combinação com a análise cultural, a partir do referencial teórico dos Estudos Culturais e de Gênero, articulados a uma perspectiva pós-estruturalista.

As análises partiram do argumento que a raça/cor é uma construção social e cultural, e que por isso implica variações no seu significado, na sua compreensão, de acordo com o contexto histórico e cultural em que estamos inseridos. A partir daí, apresentei a política, os atores envolvidos e as condições de emergência que contribuíram para que sua implementação fosse possível. Apresentei alguns conceitos de saúde para compreender a concepção de saúde adotada pela PNSIPN. Estratégias educativas foram apontadas no interior da política, para contribuir com a produção de sujeitos saudáveis.

A análise através dos marcadores de raça/cor e gênero me possibilitou a visualização, através da linguagem utilizada nos documentos da política, alguns significados que me foram possíveis pensar, analisando quem pôde dizer o quê sobre e para a população negra, através de saberes e práticas, construindo de modos específicos as representações de homens e mulheres

em questão. Concordo com a pesquisadora Sandra Azerêdo (1994, p. 204), quando ela faz a afirmação que se trata de “começarmos a compreender que raça, assim como gênero, se constitui em relações de poder e, portanto, determina tanto a vida das mulheres e homens brancos como a de homens e mulheres pretos”.

Procurei descrever algumas representações que fazem parte do processo de criação e manutenção de identidades racializadas.

Apontei como as teorizações identitárias defendidas pelos movimentos negros unem-se ao Estado para a implementação de políticas públicas de inclusão social, mas que, ao mesmo tempo, em alguma medida, posicionam o sujeito negro/a em uma posição vulnerável.

Procurei evidenciar que as estratégias educativas também se traduzem em um campo político-pedagógico, onde os saberes entram em negociação para a produção de determinados sujeitos, que são importantes para a reflexão sobre determinadas questões nas políticas públicas de saúde.

Compreendi que a população negra vem tentando conquistar o que lhe é de direito através de disputas, (re)significando sua identidade social, para com isso seguir brigando por um espaço digno na sociedade. Essa disputa tem um caráter dinâmico, ocorrendo com diferentes roupagens, através dos tempos. Os grupos sociais engajados nas questões de raça/cor se narram, dizem de si de diferentes formas, para a conquista dos seus objetivos. Novamente esse modo de dizer de si situa-se em meio a uma trama de poder, tanto no interior desses grupos em questão como na cultura.

É importante atentarmos para as formas como o sujeito negro é representado na política, uma vez que isso “pode auxiliar o discurso político na formulação de novas e mais eficientes propostas de intervenção”, para a inclusão social (ANDRADE, 2008, p. 78). Por isso almejo que o leque de representações do sujeito negro na sociedade brasileira se amplie, e que possa oferecer outras possibilidades desses sujeitos se constituírem, habilitando outras possibilidades de ser e estar nesse mundo.

Bernardino (2004, p. 37) nos diz que “A novidade reside em romper as barreiras que nos impedem de acessar posições sociais de prestígio e de importância econômica e, conseqüentemente, instaurar relações mais igualitárias do ponto de vista racial na sociedade brasileira”. No entanto considero que ainda estamos no início de uma árdua caminhada para melhorarmos a vida em sociedade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Movimentos sociais elogiam campanha do SUS contra o racismo.** 2014. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/254423-8>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

AKERMAN, Marco. Podemos falar de ambiente e saúde problematizando as conexões entre saúde e desenvolvimento? **Ra'e Ga - O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, n. 15, p. 43-53, 2008.

ALMEIDA, Maria Vilma Bonifácio de; SOUSA, Maria Fátima de. **Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011.** 2011. p.193-206. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1066>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

ANDRADE, Sandra dos Santos. **Juventudes e processos de escolarização: uma abordagem cultural.** 2008. 254 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

_____. **Uma boa forma de ser feliz: representações de corpo feminino na revista Boa Forma.** 2002. 139 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____; BARZOTTO, Carlos Eduardo. Transversalidade de gênero: um conceito para analisar Políticas Públicas. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ESTUDOS CULTURAIS E EDUCAÇÃO, 6., SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS CULTURAIS E EDUCAÇÃO, 3., 2015, Canoas. **Anais...** Canoas: Ulbra; UFRGS, 2015. p.11.

ARRAES, Jarid. **Feminismo negro: sobre minorias dentro da minoria.** 2014. Disponível em: <<http://revistaforum.com.br/digital/135/feminismo-negro-sobre-minorias-dentro-da-minoria>>. Acesso em: 27 out. 2015.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico - C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E.**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 2-4, dez. 1997.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AZERÊDO, Sandra. Teorizando sobre gênero e relações raciais. **Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 2, n.2, 1994/2, p, 203-216.

AZEVEDO, Mário Luiz Neves de. Igualdade e equidade: Qual é a medida da justiça social? **Avaliação: Revista da avaliação da educação superior**, v. 1, n. 1, p. 129-150, mar. 2013.

BARBOSA, Maria Inês da Silva; FERNANDES, Valcler Rangel. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 37-52.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2015. p. 51-86.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Conhecimento e reconhecimento** – pesquisa científica do Brasil. 2014. Disponível em: <<http://bdttd.ibict.br/>> Acesso: 30 set. 2014.

BENEVIDES, Maria Vitória. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. São Paulo: Ática, 1991.

BERNARDINO, Joaze. Levando a raça a sério: ação afirmativa e correto reconhecimento. In: _____; GALDINO, D. (Orgs.). **Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade**. Coleção Políticas da Cor. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. v.9 (Coleção Progestores). Brasília: CONASS, 2007b. 248 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial**. 2003. Disponível em: <[http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)>. Acesso em: 24. nov. 2015.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: 02 out 2015.

_____. _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra: Caderno de Textos Básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 194 p.

_____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a

_____. _____. _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: plano operativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: plano operativo II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. _____. _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: plano operativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. _____. _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. _____. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Site institucional**. 2014. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRASIL, Sandra Assis. **A política de saúde da população negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo**. 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

_____; TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da População Negra**. Coleção negras e negros: pesquisas em debate. Brasília: SEPPIR, 2012. p. 62-91.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. **Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde**. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.

_____. **Destaques**. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pub_destaque.php>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. **SUS**. 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>>. Acesso em: 4 out. 2014.

CAPES. Ministério da Educação. **Banco de teses**. 2008. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/component/content/article?id=2164>>. Acesso em: 30 set. 2014.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense**: um olhar antropológico. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

CAVALCANTI, Juliana Manzoni; MAIO, Marcos Chor. Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr./jun. 2011. p.377-406.

CECCIM, Ricardo Burg. O que é saúde? O que é doença? In: MEYER, Dagmar E. Estermann *et al.* **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens**. Porto Alegre: Mediação, 2012. p. 29-40.

_____. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 36-50.

_____; FERLA, Alcindo Antonio. Educação permanente em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, EPSJV, 2006. p. 107-119.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, jul. 2013.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. **Conheça a diferença entre racismo e injúria racial**. 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79571-conheca-a-diferenca-entre-racismo-e-injuria-racial>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

CONNELL, Raewyn. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. **Social Science & Medicine**, [s.l], v. 74, p. 1675-1683, Ontário, Canadá, jun. 2012.

CORAZZA, Sandra Mara. Manual infame... mas útil para escrever uma boa proposta de tese ou dissertação. In: BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria Neto (Orgs.). **A bússola do escrever**. 2.ed. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 355-382.

COSTA, Ana Alice; SARDENBERG, Cecília M. B. A transversalidade de gênero e raça no plano nacional de qualificação: análise crítica e diretrizes. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 23, p.101-138, jul./dez. 2008.

COSTA, Marisa Vorraber. Mídia, magistério e política cultural. In: _____ (Org.). **Estudos culturais em educação**: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

_____. Orelha de capa. In: _____; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Orgs.). **Caminhos investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

_____; ANDRADE, Paula Deporte. **Na produtiva confluência entre educação e comunicação, as pedagogias culturais contemporâneas**. In: **36ª RN ANPED**. 2013. Disponível em: <http://36reuniao.anped.org.br/pdfs_trabalhos_aprovados/gt16_trabalhos_pdfs/gt16_2912_texto.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

_____; SILVEIRA, Rosa Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos Culturais, Educação e Pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, n. 23, p. 36-61, maio/ago. 2003.

COSTA, Sérgio. A construção sociológica da raça no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 24, n. 1, p. 35-61, 2002.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

CRUZ, Isabel C. F. da. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde! **Revista da ABPN**, [s.l.], v. 5, n. 9, p. 163-171, nov. 2012/fev. 2013. Disponível em <http://abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/285>. Acesso em 12.07.2015.

CZERESNIA, Dina. Os conceitos de promoção e prevenção em saúde. In: _____; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

_____; FREITAS, Carlos Machado de. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____; _____. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-58.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAL'IGNA, Maria Cláudia. **Há diferença?** Relações entre desempenho escolar e gênero. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, [online], v.15, n.2, p. 389-394, 2011.

DAMICO, José Geraldo Soares. **Juventudes governadas: dispositivos de segurança e participação no Guajuviras (Canoas-RS) e em Grigny Centre (França)**. 2011. 290 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DIAS, Jussara; GIOVANETTI, Márcia R.; SANTOS, Naila J. Seabra (Orgs.). **Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no sistema único de saúde?** 2009. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual_quesito_cor.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.

DOVANSI, Maurício C. **Africanidade, constituição federal e a lei de diretrizes e bases da educação nacional**. 2015. Disponível em: <<http://mcdovanci.jusbrasil.com.br/artigos/127807353/africanidade-constituicao-federal-e-a-lei-de-diretrizes-e-bases-da-educacao-nacional>>. Acesso em: 22 nov.2015.

DRAIBE, Sônia Míriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. Campinas: Unicamp; **Núcleo de Estudos de Políticas Públicas**, 1993.

FARENZENA, Nalú. Responsabilidade pública para com as políticas públicas de educação: algumas reflexões. **Políticas Educativas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 96-112, 2011.

FAUSTINO, Deivison. A equidade racial nas políticas de saúde. 2012. p. 96-112. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

FÉLIX, Jeane. **As cegonhas também trazem bebês para as/os jovens?": reflexões sobre maternidade e paternidade juvenil na Rede Cegonha**. Projeto de pós-doutorado, PPGEduc/UFRGS, p. 1-14, 2015.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

_____. **O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FAO - Fundo das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. **Vocabulário referido a gênero**. 1996. Disponível em: <<http://www.fao.org>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

GDDC – Gabinete de Documentação e Direito Comparado. **Racismo, Discriminação racial, Xenofobia e Intolerância conexa**. 2001. Disponível em <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Racismo.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2014.

GLOBOPLAY. **Árbitro é chamado de macaco pela torcida**. 2014a. Disponível em: <<http://globo.com/rede-globo/bom-dia-brasil/v/arbitro-e-chamado-de-macaco-pela-torcida/3196149/>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. **Mulher é presa em flagrante acusada de racismo em Brasília**. 2014b. Disponível em: <<http://globo.com/rede-globo/bom-dia-brasil/v/mulher-e-presa-em-flagrante-acusada-de-racismo-em-brasilia/3152613/>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

GLOBO.TV. **Em derrota do Cruzeiro na Libertadores, Tinga é alvo de racismo**. 2014. Disponível em: <<http://globo.com/rede-globo/taca-libertadores-da-america/v/em>>

derrota-do-cruzeiro-na-libertadores-tinga-e-alvo-de-racismo/3145403/>. Acesso em: 12 abr. 2014.

GOMES, Nilma Lino. Educação cidadã, etnia e raça: o trato pedagógico da diversidade. In: CAVALLEIRO, Eliane (Org.). **Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola**. São Paulo: Summus, 2001. p. 83-96.

_____; MUNANGA, Kabengele. **Para entender o negro no Brasil de hoje**. São Paulo: Ação Educativa, 2004.

GUARESCHI, Neuza Maria. Desnaturalizando identidades e diferenças da adolescência. In: SPINK, Peter; SPINK, Mary Jane. **Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 126-142.

_____; REIS, Carolina D.; HUNING, Simone M.; BERTUZZI, Letícia D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 20-30, abr. 2007.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-107, 2003.

GUIMARÃES, Marco Antonio Chagas. **A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva**. 2001. 172 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - UCRJ, Rio de Janeiro, 2001.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano; MENEGHEL, Stela Nazareth. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 353-371, set. 2003.

HALL, Stuart. The centrality of culture: notes on the cultural revolutions of our time. In: THOMPSON, Kenneth (Ed.). **Media and cultural regulation**. London, Thousand Oaks, New Delhi: The Open University; SAGE Publications, 1997.

_____. **Da Diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

_____. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

HASENBALG, Carlos. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 16, p. 193-210, jan./abr. 2015.

IBAHIA. **Campanha contra racismo no SUS dá voz a quem sofre**. 2014. Disponível em: <<http://www.ibahia.com/detalhe/noticia/campanha-contra-racismo-no-sus-da-voz-a-quem>

sofre-preconceito-diz-ong/?cHash=f0cfbddf8ae363a93086234ecde341ba>. Acesso em: 12 nov. 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

IYEMONJA, Baba Diba de; SILVA, José Marmo da. Religião de matriz africana e o SUS – Avanços e Desafios. In: **Olhares sobre a equidade em saúde. Elementos acerca da implantação da política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2012, p. 111-113.

KAERCHER, Gládis. **O mundo na caixa: gênero e raça: no Programa Nacional Biblioteca da Escola: 1999**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

KERN, Gustavo da Silva. **Ações afirmativas e educação: um estudo genealógico sobre as relações raciais no Brasil**. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KLEIN, Carin. **Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma “Primeira Infância Melhor”**. 2010. 246 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LEITE, Márcia Pereira. **Preconceito racial e racismo institucional no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1202>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

LOPES, Maura Corcini; LOCKMANN, Kamila; HATTGE, Morgana Dômênica; KLAUS, Viviane. Inclusão e Biopolítica. **Cadernos IHU Ideias**. Ano 8, nº 144, 2010.

LOURO, Guacira Lopes. **Currículo, gênero e sexualidade**. Porto: Porto, 2000.

_____. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Pedagogias da sexualidade. In: _____. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 7-34.

MATOS, Maria da Conceição Senna de. **Musicoterapia comunitária em um bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra**. 2011. 240 f. Dissertação (Mestrado em Música) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

MAYORGA, Cláudia *et al.* As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 463-484, maio./ago. 2013.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG, Niterói, v. 6 n. 1, p. 81-104, 2006.

_____. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: _____; PARAÍSO, Marlucy Alves (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. v. 1. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012a. p. 47-62.

_____. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Villodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-27.

_____. **Identidades traduzidas**: cultura e docência teuto-brasileiro-evangélico no Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; São Leopoldo: Editora Sinodal, 2000.

_____. Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens, por quê? In: _____ *et al.* (Orgs.). **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens**. Porto Alegre: Mediação, 2012b. p. 5-12.

_____. **Teorias e políticas de gênero**: fragmentos históricos e desafios atuais. [s.l]: [s.n], 2004.

_____. **Vulnerabilidade, programas de inclusão social e práticas educativas**: uma abordagem na perspectiva dos estudos de gênero e culturais. Projeto de Pesquisa. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

_____; DAL'IGNA, Maria Cláudia; SCHWENGBER, Maria Simone Vione. Educação. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Orgs.). **Dicionário crítico de gênero**. Dourados: Editora da UFGD, 2015. p. 185-188.

_____; FÉLIX, Jeane. “Estamos preparados para lidar com a prevenção das DST/HIV/AIDS em nossas práticas educativas?” - relações e desafios entre formação de formadores/as e currículo. In: PAIVA, Vera; PUPO, Lígia Rivero; SEFFNER, Fernando (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde - pluralidade de vozes e inovação de práticas. v. 3. Curitiba: Juruá, 2012. p. 113-136.

_____; _____. VASCONCELOS, Michele. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, out./dez. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Resolução n. 2, de 2 de setembro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html>. Acesso em: 30 set. 2014.

MS, Anderson Allan. **Saúde população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. 2005. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABYskAA/saude-populacao-negra-no-brasil?part=2>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

NARVAI, Paulo Capel. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, Danielle do Vale. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-41, p. 9-41, jul/dez. 2000.

NOSDOCABELO. **Meu crespo, a minha identidade**. 2015. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/4AgOiEvmxd/?hl=pt-br>>. Acesso em: 06 de dez de 2015.

NOVAES, Regina. Os jovens de hoje: contextos, diferenças e trajetórias. In: ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de; EUGÊNIO, Fernanda (Orgs.). **Culturas jovens: novos mapas dos afetos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. p. 105-120.

OIE – Observatório Transnacional de Inclusão Social e Equidade no Ensino Superior. **O que é interseccionalidade?** 2014. Disponível em: <<http://www.oie-miseal.ifch.unicamp.br/pt-br/interseccionalidade>>. Acesso em: 22 out. 2014.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Correa Leidens de. A ‘Nova’ Saúde Pública e a Promoção da Saúde via Educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, Fátima. Visão panorâmica sobre saúde da mulher negra. In: Anais da Capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Rede Feminista da Saúde – Belo Horizonte: Mazza, 2003. p. 123-132.

_____. **Afinal, o que os letrados chamam de “racialização”?** 2006. Disponível em: <<http://observatoriodaimprensa.com.br/caderno-da-cidadania/afinal-o-que-os-letrados-chamam-de-racializacao/>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 468 p.

_____. **Sexo/gênero e raça/etnia em epidemiologia: uma articulação necessária na busca da equidade em saúde**. 1995. Mimeo.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2015.

PAIXÃO, Marcelo *et al.* (Orgs.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010: constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça**. 2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf>. Acesso em: 3 set. 2014.

PARAÍSO, Marlucy Alves. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. *et al.* (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto, 2011. p. 147-160.

PESTANA, Maurício. **Afrocentricidade em questão**. 2014. Disponível em: <<http://racabrasil.uol.com.br/cultura-gente/171/artigo271330-1.asp/>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

PETER, Elizabeth; SPALDING, Karen; KENNY, Nuala; CONRAD, Patricia; McKEEVER, Patricia; MacFARLANE, Amy. **Nem visto nem ouvido: crianças e política de atendimento domiciliarno**. Canadá: [s.n], 2007.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Com a palavra o senhor Presidente José Sarney, ou como entender os meandros da linguagem do poder**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

_____. Nota sobre a controvérsia Fraser–Honneth informada pelo cenário brasileiro. **Lua Nova**, São Paulo, v. 74, p. 35-58, 2008.

POCAHY, Fernando. Interseccionalidade: uma prática-teorização feminista possível na “era pós-gênero”? In: DORNELLES, Priscila Gomes; WENETZ, Ileana; SCHWENGBER, Maria Simone Vione (Orgs.). **Educação física e gênero: desafios educacionais**. Ijuí: Editora Unijuí, 2013.

PORTAL DA JUVENTUDE. **Juventude viva**. 2014. Disponível em: <<http://juventude.gov.br/juventudeviva>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

PORTAL SAÚDE. **Racismo institucional**. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803>. Acesso em: 4 jul. 2014.

PRÁ, Jussara Reis. Políticas para as mulheres: transversalizar é preciso. In: ALVES, Ivya et al. **Travessias de gênero na perspectiva feminista**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 13-36.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

REVISTA FÓRUM. **Diz que não existe racismo, mas...** 2014. Disponível em: <<http://revistaforum.com.br/digital/wp-content/uploads/2014/12/sus-sem-racismo.jpg>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

RIBEIRO, Matilde. **Políticas de promoção da igualdade racial no Brasil (1986-2010)**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

RINEHART, Denise. **Política nacional de saúde integral da população negra: discursos da Gestão Municipal do SUS**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado. **Pela Autodeclaração no SUS**. Porto Alegre: SES/RS, 2013.

RIPSA – Rede Internacional de Informações para a Saúde. **Projeto Vigisus** – estruturação do sistema nacional de vigilância em saúde. 1999. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/en/lis/resource/471#.VxQ4TfkrLIU>>. Acesso em: 4 set. 2015.

ROSSONI, Eloá. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos**. 2010. 223 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, Luiz Henrique Sacchi dos. “Um preto mais clarinho...” ou dos discursos que se dobram nos corpos produzindo o que somos. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 22, p. 81-115, jul./dez. 1997.

SANTOS, Shirley Nunes dos. **Vivências da gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme: um estudo clínico-qualitativo**. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2007.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: _____; FERRAREZI, Elisabete (Orgs.). **Políticas Públicas: coletânea**. v.1. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SARAMAGO. José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia da Letras, 1995.

SARDENBERG, Cecília M. B. Caleidoscópios de gênero: gênero e interseccionalidades na dinâmica das relações sociais. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 56-92, ju./dez. 2015.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Sobre a filosofia e seu método**. São Paulo: Hedra, 2010.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Conversando sobre o Brasil com Lilian Schwarcz**. 2010. Disponível em: <<http://www.blogdacompanhia.com.br/2010/09/conversando-sobre-o-brasil-com-lilia-schwarcz/>>. Acesso em: 10 dez 2015.

_____. No país das cores e nomes. In: QUEIROZ, Renato da Silva (Org). **O corpo do brasileiro: estudo de estética e beleza**. São Paulo: SENAC, 2000. p. 96-130.

SCOTT, Joan. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 13, p. 11-30, jan./abr. 2005.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana**. 2012. 160 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em Psicologia: Área de concentração: Psicologia Social). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo - USP, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SEFFNER, Fernando. Discutindo a relação: teorias educacionais, pensamento pedagógico e estratégias de prevenção na experiência brasileira de luta contra a AIDS. In: PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; SEFFNER, Fernando. **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: pluralidade de vozes e inovação de práticas – Livro III.** Curitiba, Juruá, 2012.

_____. PUPO, Ligia Rivero; PAIVA, Vera. Discutindo a relação: teorias educacionais, pensamento pedagógico e estratégias de prevenção na experiência brasileira de luta contra a AIDS. In: PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; SEFFNER, Fernando. **Educação em Saúde e emancipação: explorando possibilidades da prevenção no quadro dos direitos humanos.** – Livro III. Curitiba, Juruá, 2012.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

_____. **Identidade e diferença:** a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000a.

_____. **O currículo como fetiche:** a poética e a política do texto curricular. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. **Teorias do currículo:** uma introdução crítica. Porto: Porto, 2000b.

SILVEIRA, Catharina da Cunha. **Escola e docência no programa saúde na escola:** uma análise cultural. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, 2014.

SIMONI, Ana Carolina Rios. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais:** sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SIQUEIRA, Maria de Lourdes. Identidade e racismo: a ancestralidade africana reelaborada no Brasil. In: SEYFERTH, Giralda e outros. **Racismo no Brasil.** São Paulo: Petrópolis, ABONG, 2002.

SOARES, Eliane; SANTOS, Carmem Lúcia dos. Cartão SUS e o quesito raça/cor. In: SOARES, Elaine Oliveira (Org.). **Olhares sobre a equidade em saúde.** Elementos acerca da implantação da política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2012. p. 34-36.

SOUZA, Jimi Hendrex Medeiros de. **Avaliação do programa de atenção às pessoas com doença falciforme na perspectiva da gestão em saúde:** enfoque na saúde das mulheres. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SPERHAKE, Renata. **O saber estatístico como dizer verdadeiro sobre a alfabetização, o analfabetismo e o alfabetismo/letramento.** 2013. 133f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SPINK, Mary Jane; SPINK, Peter. Introdução. In: _____; _____ (Orgs.). **Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade**: uma semana de notícias nos jornais. São Paulo: Cortez, 2006. p. 7-16.

STEPHAN, Isabella Telles Kahn. **Juntando os cacos e repensando o todo**: o princípio da integralidade na atenção à saúde de mulheres vítimas do tráfico para fins de exploração sexual. Saúde, migração, tráfico e violência contra mulheres – o que o SUS precisa saber: livro-texto. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de Brasília, 2013.

SUS – Sistema Único de Saúde. **Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS**. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/15832-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus>>. Acesso em 12 fev. 2015.

_____. **Conheça o SUS**. 2014b. Disponível em: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>>. Acesso em: 30 ago.2014.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup. 2, p. S190-S198, ago. 2004.

TRAVERSINI, Clarice; BELLO, Samuel Edmundo L. O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, n. 34, n. 2, p. 135-142, mai./ago. 2009, p. 135-152.

USP – Universidade de São Paulo. Biblioteca Virtual dos Direitos Humanos. **Constituição da organização mundial da saúde (OMS/WHO) – 1946**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 29 out. 2015.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; SEFFNER, Fernando. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.44, p. 261-297, jan./jun. 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo José. Cultura, culturas e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Porto Alegre, n. 23, p. 5-15, mai./jun./jul./ago. 2003.

_____. Michel Foucault e os estudos culturais. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Estudos culturais em educação**: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000. p. 37-69.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Método de pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WERNECK, Jurema. **Saúde da população negra**. Passo a passo, defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. 2010. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

WIKIPÉDIA. **John Rawls**. 2015. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/John_Rawls>. Acesso em: 14 nov. 2015.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.