

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELAINE OLIVEIRA SOARES

**O DISPOSITIVO DE PROMOTOR@S EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN EM PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO
SUL/BRASIL**

PORTO ALEGRE

2018

ELAINE OLIVEIRA SOARES

**O DISPOSITIVO DE PROMOTOR@S EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN EM PORTO ALEGRE/RIO GRANDE DO
SUL/BRASIL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Pesquisa em Saúde, Educação e Sociedade.

LINHA DE PESQUISA: Saúde, instituições e cidadania.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Elaine Oliveira

O dispositivo de Promotoras/es em saúde da população negra na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre / Rio Grande do Sul / Brasil / Elaine Oliveira Soares.

-- 1998.

99 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 1998.

1. Saúde da População Negra. 2. Política de Saúde. 3. Racismo institucional. 4. Educação permanente. I. Gerhardt, Tatiana Engel Gerhardt, orient. II. Título.



ELAINE OLIVEIRA SOARES

**O DISPOSITIVO DE PROMOTOR@S EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA
IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN EM PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO
SUL/BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de outubro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt

Presidente da Banca – Orientadora

PPGCo/UFRGS Prof^a. Dr^a. Fernanda Souza de Bairros

Membro da banca

PPGCo/UFRGS

Prof. Dr. Luis Eduardo Batista

Membro da banca

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Prof. Dra. Fernanda Lopes

Membro da banca USP

Negra
Palavra
Bendita
Que saiu
De tua boca
Como um insulto
E que transcende
Em minha dança
Em minha história
Em minhas crenças
Em minha luta
Em minha vitória
Que corporifica
Em meu sorriso
De perplexidade
Da tua pobre
Medíocre ignorância!

Lilian Rocha

RESUMO

Introdução: A presente proposta de pesquisa situa-se no tema da saúde da população negra e na discussão étnico-racial, a partir da inserção da pesquisadora na área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que tem como desafio “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde”.

Objetivo: A pesquisa tem por objetivo analisar o projeto Promotor@s em Saúde da População Negra, enquanto dispositivo na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre.

Metodologia: A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando a história oral temática com técnica de geração de dados para apreender os percursos individuais e processos coletivos das Promotor@s em Saúde da População Negra, sendo este o principal dispositivo na implementação dessa política. O estudo foi composto por gestores e profissionais de saúde do SUS de Porto Alegre, que concluíram o Curso Promotor@s em Saúde da População Negra. Os dados foram analisados por meio da construção das narrativas transcritas, de doze entrevistadas, todas promotoras em saúde da população negra.

Resultados: Na realização deste estudo identificamos que, o Curso Promotor@s como dispositivo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, foi fundamental para constituição de uma rede, através do protagonismo das participantes, ampliando de fato a possibilidade de construção das mais variadas ações, sejam de cuidado integral em saúde, adequado a diversidade de contextos. O Curso demonstrou o potencial de capilaridade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nos territórios, onde de fato acontece a efervescência de estratégias para a efetivação do direito à vida. Processos foram desencadeados, apresentando resultados significativos, demarcando que a escolha pela diversidade de estratégias e de atores são fundamentais para o reconhecimento e institucionalização da PNSIPN.

Aplicabilidade no campo da Saúde Coletiva: Ao analisar o caminho político-institucional para a implementação de uma política pública de saúde, levando em conta os dispositivos de poder/racialidade, podemos instigar a elaboração de estratégias como essa na busca da equidade no SUS.

Considerações finais: Neste sentido, considero fundamental que os valores civilizatórios de matriz africana organizem qualquer política pública voltada para o povo negro, porque o poder e o saber giram, transferem-se, cooperam. Afinal, “sou quem sou, porque somos todos nós”.

Palavras-chaves: Saúde da População Negra; Equidade; Política de Saúde; Racismo; Porto Alegre.

ABSTRACT

Objective: This research proposal focuses on the theme of the health of the black population and the ethnic-racial discussion, based on the researcher's insertion in the Technical area of Health of the Black Population of the Municipal Health Department of Porto Alegre, whose challenge is to “promote the comprehensive health of the black population, prioritizing the reduction of ethnic-racial inequalities, the fight against racism and discrimination in the institutions and services of the Unified Health System”. The research aims to analyze the Promotor@s project in Health of the Black Population, as a device in the implementation of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population in Porto Alegre.

Methods: The research was developed through a qualitative approach, using thematic oral history with a data generation technique to understand the individual paths and collective processes of Promotor@s in Health of the Black Population, this being the main device in the implementation of this policy. The study was composed of managers and health professionals from the SUS of Porto Alegre, who completed the Promotor@s Course in Black Population Health. The data were analyzed through the construction of transcribed narratives from twelve interviewees, all health promoters for the black population.

Results: In carrying out this study, we identified that the Promotor@s Course as a device for implementing the National Comprehensive Health Policy for the Black Population, was fundamental for the creation of a network, through the protagonism of the participants, in fact expanding the possibility of constructing the most varied actions, whether comprehensive health care, suitable for a diversity of contexts. The Course demonstrated the capillarity potential of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) in the territories, where the effervescence of strategies to implement the right to life actually takes place. Processes were triggered, presenting results significant, demarcating that the choice for diversity of strategies and actors is fundamental for the recognition and institutionalization of the PNSIPN. By analyzing the political-institutional path for the implementation of a public health policy, taking into account power/raciality devices, we can instigate the development of strategies like this in the search for equity in the SUS.

Conclusion: In this sense, I consider it essential that civilizational values of African origin organize any public policy aimed at black people, because power and knowledge rotate, transfer, cooperate. After all, “I am who I am, because we are all of us”.

Keywords: Health of the Black Population; Equity; Health Policy; Racism; Porto Alegre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição das Promotor@s em Saúde da População Negra por GD de Porto Alegre	21
Figura 2 - Número de Promotor@s em Saúde da População Negra por GD de Porto Alegre	22
Gráfico 1 - Distribuição dos casos notificados de Sífilis em Gestante por Região	42
Gráfico 2 - Distribuição da Tuberculose (TB) Pulmonar Bacilífera por sexo e raça/cor de 2002 a 2011	45

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Descrição da distribuição por raça- cor de características da população, em 2012
41
- Tabela 2** - Descrição da distribuição por raça- cor (brancos e negros) no executivo, em 2014 ...
41
- Tabela 3** - Causas externas de óbito frequentes entre jovens negros de 15 a 29 anos, em 2012 ..
43
- Tabela 4** - Coeficiente de incidência de AIDS por raça/cor e sexo, nos anos de 2007 a 2014
44
- Tabela 5** - Coeficiente de óbito por DM por raça/cor/etnia e sexo, nos anos 2016 e 2015
46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACMUN - Associação Cultural de Mulheres Negras

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AMNB - Articulação de Mulheres Negras Brasileiras

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento

ATSPN - Área Técnica de Saúde da População Negra

BR - Brasil

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CGADSS - Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores da Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNPIR - Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CSPN - Comissão de Saúde da População Negra

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

DF - Doença Falciforme

DM - Diabetes Mellitus

DS - Distrito Sanitário

GD - Gerência Distrital

GT- Grupo de Trabalho

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

HMIPV - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

HPS - Hospital de Pronto Socorro

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

POA - Porto Alegre

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEPPIR - Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TB - Tuberculose

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNFPA - Fundo da População das Nações Unidas

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1. NOSSAS TRAJETÓRIAS VEM DE LONGE.....	10
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	14
3. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	14
3.1 Proposta Metodológica	14
3.2 O cenário: Terra do 20 de Novembro	18
3.3 As Yalodês do estudo	19
3.4 Geração de dados: Na sombra do Baobá.....	31
3.5 Processo de análise e redação do texto/ processamento informações.....	32
4. ENTENDENDO A LONGA TRAJETÓRIA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)	34
4.1 Incursão ao passado: o povo negro no Brasil.....	34
4.2 Dispositivos de racialidade: surgimento de ferramentas de saúde pública anti-racistas.	36
4.3 Dispositivo de racialidade como determinante social	40
CAPÍTULO 1: SEMEANDO O BAOBÁ	48
1.1 Preparar a terra	48
1.2 Projeto Promotor@s em Saúde da População Negra	51
CAPÍTULO 2: O ORI INU	57
CAPÍTULO 3: YALODÊS EM MOVIMENTO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
ANEXO - Portaria nº 723/2015	95

1. NOSSAS TRAJETÓRIAS VEM DE LONGE

Estando consciente de que as minhas escolhas de pesquisa estão atravessadas pela minha subjetividade, inicio este projeto trazendo um breve relato da minha história de vida e luta enquanto mulher negra. Iniciei no movimento social negro acompanhando a minha mãe, líder comunitária e enfermeira em sua militância no estado do Rio Grande do Sul/BR, fazendo a discussão étnico-racial especialmente com as mulheres negras, priorizando a pauta da Doença Falciforme e outras questões de saúde da população negra. Enquanto estudante do ensino médio, engajei-me de forma mais orgânica nas ações organizadas pelo movimento negro. Ministrava oficinas sobre a doença falciforme e sobre meio ambiente. Assim, em meu contexto de vida, a consciência racial e a percepção sobre a importância das políticas de saúde pública foram e são, em todos os sentidos possíveis, familiares.

Outro marco da minha trajetória foi a fundação da Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN), juntamente com minha mãe e outras mulheres negras. A pauta da organização era a formação política para as mulheres negras nas comunidades periféricas nas quais tínhamos atuação, e meu papel era elaborar uma agenda com esse fim. A atuação na ACMUN trouxe importantes questionamentos sobre os sentidos das “questões de gênero” e do feminismo para nós, mulheres negras. Essa experiência foi fundamental para minha inserção em uma rede de atuação de luta antirracista (que parte da mulher), estabelecendo contatos, convênios com instituições internacionais comprometidas com a “Década dos Afrodescendentes”.

No mesmo período, fui nomeada pela Prefeitura de Porto Alegre, por meio de concurso público, como Auxiliar de Enfermagem e lotada no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). Para esse ambiente, levei a experiência no enfrentamento ao racismo – não poderia ser de outra forma. Isso contribuiu na prática profissional, na interação com os usuários e na interlocução com a equipe multiprofissional. No entanto, não era facilmente compreendida pela equipe, nas minhas intervenções sobre as vulnerabilidades da população negra e necessidade de que esses aspectos fossem considerados no atendimento ao usuário. Mesmo fazendo parte da equipe, o espaço ocupado por mim era de executora e não de alguém que pudesse estar propondo políticas ou ações diferenciadas. Neste momento, vivenciei de forma mais transparente as relações de poder e de racismo institucional, existentes no meio profissional. Os conhecimentos aprofundaram-se em relação à operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que a minha ação política frente à ACMUN ampliava meu arcabouço teórico-prático.

Ressalto que, nesse ponto, a expressão “racismo institucional” não é uma expressão conceitual, mas experiencial, algo da ordem do sentido, do vivido, pensado e compartilhado por nós, mulheres negras.

Com a nomeação na Prefeitura de Porto Alegre, foi possível investir na minha formação acadêmica, no Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Dentro do espaço acadêmico, tive acesso à produção teórica sobre saúde, às quais, muitas vezes, desconsideravam os saberes produzidos ao longo da história do povo negro e as especificidades da saúde da população negra, tratando temáticas como prevenção, incidência, prevalência, vulnerabilidade desde uma ótica universalista, homogênea e redutora da saúde, pautada exclusivamente na “visão biomédica” (FOUCAULT, 2009, p. 38), enquanto pressuposto epistêmico. Em muitos momentos, os saberes aprendidos na faculdade remetiam-me a uma contradição frente ao vivido. No entanto, apropriar-me dos conhecimentos acadêmicos proporcionou fazer a interlocução com outras visões de mundo. Essa reflexão esteve presente no meu trabalho de conclusão de curso intitulado “A Percepção das Mulheres Negras do Sistema Único de Saúde” (SOARES, 2003).

Em 2002, assumi a coordenação da ACMUN, na oportunidade em que nos colocamos em articulação nacional e internacional. Um dos resultados foi a organização do Seminário Internacional *Lai Lai Apejo*¹, o qual tratou de questões envolvendo população negra e AIDS e que possibilitou a criação de uma Rede de Controle Social Nacional, com assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após o evento, algumas conexões foram possibilitadas, como a troca de experiências com a *University Spelman College*, em Atlanta (EUA), por meio de convite feito por essa instituição para apresentarmos nossas ações. Enquanto militante do movimento de mulheres negras, aprofundar-me na história desta universidade, vivenciar a sua dinâmica e ver o potencial da resistência deste espaço de produção de conhecimento construído para e pelas mulheres negras, em tempos nos quais não tinham direito ao estudo, foi uma experiência grandiosa.

A expertise acumulada nos anos anteriores sobre a temática racial, saúde da população negra e AIDS levaram-me a compor o Grupo de Trabalho Prevenção de HIV/AIDS/Coordenação Nacional de AIDS do Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPPIR) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), na condição de conselheira suplente de Lúcia

¹ Significa “encontro para sempre”, na língua Yorubá.

Xavier e Fernanda Lopes, respectivamente, ambas representações da Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB). A passagem no CNS foi muito rápida, mas extremamente marcante, na qual tive a felicidade de acompanhar a reunião em que foi aprovada por unanimidade a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no ano de 2006.

A PNSIPN está embasada na luta dos movimentos negros e de mulheres negras, que, por muito tempo, tiveram suas falas silenciadas pelo contexto social opressor e de ideais eurocentrados e eugenistas. Como resposta aos anseios de uma parcela considerável da população, expressos nas Conferências Nacionais de Saúde, essa política foi elaborada no sentido de reparar os prejuízos sócio-históricos e de assegurar direitos de cidadania, como o acesso à saúde aos afrodescendentes, remanescentes de quilombolas, enquanto as populações mais impactadas pelo racismo estrutural e institucional vigentes no Brasil. Dada sua herança escravocrata de mais de 300 anos, e seu período pós-abolição, não menos violento e aviltante, colaborou para que o racismo fosse utilizado como sistema ideológico de exploração de uma classe ideologicamente não racializada sobre outra classe, restrita a marcadores raciais, como a cor da pele. Assim, a PNSIPN faz-se necessária, para que os determinantes sociais em saúde, atuem nos elementos que interseccionam e sobrepõem referenciais como raça/cor, etnia, gênero e classe social, os quais asseguram privilégios para alguns e desvantagens para outros. Tais fatores sociológicos expõem o abismo de desigualdades sociais e as práticas de assujeitamentos, que mantêm uma determinada categoria de pessoas em constante opressão socioeconômica, ocupando posições subalternizadas e em constante risco de morte. Por isso, é tão imprescindível essa política nos dias atuais, pois auxilia a minimizar os danos nefastos do racismo sofridos pela população negra diuturnamente.

Espaços de conselhos nacionais colaboraram muito para a ampliação dos meus conhecimentos, especialmente no que tange às formas de articulação e sobre processos de negociação para a construção e aprovação de políticas públicas no contexto burocrático do Estado no Brasil.

Esse percurso levou-me à posição que ocupo atualmente, de Coordenadora da Área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre – RS, que tem como desafio “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Portaria Ministerial nº 992/2009). Foi posta a mim a ousadia de

ocupar um lugar na rede de saúde na condição de gestora e refletir academicamente sobre os meandros do processo de implementação da PNSIPN no município, ou seja, compor a burocracia de Estado que executa a política e, ao mesmo tempo, ser capaz de refletir criticamente sobre esse e desde esse lugar de fala. Assim, desde já, considero fundamental evidenciar ao leitor a minha posição de discurso e seus múltiplos atravessamentos (FOUCAULT, 2009, p. 227).

O racismo cria-se e recria-se em tempos e lugares, expressando-se de forma plena e global, mesmo tendo sido negado ao longo da história. Assim, faz-se, cada vez mais, necessária a produção de respostas que levem à elaboração de outras (e novas) respostas à sua dinâmica, e em diversos momentos e espaços sua invisibilização.

O racismo e as práticas discriminatórias disseminadas no cotidiano brasileiro não representam simplesmente uma herança do passado. O racismo vem sendo recriado e realimentado ao longo de toda a nossa história. Seria impraticável desvincular as desigualdades observadas atualmente dos quase quatro séculos de escravidão que a geração atual herdou (BRASIL, 2002, p. 67).

Diante disso, entendi que empreender uma reflexão acadêmica (desde meu lugar) representa (e requer) inovações nas formas de lidar com esse processo, utilizando, assim, a vivência articulada com conceitos e aprofundamento teóricos. Essa proposta de articulação foi um experimento epistêmico, que me deslocou da posição-sujeito (FOUCAULT, 2009) da produção científica e acadêmica da área de saúde e, em específico, da saúde coletiva.

Partindo do pressuposto de uma sociedade que se estruturou e instituiu-se a partir do preconceito racial (LOPEZ, 2012, p. 128), o desafio que tenho enfrentado, na posição da gestão de política pública, é colocar a questão racial como política institucional frente à tendência de devolver sempre esta agenda a partir da pressão de lutas políticas sociais, ou ligadas a ela.

Para tornar a gestão em saúde permeável à realidade da existência do racismo institucional em saúde (LOPEZ, 2012, p. 122), é necessário aprofundar conceitos para compor novos argumentos, que não sejam infrutíferas reproduções. E, nesse sentido, considero fundamental o fato de minha vida, comunitária e familiar, ter sido orientada desde os valores civilizatórios de matriz africana (ROCHA, 2009), nos quais a noção de coletividade aparece imbricada, tal como na filosofia bantu do “UBUNTU²” (MALOMALO, 2014, p. 12), em que se

² A energia vital - axé, a força vital, como vontade de viver, de aprender. Em síntese, os valores culturais de tradição afro-brasileira podem ser sintetizados na ética “ubuntu”.: “Eu só existo porque nós existimos”. Malomalo (2010) afirma que essa forma de conceber o mundo, na sua complexidade, é um patrimônio de todos os povos tradicionais ou pré-modernos. Cada um expressa isso através de suas línguas, mitos, religiões, filosofias e manifestações artísticas. Além disso, essa mesma cosmovisão entende a “liderança coletiva” na gestão da política e da vida social. Para MALOMALO, “ubuntu afro-brasileiro” é solidariedade e resistência, representado por quilombos, as religiões

considera que a energia circula, como o poder e o saber que não se fecham, nem se cristalizam, mas giram, transferem-se, cooperam, afinal “sou quem sou, porque somos todos nós”. Assim, desloquei a percepção sobre saúde, sobre política e mesmo sobre o que entendo enquanto “coletiva(o)”.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral: Analisar o dispositivo do projeto Promotor@s em Saúde da População Negra na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre.

Objetivos Específicos:

- Descrever o caminho político institucional para a implementação de uma política pública de saúde voltada à equidade étnico-racial no SUS em Porto Alegre;
- Analisar as experiências d@s promotor@s de saúde da população negra levando em conta os dispositivos de poder/racialidade que perpassam seu trabalho e suas vidas;
- Refletir sobre as ações da política de saúde da população negra em Porto Alegre RS desde a percepção d@s promotor@s de saúde da população negra.

3. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1 Proposta Metodológica

Esta proposta de pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa. Apesar dos reconhecidos desafios da pesquisa qualitativa, é a que melhor se aproxima de objetos complexos como a implementação de uma política pública direcionada a reduzir as iniquidades étnico-raciais em saúde. Na abordagem qualitativa, adotou-se as descrições e análises que são atravessadas pela subjetividade da autora e, portanto, envolvem uma interpretação. Por isso, foi importante realizar tal pesquisa sob esse paradigma, com destaque para a principal estratégia, vista nesse ponto, como um dispositivo de implementação da PNSIPN, na qual desenvolveu-se todo o escopo teórico da pesquisadora-autora. Uma vez que, essa construção teórica está envolta em profundo esforço de reflexão e de empenho ao longo dos últimos anos de trabalho na gestão da SMS. A empreitada não foi fácil nem simples; exigiu um estranhamento do que é o habitual

afro-brasileiras, as irmandades negras, os movimentos negros, as congadas, o moçambique, as imprensas negras, entre outras instituições. Fonte: UNA-SUS. Universidade Aberta do SUS. MÓDULO. Saúde Integral da População Negra, (UNASUS, 2017 p. 14).

na tentativa de (re)interpretar o cotidiano da realização de ações em saúde direcionadas a combater o racismo institucional nos serviços de saúde do município. Além disso, fez-se fundamental a análise documental dos materiais escritos acerca da estratégia elencada: relatórios, atas de reunião e outros documentos de Estado, cujos conteúdos foram sistematizados para esta dissertação. Entendo que estes documentos produzem mais do que seu efeito institucionalizante, mas são papéis “poderosos” (pensando a partir de Foucault).

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Possibilita a utilização de técnicas e recursos instrumentais adequados à compreensão dos valores culturais e das representações sociais de um determinado grupo, permitindo saber como se dão as relações entre os atores que atuam numa temática específica (MINAYO, 2007, p. 14). É um campo de conhecimento que se desenvolve por meio de práticas interpretativas por excelência, para o qual o qualitativo é eminentemente holístico, indutivo e toma como referenciais o entendimento, a compreensão, a construção de sentido e a intencionalidade (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa é apropriada para descrever e analisar, de forma mais complexa e aprofundada, problemas aos quais estão relacionadas diversas variáveis, bem como para compreender processos dinâmicos a eles relacionados. Peculiaridades atinentes aos atores envolvidos no processo são possíveis de serem verificadas neste tipo de pesquisa (RICHARDSON, 1989). Destaca-se que a pesquisa qualitativa busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e indivíduos quanto aos seus valores culturais e as representações sobre sua história e temas específicos; visa também conhecer as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, bem como os processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2007, p. 16).

Como os diversos métodos qualitativos, a história oral estabelece e ordena o procedimento de trabalho e as implicações de cada um deles para a pesquisa, as várias possibilidades de transcrição de depoimentos, suas vantagens e desvantagens, as diferentes maneiras de o historiador relacionar-se com seus entrevistados e as influências disso sobre seu trabalho, funcionando como ponte entre teoria e prática (AMADO; FERREIRA, 2006, p. 16). A história oral pode ser empregada em diversas disciplinas das ciências humanas e tem relação

estreita com categorias como biografia, tradição oral, memória, linguagem falada. Levando em conta os valores civilizatórios de matriz africana, tais como a oralidade e a relevância da memória coletiva para o povo negro, a metodologia da história oral mostrou-se apropriada para a coleta de dados no contexto do universo de pesquisa. Pode-se dizer que a história oral, mesmo que de maneira estreita, possui relação com a tradição oral; portanto, não se deve pensar em um, sem considerar o outro.

Meihy (2005) categoriza a História Oral em três tipos principais: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. A história oral de vida é a narrativa da experiência de vida de uma pessoa. O procedimento fundamental da construção dos dados na história oral de vida é a entrevista, uma das etapas essenciais de projetos baseados neste método. É o retrato de uma pessoa cuja trajetória é significativa para a compreensão de eventos, períodos e de práticas culturais e históricas, cuja trajetória é registrada e analisada num esforço para deslindar interações entre percursos individuais e processos coletivos. A história oral temática envolve um estudo que pretende compreender uma temática específica, definida como foco central. Já a tradição oral refere-se a um estudo muito próximo da etnografia, que busca detalhar o cotidiano de um grupo, os seus mitos, rituais e visão de mundo, dando ênfase à história e às práticas sociais de comunidades específicas e a sua cadeia de transmissão de conhecimentos. Embora a oralidade seja o recurso central nessas categorizações, elas são empregadas de formas distintas, conforme o objetivo da pesquisa. As narrativas no campo da saúde em geral abordam um determinado evento, agravo ou ciclo vital, empregando de forma mais freqüente a história oral de vida, não se distanciando da história oral temática, ao considerar a história de vida do entrevistado, de modo a aprofundar-se no tema de pesquisa. Por meio das considerações desses autores e dos percursos individuais e processos coletivos d@s promotor@s em saúde da População Negra, optamos por empregar a História Oral Temática para apreender o principal dispositivo na implementação da PNSIPN.

A entrevista em profundidade põe em movimento a história oral, na qual o participante “[...] é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar profundidade às reflexões [...]” (MINAYO; GUERRIERO, 2014, p. 262). Por meio de questões disparadoras, as narrativas podem desencadear novas indagações.

Na construção do objeto de pesquisa, busco seguir as recomendações sistematizadas no decálogo de Minayo que sinaliza a necessidade de:

(1) dar atenção à elaboração de instrumentos que permitam compreender as homogeneidades e as diferenciações internas do grupo ou dos grupos (...); (2) assegurar que a escolha do local e do grupo (ou dos grupos) para observação e troca de informações contemple o conjunto das características, experiências e expressões (...); (3) privilegiar, na amostra, os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (4) definir claramente o grupo social mais relevante (...); (5) dar atenção, também, a todos os outros grupos que interagem com o principal, buscando compreender o papel de cada um (...); (6) trabalhar numa perspectiva de inclusão progressiva das descobertas do campo, confrontando-as com as teorias (...); (7) nunca desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo é importante para a descoberta (...); (8) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações; (9) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido; (10) sempre que possível, prever uma triangulação de técnicas e até de métodos (MINAYO, 2017, p. 3).

A autora acima citada aponta para a importância de não nos restringirmos a apenas uma fonte de dados, mas de “multiplicar as tentativas de aproximação”. Por isso, além da história oral, utilizou-se a observação participante para a geração de dados, pois assim não desperdiçou-se a experiência de estar imersa no universo de pesquisa, podendo observar cotidianamente as dimensões, as relações e os acontecimentos. Afinal, se está diante do pressuposto de que o conhecimento pode ser gerado pela observação, ou participação, ou experimentação das cenas do cotidiano vivido.

Conforme Minayo (1998), a presença do observador numa situação frente a frente com os entrevistados na coleta de dados torna-se parte do contexto da observação. As informações obtidas nesse contexto são ricas de subjetividades, diferente daquelas coletadas por meio de perguntas diretas e fechadas. Tal posição é baseada na premissa de que esse tipo de situação, que envolve interações, revela dados e possibilita ao pesquisador ser não só um observador, mas também um experienciador, um participante e um intérprete da realidade; assim, estamos numa posição de “conhecedores” das particularidades que possivelmente poderiam fugir à primeira vista de um pesquisador “desconhecedor” desse contexto de pesquisa. Almejou-se apreender dimensões que possam escapar das narrativas, nem sempre visíveis no dia a dia, mas que produzem impactos significativos no campo da saúde e favorecem a interpretação do vivido.

No momento em que pensamos nos aspectos metodológicos para organizar essa pesquisa, de pronto, percebemos que as interações entre o ambiente acadêmico e a gestão pública agregariam a esse trabalho investigativo e analítico, tendo em vista o fato de ser a pesquisadora também agente no espaço de gestão. Desse modo, foi possível vivenciar as práticas de como se dão, de fato, os instrumentos que são articulados e o que está montado na estrutura pública.

Como as dinâmicas do poder e as dinâmicas do fazer interseccionam-se nas instituições, a partir das relações e das parcerias que se constituem nas esferas administrativas. Entender como esse espaço de poder pode se viabilizar ou se inviabilizar de acordo com as implicações dos agentes, os quais se moldam, no sentido de se afinarem à lógica das normas e padrões técnicos do sistema. Ao passo que, por vezes, esses agentes devem estruturar-se para que as relações, nesse ambiente, possam ser profícuas. Ainda que, na maioria das vezes, esses espaços possam ser duros e pouco acolhedores.

Podemos entender que, por meio das vivências, como o ativismo, o movimento social e a rede de cuidado, edificada nessa trajetória pela autora, que se constituem como heranças extremamente importantes, para que pudéssemos entender esse processo, uma vez que serviram para a superação de todas essas dificuldades e obstáculos e corroborou para o seu fortalecimento na gestão. Especialmente por sua vivência e experiência, o que possibilitou relacionar tais ideias nesta dissertação e para apresentar as práticas vividas em sua escrita, não somente em seus aspectos teóricos. Contudo, a pesquisadora demonstra como a prática e todos esses nuances possibilitaram a elaboração de uma análise a partir de um “olhar de dentro” e também com outro “olhar de fora”, enquanto pesquisadora, que percebe esses tensionamentos nesses espaços colocando-se como alguém consciente de tais dificuldades.

Evidencia-se que o olhar para esse espaço, estando aí enquanto observadora, entendendo que o olhar de um outro lugar é posto como um exercício; ao passo que, o olhar como pesquisadora estando no espaço pesquisado tornou essa prática possível e essa dinâmica contribuiu imensamente para tal entendimento, que associa a teoria à prática. Ressaltamos, ainda, que, ao estabelecermos relações da vivência profissional com o trabalho acadêmico nessa metodologia, contribuimos para tornar a pesquisa mais vibrante. Pois pudemos conferir vivacidade e riqueza ao debate, que emergiu do processo exploratório no papel de pesquisadora-gestora.

3.2 O cenário: Terra do 20 de Novembro

Foi em Porto Alegre que o escritor, poeta e historiador Oliveira Silveira, juntamente com o grupo Palmares, no ano de 1971, idealizou o ‘20 de novembro’, dia da morte de Zumbi dos Palmares, como data máxima da comunidade brasileira. Passados sete anos, o Movimento Negro Unificado declarou esse dia como o Dia Nacional da Consciência Negra (FUNDAÇÃO

PALMARES, 2017).

Para analisar o dispositivo do projeto Promotor@s em Saúde da População Negra na implementação da PNSIPN em Porto Alegre, fez-se necessário apresentar o cenário tanto da situação de saúde da população negra no município, quanto da organização do sistema de saúde neste município. Para tanto, passou-se a discorrer sobre esse cenário que reflete sobremaneira nas ações para a implementação dessa política pública.

Porto Alegre é um município com 1.409.351 habitantes, destes 79,23% são auto-declarados de raça/cor branca; 20,24% de raça/cor negra (pretos e pardos); 0,29% amarelos; e 0,23% indígenas (OBSERVAPOA, 2013). Segundo o IPEA, a capital do Brasil com a maior desigualdade racial é Porto Alegre, que apresenta como Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para a população negra 0,705, uma diferença de 18,2% quando comparado ao IDHM da população branca, que é de 0,833. A média nacional fica em torno de 14,4% (IPEA, 2017a).

Na capital gaúcha, os serviços do SUS estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. As GDs são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. No município, estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro (C), Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), Norte/Eixo Baltazar (NEB), Leste/Nordeste (LENO), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/Centro-Sul (SCS), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), Restinga/Extremo-Sul (RES-EXT). São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos.

Apresentamos a PNSIPN no início deste trabalho, dada sua importância, enquanto projeto de política pública que visa combater as iniquidades em saúde da população negra. Uma vez que a sua implantação e promoção fez parte dos objetos desta pesquisa, juntamente com o curso de promotor@s de saúde da população negra. Esse curso é veiculado como um dispositivo para a implementação desta no município de Porto Alegre. A autora participou de vários momentos da construção da PNSIPN e, em sua função de gestora, com importantes contribuições na operacionalidade em papel de gestora municipal na Secretaria de Saúde. Pois, tornou-se uma das

protagonistas atuando no enfrentamento dos obstáculos impostos a esse marco social que é a PNSIPN. Ressaltamos que, para além da política em si e das devidas conexões com o objeto da pesquisa, registramos os acontecimentos que antecederam a regulamentação da política, como os andamentos institucionais após divulgação da portaria ministerial e mais tarde por meio de decreto presidencial. Além disso, a autora também mobilizou por meio da sua interlocução com lideranças locais, o Conselho Municipal de Saúde, e que atuou como ativista do movimento de mulheres negras, em defesa do SUS e pela saúde da população negra.

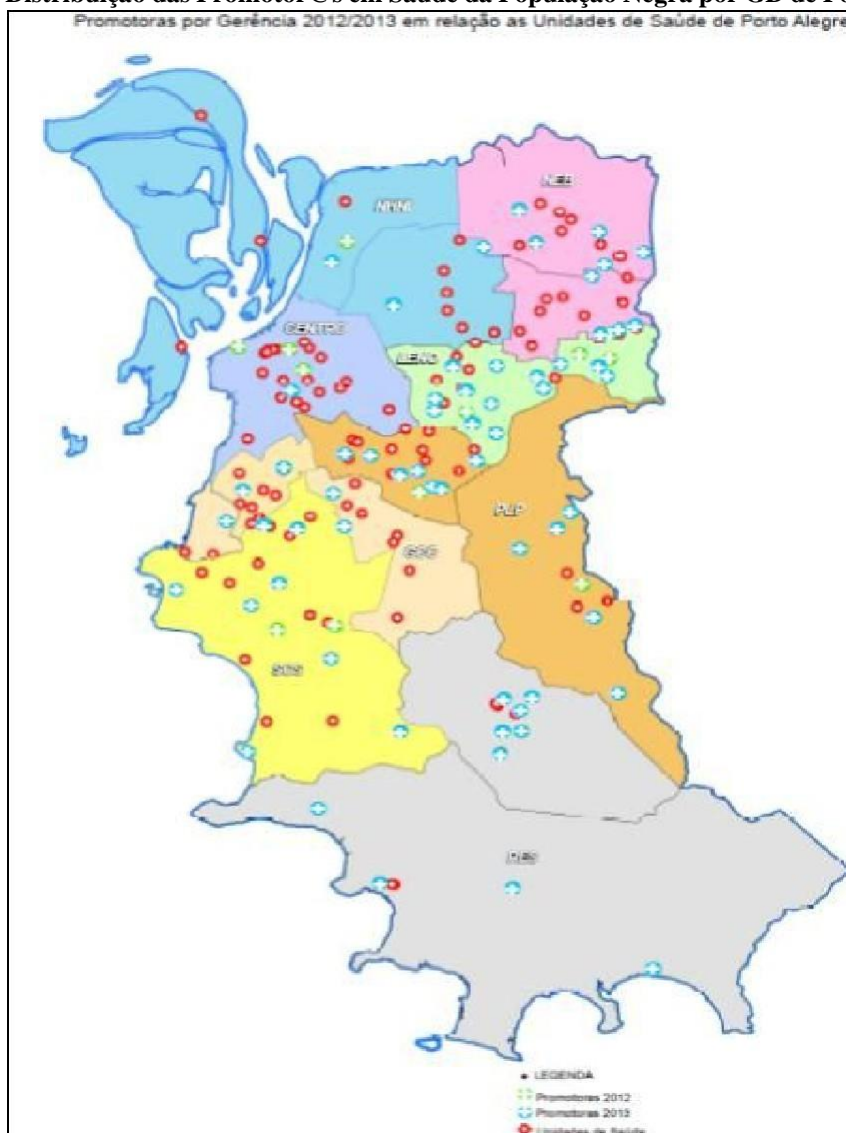
3.3 As Yalodês do estudo

O estudo envolveu gestoras e profissionais de saúde do SUS de Porto Alegre que haviam concluído o Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, visando captar as homogeneidades e diferenciações entre os grupos de cada gerência distrital de saúde do município. Buscou, também, as características territoriais e formas distintas de expressar as experiências de protagonismo na implementação da PNSIPN.

Com o intuito de enaltecer as entrevistadas, a autora buscou fazer uma interrelação colocando codinomes de mulheres que se tornaram ícones do pensamento feminista negro, dos movimentos negro e de mulheres negras em nossa história recente, às trabalhadoras da saúde. Ressaltando, em sua escrita, elementos como a afrocentricidade ao correlacionar tais nomes por suas atuações nos seus processos de trabalho focado na promoção da política. Com relação a algumas delas, destacaram-se as suas qualidades e virtudes que possibilitaram a vinculação a esses codinomes. Essas mulheres negras, que muito contribuíram na luta racial, na promoção da saúde da população negra, sobretudo no sentido de valorização dessas pessoas por sua representatividade simbólica em Porto Alegre. Seja nos espaços de gestão, seja no exercício do controle social, seja no sentido de promover em seus ambientes de trabalho a equidade em saúde. Tais profissionais têm articulado medidas e ações direcionadas a minimizar o racismo, e para garantir, de fato, a implementação da política. Foi com olhar de carinho, com um olhar acolhedor que esses nomes foram relacionados. E, ao demonstrar que, embora esses profissionais não carreguem toda essa reverência nacional, conquistaram um espaço de muito importância na luta racial, a partir do lugar onde estão e naquilo que já realizaram em suas trajetórias de vida e trabalho, sendo exemplos de empenho e representação no cenário local. O mapa trazido abaixo localiza as oito gerências distritais (GD) de saúde de Porto Alegre situando as promotoras de

saúde da população negra formadas nas duas primeiras turmas do curso.

Figura 1 - Distribuição das Promotor@s em Saúde da População Negra por GD de Porto Alegre-RS.

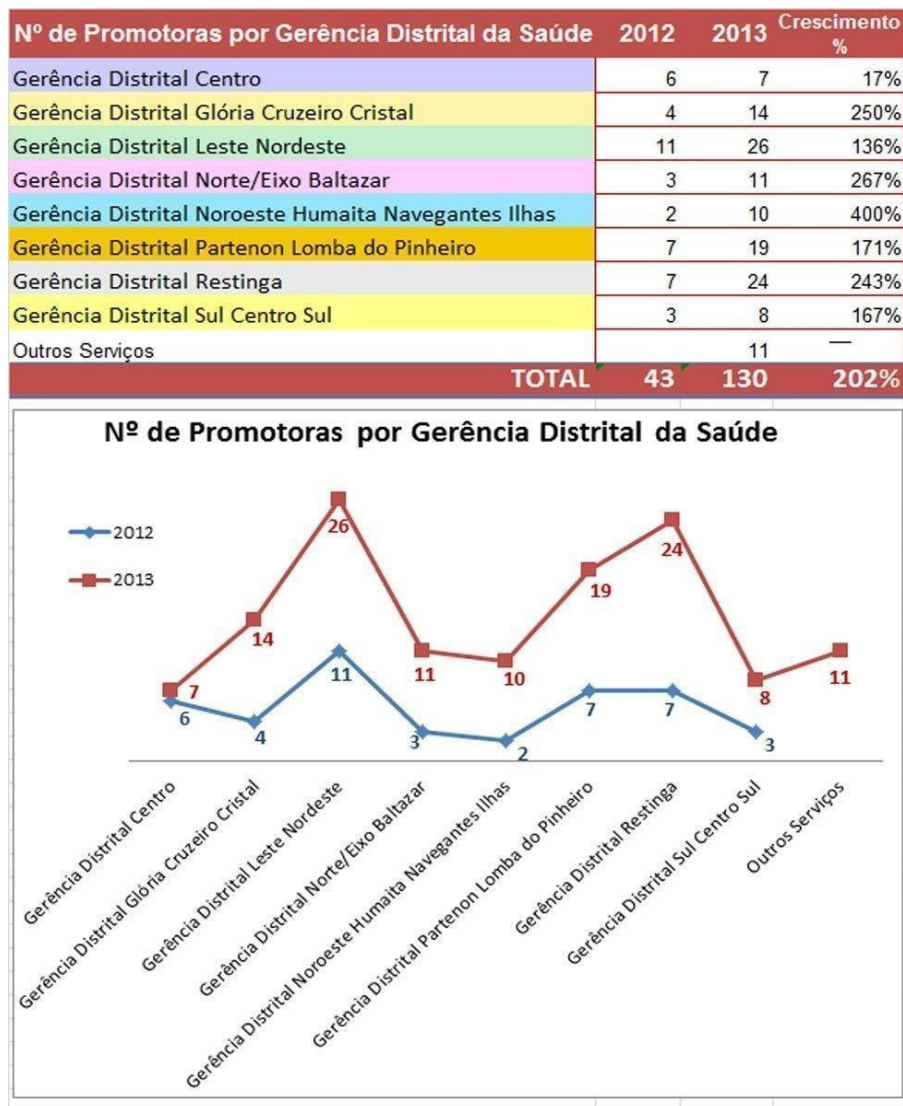


Fonte: acervo SMS

A seguir, apresentamos uma tabela e, para melhorar a visualização, um gráfico que contém o número absoluto de promotoras por gerência distrital e o percentual de crescimento entre os anos de 2012 e 2013:

Figura 2 - Número de Promotor@s em Saúde da População Negra por GD de Porto Alegre, em 2012 e 2013

Fonte: Área Técnica de Saúde da População Negra/SMS.



Foi critério de escolha das interlocutoras de pesquisa: em primeiro lugar, ser promotor@ em saúde da população negra, ter realizado o curso em qualquer edição e obtido aprovação. Em segundo, foi dada ênfase às promotoras das Unidades de Atenção Primária à Saúde, pela posição estratégica desse nível de atenção, enquanto ordenadora do cuidado na rede pública de saúde. Deu-se relevância aos dados obtidos juntos às promotor@s que são trabalhador@s e atuam nos serviços de saúde (“na ponta”) por entendermos que esses são os agentes que atuam no sentido de pôr a política pública em prática, no dia a dia dos serviços de saúde. Também foram ouvidas gestoras, tanto gerente distrital, quanto coordenador@s de serviços, que assumem um papel

fundamental na implementação da política. Incluí entre as interlocutoras também um usuário do serviço e uma acadêmica, com foco no controle social e no envolvimento acadêmico, buscando abarcar a diversidade de categorias presentes no curso. E, obviamente foram incluídas as promotor@s em saúde da população que consentiram sua participação nesta pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo critério de exclusão a não aceitação em participar do estudo. As participantes desta pesquisa foram convidadas por via contato telefônico, sendo posteriormente, enviado convite por meio de correio eletrônico, já constando horário e local para a realização dos trâmites da pesquisa, assim como da entrevista.

Em relação ao número de trabalhadoras, gestoras e usuárias das Unidades Básicas de Saúde, ressalto que, por se tratar de uma abordagem qualitativa, ocupamos-nos de utilizar o critério numérico e com a generalização, mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos fatos. Delimitamos o número de pessoas ouvidas e a dimensão espacial na pesquisa, ao número de doze interlocutoras, sendo oito trabalhadoras de saúde (vinculadas à atenção básica, contemplando uma participante de cada gerência distrital de saúde), duas gestoras da atenção básica, um usuário e conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e uma participante acadêmica. Sobre essa delimitação, reflito a partir da experiente pesquisadora Minayo:

(...) não há medida estabelecida *a priori* para o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa. Igualmente, não existe um ponto de saturação *a priori* definido, e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017, p. 9).

Foram utilizados codinomes para cada entrevistada, que são nomes de lideranças negras que influenciaram a luta racial e têm grande importância na minha trajetória pessoal e feministas reconhecidas no Brasil, denominando este grupo de Yalodês³. Nos referimos às promotor@s em saúde da população sempre no feminino por serem a maioria mulheres perfazendo um percentual de 85% do total dos/as participantes formados/as.

O estudo abrangeu a participação de doze promotor@s em saúde da população negra que

³ Trago aqui a imagem das Yalodês, que têm afirmado sua presença e atualidade no século XXI, em diferentes espaços onde a tradição herdada é atualizada. No caso brasileiro, é vista em qualquer comunidade negra, onde a mulher, assumindo papéis de liderança ou responsabilidade coletiva, desenvolve ações de afirmação de um futuro para todo o grupo subordinado (WERNECK, 2010, p. 161).

receberam codinomes de Yalodês. Entre as tribos de Natal⁴, na África do Sul, a saudação mais comum é Sawubona. Significa literalmente “vejo você, você é importante para mim e eu te valorizo”. Tais Yalodês são Maria Quitéria, Leila Diniz, Olga Benário, Lélia Gonzalez, José Marmo, Fátima de Oliveira, Marielle Franco, Ivone Lara, Mãe Beata de Iemanjá, Nelma Oliveira, Luiza Bairros e Sony Santos. Com relação à idade das participantes, cinco delas estão na faixa dos cinquenta e um a sessenta anos; cinco na faixa entre quarenta e um e cinquenta anos; uma na faixa entre trinta e um e quarenta anos; e uma tem entre vinte e trinta anos. Quanto à autodeclaração de raça/cor e etnia, nove participantes autodeclararam-se negras, e três participantes autodeclararam-se brancas.

O grupo é composto por duas gestoras, um usuário atuante do controle social, uma estudante e oito trabalhadoras da atenção primária. Tratando-se da formação profissional, uma é terapeuta ocupacional, uma é assistente social, uma é médica, uma é enfermeira, três são agentes comunitárias de saúde, duas são técnicas de enfermagem, uma é assistente administrativa. As outras duas compõem o segmento de usuária e de estudante. O grupo é composto por no mínimo uma pessoa de cada gerência distrital de saúde de Porto Alegre, a saber: Centro (C), Noroeste/Humaitá/Navegantes /Ilhas (NHNI), Norte/Eixo Baltazar (NEB), Leste/Nordeste (LENO), Glória/Cruzeiro /Cristal (GCC), Sul/Centro-Sul (SCS), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), Restinga/Extremo-Sul (RES-EXT). A sistemática adotada procurou dar ênfase à diversidade existente no grupo.

Lélia Gonzalez

Lélia Gonzalez é uma jovem encantadora. A vimos pela primeira vez em um momento impactante do curso Promotor@s em Saúde da População Negra, no meio de uma discussão calorosa, em pé com uma voz forte e firme, fazendo a defesa do aborto legal e seguro. Não tivemos dúvidas em apreciarmos e imaginarmos que esta jovem gaúcha, natural de Porto Alegre, seria uma brilhante psicóloga. É a filha mais nova dos dois filhos da dona Michele e do seu Obama, irmã de Marthin. Formada neste primeiro semestre de 2018, pela UFRGS, em Psicologia, sendo a primeira da família a concluir o nível superior. Escolheu a área da saúde

⁴ Natal foi uma das quatro províncias originais da África do Sul, nela se incluiu o bantustão (território reservado pelo governo à população negra na África do Sul) de KwaZulu, ou terra dos zulus (LESSEM; NUSSBAUM, 1996).

porque percebeu que a educação não fazia “brilhar os seus olhos”, mas hoje, formada, quer trabalhar no encontro entre saúde e educação, formando trabalhadores.

A lembrança de sua infância foi de ter sido sempre rodeada de muitos primos, e sempre muito próximo dos seus pais e irmão, que acompanham sua caminhada. Lelia Gonzalez acreditava que o país estava um caos, com exceção da elite branca, pois a população negra sempre viveu em meio ao caos nessa terra e agora vive um novo ciclo de dificuldades. Com tal garra e vitalidade ao trilhar seu percurso, naquele momento no mestrado em Psicologia da UFRGS e também nos atendimentos terapêuticos.

Marielle Franco

Nosso encontro com Marielle Franco foi atípico no meio do caminho entre territórios nossos e os dela. Nossa conversa não deixou de ser contagiante por conta do nosso encontro ser dentro do carro no estacionamento do Supermercado. Aquele encontro que era para ser inicial e corrido acabou perdido no tempo de um bom papo. Marielle Franco caracteriza-se por ser “a ternura em pessoa”, é amável e dá vontade de abraçar incansavelmente. Aos 41 anos, com aparência de 30 anos, dedica sua vida para as quatro filhas e seu trabalho de agente comunitária de saúde desde o ano de 2013. Ainda apoia a família, sobrinhos, pois recentemente perdeu sua irmã.

Sua fala é marcada pela vontade de fazer o melhor, especialmente depois do ano de 2012, quando fez o curso Promotor@s em Saúde da População Negra. No ano de 2015, assumiu o desafio de coordenar o comitê técnico de sua região, impulsionada também por um colega, amigo e promotor de saúde da população negra, retomou os estudos. Hoje, está cursando o curso técnico de Letras. Sua região carrega um estigma de ser a mais violenta da cidade, o que não se comprovou nos dados estatísticos. Marielle Franco tem orgulho do que construiu como mãe solteira para ela e suas filhas. Sua rotina é marcada pela presença das filhas no acompanhamento das atividades realizadas por elas.

Fátima de Oliveira

Em um final de tarde, fomos recebidas pela nossa entrevistada de 41 anos, na unidade de saúde que ela trabalhava. Uma acolhida calorosa por se tratar de um local com um número expressivo de promotor@s. Fátima de Oliveira, uma pessoa notoriamente tranquila, nos dirige

até um consultório para nossa conversa. Ela traz uma fala tranquila, curta e direta, mas com grande profundidade na sua vida de 21 anos de agente comunitária de saúde, e 13 anos de técnica de enfermagem em um hospital filantrópico do município de Porto Alegre. Com uma garra de mãe solteira que criou seus dois filhos de 22 e 19 anos. Falou com muito orgulho que seu filho mais novo segue seus passos na saúde, pois está cursando a faculdade de enfermagem na UFRGS e o mais velho estudante de Engenharia Civil. Esta mãe, ainda jovem, busca seu sonho junto com os filhos: quer ser uma profissional de nível superior e, por isso, está cursando a faculdade de Serviço Social.

Fátima de Oliveira, por morar em uma comunidade empobrecida, manteve seus filhos centrados e direcionados para um futuro diferente do dos vizinhos, marcados pelo contexto da marginalização social dos jovens de periferia. E com a mesma garra que esteve por dois anos à frente do comitê técnico de saúde da população negra, manteve-se, ainda, mesmo não estando mais à frente do comitê, com igual dedicação aos projetos desenvolvidos na unidade e na região.

Luiza Bairros

Ficamos apreciando a chegada da minha primeira entrevistada que veio a passos rápidos, afirmando sua negritude com seu “black” divinamente exuberante. Luiza Bairros nasceu em Lagoa Vermelha, é mãe solteira e considera-se uma mulher esforçada, que busca a autoafirmação enquanto mulher negra nos espaços em que está inserida. Tem uma fala forte de afirmação e é assim que se posiciona, marcando seu lugar no mundo e na comunidade, que primeiramente afirma essa posição na forma como se relaciona com a sua filha. Nas oficinas que realizou com a comunidade tem percebido mudanças no comportamento das pessoas, que participam desses espaços, desde as expressões estéticas à forma de interagir com os demais em seus espaços de vivência. Luiza Bairros percebe o reflexo de sua presença e atuação, muitas vezes, se torna uma referência, mesmo para pessoas negras em quem não entrevi diretamente, como o caso da jovem da visita domiciliar que aderiu ao uso dos turbantes e passou a valorizar seu cabelo após uma visita da Luiza Bairros à sua casa. Recentemente, iniciou sua militância na ACMUN, que se dá pelo resgate de uma amizade antiga, que lhe fez circular por esses espaços e entender a importância de resgatar as origens, enquanto mulher negra.

Marcada por uma infância em que não podia brincar com as crianças brancas, com suas vizinhas, pelo fato de ser filha de mãe divorciada e negra. Iniciou sua vida profissional aos 19

anos na área administrativa, trabalha com saúde desde o ano de 1996; a maior parte do tempo no setor privado. Uma vez que teve poucas escolhas ao longo de sua vida, sendo por vezes "empurrada" a atuação no trabalho, sente-se agora muito realizada e motivada profissionalmente. Ao vermos pessoas felizes, somos estimulados a seguir os nossos propósitos do nosso dia a dia. Sua trajetória de mulher negra, de expressivo saber ancestral herdado de sua mãe, lhe fortaleceu nos momentos mais cruciais de sua vida, marcados pelo racismo nas relações afetivas, o que culminou numa separação, até o ponto em que se viu sozinha tendo que criar a própria filha.

Para Luiza Bairros, a melhor fase da sua vida foi aquela, após os 30 anos. Atribuía ao trabalho tal sensação, pois, como agente comunitária de saúde, sentia que a troca com a comunidade era muito enriquecedora e gratificante. Pois, gostava de compartilhar experiências e aprendizados com as pessoas e de potencializar a auto-estima delas nas suas relações. É feliz na condição de mãe de uma jovem de 20 anos, a qual define como uma jovem tranquila, companheira e muito amiga.

A questão racial está muito presente no ambiente do lar com sua filha. Acredita que, a partir do conhecimento e da cultura, a filha pôde se auto-afirmar nos espaços de discussão racial. Esse é um dos seus principais objetivos no que tange à educação da filha.

Ivone Lara

Nossa conversa não foi a melhor porque Ivone Lara não marcou nosso encontro no seu território de axé, na escola de samba vermelho e branco, onde desfilou desde criança até os 19 anos, quando entrou para a Faculdade. Mas nosso encontro foi marcado pela energia de um bom samba de raiz. Ivone Lara cursou a faculdade em Porto Alegre, onde nasceu. Todo seu ensino ocorreu em colégio particular, por conta de uma bolsa de estudos obtida por seus pais. A sua “experiência em colégio privado foi fortemente marcante em função de inúmeras situações de discriminação que vivenciou, visto que, em sua turma de 30 alunos, apenas ela e mais uma colega eram negras”. Mas, com sua resiliência e apoio do seus pais, que viveram juntos até seus 18 anos de idade, conseguiu superar momentos de discriminação racial nos espaços de ensino. Escolheu ser profissional de saúde por conta de viver neste meio, pois seu pai era atendente de enfermagem e a mãe era técnica de enfermagem. Além disso, suas tias também eram profissionais da saúde. Foi através de uma indicação e, posteriormente, do concurso público que exerceu sua profissão. Ivone Lara lembra que fez inúmeras entrevistas de emprego e que, quando

chegava na hora da seleção, a vaga acabava sendo destinada a uma pessoa branca. Não parou os estudos, cursou especialização. Atualmente é mestre em educação em saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e almeja cursar o doutorado. Com sua determinação, certamente, em breve será mais uma mulher negra com doutoramento.

Olga Benário

Nossa conversa com Olga Benário ocorreu na Unidade de Saúde na qual atuava. Durante a entrevista, apresentou uma fala forte e muito decidida em defesa do SUS. Ela contou que iniciou sua trajetória política desde cedo em um município do interior do Rio Grande do Sul, na qual seu pai havia assumido um cargo político. Participou de movimentos populares e sindicais, o que influenciou a sua escolha pela Medicina de Comunidade, que, para a entrevistada, era mais do que sua fonte de renda; era um projeto de vida. Dentro desta área da saúde, sempre procurou trabalhar a partir de uma perspectiva mais humanizada. Olga Benário era mulher autodeclarada branca e estudou sempre no ensino privado, desde o tempo em que morava em sua terra natal. E, atualmente, aos 61 anos de idade, considera-se uma pessoa realizada.

Maria Quitéria

Nascida na capital do Rio Grande do Sul, autodeclarada branca, Maria Quitéria era assistente social e atuava na luta pela defesa do SUS. Era mãe e, recentemente, no auge de seus 55 anos, avó. A entrevista foi realizada na sala do Conselho Municipal de Saúde, espaço significativo para esta militante social e lutadora implacável na defesa da saúde da população negra. Maria Quitéria já possuía uma sensibilidade social em função de sua formação, mas a partir do curso ampliou sua visão para temática racial. Enquanto aguardava o início da plenária da Comissão de Saúde da População Negra, continuamos nossa conversa... Tendo atuado durante muito tempo na gestão, Maria Quitéria expressou muito de sua experiência na entrevista. Recentemente, aposentada, segue firme na militância em defesa de uma sociedade justa.

Mãe Beatá de Yemanjá

Em nosso encontro, na Unidade de Saúde em que Mãe Beatá de Yemanjá atua, dentro de um consultório de Enfermagem, a entrevistada começou contando um pouco sobre sua infância. Nasceu na casa da Mãe Moça, em Porto Alegre. Costumava brincar de carrinho de lomba e pular

corda, além de passear pelo parque Jardim Botânico e por bairros do Centro da capital com seu pai, que lhe contava histórias da cidade e de seus avós. Enquanto conta, seu olhar expressa a emoção diante das recordações acessadas. Mãe Beatá de Yemanjá é técnica de enfermagem e explicou que escolheu a área da saúde por ter visitado muito o Hospital de Clínicas, quando sua comadre estava internada, assim, “criando gosto pelo ambiente da saúde”.

Autodeclarada preta, Mãe Beatá de Yemanjá apontou que as questões sociais do país são muito difíceis, mesmo com as mudanças e melhorias que já ocorreram. Ela tem uma visão pessimista para o futuro, ao defini-lo como muito triste e caótico em função da morte gradativa do SUS e do desmonte das políticas públicas sociais, como as de educação. A entrevistada pôde contar muito de sua trajetória enquanto promotora, mesmo que a conversa tenha sido atravessada pela organização do comitê técnico da região, por diversas vezes. Ainda assim, pude ouvi-la do quanto o curso de Promotor@s a empoderou enquanto mulher negra, tornando-a cada vez mais lutadora diante do desejo por uma mudança radical para uma saúde de qualidade e sem racismo.

Sony Santos

Sony Santos era uma mulher autodeclarada preta, nascida no bairro Auxiliadora, nos arredores da antiga colônia africana. Cresceu num município vizinho de Porto Alegre, onde teve uma infância cercada de carinho, fez muitos amigos e traçou sua vida estudantil. Durante a entrevista, contou que, quando era criança, costumava fazer passeios aos domingos pela capital gaúcha com seu pai. Ele a levava às comunidades mais carentes, lhe apresentando as pessoas e modo de vida que elas levavam, as alegrias e as tristezas de morar em lugares sem infraestrutura. Em seguida, a levava às zonas mais ricas, normalmente no bairro Moinhos de Vento e arredores. Sua mãe nem sempre podia estar junto nestes passeios, pois fazia plantões no Hospital de Clínicas. Essa experiência a tornou consciente das desigualdades sociais do município e seus reflexos na saúde. Em razão disso, entrou para o curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Atualmente, além de trabalhadora da rede de saúde da SMS Porto Alegre, atua como professora em curso técnico de enfermagem.

A entrevista aconteceu na Secretaria Municipal da Saúde e, durante a conversa, foi possível perceber a tranquilidade e a suavidade em sua fala, característica que admiro muito nela. Desta forma, ela me mostrou o quanto o curso Promotor@s produziu impactos em suas múltiplas identidades, enquanto mulher negra, profissional de saúde, professora e pesquisadora.

José Marmo

José Marmo era um homem autodeclarado preto, tem 60 anos de idade e já aposentado. Vive no município de Porto Alegre há 30 anos. Quando conheci José Marmo, ele não tinha a percepção do racismo existente na sociedade. Talvez como uma forma de negação para evitar o sofrimento. Ainda assim, via ele como um potencial enorme para a luta anti-racista e, com muito investimento, José Marmo topou realizar o curso de Promotor@s. Mesmo com pouco estudo, o entrevistado carrega em sua fala marcas de uma rica trajetória de resistência e luta. No momento, José Marmo tem espaço importante no controle social e trouxe a temática racial para os processos de sua vida. Em suas falas, sempre podemos ouvir a defesa da equidade no SUS.

Nelma Oliveira

Sempre com uma piada pronta, Nelma Oliveira iniciou a conversa com muito humor, deixando o momento mais leve e agradável. Com esse jeito descontraído e com uma bagagem rica, vai encadeando um assunto no outro, dando fluidez e ampliando a entrevista, inclusive, problematizando meus próprios questionamentos.

Durante a conversa, Nelma Oliveira conta que viveu sua infância dentro de uma comunidade empobrecida, na região sul de Porto Alegre, onde construiu seu lar e sua vida. Ela era uma mulher autodeclarada preta, com dois filhos e avó de duas crianças, que eram seus xodós. A entrevistada teve uma trajetória pelo curso de Direito, mas ao final escolheu a formação em Saúde Coletiva. Formou-se sanitarista pela UFRGS após os 40 anos de idade, sendo a Saúde Coletiva a sua principal fonte de reflexão teórica e de vida. A nossa conversa foi muito rica e produtiva.

Leila Diniz

Leila Diniz nos recebeu em sua casa na manhã de um dia frio, sem sol na zona Sul de Porto Alegre. Um chimarrão nos acompanhou, aquecendo nossa conversa. Trabalhou como assessora da gerência e depois assumiu a responsabilidade de ser gestora. Antes disto, como terapeuta ocupacional trabalhou com pessoas com deficiência. Optou ser servidora pública porque achava que nós somos responsáveis por ajudar a comunidade a ter uma saúde com mais qualidade. A região que atuava foi escolhida por que as lideranças desta comunidade estavam

sempre muito presentes, também percebia que era uma região que trabalhava em rede. Nossa entrevistada tem o dom para os trabalhos manuais, mas, neste momento, esses se encontram parados por conta de sua prioridade, que era o neto. Foi possível observar na composição dos objetos, que ganham destaque, em um canto privilegiado da sala, com muitos brinquedos. Nossa conversa, como as demais, se iniciava com o assunto da conjuntura política do país, do estado e município, além de trazer falas sobre seus dois filhos e, obviamente, do neto de dois anos de idade. Ela era uma mulher de 52 anos, autodeclarada branca, natural de Porto Alegre.

3.4 Geração de dados: Na sombra do Baobá⁵

Um estudo qualitativo é realizado por meio da imersão no campo e no cotidiano das pessoas, ouvindo conversas, discursos, enfim práticas sociais, o que permite ao pesquisador registrar os acontecimentos passados e transformá-los em relatos que existam e que possam ser revisitados (GEERTZ, 2008, p. 10). Na presente pesquisa, utilizamos instrumentos investigativos que possibilitaram registrar e vivenciar momentos, na experiência de implementação da PNSIPN em Porto Alegre.

Foram realizadas entrevistas em profundidade a partir de questões disparadoras (Apêndice A), que permitiram captar de forma imediata dados sobre o contexto dessa política no município, além de incluir informações que não poderiam ser obtidas por meio de fontes secundárias. A técnica de entrevistas utilizada para registrar as histórias serviram de subsídios na direção do objetivo específico de refletir sobre as ações da política de saúde da população negra em Porto Alegre, desde a percepção das pessoas envolvidas, das mudanças percebidas pelas trabalhadoras, gestoras e usuárias em seu cotidiano no SUS.

As entrevistas são instrumentos de coleta de informações relevantes por permitirem a exploração de aspectos que podem ser postos em evidência no momento da coleta e possibilitam um maior aprofundamento da percepção dos entrevistados quanto ao universo de pesquisa (NAVERRETE, 2006). As entrevistas foram registradas em gravação de áudio e posteriormente foram transcritas e analisadas.

⁵ O baobá é uma árvore presente no continente africano, de grande porte e longevidade. Segundo Luz (2010 apud WALDMANN, 2012), o baobá simboliza o espírito africano. Personifica o apoio para tomar decisões importantes, é considerada fonte de fertilidade e a solução medicinal para muitos males, (2010 apud WALDMANN, 2012).

3.5 Processo de análise e redação do texto/ processamento informações

A análise do dispositivo do Projeto Promotor@S em Saúde da População Negra na Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre foi realizada da seguinte forma: inicialmente feita a transcrição, que foi a passagem inicial do oral ao escrito, nas entrevistas de profundidade. Por último, a transcrição, que elabora uma síntese do sentido percebido pela entrevistadora, além da narrativa e desempenho do entrevistado (MEIHY, 2005).

Foi empregado, ainda nesse material, a análise temática proposta por Minayo (2007), que apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise foi dividida em três tarefas: a primeira tarefa consistiu na realização de uma “leitura flutuante”, ou seja, o meu contato direto e intenso com os dados brutos (material), permitindo-nos impregnar pelo seu conteúdo; a segunda tarefa consistiu na “constituição do corpus” do universo de pesquisa. Conforme a autora cita, nesta tarefa, buscamos responder aos critérios das abordagens qualitativas, com exaustividade, verificando se o material contempla os itens: representatividade, homogeneidade e pertinência; sobretudo, respondendo de forma satisfatória às questões apontadas na pesquisa. A última tarefa ocorreu na retomada da fase exploratória, ao revisitarmos as questões iniciais de pesquisa e, formularmos hipóteses a partir da elaboração de novas perguntas. Assim, com foco na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município de Porto Alegre, tem-se como pano de fundo as vicissitudes da efetivação de uma política antirracista em um contexto de racismo estrutural e institucional.

As questões que se colocam nesse tema, a partir dos elementos problematizados até o momento e fundamentados na noção de afrocentricidade, nos conduzem a realizar a classificação, partindo-se de três caminhos principais: analisar as experiências d@s promotor@s de saúde da população negra levando em conta os dispositivos de poder/racialidade que perpassam seu trabalho e suas vidas cotidianos; perceber-se negra e conscientizar-se da branquitude: experiências a partir d@s Promotor@s de Saúde da População Negra; e refletir sobre as ações da PNSIPN em Porto Alegre desde a percepção d@s promotor@s de saúde da população negra.

3.6 Considerações Bioéticas

O estudo observou as normas descritas na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Após a qualificação, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bem como no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Após aprovado, foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Na abordagem, e no convite às entrevistadas, foram verbalizados os objetivos do estudo, métodos e benefícios previstos e garantido o anonimato das informações. Em relação aos benefícios as participantes, foi assegurada a disponibilidade das orientações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e às formas institucionalizadas de que dispomos no SUS, para garantir a saúde como um direito, como os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), enquanto fóruns deliberativos e consultivos no âmbito das Políticas Públicas em Saúde.

A anuência das participantes deu-se pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dirigido em linguagem clara, simples e objetiva (APÊNDICE B). Às participantes, foi assegurado o desejo de não permanecer na pesquisa, por intermédio de manifestação verbal, ou a partir da observação de que poderia ser desencadeado sofrimento à entrevistada que se sobressaísse aos benefícios do estudo. Na interação pesquisadora-entrevistada, manteve-se o cuidado para não gerar desconforto, bem como esclarecimentos e dúvidas que surgiram no decorrer da pesquisa, independente do término do trabalho de campo. Foram ofertados, no TCLE, contatos telefônicos e de correio eletrônico da pesquisadora, orientadora e comitês de ética. Todas as convidadas acolheram o convite para participação na pesquisa sem qualquer relação com qualquer benefício ou prejuízo no processo de trabalho, uma vez que os dados tiveram a garantia da confidencialidade e o anonimato preservados. Embora tenham sido previstos riscos mínimos, a pesquisadora não identificou qualquer constrangimento entre as entrevistadas tendo realizado a plena e contínua divulgação da informação às participantes sobre os objetivos desta pesquisa. Todas as informantes permaneceram até o final das entrevistas e coleta de dados.

A pesquisadora evidenciou desde o início o seu envolvimento enquanto acadêmica. Após a defesa da dissertação, tem-se previsto a devolução formal dos dados gerados às instâncias colaboradoras e aos narradores.

4. ENTENDENDO A LONGA TRAJETÓRIA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN).

4.1 Incursão ao passado: o povo negro no Brasil

Dentro da filosofia africana, *Sankofa* é um pássaro que tem a cabeça voltada para o passado e o corpo voltado para o futuro, significa o encontro com a ancestralidade que acompanha nossos passos em *Aiye* e que segue conosco no retorno a *Òrun* (LOPES, 2011). Nessa filosofia africana, aquele que tem interesse pelo passado, compreende o presente, entende o seu destino e o mundo no qual vive. Trata-se, em suma, de revisitar o passado para poder entender os tempos atuais, e com este propósito que trazemos aqui alguns elementos que marcaram a história do povo negro brasileiro.

O povo africano chegou ao Brasil trazendo consigo na sua essência a tradição cultural seus cânticos, lendas, danças, religião, ritos de curas, entre outros. Além disso, por meio de seu saber em engenharia, medicina dentre outras tantas áreas do conhecimento foram responsáveis pelo desenvolvimento da sociedade brasileira na esfera pública e privada, das mais diversas formas, que não se pode contabilizar. Embora a importância do trabalho do povo negro tenha sido apagada da história do Brasil, sua mão de obra foi de extrema relevância para o desenvolvimento social e econômico da sociedade brasileira. Nesse contexto, compreender o escravizado, enquanto indivíduo, concerne à possibilidade de uma mudança de paradigmas nas relações sociais.

No dia 13 de maio de 1888, o Estado brasileiro deixou de reconhecer o direito de propriedade de uma pessoa sobre outra, por meio da Lei Áurea. Entretanto, isso não significou transformação nas relações sociais, marcadas por mais de trezentos anos de vigência do regime escravocrata, considerado uma importante fonte de renda e base dos negócios do Brasil no período colonial. Ao chegar o fim da escravidão, ainda que meramente formal, isso não representou melhoria na qualidade de vida da população negra. No dia 14 de maio de 1888, os negros foram abandonados à própria sorte, sem a realização de reformas que os integrassem socialmente, estava em curso um projeto de modernização, que manteve o latifúndio dos proprietários de terras e exacerbou as disparidades étnico-raciais com segregação dos negros, por meio das restrições aos seus direitos. No pós-abolição, a promessa de inclusão dos

afro-brasileiros no mundo dos livres foi adiada; percebeu-se uma relativa indiferença do Estado brasileiro, frente a políticas públicas de reparação histórica à população negra e mestiça, medidas que conservavam os negros e mestiços em condições de extrema pobreza.

Em 1889, era proclamada a República Federativa do Brasil, um ano após a abolição da escravidão, em que a maioria da população brasileira era negra e mestiça. Aceitar as teorias evolucionistas envolvia analisar o progresso da evolução brasileira, sob os aspectos dos conhecimentos das interpretações de uma história natural da humanidade. Pensando desta forma, o estágio civilizatório em que o país se encontrava era definido como inferior em relação à etapa alcançada pelos países europeus. É com base nessa visão, sustentada pela ciência, que será tecida a cultura brasileira. Sendo o Brasil um país com um enorme contingente de população negra e mestiça, o que passa a ser visto, como atraso rumo ao desenvolvimento, a miscigenação aparece como a única saída para resolver o grande dilema, uma vez que, possibilitaria a elaboração de um projeto de nação “respeitável” diante dos outros países.

Com a chegada dos primeiros trabalhadores imigrantes ao país, efetuou-se a transição da mão de obra escrava ao trabalho livre assalariado. O projeto de imigração brasileira facilitou ainda mais a vinda dos imigrantes europeus brancos das mais diversas partes da Europa. Primeiramente, sem direito à propriedade privada e enfrentando dificuldade nas relações de trabalho moldadas pela escravidão. Em um segundo momento, com as garantias do Estado brasileiro, por meio de políticas que proporcionaram às famílias imigrantes a possibilidade de permanecer no território brasileiro com acesso ao trabalho livre e à terra. A tal ideologia, nomeada como “processo de branqueamento”, pregava o apagamento das marcas da presença africana, símbolo de inferioridade nacional. Historicamente, essa diferença racial foi tida como inferior e problemática. No Brasil, agregamos a isso o mito da democracia racial (GUIMARÃES, 1999) e promoveu-se um período de negação sobre os efeitos dessa diferenciação na produção de bens e serviços.

Essas estratégias foram e são consolidadas sobre a ótica hegemônica da branquitude. O conceito de branquitude analisa os benefícios simbólicos e materiais de ser branco ou branca em uma sociedade racista (BENTO, 2009). Isso permite às pessoas brancas terem essa experiência nas suas vidas, como se a branquitude de seus corpos fosse a norma, ficando a percepção sobre as questões raciais minimizadas. Historicamente, essa diferença racial foi tida como problemática.

A população negra precisou recriar e desenvolver formas de transpor as barreiras impostas, conquistar os espaços sociais, criando laços afetivos e de cuidado.

A primeira coisa a ser dita é que a formação social brasileira é o caso patente, palpável de coexistência e interpretação multisseculares de duas ordens culturais, a branca e a negra. Esta última, com dispositivos culturais trazidos de várias nações, é fonte permanente de resistência a dispositivos de dominação e mantenedora do equilíbrio efetivo do elemento negro no Brasil (SODRÉ, 2005).

No Brasil, a unidade cultural negra surge como estratégia de resistência, por meio da valorização de sua aparente heterogeneidade. Várias foram as formas de organização para a resistência elaboradas e recriadas aos longos dos anos, construindo alicerces fortes e permanentes, como as organizações sociais negras no Brasil. Em uma sociedade estruturada sobre valores dominantes, que negam as condições do povo negro, tornam-se imprescindíveis os movimentos de resistência.

O impacto da discriminação racial, combinada à marca do sexismo, apenas recentemente têm sido reconhecida para as políticas públicas direcionadas a este conjunto populacional. Corpos e vozes de mulheres negras historicamente estiveram à frente do cuidar e fazer saúde. São elas que denunciam e dão visibilidade às iniquidades em saúde há muito tempo, mas em especial nas últimas três décadas, produzindo conhecimento acadêmico e imprimindo novos conceitos e novas estratégias para as políticas públicas pensarem os desafios da superação dos efeitos do racismo na produção da promoção da saúde, à prevenção e do não adoecimento.

4.2 Dispositivos de racialidade: surgimento de ferramentas de saúde pública anti-racistas

Quanto à categoria raça nas relações sociais no Estado brasileiro, utilizando-se da noção de biopoder em Michel Foucault, a partir do incremento da imigração branca no país, percebeu-se que o discurso racialista reorganiza novas modalidades de dominação, que se alimentam numa utilização peculiar dos dispositivos de biopoder (ANJOS, 2004).

Foucault destacou a noção de biopoder enquanto controle e regulação da vida. Ao refletir sobre o processo de governamentalidade, o autor sugere que, a partir do final do século XIX, houve uma mudança significativa do exercício do poder, vinculado à constituição e ordenamento dos Estados-nação. Partindo da idéia weberiana de que o Estado funda-se pelo monopólio da violência, do “fazer morrer e deixar viver”, o autor elabora a proposição de que, nos Estados modernos, a lógica se modificaria, diante da moralidade moderna e do aparato burocrático do

Estado, passando a “fazer viver e deixar morrer”.

Nesse sentido, o filósofo Achille Mbembe, ao aprofundar as reflexões sobre o poder do Estado, analisa que, em certa medida, ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação do poder denominado de necropolítica (MBEMBE, 2018). Ao se questionar sobre a ideia de “política uma forma de guerra”, Mbembe reflete sobre quais são os lugares atribuídos à vida, à morte e ao corpo humano, especialmente ao corpo que “pode ser ferido/massacrado” e, assim, questionar a forma como esses corpos e a gestão da vida e, em especial, da morte estão inscritos na ordem do poder lugar é dado a vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado) e como eles estão inscritos na ordem do poder (MBEMBE, 2018).

Assim, a concepção de diferenças raciais do ponto de vista biológico, em outras palavras a desumanização de grupos étnicos estrategicamente selecionados, foi o argumento que possibilitou (e ainda possibilita, nos tempos atuais) o genocídio⁶ silencioso de fazer a “necropolítica”. Nesse contexto, podemos pensar o racismo no Brasil e em suas políticas, que embora em um contexto de abundância de dados estatísticos e mesmo qualitativos sobre a realidade de vida da população negra, insistentemente “deixar morrer” os corpos negros nascidos sob seu mando. Essa política pode ser entendida desde um *continuum* da política colonialista (racista), visto que, desde lá o Estado deixava morrer pessoas negras, em uma evidente expressão de que suas vidas de nada importavam.

No caso brasileiro, embora a existência de uma diversidade racial biológica não seja uma afirmativa corrente no contexto científico, a “raça”, ou “as raças” passaram a operar no contexto social, na vida cotidiana. A diferença racial foi estabelecida socialmente e identitariamente no contexto de constituição e criação da identidade nacional “do brasileiro”, seguindo um violento processo de invisibilização das populações negras e indígenas (ANJOS, 2004). Em uma perspectiva de “branqueamento” e uniformização da população da recente “nação brasileira”, como já comentado.

A partir das reflexões de Foucault, mas especialmente das de Mbembe, podemos afirmar que o racismo opera de maneira central quando analisamos os sujeitos que “podem tirar a vida de

⁶ O termo genocídio designa crimes que têm como objetivo a eliminação da existência física de grupos nacionais, étnicos ou raciais, religiosos, entre outros. Organizado por negras e negros do mandato coletivo Flavio Serafini, ONG Rio Vida e Coletivo de Mulheres Negras Claudia Silva. Cartilha Combate ao Racismo. Mandato Coletivo Flávio Serafini. Deputado Federal PSOL. Projeto Gráfico e capa: Flávia Mattos. (Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, 2018, p. 17).

alguém” e, sobretudo, “os sujeitos que podem ter suas vidas suprimidas”. Nesse sentido, as análises de Sílvia Almeida são fundamentais para entender o caráter estruturante do racismo na sociedade brasileira. Pois, “o racismo é sempre estrutural, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade” (ALMEIDA, 2019, p. 15). Pois, o que Almeida mostra é que o racismo, em especial na sociedade brasileira, longe de ser um fenômeno patológico ou a expressão de algum tipo de anormalidade, é um elemento que estrutura e perpassa as demais relações e a própria estrutura social.

Ainda antes de Almeida, mas no mesmo quadro reflexivo, Sueli Carneiro (2005, p. 43) propôs, desde a análise do contexto brasileiro, o conceito de *dispositivo da racialidade* como sendo o exercício do biopoder que “demarca o estatuto humano como sinônimo de branca”. A autora compreende, na “mestiçagem brasileira”, radicalmente disciplinada na constituição da identidade nacional, opera o dispositivo da racialidade tendo como efeito a distribuição desigual dos recursos e meios que seriam necessário ao “fazer viver” no contexto de sociabilidade brasileira, numa afirmativa de pré-conceitos entre a população branca e negra (pretos/as e pardos/as, no contexto de classificação estatal).

Tratando da realidade brasileira, Carneiro (2005) pontua que as relações raciais e as relações sociais interagem de forma a “(...) amalga[r] as contradições de classes, as contradições de raças. Isso institui a pobreza como condição crônica da existência negra, na medida em que a mobilidade de classe torna-se controlada pela racialidade” (CARNEIRO, 2005, p. 70). Assim, a transposição da reflexão de outros contextos históricos, especialmente aqueles analisados por autores europeus, para um contexto de sociedades que passaram por processos de colonização (e com isso de grande mobilidade humana) requer atenção, e ainda elaboração.

Na última década, o Estado brasileiro teve avanços significativos no que concerne à garantia de mecanismos legais para efetivação de direitos ao povo negro, em especial à saúde da população negra. Em novembro de 2016, completou-se 10 anos de aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no Conselho Nacional de Saúde, em 2009, posteriormente, sua publicação no Diário Oficial da União. No ano seguinte aconteceu, por meio do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/ 2010), com o Título II – Dos Direitos Fundamentais/Capítulo I – Do Direito à Saúde / Artigos 6º, 7º e 8º alusivos à saúde da população negra, a sua regulamentação ganhando força de lei.

Esses marcos legais seguem os pressupostos da Declaração de Durban, que reconhecem a

necessidade da promoção e proteção dos direitos humanos de afrodescendentes, que foram vítimas de escravidão, do tráfico de escravos e do colonialismo, e continuam sendo vítimas das consequências desse processo. A Década Internacional dos Afrodescendentes, entre os anos de 2015 e 2024, foi declarada pela Organização das Nações Unidas, para celebrar a busca permanente pelo reconhecimento, justiça e desenvolvimento das populações afrodescendentes.

No Brasil, dados sobre desigualdade racial são suficientes para justificar as ações afirmativas, que são aquelas políticas públicas feitas pelo governo ou pela iniciativa privada com o objetivo de corrigir desigualdades raciais presentes na sociedade, acumuladas ao longo de anos. As ações afirmativas podem ser de três tipos: com o objetivo de reverter a representação negativa dos negros; para promover igualdade de oportunidades e para combater o preconceito e o racismo (SEPPPIR, 2016).

Os impactos das práticas racistas na saúde da população negra têm sido foco de investimentos nas políticas públicas nacionais e diretrizes internacionais para eliminação do racismo (DECLARAÇÃO DE DURBAN, 2001). Cabe destacar a importância e a força dos movimentos negros nas conquistas e elaborações das ações afirmativas para enfrentamento do racismo na sociedade brasileira. É nesse contexto que se estrutura, em 2007, no Brasil, a PNSIPN.

A PNSIPN trata do reconhecimento do racismo institucional como determinante social nas condições de saúde da população negra (BRASIL, 2009). A partir deste marco, tornando fundamental o enfrentamento ao racismo institucional e os seus impactos nos agravos em saúde, visando reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde por meio da articulação com as diversas instâncias sociais que devem interagir para garantir a sua efetiva implementação, ancorada nos princípios e diretrizes de universalização do SUS. Tendo como estratégia fundamental o princípio da equidade, aquela que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e das ações estratégicas para superá-las. Em saúde, a equidade deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população (BRASIL, 2009). A humanização, as práticas emancipatórias da educação em saúde e a ruptura da hegemonia dos saberes, aproximando a linguagem e realidade simbólica dos indivíduos, também devem ser consideradas, enquanto aspectos emancipadores da população negra.

Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de

conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve se desdobrar no princípio da equidade, segundo Luís Eduardo Batista, Maria Mercedes Loureiro Escuder e Julio Cesar Rodrigues Pereira (2004), sob a premissa de que há diferenças sociais de acordo com a etnia e que essas diferenças constituem-se em vulnerabilidade para doença, realizou-se estudo para averiguar se a raça/cor condiciona padrões característicos de óbito. Foi encontrado, na análise da mortalidade segundo a raça/cor, que a morte tem cor. Há uma morte branca, que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças. Há uma morte negra, que não tem causa em doenças: são as causas externas, complicações da gravidez e parto, os transtornos mentais e as causas mal definidas.

O Painel de Indicadores do SUS nº 10 – Temático Saúde da População Negra revela o quanto se produz adoecimento e morte evitáveis por conta do Racismo Institucional. Esse conceito é tido como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 17).

A maneira pela qual uma determinada população vive influencia diretamente sobre as condições que esta tem de viver, sob as adversidades existentes na sociedade. Pode-se assim destacar o conceito de vulnerabilidade, que auxilia na compreensão da saúde da população negra no Brasil, a partir do “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação” (LOPES, 2003). Ainda conforme Lopes, no caso da população negra, além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

4.3 Dispositivo de racialidade como determinante social

Sueli Carneiro afirma que, no Brasil, através do dispositivo da racialidade, o biopoder produziu a negritude sob o signo da morte. Dentre os impactos do racismo na população brasileira, Sueli Carneiro (2005) sustenta que a negritude brasileira tem vivido sob o signo da morte. Corroborando essa perspectiva teórica, os dados do Mapa da Violência de 2012 (WASELFISZ, 2012, p. 14) apontam um percentual maior de vitimização da população negra do que da população branca, sendo esse percentual de 132,3%. Isto é, para cada branco vítima de homicídio proporcionalmente morreram 2,3 negros pelo mesmo motivo. Essa lógica reflete-se no quadro epidemiológico dessa população, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde.

Para visualizar esse quadro, apresento dados construídos pela oficialidade do Estado, explicitados no Painel de Indicadores do SUS (BRASIL, 2016), conforme demonstrados, na sequência. Entendemos que a produção de mapeamentos e de censos são “mapas abreviados” (SCOTT, 1998) da população, e tendem à produção de homogeneidade. A impregnação do racismo estrutural e seus dispositivos fazem com que os dados existam e somente sejam ignorados. O “deixar morrer” do Estado estaria menos expresso na produção de suas “provas”, e talvez mais na desconsideração das mesmas, diante do descaso do Estado.

No Censo de 2010, apresentou uma mudança na característica populacional segundo raça e cor, na autodeclaração de pessoas negras (pretas e pardas) no Censo de 2000, era de 44,7%; e, em 2010, foi de 50,7% . As regiões Sudeste e Sul apresentam a maior concentração de população autodeclarada branca. Estas são as mesmas regiões do país com a maior disparidade de renda. A tabela 1 traz três elementos da realidade brasileira na comparação entre brancos e negros. Nos três cenários, os piores índices são para a população negra.

Tabela 1 - Descrição da distribuição por raça- cor de características da população, em 2012.

Descrição por raça- cor Brancos e Negros	BRANCOS	NEGROS
Rendimentos por décimos de população	5,3%	14,1%
Frequência escolar líquida entre 15 a 17 anos de idade	62,9%	47,8%

Entre os estudantes de 18 a 24 anos de idade que frequentavam o ensino superior	66,6%	37,4%
---	-------	-------

Fonte: Painel de Indicadores do SUS, Vol 7, Brasil.

Tabela 2 - Descrição da distribuição por raça-cor (brancos e negros) no executivo, em 2014.

Descrição	BRANCOS	NEGROS
Servidores do poder executivo	51,7%	26,4%
Distribuição de ocupantes de cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS), por nível de cargo	60,6%	24,7%

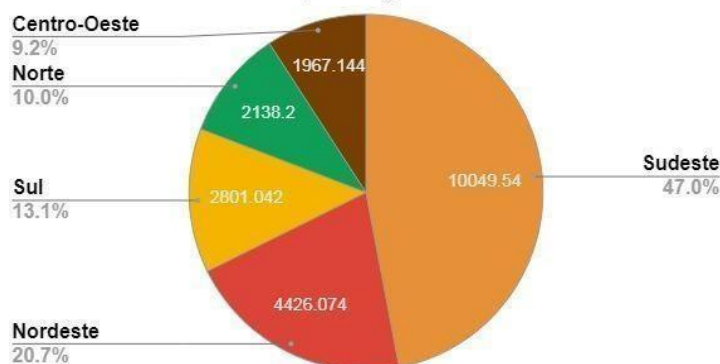
Fonte: Painel de Indicadores do SUS, Vol 7, Brasil.

A distinção baseada na cor da pele influencia diretamente nas chances de sofrer discriminação, quanto mais escura a tonalidade da pele de uma pessoa, maior as suas chances de vivenciar o racismo.

Houve um aumento no número de notificações de sífilis em gestantes de 2012 para 2013 variando entre 14,8% na Região Nordeste e 44,7% na Região Sul. Dos 21.382 casos notificados no Brasil em 2013, 47,0% eram da região Sudeste, 20,7% da região Nordeste, 13,1% na região Sul, 10,0% na região Norte e 9,2% na região Centro-Oeste (Gráfico 1). Analisando a variável raça/cor, percebe-se que o percentual de mães brancas de crianças com sífilis congênita é consideravelmente menor que o número de gestantes em geral, enquanto a cor parda é maior, distribuindo-se da seguinte forma: pardas com 46,7%, brancas com 29,7%, pretas com 12,2%, e ignorado 9,8%.

Gráfico 1- Distribuição dos casos notificados de Sífilis em Gestante por Região

Distribuição dos casos notificados de Sífilis em Gestante por Região



Fonte: Painel de Indicadores do SUS, Vol 7, Brasil.

Tratando-se dos novos casos de Tuberculose, em 2014, no Brasil, 59% ocorreram em pessoas de raça/cor negra (preta e parda), 32% branca, 1% amarela e 1% indígena. A população preta e parda é a segunda que mais morre por tuberculose, sendo a população indígena a que tem a maior taxa de mortalidade. Diversos determinantes sociais de saúde, como condições desfavoráveis de habitação, de acesso aos serviços de saúde e insegurança alimentar estão relacionados à ocorrência de tuberculose e acesso ao tratamento.

Referente ao acompanhamento pré-natal, sabe-se que o Ministério da Saúde preconiza o mínimo de 6 consultas durante o período da gestação. O recorte por raça/cor da proporção de mulheres que declararam realizar seis ou mais consultas de pré-natal em 2012 foi de 85,8% na população branca, 80,7% na amarela, 71,8% na parda, 71,2% na preta e 39,7% na indígena.

Nos últimos 12 anos, houve aumento expressivo no número de óbitos e na taxa específica de óbitos por agressão (homicídio) de jovens negros de 15 a 29 anos. Em 2012, foram notificados 152.013 óbitos em consequência de causas externas, dos quais 55.291 (36%) das vítimas eram jovens de 15 a 29 anos. Destes 55.291 jovens de 15 a 29 anos, 44.555 (90%) eram do sexo masculino e 32.632 (59%) eram de raça/cor negra (pretos e pardos).

Tabela 3 - Causas externas de óbito frequentes entre jovens negros de 15 a 29 anos, em 2012.

Causa	Número de óbitos	%
Agressões	20.204	62%
Acidentes de Transporte	7.201	22%
Suicídio	1.254	4%

Fonte: Painel de Indicadores do SUS, Vol 7, Brasil.

Ao se olhar para as pirâmides etárias dos anos 2000 e de 2010, analisadas por raça/cor, observa-se que houve estreitamento da base da pirâmide para os três principais grupos, sendo resultado da diminuição da fecundidade. De acordo com o Censo de 2010, pessoas pretas e pardas estão em maior proporção no grupo de pessoas abaixo de 40 anos, enquanto pessoas brancas têm maior proporção entre os idosos (maiores de 65 anos, mas principalmente, maiores de 80 anos). Isso está provavelmente relacionado às diferenças nas condições de vida e no acesso

a serviços e nos cuidados de saúde e também na distribuição desigual de renda.

Ao examinar o perfil da população carcerária brasileira, percebeu-se que é composta majoritariamente por jovens negros do sexo masculino. A população penitenciária do Brasil está aumentando substantivamente, e, devido ao estrato pardo, o crescimento da população negra tem sido o maior dentro do sistema carcerário. De acordo com dados do Sistema de Informações Penitenciárias (InfoPen), estima-se que mais de 60% da população privada de liberdade seja negra.

Em Porto Alegre, os dados são mais alarmantes, por ser a capital brasileira que apresenta os maiores coeficientes de detecção de AIDS desde 2006, sendo que a média nesse período é de 100 casos por 100 mil habitantes. Esse coeficiente apresenta leve tendência de queda nos últimos dois anos; e, quando analisada a variável raça/cor, observa-se grande diferença entre brancos e pretos/pardos, principalmente se discriminadas por sexo, conforme quadro abaixo.

Tabela 4 - Coeficiente de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) por raça/cor e sexo nos anos de 2007 a 2014, em Porto Alegre.

ANO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Branco	Pretos e Pardos	Branca	Pretas e Pardas	Branco	Pretos e Pardos
2007	101,1	169,8	56,4	120,0	76,9	145,2
2008	107,5	162,1	67,5	130,5	85,9	146,6
2009	102,2	169,1	59,4	144,4	79,1	157,8
2010	117,0	167,7	57,7	129,2	85,1	149,1
2011	102,8	165,4	52,9	138,5	75,9	152,9
2012	100,3	139,1	52,8	133,2	74,6	151,9
2013	105,3	172,7	50,7	127,2	75,9	150,5
2014	97,7	183,7	39,3	116,7	66,2	150,1

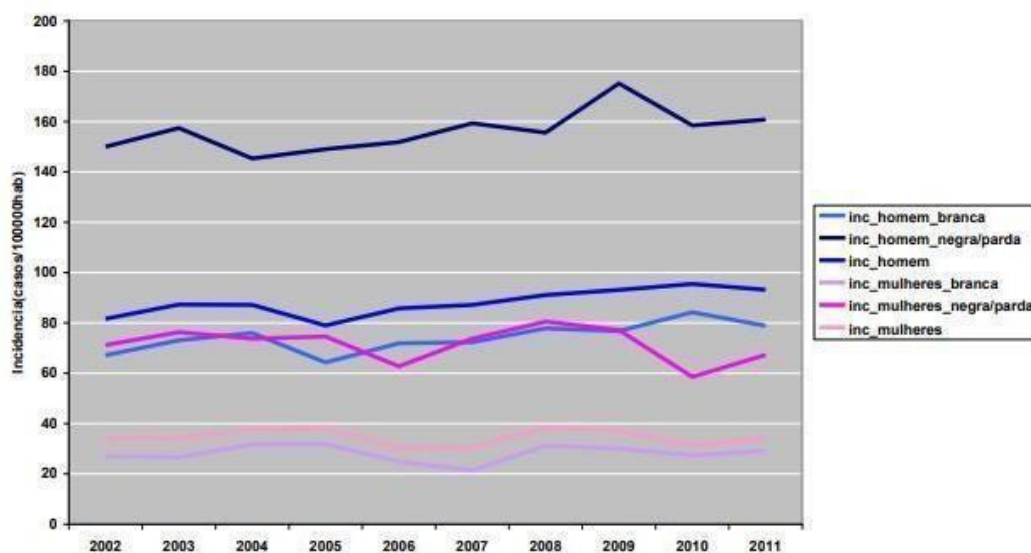
Fonte: Procompa/Boletim epidemiológico nº. 58, p. 05, agosto de 2015.

A Tabela 4 demonstra que, entre o período de 2007 a 2014, a população negra (preta e parda), tanto masculina quanto a feminina, apresentou os piores índices em comparação à

população branca. No ano de 2014, a população masculina branca apresentou uma leve queda, entretanto a população masculina negra apresentou um aumento, permanecendo em patamares elevados.

A Análise Epidemiológica da Tuberculose, em Porto Alegre, no período de 2001 a 2011, permitiu identificar que os homens representam 70% dos casos, estando 15% destes institucionalizados. Ao observarmos os dados com o recorte raça/cor, observou-se que a incidência de tuberculose pulmonar bacilífera nas mulheres negras é igual a dos homens brancos e que a incidência de tuberculose nas mulheres em geral e nas mulheres brancas é muito menor que a incidência nas mulheres negras. Observa-se, também, que a incidência de tuberculose em homens negros (pretos e pardos) mantém um padrão de ser mais alta do que nos homens brancos no período analisado, além de homens negros apresentarem risco duas vezes maior em relação ao homem branco de contrair tuberculose (Conforme Núcleo das Crônicas/EVDT/CGVS/SMS/POA).

Gráfico 2 - Distribuição da Incidência da Tuberculose Pulmonar Bacilífera por sexo e raça/cor da pele, em Porto Alegre, no período de 2002 a 2011.



Fonte: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/POA

Tabela 5 - Coeficiente de óbito por Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações em adultos entre 30 e 69 anos, por raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2016 e 2015.

Sexo	Raça/Cor	Ano		
		2016	2015	Variação
Masculino	Negro	4,13	2,54	62,6
	Indígena	-	-	
	Branco	3,64	3,36	8,33
	Amarelo	-	10,68	
	Total	3,88	3,27	18,65
Feminino	Negro	3,51	4,03	-12,9
	Indígena	-	-	
	Branco	1,89	2,02	-6,4
	Amarelo	-	8,74	
	Total	2,33	2,49	-6,43
Total		3,03	2,84	6,69

Fonte: SIM/CGVS/SMS/POA

Na tabela acima, observamos um aumento dos coeficientes de óbito por DM, entre os homens, principalmente naqueles da raça negra, oposto às mulheres. Percebe-se também que nos dois anos as mulheres negras apresentam o coeficiente de óbito por DM mais elevado do que as mulheres não-negras.

Os indicadores de saúde do Brasil e de Porto Alegre refletem o mesmo cenário de desigualdade racial. Porto Alegre é a capital com maior desigualdade entre negros e brancos no Brasil, isso porque, enquanto o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), da população negra na capital gaúcha é de 0,705, o da população branca é de 0,833 – diferença de 18,2%, a maior encontrada entre os municípios brasileiros (IPEA, 2017).

As políticas de cunho universais não são suficientes para dar conta das iniquidades raciais. Segundo Moehleck (2002), mesmo que a grande parte da população negra encontra-se na faixa da pobreza, não quer dizer que medidas que beneficiam a população pobre atinjam da mesma forma a população negra, salienta que a exclusão social não é a mesma coisa que discriminação racial e exemplifica com resultados de pesquisas em países como Cuba, em que os investimentos em medidas de caráter socioeconômico não foram suficientes para reduzir as desigualdades raciais.

Podemos concluir que, no Brasil, as iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social (WHITEHEAD, 1992). Uma mirada atenta aos dados e informações que partem do próprio controle estatal seria a alavanca para a produção de políticas públicas que deslocassem o olhar hegemônico da branquitude.

Nas últimas décadas, tem crescido o número de estudos e pesquisas acadêmicas que buscam subsidiar o planejamento de ações e de estratégias de intervenção social ou avaliar e monitorar programas, políticas e projetos sociais. No entanto, poucos desses estudos estão direcionados ao processo de implementação da PNSIPN. Realizando a busca dos atributos PNSIPN, no banco de Teses e Dissertações da CAPES, encontramos somente 13 pesquisas (2 teses de doutorado e 11 dissertações de mestrado) envolvendo esse tema, sendo que, apenas 10 delas apresentadas nas áreas da Saúde Coletiva; Ciências da Saúde; Sociologia; Mudança Social e Participação Política; Direito; Educação; Psicologia e Psicologia Social, foram mais direcionadas, tendo como objeto de pesquisa essa política pública, que reforça a necessidade desse enfoque nas pesquisas acadêmicas. Essas publicações foram visitadas no decorrer da pesquisa, embora nenhuma delas tenha como enfoque o processo de implementação da PNSIPN em Porto Alegre, o que aponta para o ineditismo desta pesquisa.

CAPÍTULO 1

SEMEANDO O BAOBÁ

Vem me regar mãe
Vem me regar
Vem me regar mãe, êa
Vem me regar

Todo santo dia Pois todo dia é santo
E eu sou uma árvore bonita Que precisa ter os teus cuidados
(...)

E ando sobre a terra
E vivo sob o sol
E as, e as minhas raízes
Eu balanço
Eu balanço Eu balanço
(...)

Me regar mãe
Vem me regar
Vem me regar mãe, êa
Vem me regar

Edson Gomes

1.1 Preparar a terra

Em Porto Alegre, a iniciativa de implementação da PNSIPN foi protagonizada pelo movimento social negro, em especial o de mulheres negras. Esses movimentos organizaram-se no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, constituindo a Comissão de Saúde da População Negra (CSPN).

A CSPN, no seu primeiro encontro, datado de 09 de dezembro do ano de 2004, procedeu a escolha de sua coordenação, constituiu um cronograma de reuniões e de articulação com o Plenário do CMS/POA. A coordenação ficou com o Grupo Hospitalar Conceição, Mocambo e Associação Cultural de Mulheres Negras (GARCIA, 2012).

A CSPN apresentou os dados epidemiológicos relativos à saúde da população negra no Plenário do CMS/POA, em 28 de abril de 2005. Conforme GARCIA (2012), neste momento pode-se perceber, por meio das manifestações do representante da gestão, o desconhecimento dos processos de discriminação nas instituições e serviços do SUS no município.

Ao final de maio de 2006, a CSPN entrega, ao Secretário Municipal de Saúde, documento contendo a seguinte pauta: formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde; realização de um curso para profissionais da rede, de doenças prevalentes na população negra; apresentação de dados epidemiológicos e morbimortalidade com

recorte raça e etnia, no relatório trimestral de gestão; estudo de satisfação e necessidades das populações remanescentes de quilombos urbanos dos Alpes, Luiz Guaranha e Família Silva; implantação e qualificação do quesito raça/cor e indicadores sociais na saúde (GARCIA, 2012).

Nos anos seguintes, ocorreram várias reuniões. No ano de 2008, a CSPN fez uma intervenção na plenária do CMS, no dia 20 de novembro, Dia da Consciência Negra, na qual foi apresentada a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra. Após a mobilização do CMS, a SMS iniciou uma organização interna para criação de uma instância responsável pela Saúde da População Negra, junto à Assessoria de Planejamento.

A implementação da PNSIPN em Porto Alegre é marcada pela afrocentricidade desde o início do processo, entendendo-a como “um tipo de pensamento, prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos” (ASANTE, 2009, p. 93).

Nesse momento, em 2009, fomos convidados para tomarmos parte na implementação da PNSIPN no município de Porto Alegre. Iniciou-se um ensaio do espaço o qual ocupamos no Centro de Saúde Vila dos Comercários para a Assessoria de Planejamento (ASSEPLA), o lugar em que estavam todas as políticas de planejamento. De fato, isso somente foi oficializado em junho de 2010, ano da nomeação desta autora para a coordenação da Área Técnica de Saúde da População Negra (ATSPN), com a lotação desta, de fato, na ASSEPLA.

Em uma análise ao livro “Olhares sobre a Equidade em Saúde: Elementos acerca da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Porto Alegre”, organizado com a colaboração da Juliana Maciel Pinto e Simone Cruz, transcrevemos alguns elementos marcadores do processo de implementação desta política, entre os anos de 2010 a 2012. Essa publicação possibilitou registrar os afazeres, os esforços e as reflexões no processo desencadeado na SMS para a institucionalização desta política pública de saúde. O referido livro traz a participação do controle social, mais especificamente, do movimento social negro em prol da saúde da população negra no SUS. Além disso, temas como saúde nos quilombos e os saberes e as práticas da religião de matriz africana são abordados, destacando espaços que também realizam práticas de saúde, que devem ser reconhecidas e respeitadas. Outro tema trazido é a Doença Falciforme (DF), que acomete principalmente a população negra, demonstrando os resultados da adoção da estratégia de triagem neonatal (teste do pezinho) e a necessidade de organização da rede de serviços para atender com resolutividade às pessoas que vivem com DF. As estratégias de

implementação da PNSIPN, desenvolvidas até então, são também abordadas, principalmente as direcionadas à ampliação do reconhecimento institucional e político necessário para efetivação na prática dos serviços de saúde. A obra visou compartilhar as experiências de Porto Alegre com gestores, pesquisadores, trabalhadores (força de trabalho em saúde) e usuários interessados na temática que atuam nos municípios do país.

Uma das primeiras ações da ATSPN da SMS foi dar visibilidade para as iniquidades raciais em saúde no município desencadeada por diferentes ações. Em 2010, foi elaborada uma edição especial do Boletim Epidemiológico, em conjunto com a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), apresentando os dados sobre a situação de saúde do município segregados por raça/cor. Pela primeira vez, o município de Porto Alegre utilizou a categoria raça/cor, já disponível no sistema, fazendo uma análise e publicizando os resultados. Essa ação desencadeou a inclusão, no Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, de onze metas da saúde da população negra, além de uma análise situacional.

Também impulsionou a realização de um curso para Comissão Saúde da População Negra sobre a utilização das ferramentas dos VITAIS - Sistema de Informação da SMS. Ainda foi organizado um curso para os trabalhadores que estavam participando do mutirão de cadastramento do cartão SUS, acompanhamento de todo o processo até a efetivação dos cadastros, para a coleta do quesito raça/cor e a elaboração de um *banner* sobre a autodeclaração para apoio aos cadastradores, corroborando para a redução das dificuldades apresentadas junto ao cadastramento da população.

No âmbito da relação ensino-serviço, junto com a Coordenadoria-Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores da Saúde (CGADSS), foi construído um seminário para as universidades que utilizam os serviços de saúde e demais postos de trabalho da SMS como campo de estágio, com objetivo de sensibilizar para a inclusão da temática da saúde da população negra.

Ainda no período entre 2010 e 2012, percebe-se ações conjuntas com as demais políticas de saúde, como a exemplo da Política de Saúde Bucal, que realizou capacitação para odontólogos e auxiliares de saúde bucal em Doença Falciforme, prevista inicialmente para 100 profissionais. Entretanto, as expectativas foram superadas e reorganizadas para coletar as demandas interessadas. A Área Técnica de Saúde da Mulher realizou cinco capacitações sobre Rastreamento e Prevenção do Câncer do Colo do útero e Câncer de Mama e Protocolo de

Assistência às Mulheres Lésbicas, para o total de 223 técnicos de enfermagem, que contou com um módulo sobre Saúde da População Negra.

Uma outra ação a ser destacada aqui é a inserção da temática racial no processo seletivo para profissionais de Estratégia de Saúde da Família, no município de Porto Alegre, em 2012, por meio da inclusão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, como conteúdo programático para todos os cargos. Essa foi uma das formas de qualificar a ação afirmativa prevista no Decreto Municipal nº 14.288, de 16 de setembro de 2003, que dispõe sobre as vagas para afro-brasileiros em concursos públicos para provimento de cargos efetivos na Prefeitura Municipal de Porto Alegre e conjuntamente apoiar o processo de implementação da PNSIPN no município.

A educação permanente, uma estratégia do SUS, é uma das ferramentas mais importantes para a mudança nos processos de trabalho, principalmente quando se traz a realidade vivida pelos trabalhadores/es no seu cotidiano dos serviços de saúde. No ano de 2011, foi realizada uma capacitação de oito horas para a rede de saúde. Porém, a área técnica avaliou que o tema era amplo e complexo, sendo necessário ampliar o número de horas a fim de concretizar os subsídios necessários à efetivação da PNSIPN nos processos de trabalho. Assim, criou-se o Projeto Promotor@s em Saúde da População Negra, que visava a implementação da PNSIPN nos territórios, por meio da participação ativa das/os trabalhadoras/es, gestão e sociedade civil.

1.2 Projeto Promotor@s em Saúde da População Negra

O nome Promotor@s foi escolhido a fim de que este expressasse a função que a participante deveria exercer, designando a responsabilidade que teria no término do curso. Desde a oficina que deu origem ao Curso, já foi estabelecida a parceria com o UNFPA⁷, por meio da representante auxiliar Dra. Fernanda Lopes, que forneceu apoio técnico e financeiro para este processo. Em 2012, a SMS dá início ao Curso de Promotor@s de Saúde da População Negra, com uma turma de 44 participantes e finaliza com 43 formados, direcionado a gestores, à força de trabalho em saúde e usuários do SUS.

Com a expertise adquirida no ano de 2012, ampliou-se para três turmas, totalizando 130 formados no ano de 2013. Nesse ano ainda, ocorreu o acolhimento pela Faculdade de

⁷ O UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, é a agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões populacionais, sendo responsável por contribuir com os países para garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o exercício do direito à maternidade segura.

Enfermagem/Saúde Coletiva, tornando-se um curso de extensão universitária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No ano seguinte, acadêmicos de diferentes universidades disputaram vaga para participação no curso. No ano de 2017, ampliou-se para duas turmas ao ano.

No final do ano de de 2017, o número de formadas chegou ao total de 553 pessoas. Conforme Relatório de Gestão do terceiro quadriênio de 2017, a meta pactuada no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 - Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 100% dos serviços de saúde, a meta foi alcançada em 88% que é medida através da participação dos trabalhadores dos serviços SUS de Porto Alegre no Curso Promotor@s em Saúde da População Negra (PMPA, 2017).

As inscrições para participação no curso nas categorias trabalhadoras e gestoras ocorre por meio das gerências de saúde e das direções dos Hospitais Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro e Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, assim, garantindo a liberação dos profissionais para participação. Os demais são inscritos via formulário *google* da ATSPN, da SMS, de Porto Alegre. As vagas para trabalhadores e gestores são divididas com as oito regiões distritais de saúde, CGVS, HPS, Urgências (SAMU e Pronto Atendimento) e HMIPV. Os 20% restantes ficam para controle social, movimento social negro, estudantes e outros usuários. Cabe destacar a crescente procura de outros municípios por esta formação, podemos citar a participação dos municípios de Alvorada, Viamão, Osório, Sapucaia do Sul, Guaíba, Cachoeira do Sul e Esteio. A partir da participação deste último município, houve a constituição de uma referência para a implementação da PNSIPN que hoje também desenvolve formação do seu quadro de trabalhadores da saúde. Além disso, vários estados do país têm buscado a ATSPN a fim de compartilhar dessa experiência.

Denise Rinehart (2013), há discursos antagônicos que negam a pertinência da implementação da PNSIPN por contrariar princípios do SUS; assim como justificam exclusivamente a implementação da Política com base na concepção biologicista, sem reconhecer o racismo como determinante de saúde. A metodologia aplicada no curso busca problematizar diferentes contextos em relação ao processo de estruturação do racismo no estado brasileiro e como ele opera no cotidiano dos serviços de saúde. O curso é dividido em seis módulos, facilitados por diferentes especialistas nas temáticas abordadas. Conforme observado pelas próprias participantes, o diferencial do curso também se estabelece na escolha dos/as

facilitadores que são 80% negras e negros.

Quando apresentei no salão ações afirmativas da UFRGS, a minha experiência no promotoras eu me detive nisto: uma formação ao longo dos 6 meses, dois dias por mês, com um grupo de pessoas negras e brancas com professores majoritariamente negros discutindo a realidade de Porto Alegre, mexe com a subjetividade do trabalhador (Lélia Gonzalez).

Ao longo dos anos, a partir das avaliações das diferentes edições, alguns módulos foram modificados e alterados as/os facilitadoras/es. A facilitadora Lúcia Xavier de Criola da Organização de Mulheres Negras, consultora para o projeto pelo UNFPA, permanece desde a primeira edição do curso, pois é a responsável por fazer as costuras entre os módulos, articulando os conteúdos programáticos dos trabalhos. Abaixo, estão listados os módulos e os seus respectivos conteúdos:



PROGRAMAÇÃO CURSO DE PROMOTOR@S EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

MÓDULO 1

- Relações Raciais no Período Escravagista: Contexto histórico, os atores sociais e o protagonismo da população negra na construção da sociedade brasileira.
- Racismo Científico e Ideologia de Raça: Complexo de Superioridade e Inferioridade: Trata-se de uma investigação de como a ciência foi utilizada para a construção das ideologias de raça, tendo em vista os interesses econômicos e os atores sociais envolvidos.
- Racismos: Estrutural, Institucional e o Inconsciente da População Brasileira: Discutiremos de que maneira as produções científicas que “autorizaram” a escravização foram utilizadas para alicerçar (construir) a sociedade brasileira.
- Pós-abolição: A Construção da Identidade Nacional e o Mito da Democracia

Racial: Projetos políticos e a invisibilidade da população negra.

MÓDULO 2

- **Determinantes Sociais:** Situação da Saúde da População Negra no Brasil::Apresentar como o racismo, bem como os fatores sociais, econômicos e culturais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população negra.
- **Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Reprodutivos:** Relações de Gênero, Sexualidade e Raça Descrição: Saúde sexual e reprodutiva, considerando as diferenças de raças e gêneros.

MÓDULO 3

- **Políticas Públicas:** Saúde da População Negra, Contextualização da PNSIPN.
- **A Importância do Quesito Raça/ Cor nos Âmbitos Institucionais:** Apresentar e discutir a importância da coleta e do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informações das políticas públicas (SUS, SUAS).



**Prefeitura
de Porto Alegre**



PROGRAMAÇÃO CURSO DE PROMOTOR@S EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

MÓDULO 4

- A Rede de Saúde para Doença Falciforme em Porto Alegre: A clínica ampliada da Doença Falciforme.
- Racismo e o Sofrimento Psíquico de Sujeitos Negros : Discutir os impactos do racismo na saúde mental dos sujeitos negros.
- Incidência e agravos em saúde da população negra: Condições geneticamente determinadas e adquiridas, derivadas de condições sócio econômicas, educacionais, ambientais e fisiológicas.
- Interseccionalidades: Saúde dos Povos Indígenas e Saúde LGBTi. Parceiros na efetivação das equidades em saúde.

MÓDULO 5

- Vivência em territórios étnico-raciais da cidade: atividade que socializa os espaços de preservação da cultura negra e indígena. Ida a um dos terreiros, um quilombo é uma aldeia indígena.

MÓDULO 6

- As Múltiplas Dimensões do SUS na Gestão do Cuidado: Universalidade, integralidade e equidade como princípios do SUS. Saúde da População Negra e a Implementação da PNSIPN: Elaboração do projeto a ser desenvolvido no território para a efetivação da PNSIPN.

Ao final dos módulos, é realizada uma cerimônia de formatura, com a participação da gestão, comunidade acadêmica, familiares, militantes do movimento social negro, entre outros. Nestas sete edições, a formatura foi realizada em três espaços diferentes - duas vezes em espaços de hotéis, duas vezes no espaço privilegiado do Clube Inapiários e duas vezes nas dependências da UFRGS.

Amei a questão da formatura, achei que a questão da formatura é o pulo do gato. É o momento de empoderamento dos profissionais de diferentes formações diferentes trajetórias. E a parceria com a UFRGS, é uma sacada muito boa para várias pessoas que não tiveram acesso à universidade, se sentiram tranquilas de circular valorizadas e saíram com objetivo de retomar os estudos independente do nível que pararam. Bom, isso realmente aconteceu (LEILA DINIZ).

A formatura, enquanto ritual que denota a conclusão de um percurso e a aquisição de conhecimento, também é um importante elemento, principalmente se levarmos em consideração que muitos dos participantes do curso são profissionais de nível técnico e nunca passaram por esse acontecimento.

O curso busca constituir uma rede por meio do protagonismo d@s promotor@s descentralizando as ações nos territórios. Um dos resultados mais relevantes desse esforço é a capilaridade que esta política tem apresentado nos diferentes espaços de atenção e gestão do SUS em Porto Alegre. Na totalidade das entrevistas, verificamos que a implementação da PNSIPN era invisibilizada antes do Curso Promotor@s em Saúde da População Negra na percepção das Yalodês. Todas as falas apontam para a inexistência de ações efetivas nos territórios. Podemos ilustrar com uma fala representativa de uma das entrevistadas:

O cuidado com a população negra na cidade de Porto Alegre ele era um e hoje a gente percebe ele com um outro cuidado após o curso promotor@s. Ele era um cuidado que era praticamente inviabilizado, não havia equidade na saúde e hoje a gente consegue perceber que tem um olhar sensível para a população, a equipe de enfermagem, a equipe de saúde consegue perceber a desigualdade da população e assim desenvolver um cuidado com qualidade. Ainda que seja uma caminhada muito longa, porque assim como tem profissionais que foram sensibilizados, ainda há profissionais que não conseguem entender que essa população sim é diferente, nós temos nossas diferenças, como o próprio SUS preconiza, nós precisamos ter equidade. Em todas as ações de saúde, há profissionais que não conseguem compreender isso. O que a gente faz dentro, no trabalho enquanto promotora de saúde é um trabalho “de formiguinha”, é um trabalho de reafirmação dia após dia da política nacional. Assim a gente segue, não é um trabalho fácil, é um trabalho difícil e um trabalho árduo, mas a gente já consegue perceber a diferença na atenção à saúde em relação à cidade de Porto Alegre (SONY SANTOS).

Embora não tenha sido percebido pelas Yalodês, o solo estava sendo preparado na gestão da SMS para tornar-se permeável à implementação da PNSIPN, como pode-se perceber nos artigos publicados no livro “Olhares sobre a Equidade em Saúde”:

A Secretaria Municipal de Saúde incorporou a educação permanente como uma importante estratégia de atuação para a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra, através do desenvolvimento de um conjunto de iniciativas. Iniciou-se priorizando o trabalho com a equipe de gestão da Secretaria através de três iniciativas articuladas. A primeira foi uma oficina com a temática do racismo institucional, para os gestores das áreas técnicas, que contou com a palestrante Dra Maria Inês Barbosa no momento da UNIFEM. A segunda foi uma roda de conversa com a temática da Saúde da População Negra, tendo como animador o Dr. Luis Eduardo Batista, do Instituto. E, por final uma roda de conversa no Gabinete do Secretário, com a Dra Jurema Werneck-conselheira do Conselho Nacional de Saúde, com as coordenações da Secretaria. Essa iniciativa teve como objetivo estabelecer, de forma institucional, uma política de enfrentamento às desigualdades sociais e raciais, e fortalecimento da implementação da PNSIPN (SOARES *et al.*, 2013).

No estudo sobre os discursos da gestão municipal do SUS realizado pela pesquisadora Denise Rinehart (2013), ficou demonstrado a existência de uma representação social enfática de negação de qualquer manifestação racista na sociedade e no SUS, com a afirmação que todos devem ser tratados de forma igual não havendo a necessidade de uma política específica para o negro, por vezes a considerando como um privilégio. Diante dessa lógica antagônica para a

implementação da PNSIPN, reafirma-se a necessidade de investimento na gestão.

A partir deste investimento, foi possível estabelecer a pactuação para a realização do curso Promotor@s em Saúde da População Negra, principalmente por se tratar de uma formação com uma carga horária extensa para os trabalhadores e trabalhadoras da SMS de Porto Alegre. Esse investimento tem representado o incremento de ações relativas às ações de Saúde da População Negra nos diferentes territórios do município de Porto Alegre.

CAPÍTULO 2

O ORÍ INÚ⁸

Em terras africanas
Formaram-se impérios
De destemidas mulheres
De grandes guerreiras
Rainhas soberanas
Divindades da beleza
Nobreza
Sabedoria e poder
Rainha makeda, etiópia
Rainha n'zinga, em angola
Rainha yaa asantewaa
No reino ashanti de gana
Candaces de nossa história
Mulheres negras
Candaces de nossa história
Negras africanas

Ilú Obá De Min

O curso Promotor@s em Saúde da População Negra, além de uma importante ferramenta para a implementação da PNSIPN em Porto Alegre, configura-se como um espaço de produção de subjetividade. Ou seja, um espaço que oferece novos discursos e elementos subjetivos para seus participantes, principalmente, a respeito de sua negritude e da contribuição do povo negro na construção do Brasil, além de contextualizar esses elementos na atual situação da população negra no Brasil.

Então o curso para mim mudou a minha vida, sem sombra de dúvida. Em termos de trabalho então, nem se fala. É nisso que eu estou trabalhando hoje. E a cada dia muito mais comprometida, pensando como isso faz diferença inclusive na saúde mental das pessoas. É outra vida (NELMA OLIVEIRA).

Segundo Michel Foucault (FOUCAULT, 1986), a subjetividade é produzida e calcada em discursos, postos em ato, que vão configurando os modos como alguém se torna sujeito. “O sujeito é, para Foucault, efeito das práticas discursivas” (CARNEIRO, 2005, p. 42). Nessa compreensão, nos tornamos sujeitos a partir de práticas discursivas, enquanto efeito de um campo de possibilidades em que estão em jogo regimes de verdade, que, por sua vez, produzem subjetividades (FISCHER, 2001). Os processos de subjetivação, portanto, referem-se ao modo como sujeito e coletividade se percebem, ao modo de como se compreendem e se constroem,

⁸ ORÍ INÚ - a cabeça interna é a nossa personalidade divina, ou nosso “eu verdadeiro”, ou nosso “eu supremo ou superior”. Em resumo, nossa alma (BENISTE, 1997).

informados por um campo de possibilidades que carrega as condições de surgimento de uma situação. As práticas discursivas, por sua vez, são “regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram (...) as condições de exercício da função enunciativa”, carregando e materializando os regimes de verdade (FOUCAULT, 1986, p. 136). A partir dessa perspectiva, não há um sujeito a priori, estático, escondido, que precisa ser desvelado. Pelo contrário, o sujeito produz a si mesmo e é produzido, constantemente, a partir das circunstâncias que lhe são apresentadas.

O curso Promotor@s, por sua vez, apresenta aos participantes novas perspectivas a respeito do acesso à saúde, visibilizando que há diferenças para os diferentes sujeitos. Mas não só, o Promotor@s conta histórias silenciadas nas escolas, colore seus personagens e oferece outras lentes de análise das diversas situações que são colocadas para a sociedade brasileira. Ao fazer isso, o curso oferece aos seus alunos a possibilidade de enxergar os fenômenos pelo prisma do dispositivo da racialidade/biopoder. Com o tempo, as leituras a partir desse dispositivo passam a ser indispensáveis, transbordando para outros espaços, além do ambiente de trabalho. Transbordando para as demais esferas da vida do trabalhador, que passa a olhar até mesmo a sua história com essas novas lentes, que agora percebem as cores dos sujeitos e os significados atribuídos a essas cores.

Depois fazendo o curso, entendendo toda a história, todas as questões dos dados epidemiológicos, o porquê de ter uma política reparadora, enfim. Então me abriu um outro olhar relacionado até à minha história, propriamente dita. Muitas brechas na minha história começaram a ser preenchidas depois que eu comecei a fazer o curso e a reconhecer minha autoestima, inclusive, melhorar em função desse curso. Eu acho que de uma forma didática, isso foi uma prática muito exitosa por parte da gerência de equidades, quando lançou esse projeto para fortalecer a política (IVONE LARA).

Numa sociedade racista, as circunstâncias que são apresentadas ao sujeito negro e que produzem modos de subjetivação, revelam-se de uma forma aniquiladora. Para o negro constituir-se sujeito é necessário embranquecer, pois somente o branco é considerado modelo de humanidade (FANON, 2008).

Eu tinha pra mim aquela política de branqueamento que vem desde criança, onde eu sou a primeira mulher da família com nível superior. Daí que as mulheres da minha família sempre me diziam: tem que alisar os cabelos [...] tinha sim um constrangimento, queria alisar os cabelos pra me sentir pertencente ao grupo (SONY SANTOS).

Nesses moldes, a sociedade exige do/a negro/a a negação do próprio corpo, a negação de si mesmo, na busca de um embranquecimento inatingível (FANON, 2008; SOUZA, 1983;

NOGUEIRA, 2017). Contudo, ser branco/a é impossível ao negro, além de impor altos custos psíquicos. Nesse sentido, o sujeito negro precisa construir alternativas de encontro consigo, constituindo seu eu negro. Se, por um lado, o embranquecimento protege (ou parece proteger) o negro do racismo da sociedade, por outro lado, custa muito caro ao sujeito negro, devido a um enorme gasto energético para negar a si mesmo, pois “para cumprir os desígnios desse ideal inatingível, o negro violenta-se e é violentado continuamente” (REIS FILHO, 2006, p. 155). Nas palavras de Isildinha “guardadas as devidas proporções, essa confusão leva o negro diante de um processo muito próximo do que se conhece por despersonalização, que é vivenciado de uma forma crônica como consequência da discriminação e que, estranhamente, não o leva às últimas consequências, ou seja, à loucura” (NOGUEIRA, 2017, p. 124).

Foi um grande aprendizado o curso da população negra tanto que no começo eu era convidado pela área técnica pela coordenadora e eu sempre dizia ‘não, eu vou me inscrever’ e depois que me inscrevi sou outra pessoa o meu pensamento mudou [...] às vezes pensava o racismo não tem nada a ver, mas depois que eu fui entender, é uma lição de vida para gente [...] Eu aprendi muita coisa, muita coisa [...] aí tu começa a enxergar a questão do racismo, antes eu não enxergava, não tinha aquela visão (JOSÉ MARMO).

A produção de subjetividade dos sujeitos negros ocorre a partir de circunstâncias próprias, estruturadas a partir do dispositivo da racialidade. Nas palavras de Sueli Carneiro “a racialidade é aqui compreendida como uma noção produtora de um campo ontológico, um campo epistemológico e um campo de poder conformando, portanto, saberes, poderes e modos de subjetivação cuja articulação institui um dispositivo de poder” (CARNEIRO, 2005, p. 56).

Para que o negro possa fazer as pazes consigo mesmo, as ideias negativas coladas ao seu corpo precisam ser desconstruídas, dando espaço a uma outra compreensão de si. Ou seja, é necessário compreender os significados racializados atribuídos ao corpo negro, a essa pele, a esse corpo atravessado pelo dispositivo da racialidade, para então superá-los, para descortinar os significados atribuídos, para que um devir negro se constitua.

Na trajetória pessoal e profissional, eu acho que desde a infância, eu senti essa falta e essa necessidade de falar sobre o assunto. Sobre população negra em geral, não especificamente na área da saúde. Porque, mesmo eu sendo negra e a família tendo um poder aquisitivo baixo, não muito alto, eu estudei em instituição particular com bolsa e a maioria dos meus colegas sempre foram brancos e a única negra da turma era eu, então eu tinha muitas dificuldades em me reconhecer nesse meio. E sempre tive essa dificuldade de me reconhecer negra, de me questionar muitas vezes quando criança e adolescente, por que eu não era de determinada forma? Por que o meu cabelo era de tal jeito? Por que a minha boca era grande? E por que os meninos tinham interesse por outras meninas e não por mim? Então, eu tinha essa dificuldade de relacionar as coisas (IVONE LARA).

Desta forma, não basta ter a pele pigmentada, ser negro é uma construção! Devir negro é um processo, é uma produção de si, necessitando de reinvenções constantes. O curso Promotor@s oferece um solo fértil para essa reinvenção, ao longo de 5 ou 6 meses, sobretudo porque para movimentar as crenças existentes sobre raça no Brasil, é necessário mais do que formações pontuais. Para Neusa Souza (1983), no clássico “Tornar-se negro”:

A descoberta de ser negra é mais que a constatação do óbvio. (Aliás, o óbvio é aquela categoria que só aparece enquanto tal, depois do trabalho de se descortinar muitos véus.) Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas é também, e sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se em suas potencialidades (SOUZA, 1983, p. 18).

Mudou muita coisa, sabe? Desde da minha autoconfiança,[...] me dando empoderamento e embasamento para que eu pudesse me posicionar perante a sociedade, diante aos meus colegas de trabalho.. Me reconhecendo, me fortalecendo, me empoderando em todas as questões da minha vida... Eu me senti mais autoconfiante. [...] Eu deixei de usar química no cabelo.. Aprendi a lidar com o meu cabelo natural.. Eu me vi mais bonita, porque é uma libertação. No momento em que você se identifica, não é mais prisioneira das químicas, daquele padrão que pra sociedade é bonito, o cabelo liso bem penteadinho, bem alinhado, preso, pra trás. Em muitos locais e lugares, as pessoas falam ‘Porque que tu não prende?’ Sutilmente nos falam isso e hoje eu já tenho empoderamento e força para responder ‘Não, eu gosto do meu cabelo assim, ele é dessa forma e é dessa forma que eu vou usa-lo, ponto.’ Não é porque o vizinho, o colega, alguém na rua não gosta do meu tipo de cabelo, da minha cor de pele que eu não vou me aceitar assim.... Dessa forma também o curso me ajudou muito a ter força para enfrentar e se enfrentar muito... (LUIZA BAIROS).

Tornar-se negro implica resistir aos processos de embranquecimento de uma sociedade racista. À medida em que o sujeito negro passa por um processo de tomada de consciência, ao dar-se conta da situação em que vive, ele passa a ter a possibilidade de escolher como agir frente a esse contexto social. Esse processo fica evidente na fala da entrevistada Ivone Lara, que comentou: “Por que a gente apanha a vida inteira, até realmente a gente tomar conhecimento da nossa história mesmo...”. Frantz Fanon entende essa situação como potencial para que o sujeito negro tome as rédeas da situação que vive, “Fanon sustenta [...] que através da tomada de consciência do complexo de inferioridade, nasce um potencial pela reivindicação e pela superação do sistema colonial e racista”, não mais estando assujeitado (SAPEDE, 2011, p. 52). Mas, a medida em que o negro passa a ter consciência das próprias vivências, um novo desafio se apresenta, lutar contra o racismo, contra as relações de opressão colocadas para si e ao povo negro, sua coletividade. Por isso, é irônico refletir que muitas/os trabalhadoras/es de saúde

negras/os correm o risco de adoecer, em virtude do racismo, enquanto buscam cumprir o que determina a política de saúde da população negra. Ou seja, nesse momento, mesmo que se encontrassem em lugares diferentes, o que há em comum entre trabalhador/a e usuário/a negros/as é a presença do racismo que ambos/as estão sujeitos a sofrer na sociedade brasileira.

Quando eu entrei como profissional, fazendo o curso de Promotor@s em Saúde da População Negra, num primeiro momento eu achei que seria apenas voltado para o trabalhadores negros, porque eu não conhecia, né?! Depois fazendo o curso, entendendo toda a história, entendendo todas as questões dos dados epidemiológicos, entendendo o porquê de ter uma política sim. Porque tem que ter uma política reparadora, enfim... Então, me abriu um outro olhar relacionado até a minha história, propriamente dita. Então, muitas brechas na minha história começaram a ser preenchidas depois que eu comecei a fazer o curso e a reconhecer, minha autoestima inclusive melhorar em função desse curso. Por que a gente apanha a vida inteira, até realmente a gente tomar conhecimento da nossa história mesmo... Eu me perguntei várias vezes também, por que eu não fui atrás disso, né?!... Mas a gente no decorrer da nossa vida, da nossa trajetória a gente muitas vezes tem essa negação das pessoas, né?!... De enaltecer a branquitude e deixar os negros de lado e não reconhecer a nossa própria história... Então o curso me possibilitou conhecer a nossa história, porque realmente eu não conhecia... A minha família também, eu acho que se negou durante muito tempo a falar sobre isso, acho que até pela discriminação, pelo racismo que muitos deles sofreram. Então isso não era debatido dentro da minha família, com o curso eu acho que eu comecei a ter um olhar crítico sobre a minha vida pessoal e minha vida profissional também, enxergar que o racismo institucional também é muito presente... Então, eu como profissional consegui, depois do curso, enxergar muito isso, a ter outra visão da realidade (IVONE LARA).

Da nossa história, dos nossos ancestrais... Então isso influencia bastante no atendimento do usuário... E pra mim foi uma ferramenta muito importante e eu continuo passando este conhecimento e trazendo esta ferramenta do curso, que eu acho de extrema importância pro atendimento, principalmente, no SUS e até se torna uma ferramenta para o nosso dia a dia, até dentro da nossa casa... Tu passar todo este conhecimento, o que tu aprendeu no curso, o olhar da gente em relação principalmente da religião, né?! A não valorização das religiões afro. Eu já trabalhei nos hospitais e vamos dizer assim, tinha muita chacota, risadas. E eu não tenho vergonha de dizer que, muitas vezes, eu participava disso, da não valorização da minha religião, que na verdade era a religião da minha mãe, e foi a minha, que me ajudou a sobreviver, eu nasci dentro de um terreiro, o Terreiro da Mãe Moça. Então meu olhar foi totalmente diferente, uma autocrítica de mim e de como eu me posiciono. Se eu me posicionar assim, o que os meus colegas vão pensar? Eles também se posicionavam da mesma forma, mas agora estou neste momento, eu digo: 'Não, só um pouquinho. Vamos respeitar?' Se eu também respeito a católica, se eu também respeito a judia, porque não vou respeitar a mãe de santo, o terreiro onde eu nasci, a minha origem, a minha história? E isso traz uma outra valorização para nós profissionais, isso é muito importante passar para os usuários, essa valorização que ele tem... Para que ele não tenha vergonha de dizer a religião que ele é, para ele entender também o por que dele estar passando por tudo aquilo... (MÃE BEATÁ DE YEMANJÁ).

O curso Promotor@s oferece uma outra história sobre o negro, desvelando um campo de possibilidades e uma outra narratividade, incluindo elementos para questionar o mito da democracia racial, ou seja, a ideia de que pessoas de cores e origens diferentes, ocupam semelhantes lugares e recebem semelhantes oportunidades. Não à toa, inúmeros são os relatos de

participantes a respeito de seus pertencimentos étnico-raciais, assim como de suas percepções a respeito da saúde da população negra, antes e depois da formação.

Mesmo trabalhando na saúde há muitos anos, antes do curso eu nunca tive um olhar para a população negra, como o curso me fez... Este olhar não é diferenciado, mas vamos dizer que muito mais aguçado, pra entender muitas coisas que aconteciam inclusive até uma explicação da minha própria vida O que passou na minha infância, tudo que eu passei na infância... Então no primeiro impacto do curso assim, eu acho que a gente vai lá no fundo da gente como pessoa e como profissional... E com certeza o meu atendimento e meu olhar e meu entendimento da Saúde com a População Negra foi totalmente diferente Isso, para mim, me ajudou muito, profissionalmente como passar para os colegas sobre a Saúde da População Negra, que eu continuo passando até hoje para colegas profissionais... Me proporcionou também uma posição em relação à Saúde com a População Negra, que muitas vezes a gente olha muito o lado crítico não sabendo porque as pessoas estão naquela situação... E não é que a gente não saiba, a gente não sabe a explicação... E se tu não conhece a história da População Negra, como eu vim a conhecer diferente e com um olhar diferente do que acontece... Da nossa história, dos nossos ancestrais... Então isso influencia bastante no atendimento do usuário.... E pra mim foi uma ferramenta muito importante e eu continuo passando este conhecimento e trazendo esta ferramenta do curso, que eu acho de extrema importância pro atendimento principalmente no SUS e até se torna uma ferramenta para o nosso dia a dia e até dentro da nossa casa.... Tu passar todo este conhecimento o que tu aprendeu no curso (MÃE BEATÁ DE YEMANJÁ).

Em relação às pessoas negras, o percurso permite um processo de conexão com a negritude, ou seja, de uma outra possibilidade de compreender a si mesmo. A negritude é entendida aqui como uma atitude positiva que pessoas negras podem construir, ao compreender o processo de opressão historicamente imposto aos negros. Essa compreensão, da negritude, age “tanto na definição dos contornos culturais, políticos e psicológicos da descolonização, como na determinação dos parâmetros de luta contra o racismo” (MOORE, 2010, p. 7). Isso é necessário, pois ninguém quer fazer parte de um grupo que é carregado de deméritos, apagamentos e invisibilidades. À medida que esses estigmas vão sendo problematizados, refletidos e uma nova visão sobre o povo negro vai se construindo, fica mais possível assumir-se, reconhecer-se, devir negro, ou ainda, “tornar-se negro” (SOUZA, 1983).

Um divisor de águas Tenho um tempo de viver, que não era pequeno, sem ter contato, sem ter a percepção do meu processo de vida enquanto pessoa negra. Eu tive uma ausência absoluta do meu processo de mulher negra, de pessoa na sociedade negra. E talvez isso tenha ficado muito escondido para mim... (NELMA OLIVEIRA).

Eu fui falar sobre o quesito raça-cor... Meu Deus, foi um horror a gente começa a ver reações das pessoas, que a gente nunca imagina, que aquela pessoa que conviveu anos contigo tenha aquele pensamento, [supondo] Que não é assim... Que é coisa da nossa cabeça. Eu cheguei a ouvir de uma profissional assim, que eu nunca imaginei, que ela tinha medo que toda essa palhaçada de racismo se voltasse contra os brancos.... Então eu fiquei assim abismada, sabe?! (MÃE BEATÁ DE YEMANJÁ).

A pesquisa demonstrou que o curso Promotor@s movimentou processos de subjetivação para as pessoas negras, na maioria das vezes, de forma profunda e marcante, manifestando-se de maneira a ultrapassar os limites dos espaços de sua atuação profissional. Esses processos se apresentam individualmente, desencadeando mudanças estéticas, por exemplo, conforme relatos das entrevistadas que assumiram seus crespos, seus *blacks*, mas também podem produzir mudanças coletivas, por vezes dando origem a uma certa coletividade e fortalecendo-a, em prol de um objetivo, nesse caso, a saúde da população negra. Isso se explicita no percurso das Promotor@s, por exemplo, quando levam uma caravana até a Marcha das Mulheres Negras em 2015, em Brasília, ou quando se organizam, mesmo que em menor número, para participar do Fórum Social Mundial 2018, em Salvador. Para estarem presentes nesses espaços, as Promotor@s realizaram ações coletivas para arrecadar fundos para a compra de passagens, hospedagem e demais gastos. Esforçaram-se, pois entendiam que era importante levar a experiência das Promotor@s e da implementação da PNSIPN em Porto Alegre para esses espaços, tornando essa experiência possível de ser repetida em outros municípios.

Em relação à Marcha das Mulheres Negras em 2015, em Brasília, [...] pra mim foi maravilhoso ter participado, ter encontrado tantas mulheres guerreiras, fortes, que acreditam numa transformação dessa sociedade racista e que querem, sim, que a gente seja visível nessa sociedade, que tenta nos tornar cada dia mais invisível, né, que a gente tem capacidade de ser trabalhadora, de ocupar espaços que antes não eram ocupados, [...], acho que foi um momento muito emocionante pra mim, acho que pra minha vida. Porque eu nunca tinha participado de um movimento tão grande antes na minha vida inteira, então, fazia muito pouco tempo que eu trabalhava na atenção primária e quando eu fui convidada para ir esse fórum e fazer parte das discussões pra mim foi um prazer enorme e com certeza ter feito o curso de Promotor@s foi um diferencial na minha vida e me proporcionou participar desses espaços que eu desconhecia” (IVONE LARA).

Interessante refletir, a partir da entrevista da enfermeira Ivone Lara, o atravessamento entre o processo de tornar-se negro e o processo de construção de uma coletividade, embora não apenas negra, mas que se reúne em torno da saúde da população negra, e leva essa pauta para outras partes do Brasil. Neusa Souza (1983), em termos psicanalíticos, considera que o negro que tem o branco como ideal de sujeito, precisa primeiramente desconstruir esse ideal, para depois construir sua própria subjetividade, baseada numa perspectiva negra de ser sujeito. Nesse processo, a História e a militância são elementos fundamentais para que o negro:

(...) configure um rosto próprio, que encarne seus valores e interesses, que tenha como perspectiva a História. Um Ideal construído através da militância política, lugar privilegiado de construção transformadora da História. Independente dos modos de compreender o sentido da prática política, seu exercício é representado para o negro

como meio de recuperar a auto-estima, de afirmar sua existência, de marcar o seu lugar (SOUZA, 1983, p. 43-44).

Nesse processo, a autora reafirma: “Ser negro é tomar posse desta consciência e criar uma nova consciência que reassegure o respeito às diferenças e que reafirme uma dignidade alheia à qualquer nível de exploração” (SOUZA, 1983, p. 77), e isso inclui movimentar-se enquanto sujeito negro, enquanto trabalhador negro, na construção dessa realidade hoje, como as Promotor@s vem fazendo com sua atuação profissional fortemente associado a um perfil militante.

Em relação às pessoas brancas, cabe salientar, que esta formação também pode produzir processos de subjetivação que, entretanto, ocorrem com diferenças importantes. O curso apresenta aos sujeitos brancos elementos para compreensão do lugar que ocupam no mundo, de detentores da brancura, inerente a eles numa sociedade racista. E por isso mesmo, há barreiras importantes para que essa compreensão siga reverberando nas pessoas brancas, para além dos espaços de atuação profissional, pois escancara um local de privilégio dos brancos, sobre os negros, numa sociedade racista, local que é muito confortável aos brancos. Para que qualquer iniciativa antirracista possa surtir efeito em pessoas brancas, é necessário que elas estejam abertas, dispostas a desconstruir seus ideais, que são historicamente defendidas como naturais, problematizando sua branquitude (BENTO, 2002; SCHUCMAN, 2012). Ou seja, problematizando o “significado de ser branco, num universo racializado: um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê aos outros e a si mesmo; uma posição de poder não nomeada” (FRANKENBERG, 1995, p. 43 *apud* PIZA, 2002, p. 71). Para que haja efeito, as pessoas brancas precisam estar dispostas a problematizar a brancura do qual são portadoras voluntária ou involuntariamente. A brancura é o “parâmetro de pureza artística, nobreza estética, majestade moral, sabedoria científica, [...] o branco encarna todas as virtudes, a manifestação da razão, do espírito e das ideias: [...] a humanidade” (NOGUEIRA, 1998, p. 101-102). Essa formação pode auxiliar as pessoas brancas, enquanto trabalhadores, a construir uma atuação que busque a equidade em saúde, para a população negra, ou ainda para outros grupos desfavorecidos, e pode deixar marcas mais profundas, se assim elas permitirem.

O curso também fez eu enxergar as pessoas de uma outra forma, como cuidado. Eu não consigo separar, hoje a profissão e o pessoal é uma coisa única, porque o curso deu essa possibilidade de enxergar além, não ficou só no trabalho, na saúde, ele abriu o olhar

como um todo. Sempre quando for falar com uma pessoa, trabalhando ou não, sou agente de saúde. Eu não vejo mais só saúde, vejo como indivíduo porque o curso foi além do trabalho (MARIELE FRANCO).

O curso foi um divisor de águas. Eu ainda tinha umas coisas para descobrir sobre a sociedade, sobre as pessoas, o curso foi muito importante. Eu questionei várias questões do curso quando foi no final, eu reconheci que o curso estava na linha correta. Eu não conseguia identificar algumas questões do meu fazer, então foi super importante (LEILA DINIZ).

A fala da entrevistada demonstra também, que, embora a PNSIPN tenha o respaldo legal, ela ainda é questionada pelos gestores (em sua maioria, pessoas brancas), sendo vista como uma questão identitária, e não como parte da política de equidade do SUS. Com essa lógica de pensamento, carregada de branquitude, há a contraposição entre a militância e a necessidade da população negra, que é também uma necessidade da sociedade brasileira, visto que, se os indicadores para a população negra avançarem, todos avançaram. Ainda, essa lógica escancara o racismo institucional, pois localiza a pauta de saúde da população negra como uma pauta política, mas percebe as demais pautas como institucionais. Como se, por exemplo, a saúde da mulher, a saúde da população prisional, ou população de rua, também não fossem pautas políticas oriundas de uma determinada compreensão de mundo, que carrega em si uma determinada verdade, um determinado fazer, que se caracterizam como demandas sociais e políticas também. Essa prática fica evidente a partir da narrativa da entrevistada, que reflete sobre sua posição a respeito da saúde da população negra antes e após o curso. Além disso, essa fala evidencia que uma gestora, ocupando um cargo de poder, pode criar barreiras institucionais e impedir a implementação da política em sua máxima possibilidade, conforme vem acontecendo, segundo relatos de muitos Promotor@s. A fala coloca em destaque também que a partir do momento em que os gestores passam a validar essa política, ela encontra alguma possibilidade de pequenos avanços.

Mas a gente não tem esse recorte dentro da política de atenção à saúde. E daí que eu acho que a gente se frustra, porque tu te prepara [a partir do curso] para uma situação, para trabalhar com equidade... Ou seja, você [pensa que] vai poder ofertar mais, para quem precisa mais, mas não é o que acontece na relação real, na prática. [...] Tem muito pouco apoio institucional para que esses promotor@s possam efetivar o seu trabalho... (OLGA BENÁRIO).

Essa tomada de consciência a respeito dos lugares sociais que as diferentes pessoas ocupam no mundo, são importantes para que as desigualdades possam ser combatidas e para que as diferenças possam ser percebidas, não como ameaças, mas sim como potências de uma

sociedade rica e diversa.

Esse curso nos traz elementos pra gente se sentir mais seguro pra fazer essa discussão com outras pessoas, porque é um tema complexo, é um tema difícil de se falar... A questão racial, a questão do racismo, a questão dessa diferença, a questão da equidade em função de vulnerabilidade, esse olhar para os indicadores. Isso antes a gente não tinha essa percepção muito clara, dependia muito do perfil do profissional (MARIA QUITÉRIA).

O curso Promotor@s, conforme apontado inicialmente, oferece uma outra narrativa a respeito dos negros, sobre sua história, sobre sua contribuição para a construção da sociedade brasileira. Sobretudo, a formação demonstra outros lugares que o negro pode ocupar. Além da temática do curso ser voltada para a saúde da população negra, impressiona que o corpo docente seja composto majoritariamente por negros. A representatividade do curso fomenta que seus participantes negros possam se enxergar em outros lugares sociais, tornando a formação de nível superior, por exemplo, algo mais possível.

Em 2012 eu fiz o curso Promotor@s, no final de 2014 para 2015, foi quando surgiu a oportunidade de ser coordenadora do comitê técnico e um grande amigo promotor disse que eu tinha que fazer o curso técnico. E com a força de ser promotora eu fui fazer. E sempre querendo buscar mais, agora eu faço o curso de letras com ênfase em português e espanhol penso que que parece vou fazer uma melhor, estou me dedicando para isso (MARIELE FRANCO).

O curso Promotor@s coloca em questão o dispositivo da racialidade no cuidado em saúde, enfatizando que as narrativas existentes modificam o acesso dos sujeitos à saúde, e apostando na educação permanente em saúde como ferramenta de modificação dessa realidade. Ele é um espaço rico de produção de subjetividade para as relações raciais, em que se oferece um outro campo de possibilidades e novas narrativas para que o povo brasileiro possa lidar com seu legado, frente a uma história marcada por cores e desigualdades. O curso problematiza as maneiras de cuidar e adoecer, a partir dos corpos que portamos: brancos, negros, indígenas, etc, e por isso, é uma formação que diz respeito a todos no sentido de agregar talentos e esforços ao Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 3

YALODÊS EM MOVIMENTO

Sim, sou um negro de cor
 Meu irmão de minha cor
 O que te peço é luta sim
 Luta mais!
 Que a luta está no fim...
 Cada negro que for
 Mais um negro virá
 Para lutar
 Com sangue ou não
 Com uma canção
 Também se luta irmão
 Ouvir minha voz
 Oh Yes!
 Lutar por nós...
 Luta negra demais
 É lutar pela paz
 Luta negra demais
 Para sermos iguais
 Para sermos iguais!

Wilson Simonal

O impacto produzido pelo curso promotor@s de saúde da população negra na vida profissional e pessoal das participantes significou mudanças concretas nos processos de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, alterando a percepção sobre as ações realizadas na implementação da PNSIPN, como é possível observar no relato a seguir:

Tenho duas vivências diferentes em relação à implementação da política no meu território.. Uma é dentro da minha área de atuação, que é na unidade de saúde... E a outra é no território distrital, nas gerências, né?!... Dentro da minha unidade de saúde, eu vou dizer que é bem complicado, a gente vive tendo que batalhar e estar sempre se reafirmando... Talvez seja por ali eu sou uma pessoa sozinha, eu sou a única Promotora em Saúde da População Negra... Hoje eu tenho uma coordenadora que é negra, que entende essa importância... Então, isso faz com que o serviço esteja mais facilitado, mas isso não era assim... Não tinha facilidade nem de tratar do tema nas reuniões de equipe, porque tudo era bobagem.. As pessoas acham que: “Todos somos iguais perante ao SUS, perante a lei...” E a gente sabe que não, né?!... Estão aí os indicadores epidemiológicos que dizem que não é, os número comprovam... Já dentro do território da gerência, ali tem um comitê de Saúde da População Negra... Então a gente faz uma atuação em equipe, não é fácil, mas também não é tão difícil assim porque a gente consegue trabalhar em equipe... A gente vai juntas, então abre as portas juntas... Então, mesmo que as pessoas pensem que a nossa atuação seria uma bobagem, elas não tem coragem de falar... Com relação a coordenação da gerência, daí a gente tem sim algumas dificuldades. Nunca nos disseram não, mas também nunca nos abriram as portas de primeira. Todas as vezes que a gente tenta implementar alguma coisa, sempre há questionamentos e a gente tem que comprovar, tem que mostrar dados. Tem que reafirmar a importância da existência desse comitê, para que haja uma compreensão digamos assim, por parte da coordenação da gerência... Mas a gente insiste, nós somos teimosos... A gente vai, a gente insiste e estamos desenvolvendo os nossos projetos. Dentro das nossas reuniões, tudo que a gente idealiza, a gente corre atrás e consegue...(SONY SANTOS).

A narrativa supracitada profissional de saúde Sony Santos aponta para as seguintes situações: a primeira refere-se ao encontro dela com outra mulher negra, que a fortalece, bem como, a reunião das promotoras no território. As estratégias de negação da riqueza do povo africano como uma nação positiva de civilidade não foram suficientes para apagar, das nossas almas e nossos corações de negros e negras, o espírito da Mãe África.

Podemos dizer que o espírito de Mãe África apresenta-se nos comitês técnicos de Saúde da População Negra, que, embora sendo uma estrutura institucional, possibilita o encontro associativo as diferentes formas de resistência encontradas pelo povo negro, mas especificamente pelas mulheres negras - tanto no período escravagista quanto no pós-abolição na defesa da sua existência. Não importa a aparência institucional, mas ele preenche uma importante função enquanto Kilombo (NASCIMENTO, 2006) para aquelas e aqueles promotor@s, sendo um espaço relevante para a “libertação”(libertação, aqui, refere-se ao modelo hegemônico e europeu de fazer saúde, que precisa ser descolonizado). Assim como, as organizações que foram permitidas ou foram ilegais serviram como uma unidade, uma única forma de afirmação de sua existência possibilitando o comando de fazerem sua própria história e da sua comunidade. Para Beatriz Nascimento (2006) o “significado para Kilombo dizia respeito ao local, casa sagrada”, com a grafia iniciada com K e não Q, oriundo do idioma africano kimbundo.

Esses comitês têm se mostrado com capacidade de mobilização por conta da responsabilidade dessas mãos que revelam a possibilidade da implementação da PNSIPN no município de Porto Alegre, em que renovam a essência do Kilombo, encontrando ali um local onde a liberdade é possível, revigorando toda sua ancestralidade.

Foram constituídos oito comitês técnicos regionais de saúde da população negra. Em 31 de julho de 2015, foi oficializado, na Portaria Municipal nº 723, na organização das gerências distritais de saúde, com adendo dos demais equipamentos de saúde que Diário Oficial de Porto Alegre a atuação das coordenadoras dos comitês e as responsabilidades atribuídas a esse espaço institucional.

As promotor@s de saúde da população negra vem, nesse trabalho coletivo, uma forma de re-existir:

Quando começaram a se constituir os comitês, os próprios comitês e seus promotores se articularam melhor em suas regiões para estarem fazendo trabalhos voltados para o fortalecimento da política, para dar visibilidade aos problemas de saúde e sociais, relacionados à saúde da população negra. Então, eu acho que o curso agregado a política, as promotor@s formadas e a articulação dos comitês nos distritos, isso potencializou o trabalho para implementação da política, de lá pra cá eu percebo dessa forma... E hoje a

gente consegue verificar nos serviços a autodeclaração, que antes não era feita. Antes o profissional de saúde olhava para o usuário que acessava o serviço e dizia: Ah, eu acho que tu é branco e eu vou colocar aqui branco. Olhava pra outro indivíduo e dizia: Ah, ele é negro! Mas não questionava em nenhum momento o usuário de como ele se percebia... (IVONE LARA).

No ano de 2002, o município de Porto Alegre publicou o Decreto Municipal nº 13.961, o qual regulamenta a Lei nº 8470, que estabelece identificação de raça e etnia nos dados cadastrais da Administração Municipal, e com força da Lei nº 12.288/2010, do Estatuto da Igualdade Racial. Uma década depois desse Decreto, as promotoras trouxeram, para o cenário de formação de seus pares, a qualificação da coleta dos dados, uma ação prioritária para o planejamento em saúde. A importância da coleta do quesito raça/cor e etnia passa a ser identificada pelo o usuário conforme podemos verificar na narrativa do usuário JOSÉ MARMO abaixo:

O quesito raça cor, é uma coisa muito importante que é na cidade ainda tem alguns trabalhadores que estão bem resistentes, mas melhorou bastante nessa parte. Antes a gente não tinha a gente chegava lá, pelo menos eu antes de fazer o curso nunca me preocupei, nunca procurei saber, se perguntava se eu era negro e eu era branco ou não me preocupei e o atendimento também era igual um com outro não tem aquilo da pessoa da população negra ter uma doença diferente, tem a prevalência, procurar entender (JOSÉ MARMO).

No Brasil, declarar-se negro ou negra é um processo extremamente excruciante, ao considerarmos a construção social, cultural, histórica e política do nosso país que insiste em afirmar que a população negra não é modelo de sucesso. Por esse motivo, que se trata de uma manifestação nítida do racismo estruturante, muitos trabalhadores do SUS negam-se a coletar ou desconhecem a forma e proposta corretas para o uso do quesito raça/cor. Ou, ainda, muitos usuários negros e negras não compreendem a importância desse dado, supondo estarem sendo discriminados no momento da coleta, respondendo de forma equivocada ou ainda constrangidos pela pergunta.

O histórico de racismo no nosso país, bem como a questão da miscigenação que muitas vezes é utilizada para reforçar o mito da democracia racial também tem reflexo na coleta desse quesito. Nos estabelecimentos de saúde, em muitos casos os formulários não contam com a pergunta sobre raça/cor e, quando consta esta pergunta, muitas vezes ela não é valorizada ou há um constrangimento por parte dos profissionais e usuários dos serviços no momento de questionar e responder sobre a raça-cor. Em alguns casos, para evitar fazer esse questionamento, profissionais deixam esse quesito em branco ou, quando existe a opção no formulário, preferem marcar “ignorado” ou “não declarado”, comprometendo a cobertura adequada e a qualidade da coleta do dado (GOMES; CRUZ, 2016, p. 5).

Nesse sentido, a ação realizada por essas promotor@s transcende a coleta do quesito raça/cor; trata de desconstruir auto-imagens negativas que são fruto da imposição social. Os

trabalhos das promotoras ultrapassaram os limites de sua atuação no campo da saúde, como registra a agente comunitária de saúde Mariele Franco, ao falar da modificação entre os usuários para se autodeclarar:

E aí eu respondo que hoje as pessoas se declaram mais negras do que brancas. A gente conseguiu fazer um trabalho que todo mundo tem que perguntar não vai em branco, mas tem algumas questões de saúde que tem que ser ainda visto com outro olhar da população negra (MARIELE FRANCO).

A entrevistada que fez tal declaração atua no território de Palmares, região negligenciada pelo Poder Público, o qual é considerado perigoso, violento, com condições de infraestrutura precárias. Além de uma série de estereótipos negativos de uma comunidade periférica, o fato de se declarar então negra ou negro nesta comunidade torna mais drástica a situação dessas pessoas. Esse é um dos três primeiros bairros com maior concentração de população negra. Segundo os dados do último Censo do IBGE, em 2010, a população desse bairro correspondia a 4,31% do município, sendo 40,84% autodeclarada negra. A taxa de analfabetismo nesse bairro era de 4,03%; e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio, de 2,10 salários mínimos, sendo a média municipal de rendimento era de 5,29 salários mínimos, no período.

O trabalho realizado por essas promotoras possibilita a afirmação da sua negritude, marcadamente presente nesse bairro, desconstruindo estereótipos negativos que são intensificados nos discursos dos agentes gerenciam esses bens e serviços públicos.

As ações são potencializadas por equipamentos de apoio lançados pela área técnica de saúde da população negra, como o vídeo institucional produzido e enviado para todos os serviços de saúde. Esse vídeo foi produzido e assistido nas reuniões de colegiado das regiões a fim de apoiar a problematização acerca das dificuldades e possibilidades para a qualificação do quesito raça/cor. Depois distribuído às promotoras para utilizarem nas reuniões de equipe, socializando as informações com os colegas para a coleta qualificada. Em relatório da área técnica no ano de 2016, mais de 80 % das unidades de saúde, bem como, a Coordenação da Vigilância em Saúde e o Hospital de Pronto Socorro fizeram utilização do vídeo para sensibilização dos trabalhadores.

Na fala de Ivone lara, podemos perceber o quanto se materializou as ações para a qualificação da coleta do quesito raça/cor nos territórios:

Sobre o quesito raça/cor, passamos (o vídeo) em um evento grande para os trabalhadores da área da saúde, mas também in loco para as Unidades de Saúde tradicionais, Unidade de Saúde da Família, Centro Especializados, CAPs, Residenciais Terapêuticos...Realizamos essas sensibilizações nas equipes divulgando o vídeo quesito raça/ cor foi feito pela secretaria municipal, pela área técnica de saúde da população negra. Levamos este vídeo até as equipes, problematizando a questão do preenchimento

do Cadastro do Sistema Único de Saúde (IVONE LARA).

A segunda situação trazida por Sony Santos, já apontada anteriormente, e retomada na sequência, discute a falta de comprometimento para além dos comitês técnicos, pois diz respeito à garantia de efetivação da Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, o Estatuto da Igualdade Racial, no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde. Embora a PNSIPN seja uma lei, ela ainda é questionada pelos gestores, sendo vista como militância e não como política de Estado. Nesse sentido, a partir do momento em que os gestores passarem a validar essa política como institucional, ela encontrará um terreno fértil para sua implementação, em toda a rede de saúde.

Tenho duas vivências diferentes em relação a implementação da política no meu território.. Uma é dentro da minha área de atuação, que é na unidade de saúde... E a outra é no território distrital, nas gerências, né?!... Dentro da minha unidade de saúde, eu vou dizer que é bem complicado, a gente vive tendo que batalhar e estar sempre se reafirmando... Talvez seja por ali eu sou uma pessoa sozinha, eu sou a única Promotora em Saúde da População Negra... Hoje eu tenho uma coordenadora que é negra, que entende essa importância... Então, isso faz com que o serviço esteja mais facilitado, mas isso não era assim... Não tinha facilidade nem de tratar do tema nas reuniões de equipe, porque tudo era bobagem.. As pessoas acham que: “Todos somos iguais perante ao SUS, perante a lei...” E a gente sabe que não, né?!... Estão aí os indicadores epidemiológicos que dizem que não é, os número comprovam... Já dentro do território da gerência, ali tem um comitê de Saúde da População Negra... Então a gente faz uma atuação em equipe, não é fácil, mas também não é tão difícil assim porque a gente consegue trabalhar em equipe... A gente vai juntas, então abre as portas juntas... Então, mesmo que as pessoas pensem que a nossa atuação seria uma bobagem, elas não tem coragem de falar... Com relação a coordenação da gerência, daí a gente tem sim algumas dificuldades. Nunca nos disseram não, mas também nunca nos abriram as portas de primeira. Todas as vezes que a gente tenta implementar alguma coisa, sempre há questionamentos e a gente tem que comprovar, tem que mostrar dados. Tem que reafirmar a importância da existência desse comitê, para que haja uma compreensão digamos assim, por parte da coordenação da gerência... Mas a gente insiste, nós somos teimosos... A gente vai, a gente insiste e estamos desenvolvendo os nossos projetos. Dentro das nossas reuniões, tudo que a gente idealiza, a gente corre atrás e consegue... (SONY SANTOS).

Os esforços são sempre maiores, porque é necessário comprovar a seriedade do processo. Principalmente, levando em conta que há mecanismos sutis que inviabilizam essa comprovação, escamoteando os resultados de adoção de práticas racistas nas instituições.

É recorrente, nas várias narrativas das entrevistadas, a necessidade do envolvimento da gestão de forma mais atuante e comprometida com a promoção da PNSIPN. A notória ausência de engajamento acaba fazendo com que aqueles que implementam a política tenham um dispêndio muito maior de força e energia, para realizar as ações, que deveriam fazer parte do processo de trabalho, afirmando na prática os princípios do SUS. No trecho a seguir, a gestora Leila Diniz destaca tal situação:

Eu questionei várias questões do curso quando foi no final, eu reconheci que o curso estava na linha correta. Eu não conseguia identificar algumas questões do meu fazer, então foi super importante. Eu pude conversar também com coordenadores dos serviços e estimular os coordenadores dos serviços a fazerem o curso e os coordenadores também estimularem a sua equipe a fazer o curso. Tanto que a gerência antes era a que menos tinha promotores naquele momento e depois a gente começou a disputar vagas, pois não tinha vaga suficiente para demanda.

Conforme as narrativas, quando a gestão é comprometida, consegue envolver e suscitar o desejo dos trabalhadores de participarem do curso. Na situação relatada anteriormente, surgiu até mesmo uma disputa na gerência para o preenchimento das vagas ofertadas.

A narrativa da profissional de saúde Fátima Oliveira apresenta o quanto é positivo para a gestão fazer o curso, pois possibilita, a partir dessa experiência, ampliar esses conhecimentos para toda uma rede de saúde, envolvendo coordenadores, trabalhadores, usuários, possibilitando cumprir com o real papel de irradiar a temática nos territórios.

Nosso comitê é muito fraco, é muito parado, a gente não consegue desenvolver nosso trabalho. Nós trabalhamos mais individual mesmo. Eu acredito porque nas outras gerências os gestores fizeram o curso tem fortalecimento da gerência (FÁTIMA OLIVEIRA).

A fala da gestora Maria Quitéria reforça a importância dos gestores efetuarem o curso, o que de fato faz toda a diferença para legitimidade e eficácia da ação:

Sempre quando eu faço convite afirmo que é um curso longo, tem que se comprometer do início ao fim. Tem fila na gerência querendo fazer o curso. Ele tem muita credibilidade, as pessoas têm uma grande vontade de fazer. Eu sempre digo: tem que querer estar lá para discutir todas as questões que perpassam a saúde da população negra e uma delas é a questão do racismo (MARIA QUITÉRIA).

O poder de decisão está centralizado na esfera da gestão, que determina como serão postas em prática as políticas públicas. Se o órgão gestor não tem por hábito coibir as formas de racismo institucional ou sexismo em suas bases estratégicas, dificilmente irá trabalhar para a erradicação dos efeitos nefastos que tais mecanismos de sujeitamento têm causado nas pessoas. Por isso, o dispositivo do curso acaba por revelar para a gestão que a sua visão de mundo irá permear suas ações na efetivação ou não de políticas públicas. A estudante Lélia Gonzalez reforça em sua fala:

Outra questão também é importante pensar das heranças do promotoras como um dispositivo que a gente percebe que ele é mais bem sucedido nos espaços onde a gestão se implica no processo, por exemplo, a região Nigéria é um exemplo clássico (...) de um território com uma grande população formada, grande número de trabalhadores que fizeram curso trabalhadores tanto negros como brancos, trabalhadores de variadas formações: ensino médio, técnico, superior e a própria gestão. A gestora mesmo do território, a gerência de saúde daquele território, e isso tornava essa demanda uma demanda do território e não uma demanda da promotora. Às vezes, a gente escutava, ao

menos de algumas trabalhadoras, porque é um trabalho muito solitário de quem fez o curso promotoras, que geralmente eram as pessoas negras, geralmente, como agente comunitário de saúde, agente de endemias, técnico de enfermagem, que a gente sabe que numa hierarquia estão na base (LÉLIA GONZALEZ).

De acordo com a PNSIPN, o racismo é determinante para as condições de saúde da população, sendo a marca dessa política. Dessa forma, é essencial criar estratégias de diálogo com os diferentes trabalhadores de saúde, a fim de reconhecerem os efeitos do racismo nos corpos negros. E é nesse sentido, expressadas por todas as entrevistadas, que @s promotor@s tem se desafiado a dialogar com seus pares sobre o racismo institucional. Expressada na fala do conselheiro José Marmo:

A gente vê que mudou muito as ações que são feitas na unidade depois do curso e o que está sendo implementado. O curso antes não tinha agora a gente vê muitas ações na unidade e pelos comitês, que é feito em cada unidade são feitos cartazes, palestras sobre racismo... a gente conversa em reunião de equipe, rodas de conversas, com os usuários, que as gurias fazem, às vezes, na unidade. Às vezes, a gente vai nas unidades, escolhe uma das unidades da nossa região e vai lá fazer aquele trabalho corpo a corpo (JOSÉ MARMO).

Os comitês técnicos são compostos pelas promotor@s em saúde da população negra, que são trabalhadores, gestores e usuárias. Além disso, as universidades são convidadas a participar.

As pessoas levam consigo seus preconceitos para o ambiente de trabalho, mesmo que de forma velada, pois não abandonam suas práticas discriminatórias. Assim, faz-se necessária a proposição de estratégias que tornem o ambiente permeável para a discussão do racismo. Nesse sentido, é possível ver as promotor@s envolvidas na realização de atividades que visem sensibilizar sobre o racismo institucional⁹, conforme relata Ivone Lara.

Também sensibilizamos sobre o racismo institucional com atividade para todos os trabalhadores da área de saúde, mas também in loco nas unidades básicas de saúde, Unidade de Saúde da Família, Centro especializados, CAPs, Residenciais terapêuticos (IVONE LARA).

Ainda podemos observar que são criadas diferentes estratégias para abordagem da temática, segundo Mariele Franco:

Sobre o racismo institucional fizemos oficinas com dinâmicas de teatro, com a tentativa de aprofundar sobre os efeitos do racismo na saúde dos trabalhadores de diferentes categorias e de diversos serviços de saúde da região, por vários dias repetimos o trabalho com diferentes grupos (MARIELE FRANCO).

O complexo fenômeno do Racismo envolve todas as áreas da vida na sociedade brasileira

⁹ A concepção institucional significou um importante avanço teórico no que concerne ao estudo das relações raciais. Sob essa perspectiva, o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, vantagens e privilégios com base na raça (ALMEIDA, 2019, p. 37-38).

e ganhou importância social, política e jurídica a partir da Constituição Federal de 1988, que o tipifica como crime inafiançável. Contudo, a sua existência nas relações sociais está totalmente invisibilizada pela desigualdade estrutural sofrida por negros e negras. A narrativa da agente comunitária de saúde Fátima de Oliveira revela o quanto o racismo de faz presente nos ambientes institucionais responsáveis pelo cuidado em saúde, demonstrando o quanto ainda faz-se necessário criar dispositivos de enfrentamento a todas formas de discriminação:

Nós, promotoras, aqui estamos em cinco, então conseguimos levar a eles todos esses conhecimentos, trazer eles para unidade, fazer com que eles se sintam bem acolhidos, não discriminados. Aqui tem muitos colegas que não dão importância, fazem risadinhas e piadas racistas (FÁTIMA OLIVEIRA).

Em um país em que se convive com o mito da democracia racial, opera-se para crer que somos todos iguais e que vivemos em plena igualdade de direitos e oportunidades. Tal crença impede que a realidade de discriminação, estigmas e desigualdades existentes entre os segmentos da população seja percebida e devidamente combatida.

Para além da criminalização, é preciso que o Estado, em todas as suas esferas de atuação, federal, estadual e municipal, crie mecanismos para orientar os procedimentos a serem adotados a partir da identificação das práticas de Racismo, em que, aliás, são iniciadas as dificuldades atuais para o processo de repressão/reparação dessa forma de violação dos direitos humanos massiva e naturalizada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a exclusão social por pertencimento a um grupo étnico como um determinante social da saúde. Afinal, é justamente nas áreas clínicas, em que a pessoa está exposta à avaliação subjetiva do profissional de saúde que se observa condições mais desfavoráveis para a população negra. Reconhecendo o determinante étnico-racial de saúde, destaca-se a relevância do papel das secretarias de Saúde no incentivo e na construção de mecanismos que coíbam, previnam e combatam Racismo Institucional.

Com a continuidade do processo de trocas de saberes e experiências no Curso Promotor@s em Saúde da População Negra, tendo o curso a possibilidade de problematização de assuntos até então silenciados, as promotoras passaram a identificar práticas racistas nos serviços e relatar sobre elas. Assim, alinhado ao curso, a área técnica de saúde da população negra seguiu trabalhando no sentido de forjar instrumentos institucionais, criando o Grupo de Trabalho (GT), para apurar denúncias de racismo. Esse GT, além da proposição de alteração da Lei Municipal para inclusão de casos de racismo, apontou como necessidade as formações com os servidores

responsáveis pelo recebimento das denúncias (Ouvidoria SMA, Ouvidoria SMS entre outros), e campanha educativa.

Então dentro da própria equipe de trabalho ou situações como eu falei antes de usuário que não quer ser atendido por um determinado trabalhadora ou um trabalhador que atende mal um determinado usuário ou um colega nosso. Precisa a partir das ferramentas que a gente aprende identificar essa violência racista, encontrar caminhos possíveis para evitá-la. Eu acho que nesse sentido o promotor é um baita dispositivo de mostrar assim quanto à política de saúde da população negra, inclui um processo de formação para promoção e prevenção de saúde para população negra. Mas, também, ele exige que se encontre e que se situe determinados caminhos para lidar com situações de violência, de racismo institucional. Tem que ter uma ouvidoria muito bem qualificada, tem que ter trabalhadores variados. Eles precisam estar dispostos a escutar o que está sendo falado, por que o processo muito comum em direção ao racismo passa por uma negação, passa por um silenciamento, uma invisibilização na sociedade brasileira, que lida com racismo desse jeito põe para baixo do tapete fingindo que ele não está ali. Isso não é diferente, acontece nas unidades de saúde, acontece nas instituições, tudo isso é trazido à tona quando é visibilizado. Obviamente vai ter poeira se tu sacudir o tapete, vai ter muita coisa embaixo (LÉLIA GONZALEZ).

A estudante Lélia Gonzalez aponta, em sua fala, para a mesma direção apresentada pelo GT Racismo Institucional, que é necessário ter setores como a Ouvidoria preparada para a escuta qualificada para receber denúncias. Também reafirma o quanto o silenciamento é impeditivo para o enfrentamento do racismo.

O racismo relegou, há quase um século, o cuidado em saúde com as pessoas com Doença Falciforme. Essa doença é o maior exemplo do racismo institucional no Estado brasileiro, pois foi descoberta no ano de 1910. Quer dizer, passou quase um século até que o Estado brasileiro desse um passo para a construção de uma política pública para enfrentar essa grave doença.

Construímos coletivamente as ações e as grandes ações dentro do território (...) ações de sensibilização e capacitação em Doença Falciforme (IVONE LARA).

A implementação da Política Nacional de Doença Falciforme (BRASIL, 2005) no município ganha força a partir do curso promotoras em Saúde da População Negra – quando foi possível ampliar a formação de pessoas para toda a rede de Atenção Primária. Em 2016, dando continuidade às ações já desenvolvidas, passou a ser agendada a primeira consulta com o Hematologista no Hospital de Referência, também foi criado o Banco de Dados para cadastro municipal das pessoas que convivem com Doença Falciforme.

Para nós foi muito bom os encaminhamentos feitos para a Falciforme, ajudou nas ações que já fazemos na comunidade e com os colegas. Esta é uma doença muito dolorosa para a família (OLGA BENÁRIO).

A organização do Banco de Dados e o compromisso das promotoras em saúde da

população negra na implementação de uma Linha de Cuidado à Doença Falciforme são ações de magnitude para as famílias que convivem com este adoecimento. Pois, dessa forma, é possível superar lacunas no cuidado longitudinal e o estabelecimento de estratégias para oferecer assistência adequada aos usuários que convivem com a Doença Falciforme.

Se pensarmos nas mulheres com Doença Falciforme ainda é pior, porque se engravidam têm sérios riscos de saúde. Ainda tem o preconceito que muitas pessoas acham que elas não devem engravidar (MARIELE FRANCO).

A gravidez de mulheres com doença falciforme é considerada de risco, necessitando de atendimento para alto risco. Durante a gravidez, pode ocorrer o agravamento da anemia e das crises álgicas, além do risco de parto prematuro, abortamentos espontâneos e infecções. Apesar do risco, a doença não é impeditiva da gravidez. É fundamental o acompanhamento obstétrico durante a assistência ao parto de mulheres com doença falciforme, devido aos riscos aos quais a mulher e o feto estão expostos. É necessário reconhecer que a mulher que vive com a Doença Falciforme é um sujeito de direitos, tem o direito da escolha de ser agente transformador da sua própria vida. Sendo, ainda, um desafio na sociedade, o reconhecimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos como forma do exercício pleno de sua cidadania, enquanto mulher.

Se a sociedade ainda reproduz a herança histórica marcada pelas desigualdades de gênero, para as mulheres negras, as desigualdades raciais aumentam ainda mais. As disparidades entre as mulheres negras e brancas são marcantes. Mulheres negras, ao enfrentarem distintas formas de opressão, enfrentam violações de direitos.

A mulher negra é a grande discriminada (...) o nível de renda qualidade o trabalho e os outros aspectos a negra ocupa o último lugar. Ela não acompanhou a modernização que o Brasil passou nos últimos 20 anos, uma modernização conservadora e excludente. Os grandes excluídos (...) são a maioria dos negros, não receberam o benefício só receberam mais racismo. Em comparação com a mulher branca, podemos dizer que essa recebeu mais vantagens e para negra só restou injustiça (GONZALEZ, 2018, p. 260).

Uma das ações que as promotor@s desenvolvem é a homenagem “Mulheres Negras que fazem a diferença no SUS” às trabalhadoras e usuárias em alusão ao Dia Internacional da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha no dia 25 de Julho. Essa data foi instituída em 1992, durante o I Encontro de Mulheres Negras Latino-americanas e Caribenhas, em Santo Domingos, República Dominicana. Esse dia tornou-se um Marco internacional da luta e da resistência da mulher negra contra as opressões presentes na sociedade.

A homenagem é direcionada ao reconhecimento de vinte e cinco mulheres negras, que estão à frente de ações com o objetivo de promover saúde, em um conceito ampliado, para os

usuários do Sistema Único de Saúde, no campo do trabalho e no campo social, reconhecidos pelos demais trabalhadores, e usuários ou conselheiros nos territórios.

Portanto, as mulheres negras - trabalhadoras e usuárias do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre - indicadas por regiões, por meio da organização dos Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra. Essa homenagem representa a valorização destas, que estão muitas vezes invisibilizadas no seu espaço de atuação. Entretanto, a negra luta por seus direitos está à frente de movimentos, as comunidades carentes contam com sua garra para melhoria. Nós passamos para a sociedade a capacidade de lutar e a resistência que temos contra duas ideologias, o racismo e o sexismo (GONZALEZ, 2018, p. 260).

Retomamos, neste ponto, a imagem das Yalodês, que, em diferentes espaços, atualizam a tradição herdada, assumindo a responsabilidade de serem lideranças coletivas na religiosidade de matriz africana, desenvolvendo ações de cuidado nos terreiros. Uma vez que, as políticas públicas de saúde no Brasil foram constituídas dentro de uma lógica higienista, eurocêntrica, branca e racista sendo utilizados dispositivos de poder, docilização e controle sobre os corpos negros, negando a existência de práticas tradicionais, de cuidado e cura em saúde do povo de terreiro e comunidades quilombolas.

A gente adicionou algumas pessoas que são integrantes de religiões de matriz africana que frequentam o terreiro. E com isso trabalhamos também a questão da religião de matriz africana na perspectiva de dicas de saúde (IVONE LARA).

O terreiro tem sido, ao longo da existência do povo africano no Brasil, o local de acolhida e promoção da saúde para essa população. Conforme Iyemonja e Silva (2012), o reconhecimento das práticas de matriz africana pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é um avanço, pois, ao longo da história, os vivenciadores dessas religiões permaneceram no seus locais de moradia, reportando-se aos terreiros, como consequência do racismo institucional e intolerância religiosa.

Uma das primeiras ações da ATSPN nos terreiros foi registrada no Livro Olhares Sobre a Equidade em Saúde (2012).

Conversa Afiada foi uma proposta da RENAFROSAÚDE RS para a área técnica da Saúde da População Negra nas Reuniões do Comitê Técnico da Saúde da População Negra do município de Porto Alegre, no ano de 2010, com o objetivo de desenvolver atividades junto ao Povo de Terreiro e aos profissionais da área da saúde. O primeiro encontro aconteceu no dia 28 de outubro de 2010, na Comunidade Terreira *Ilê Asé Iyemonjá Omi Olodô*, com a presença de mais de 70 pessoas, entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, assistentes

sociais, psicólogos e algumas lideranças religiosas da RENAFROSAÚDE RS (FOLA; KERKHOFF, 2012, p. 114).

Ter colegas que trabalham especificamente com saúde mental e que fizeram o curso Ilerá é muito bom. Assim nós ganhamos o apoio deles nas ações e no debate com os colegas. Não fizeram o curso promotor@s, mas eles promovem a saúde mental da população negra e então são um tipo de promotores (LUIZA BAIROS).

Luiza Bairos elucida essa ação desenvolvida como forma de compreender a história e a memória da nossa resistência, possibilitando perceber que o povo negro necessita de uma abordagem baseada nos valores civilizatórios de matriz africana, para a saúde mental. Isto é, ir além de uma visão de uma medicina medicamentosa. Tratando-se, portanto, de nos “libertar do arsenal de complexos germinados no seio da situação colonial” (FANON, 2008, p. 44), presente ainda no âmbito da saúde mental. Conforme aponta Lélia Gonzalez:

Como estudante foi essencial fazer este curso durante a minha graduação, porque ampliou o meu olhar sobre a saúde mental e população negra. Minha prática enquanto futura psicóloga ampliou meu olhar de um jeito que não tem muito como explicar. Nenhuma formação que eu fiz, dentro da universidade, mexeu tanto com a minha possibilidade de olhar para os outros e oferecer uma escuta mais sensível como promotora. Eu acho que o fato de ser uma temática tão invisibilizada no espaço universitário, quando tu vai para um outro ambiente onde tu é tão bem tratado com tanta seriedade, com tanta implicação, com tanta profundidade teórica, aquilo faz um sentido tamanho que muda o jeito como tu vai lidar com a população daqui para frente. Eu diria isso: as promotoras deixaram para mim essa bagagem teórica muito grande na minha formação (LÉLIA GONZALEZ).

A formação universitária na área da saúde em geral traz referenciais teóricos comumente utilizados em contextos hegemonicamente europeus e brancos, não reconhecendo as alterações da diversidade étnico-racial brasileira, que se apresenta na rede pública de saúde. Diante disso, podemos inferir que há necessidade de repensar os currículos acadêmicos e as formas de ensinar, integrando as práticas e saberes tradicionais que foram ignorados ao longo do processo moderno-colonial.

Essa lacuna na formação faz com que estudantes universitários busquem o curso promotoras em saúde da população negra como forma de enriquecer seu conhecimento, contextualizando a realidade da vida e do trabalho no SUS. A área técnica em saúde da população negra é amplamente buscado como campo de estágio curricular, extracurricular e residência, reforçando a necessidade de adequação dos currículos à legislação vigente e de uma formação em saúde que contemple a educação para as relações étnico-raciais.

A vitalidade da juventude, que perpassa tanto os espaços acadêmicos quanto os espaços das comunidades, deve ser reconhecida e integrada às práticas do fazer saúde. Com esse olhar, a

área técnica de saúde da população negra, em diálogo com jovens grafiteiros da cidade, desenvolveu o projeto Grafitando a Saúde. Esse projeto foi capitaneado pelas promotoras que identificaram, nos territórios, jovens com potenciais e propostas de metodologias para a promoção da saúde de formas artísticas e a partir dos valores culturais de matriz africana. Os serviços de saúde não são espaços aprazíveis e acolhedores para os jovens. Nesse sentido, transformar essas ambiências tornou-se um objetivo a ser seguido. A fala da estudante Lélia Gonzalez de certa forma aponta para o impacto dessa ação:

Em relação à política de saúde da população negra de fato e pensar sua implementação eu penso que dependendo dos lugares onde a gente circula em Porto Alegre a gente consegue enxergar na identidade visual das unidades saúde de serviços os grafites que foram feitos. Então assim, chegar numa unidade e ver Mandela, ver mulheres negras, ver jovens negros retratados, isso muda totalmente, dá uma noção de pertencimento, uma noção de que você vai ser acolhida neste lugar, porque este lugar tem tua estampa na entrada dele e supõe-se que tu tem um lugar.

A reflexão trazida pela Lelia Gonzalez vai ao encontro da possibilidade que a autora, pessoalmente, vivenciou ao realizar o projeto, o qual apresenta em uma breve narrativa: “Um dia fui acompanhar ação realizada pelas promotoras do projeto. Ao descer do carro próximo do serviço de saúde, encontrei um homem negro em situação de rua. Estava olhando o trabalho que estava sendo realizado pelos jovens grafiteiros da região. Perguntei, a ele, o que ele estava achando... com seu punho fechado, bateu no seu peito e disse: - Aquele lá, Mandela, aquele negrão, é dos meus. Esse momento memorável me traz sempre sentimento confuso de emoção. O quanto isso foi significativo para uma humanidade, no contexto social de uma pessoa que não é reconhecido como cidadão e sujeito de direitos se identificar e que uma ação tão simplória teve um significado tão impactante para quem tanto necessita de acolhida e olhar diferenciado na saúde”.

Ainda, nesse contexto, vale a pena trazer outra situação que aconteceu após a finalização das grafitegem nos serviços de saúde. Os representantes do Ministério da Saúde e da RENAFRO¹⁰, em visita a Porto Alegre, foram conhecer o trabalho e desejam fazer o registro fotográfico. Nesse momento, posicionei-me do outro lado da via pública, buscando ter um registro do grafite em toda a sua dimensão (imagem número - Grafite de Savana Africana de tais

¹⁰ Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO) foi criada em março de 2003 é uma instância de articulação da sociedade civil que envolve adeptos(as) da tradição religiosa afro-brasileira, gestores e profissionais de saúde, integrantes de organizações não-governamentais, pesquisadores e lideranças do movimento negro. Com objetivo de valorizar e potencializar o saber dos terreiros em relação à saúde.

e tais grafiteiros). Foi, quando me deparei com uma usuária do serviço, que me disse que seu marido teve que levá-la até lá, pois ela não estava acreditando e expressou seu contentamento dizendo: “Tive que ver com meus próprios olhos. Agora sim, isso é saúde!”. Percebe-se, dessa forma, o quanto a comunidade percebe o serviço de saúde de uma forma mais ampliada e o quanto os mecanismos institucionalizados não conseguem absorver o contexto cultural valioso no qual estão inseridos, tornando-se um espaço desterritorializado, ao invés de um “território usado”.

O termo "território usado" empregado, nesse contexto, é uma categoria integradora no planejamento em saúde. Proposta por Milton Santos, essa noção é assumida como indispensável para a compreensão do mundo do presente, dominado pela globalização, essa metáfora que incansavelmente torna míope a realidade da maioria dos habitantes da Terra. Esse autor aponta que, é dentro dos territórios que se estabelece a contradição vivida entre o mundo e o lugar. “É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida” (SANTOS, 1998, p. 15). Isso porque o território usado não é estático, mas dinâmico, transformador. O território, nesse sentido, é relativo tanto a um espaço vivido, quanto ao percebido no seio do qual a pessoa, no caso em questão, o/a usuário/a negro ou negra, se sente “em casa”.

O projeto "Juventude Negra - grafitando a saúde" levou vários comitês a fazerem a cultura presente nos equipamentos de saúde naquelas comunidades, territorializando-o, como podemos observar por meio do depoimento da agente de saúde Mariele Franco:

Fizemos grafite em todos os postos da região com tema da Saúde da população negra, com a participação dos adolescentes e grafiteiros da região. Fizemos uma integração e valorização dos usuários em espaços não utilizados por eles.

Ao avaliarmos as repercussões desse projeto na vida dos usuários, podemos inferir que faz parte da condição humana a necessidade de se sentir pertencente a algum lugar, espaço ou território, mesmo sem a consciência do desejo. Pois, todos os indivíduos lutam incessantemente, ao mesmo tempo em que sofrem quando não conseguem essa inserção, esse reconhecer-se nos lugares como sinônimo de afeto e acolhimento. Associando isso à responsabilização do Estado e ao reconhecimento do território como um espaço de direitos sociais e da cidadania, que devem oportunizar a cidadania plena.

Na primeira reunião com os jovens participantes do projeto, uma fala tornou-se

emblemática de um dos participantes: “Aqueles prédios são verdadeiros elefantes brancos, não tem nada haver com a nossa comunidade. Agora sim, vamos dar a nossa cara”. Essa estratégia foi um trabalho articulado de diversos atores com uma riqueza de saberes, reconhecendo a territorialidade para a efetiva satisfação da necessidade elementar e universal de pertencimento social.

As Conferências de Saúde constituem-se em um espaço marcante do protagonismo das promotor@s na perspectiva da participação social, na defesa do Sistema Único de Saúde e das suas políticas de equidade. A partir da conquista da Área Técnica de Saúde da População Negra em Porto Alegre, no ano 2010, em todas as conferências de Saúde realizadas, nas diferentes temáticas, houve um processo árduo de inclusão da temática racial nos eixos de discussão. A estratégia adotada da área técnica, em parceria com a Comissão de Saúde da População Negra do CMS, foi a de organização de seminários preparatórios para a participação organizada e propositiva nas conferências. Essa organização possibilitou, de forma articulada, que fossem encaminhadas propostas para todos os eixos das pré-conferências e nas próprias conferências de Saúde, em que este tema foi discutido de forma ampla, com todos os segmentos presentes, resultando na proposta mais votada na 6º Conferência Municipal de Saúde.

Nessa conferência que tinham várias colegas bem próximas que entendiam que não precisa de uma política, que era bobagem... Eu me lembro muito bem disso, naquele momento eu disse: - Não gurias, a gente tem que votar sim em uma política específica para a população negra, porque tudo é tratado da mesma forma e as coisas não são iguais... (MARIA QUITÉRIA).

A assistente social Maria Quitéria assumiu a sua responsabilidade enquanto gestora na articulação com os demais colegas, na importância de dar visibilidade à temática no seu território. Ele está entre as primeiras regiões com o maior número de população negra e com os piores dados de saúde e entre os menores IDH do município. Apesar das dificuldades, os processos das conferências de saúde podem ser vistos como conquistas da participação social, que além de fortalecer a cidadania, servem de exemplo para outros segmentos sociais e institucionais, notadamente envolvidos diretamente com políticas públicas.

Uma outra conquista de participação social é a Mobilização Pró-Saúde da População Negra realizada no dia 27 de outubro, sendo ampliada de 20 de outubro a 20 de novembro. Essa tem como objetivo fornecer maior visibilidade à temática. O trecho, na sequência, representa a tessitura realizada em Porto Alegre nessa mobilização.

Pensando também nas atividades que fazem em relação a mobilização de saúde da

população negra e as promotoras vem fazendo, é outra ação que é uma herança do promotoras que é uma herança pela força que as promotoras deram na mobilização nos territórios, acho isso muito bacana, porque de fato descentralizam o cuidado (LÉLIA GONZALEZ).

A finalidade de garantir a efetivação dos direitos à saúde da população negra brasileira, sobretudo, o direito humano à saúde foi sendo intensificada durante os meses de outubro e novembro de 2011, em diversas localidades do Brasil, atividades que fizeram parte da Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra 2011. A iniciativa conta com apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia. A campanha teve como slogan “Saúde da População Negra é Direito, é Lei: Racismo e Discriminação fazem Mal à Saúde” (UNFPA, 2011).

Os processos de educação permanente¹¹ foram fundamentais para constituição de uma rede, por meio do protagonismo d@s promotor@s, descentralizando as ações nos territórios. A mobilização demonstra o potencial de capilaridade da PNSIPN, obtido a partir do dispositivo do Curso Promotor@s em Saúde Integral da População Negra, sendo que, no ano de 2015, foram organizadas mais de trezentas ações, por quase 100% dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. As ações de mobilização iam ao encontro das diretrizes da PNSIPN, de incluir os temas de racismo como determinante social de saúde nos processos de formação e educação permanente na rede de saúde. No caso da temática da imigração negra no Brasil, tem sido ainda mais desafiadora a educação permanente, que é o caso em especial dos principais grupos de imigrantes na cidade, os Senegaleses e Haitianos.

A ideia de que o brasileiro é acolhedor e recebe bem todos os imigrantes não corresponde à realidade no caso de haitianos e africanos, vítimas de racismo em território brasileiro.(...) Em seus países de origem esses imigrantes enfrentam questões étnicas diferentes das surgidas pelo “racismo à brasileira”, e é aqui que conhecem experiências concretas de discriminação (GELÉDES, 2015).

Buscando garantir o acesso com equidade aos imigrantes haitianos aos serviços de saúde em Porto Alegre, constituímos o Projeto “*M’akeyin lakay mwen*” (Te acolho em minha casa), que contemplou, entre outras ações, um curso de Crioulo Haitiano para trabalhadores da saúde, abordando temas ligados a saúde, cultura, racismo e linguagem do povo haitiano. No curso, com

¹¹ Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída como estratégia do SUS em 2007, Educação Permanente é um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

40 horas de aula, planejadas em conjunto com os instrutores haitianos e pelos próprios alunos, os participantes visitaram brevemente conteúdos teóricos sobre a imigração haitiana. Somou-se a essa iniciativa, a elaboração de um Álbum Seriado de Acolhimento em Saúde ao haitiano apresentado em duas versões em português e em Crioulo Haitiano. Essa iniciativa demonstrou-se exitosa na qualificação do acolhimento a esse público específico, tendo sido agraciada pelo CMS com o Prêmio Destaque em Saúde 2017 - categoria Inovação em Saúde. O álbum conta com várias informações de saúde como conta, na sequência, conforme destaca a Nelma Oliveira.

O álbum é um apoio, recebemos na unidade é importante especialmente nas consultas, tem informações de saúde como presença de febre, dor, uso de alimentos, cigarro, bebidas e também coisas da vida que ajudam no diagnóstico.

Um dos grandes problemas vividos pela população negra no país e, não diferentemente, em Porto Alegre é a tuberculose (TB). O município tem os piores índices entre as capitais. Portanto, criar estratégias que visem reduzir a TB tem sido essencial como forma de controle dessa doença. Existe uma troca e também um reconhecimento entre os comitês das experiências em ações de saúde da população negra desenvolvida, conforme explica a Fátima de Oliveira, que é perceptível reconhecimento do trabalho desenvolvido por outro comitê.

Lá na PLP tem um trabalho bacana no presídio com a Tuberculose, porque lá tem muito disso, né?!

O conhecimento dos dados por região é essencial, para os comitês, no planejamento das ações a serem desenvolvidas no território. Uma ação contextualizada e planejada tende a surtir efeitos para além daquela região, estimulando o planejamento de outros comitês. As ações desenvolvidas em Porto Alegre são das mais diversas, pois são apresentadas em diferentes falas sendo essas por pessoas em situação de privação de liberdade, em situação de rua, Doença Falciforme, saúde da mulher, saúde mental e juventude. Essa diversidade de ações e que fez com que atualmente Porto Alegre seja referência nacional nos processos instalados, para a efetiva implementação da PNSIPN.

O 1º Simpósio Internacional de Saúde da População Negra, realizado entre 15 e 17 de novembro de 2016, em Porto Alegre, no Salão de Atos da UFRGS, é resultado da experiência deste município na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esse evento aconteceu como uma ação da Década dos Afrodescendentes e contou com a presença de mais de 1.200 pessoas, tendo protagonismo das promotor@s na organização, mesas

de debates e nas rodas de conversa.

As ações desenvolvidas, ao longo dos oito anos, da área técnica de saúde da população negra, marcadamente, ganham força com o projeto promotor@s em Saúde da População Negra no enfrentamento da transversalidade da política e na co-responsabilidade dos distintos trabalhadoras/es de saúde.

Inúmeras foram as ações apresentadas e as estratégias foram desencadeadas em Porto Alegre, para atuação positiva dos profissionais na reversão das iniquidade em saúde da população negra desta capital, descortinando um cenário de racialidade/biopoder¹² na ação política, articulando múltiplos elementos saberes, poderes e subjetividades com repercussões sobre uma real transformação nos processos de trabalho institucionais. Por isso, tentamos traçar uma circularidade das ações realizadas pela área técnica e protagonizadas pelas promotor@s em saúde da população negra, baseada nos valores civilizatórios de matriz africana exercitados em Porto Alegre no projeto Promotor@s a cooperação, pois “eu sou porque somos todas nós”.

¹² Foucault nos conta que, desde o século XIX, os sentidos da vida e da morte ganham novo status. As mudanças socioeconômicas ocorridas a partir do século XIX impõem uma mudança significativa na concepção de soberania, que deixa de ser o poder de tirar a vida, para ser o poder de controlá-la, de mantê-la e prolongá-la. A soberania torna-se o poder de suspensão da morte, de fazer viver e deixar morrer. A saúde pública, o saneamento básico, as redes de transporte e abastecimento, a segurança pública são exemplos do poder estatal, sobre a manutenção da vida, sendo que sua ausência seria o deixar morrer. O biopoder, como Foucault denomina este modo do exercício do poder sobre a vida, é cada vez mais "disciplinar e regulamentador" (ALMEIDA, 2019, p.114).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após trilharmos os caminhos políticos institucionais para a implementação de uma política pública de saúde voltada à equidade étnicorracial no SUS em Porto Alegre, com olhar para o dispositivo Promotor@s em Saúde da População Negra, obtivemos as seguintes reflexões finais que passamos a discorrer.

O complexo fenômeno do Racismo envolve todas as áreas da vida na sociedade brasileira e ganhou importância social, política e jurídica a partir da Constituição Federal de 1988, que o tipifica como crime inafiançável. Contudo, a sua existência nas relações sociais está totalmente invisibilizada pela desigualdade estrutural sofrida pelos negros e negras. O racismo é profundo, tem marcas profundas e seculares que precisam ser tratadas com a responsabilidade de uma transformação social, sendo assim necessita de processo duradouros, longos, para a descoberta e responsabilização de novos atores para a luta antirracista. A sensibilização é uma das estradas a ser percorrida, entretanto, somente isto não torna possível estancar a construção secular de escravagismo na sociedade brasileira. Portanto, o dispositivo Promotor@s em Saúde da População Negra é de suma importância para a transformação dos processos de trabalho, possibilitando o reconhecimento do dispositivo da racialidade no fazer saúde.

Embora a PNSIPN tenha respaldo legal e tenha como marca o racismo como determinante das condições de saúde da população, ela ainda é questionada pelos gestores, em sua maioria, pessoas brancas. Com essa lógica de pensamento, carregada de branquitude, há a contraposição entre a militância e a necessidade da população negra, que é também uma necessidade da sociedade brasileira, visto que, se os indicadores para a população negra melhorarem, avançaram para todos. Ainda, essa lógica escancara o racismo institucional, pois localiza a pauta de saúde da população negra como uma pauta identitária, mas percebe as demais pautas como institucionais.

Se os gestores pensam de forma racista, sexista, ou opressora de uma forma geral, suas decisões institucionais estão atravessadas por esses pensamentos. O curso revela para a gestão – geralmente composta por homens brancos – que sua visão de mundo irá permear as decisões frente às políticas públicas, pois apresenta aos sujeitos brancos elementos para compreensão do lugar que ocupam no mundo. Neste sentido, é determinante semear o solo na gestão para tornar permeáveis ações em prol das populações em situação de vulnerabilidade, geralmente invisibilizadas, no momento em que a gestão é comprometida ela envolve a si e sua equipe para

atuarem de forma ética em busca da equidade. A pesquisa demonstrou que gestores engajados na implementação e na validação da PNSIPN encontraram a possibilidade para micro-avanços, a partir da sensibilização e participação da gestão no curso promotor@s.

O curso Promotor@s fomenta que as diferenças possam ser percebidas não como ameaças, mas como potências de uma sociedade rica e diversa. A formação oferece às pessoas oprimidas, principalmente às negras, uma virtuosa possibilidade de se reconhecer, construindo ideias positivas sobre o seu corpo, historicamente invisibilizadas, negadas ou deturpadas na sociedade brasileira, dando vazão a uma outra compreensão de si próprias. Ele é um espaço rico de produção de subjetividade para os sujeitos racializados, principalmente, para os negros e as negras, em que se oferece um outro campo de possibilidades e novas narrativas para que o povo brasileiro lide com seu legado, frente a uma história marcada por cores e desigualdades.

O curso enfatiza que as narrativas existentes modificam o acesso dos sujeitos à saúde e investe na educação permanente em saúde, como ferramenta de modificação dessa realidade, problematizando as maneiras de cuidar e adoecer, a partir dos corpos que portamos: brancos, negros, indígenas, etc. E, por isso, é uma formação que diz respeito a todos e que tem a somar ao Sistema Único de Saúde. Dessa forma, ele movimenta as subjetividades de seus participantes e oferece um campo potente para a reflexão de papéis na construção de um acesso mais igualitário da população negra à saúde e demais direitos. Esse espaço oportuniza um solo fértil para essa reinvenção e para o reconhecimento de seus direitos. A coleta do quesito raça/cor confronta justamente essa questão, visto que se declarar negro ou negra é um processo extremamente excruciante, da mesma forma que os profissionais brancos negam-se a coletar ou desconhecem a forma e proposta corretas para o uso do quesito raça/cor.

O curso possibilitou novos sentidos para o trabalho em equipe, nesse caso, a saúde da população negra. Podemos dizer que o espírito de Mãe África apresenta-se nos comitês técnicos de Saúde da População Negra, embora seja uma estrutura institucional. Os comitês técnicos possibilitam o encontro associativo de diferentes formas de resistência, movimentados mais especificamente pelas trabalhadoras negras, que, tanto no período escravagista, quanto no pós-abolição, continuam na defesa da sua existência.

Os comitês têm se mostrado com capacidade de mobilização, revelando a possibilidade da implementação da PNSIPN no município de Porto Alegre, em que se renova a essência do Kilombo, um local onde a liberdade é possível, revigorando toda sua ancestralidade a partir do

território. Além disso, o dispositivo alimenta um espírito de coletividade e responsabilidade social, que atravessa a constituição desses trabalhadores e trabalhadoras do SUS, enquanto sujeitos negros e militantes, estando conectados com os valores civilizatórios de matriz africana na direção da Afrocentricidade.

Neste trabalho, pudemos descrever o caminho político institucional para a implementação de uma política pública de saúde voltada à equidade etnico-racial no SUS em Porto Alegre. Foi possível analisar as experiências d@s promotor@s de saúde da população negra levando em conta os dispositivos de poder/racialidade que perpassam seu trabalho e suas vidas, pois somente por meio da pesquisa empírica, do diálogo com as entrevistadas que participaram do curso foi perceptível as transformações nas realidades de mulheres negras, profissionais da saúde, que tanto fazem por suas comunidades e por suas famílias. Podemos fazer essa pertinente reflexão sobre as ações da política de saúde da população negra em Porto Alegre RS desde a percepção d@s promotor@s de saúde da população negra, sendo majoritariamente composto por mulheres, que se dedicam ao cuidar como missão, que as acompanha em suas trajetórias e resgata os valores de ancestralidade das Yalodês.

Os processos de educação permanente, neste ponto em especial o Curso Promotor@s, foram fundamentais para constituição de uma rede, por meio do protagonismo das participantes que se formaram, expandindo as mais variadas ações de cuidado ampliado em saúde, respeitando as diversidades de contextos. O Promotor@s demonstrou o potencial de capilaridade da PNSIPN, ocupando novos espaços institucionais e de ação coletiva social.

Nesta pesquisa, trilhamos alguns caminhos político-institucionais, para a implementação de uma política pública de saúde, voltada à equidade etnico-racial no SUS. Tendo o curso Promotor@s em saúde da população negra como dispositivo central, procuramos apontar algumas evidências acerca do estudo realizado, assim como pistas a serem exploradas em novos estudos. Percebeu-se que muitos processos foram desencadeados, apresentando resultados significativos, marcando que a escolha pela diversidade de estratégias e de atores foram fundamentais para o reconhecimento e institucionalização da PNSIPN. Neste sentido, considero fundamental que os valores civilizatórios de matriz africana organizem qualquer política pública voltada para o povo negro, porque o poder e o saber giram, transferem-se, cooperam. Afinal, “sou quem sou, porque somos todos nós”.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. O QUE É RACISMO ESTRUTURAL?. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes (Orgs.). **Usos e abusivos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ANJOS, José Carlos dos. Etnia, Raça e Saúde: Sob Uma Perspectiva Nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina**: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

ASANTE, Molefi Kete. **Afrocentricidade**. Philadelphia: Editora Afrocentricity Internacional, 2009.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**. 38.5 (2004): 630-636.

BENISTE, José. **Orun Àiyé**: o encontro de dois mundos: o sistema de relacionamento nagô-yorubá entre o céu e a terra. Bertrand Brasil, 1997.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: BENTO, Maria Aparecida da Silva; CARONE, Iray (Orgs.). **Psicologia Social do Racismo**. 2ª ed. São Paulo: Vozes, 2002.

_____. **Psicologia social do racismo**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. vol. 1. Brasília: Parma, 2002.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 5 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Presidência da República**. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 2015. Diário Oficial da União. **Portaria Ministerial 1018**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1018_01_07_2005.html>.

Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Painel de Indicadores do SUS**. v. 7, n. 10 Temático Saúde da População Negra/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, 2005**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional**. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

DECLARAÇÃO DE DURBAN. **III Conferência Mundial de Combate Ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata**. 2001.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197 – 223, Nov 2001.

FOLA, Nina; KERKHOFF, Cassiane. Conversa Afiada: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade Terreira Ilê Asé Iyemonjá Omi Olodô. In: SOARES, E. O. (org.) **Olhares sobre a equidade em Saúde: Elementos acerca da implantação da PNSIPN**. SMS/PMPA. 2012.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FUNDAÇÃO PALMARES, 2013. **Personalidades Negras – Oliveira Silveira**. Disponível em: <<http://www.palmars.gov.br/archives/31262>>. Acesso em: 20 out. 2017.

GARCIA, MARIA. LETÍCIA. A contribuição do Controle Social para implementar a Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. In: Soares, E. O. (org.) **Olhares sobre a equidade em Saúde: Elementos acerca da implantação da PNSIPN**. SMS/PMPA. 2012.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GELEDÉS. **Imigrantes negros que chegam ao Brasil deparam-se com o racismo à brasileira, diz sociólogo**. 2015. Disponível:

<https://www.geledes.org.br/imigrantes-negros-que-chegam-ao-brasil-deparam-se-com-racismo-a-brasileira-diz-sociologo/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Maria Cristina; CRUZ, Aline de Jesus. **O Data SUS e os Desafios e os Desafios na coleta e disseminação de Informação em Saúde da População Negra**, 2016. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/-planejamentoeanalisedepoliticaspUBLICAS/iisip pedes2016/artigo-sippedes--alinea-cristina-9-ago-16-_1_.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GONZALEZ, Lélia. **Primavera para as rosas negras**. São Paulo: Ed. Diáspora Africana, 2018.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Racismo e Anti-Racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTUDOS APLICADOS (IPEA). **Atlas da Violência**. 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

_____. **Desenvolvimento Humano para Além das Médias**: 2017. Brasília: PNUD, 2017a. 127 p. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/desenvolvimento-alem-das-medias.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

LESSEM, Ronnie; NUSSBAUM, Barbara. **Sawubona África**: abraçando quatro mundos na gestão sul-africana. Zebra Press, 1996.

LOPES, Fernanda. **Raça, saúde e vulnerabilidades**. Bol. Inst. Saúde. Número 31. São Paulo. 2003.

LOPES, Marta Julia. *Les soins: images et réalités-lê quotidien soignant au Brésil* [tese]. Paris: Université de Paris VII; 1993.

LOPES, Nei. **Dicionário da Antiguidade Africana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

LÓPEZ, LAURA. CECILIA. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface** - Comunic., saúde, v.16, n.40, 121-34, Jan/mar. 2012.

MALOMALO, Bas'ilele. **Filosofia do Ubuntu**: valores civilizatórios das ações afirmativas para o desenvolvimento. Curitiba: CRV, 2014.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEIHY, José Carlos. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social-teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista**

Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, 2017.

MINAYO, Maria Cecília; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

MOEHLECKE, SABRINA. Ação afirmativa: História e debates no Brasil. **Cad. Pesqui.** [online]. 2002, n. 117, p. 197-217. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000300011>>. Acesso em: 25 set. 2019.

MOORE, Carlos. Negro sou, negro ficarei. In: CÉSAIRE, Aimé; MOORE, Carlos (Orgs). **Discursos sobre a negritude**. Belo Horizonte: Nandyala, 2010. p.7-38.

_____. **Racismo & sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nandyala, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. 2011. **Mobilização Pró Saúde da População Negra**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mobilizacao-pro-saude-da-populacao-negra-2011/>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

NASCIMENTO, Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: RATTS, Alex. **Eu sou Atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. Imprensa Oficial: São Paulo, 2006. p. 117-125.

NAVARRETE, Vázquez.M. L. V. et al. **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona, 2006.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do Corpo Negro**. Tese (Doutorado em Psicologia). Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. Cor e inconsciente. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, Maria Lucia; ABUD, Cristiane Curi. (Orgs). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 121 – 126.

“PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PMPA)**Análise Epidemiológica da Tuberculose em Porto Alegre no período de 2001 a 2011, com destaque à situação epidemiológica de 2011**. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/analise_epidemiologica_da_tuberculose.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

OBSERVAPOA. As Condições Sociais da População Negra em Porto Alegre. **Revista do Observatório da Cidade de Porto Alegre**, V. 3, N. 2. PMPA: Porto Alegre, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Década dos Afrodescendentes 2015-2024**. Disponível em: <<http://decada-afro-onu.org/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Pontes, 2006.

PIZA, Edith. Porta de vidro: entrada para a branquitude. In: BENTO, Maria Aparecida da Silva;

CARONE, Iray. (Orgs.) **Psicologia Social do Racismo**. 2ª ed. São Paulo: Vozes. p. 59 – 90.2002

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PMPA). **Decreto Nº 13.961, de 14 de novembro de 2002**. Disponível em:

<<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000025159>>. Acesso em 24 set. 2018.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria geral de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ano Xv, Nº 53, Dezembro 2013.

_____. **Diário Oficial de Porto Alegre 2015**. Disponível em:

<http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1476_ce_20150731_executivo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. SMS. **Relatório de Gestão - 2017**. Disponível em:

<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. SMS. **DECRETO Nº 13.961, de 14 de novembro de 2002**. Disponível em:

<[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000025159.DOCN.&l=20&u=/netahtml/si rel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000025159.DOCN.&l=20&u=/netahtml/si%20rel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT)>. Acesso em: 14 jun. 2018.

REIS FILHO, José Tiago. Negritude e sofrimento psíquico. **Rev Pulsional**, Revistas de Psicanálise Dissertações e Teses. Ano XIX, n.185, mar/2006. p. 150 -156.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

RINEHART, Denise. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: discursos da gestão municipal do SUS. 2013. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ROCHA, Rosa Margarida de C. **Pedagogias da Diferença** - A tradição oral africana como subsídio para a prática pedagógica brasileira. Belo Horizonte: Nandyala, 2009. Coleção Repensando África, vol. 2.

ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 221-229, jun. 2008.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998.

SAPEDE, Thiago C. Racismo e dominação psíquica em Frantz Fanon. **Sankofa Rev de História da África e de Estudos da Diáspora Africana**. Ano IV, n. 8, dez/2011.

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

SCOTT, James. **Seeing Like a State**. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed. New Haven; London: Yale University Press, 1998.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SEPPIR). **Site institucional**. 2016. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/assuntos/o-que-sao-acoes-afirmativas>>. Acesso em 10 ago. 2017.

SOARES, Elaine O. **A Percepção das Mulheres Negras do Sistema Único de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2003.

_____(org.). **Olhares sobre a equidade em Saúde**: Elementos acerca da implantação da PNSIPN. SMS/PMPA. 2012.

SODRÉ, Muniz. **A verdade seduzida**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

SOUZA, Neusa S. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNASUS). **Módulo Unidade 1**. Saúde da População Negra. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/apostila_unidade1%20-%20Contextualizando%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/apostila_unidade1%20-%20Contextualizando%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra%20(1).pdf)>. Acesso em: 23 de jun. 2020.

WAISELFIZ, J. J. Mapa da violência 2012: **Atualização Homicídio de Mulheres no Brasil**. 2012. São Paulo: Flacso. Disponível em: <www.agenciapatriciagalvao.org.br/Images/PDF/pesquisas/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

WALDMAN, Maurício. **O Baobá na paisagem africana**: singularidades de uma conjugação entre natural e artificial. *África* (São Paulo), n. esp, p. 223-235, 2012.

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de Mulheres Negras e Estratégias Políticas contra o sexismo e o racismo. **Revista da ABPN**. V.1, N.1, mar-jun de 2010.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. *International Journal of Health Services*, 1992, 22: 429-445.

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) “O dispositivo do projeto Promotor@s em Saúde da População Negra na Implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra em Porto Alegre.”, conduzida pela mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Elaine Oliveira Soares, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. Este estudo tem por objetivo analisar sobre o dispositivo do projeto Promotor@s em Saúde da População Negra na Implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra em Porto Alegre.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder a entrevista. No entanto, é garantido respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para você.

A coleta de dados ocorrerá com trabalhadores da saúde da atenção básica e sociedade civil que se formaram Promotor@s em Saúde da População Negra e gestores da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, por meio de entrevista e diário de campo, e que esta pesquisa dará origem a uma dissertação que será apresentada a Instituição de Ensino supracitada. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita e também registrada em um diário de campo. Após o início da entrevista a qualquer momento pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a lhe prejudicar, pois trata-se de livre participação. Você tem a garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação. Fica assegurado o anonimato das informações fornecidas, bem como, a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável, do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRGS e Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS Porto Alegre, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele,

agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: pesquisadora responsável Tatiana Engel Gerhardt, no endereço que segue: Rua São 86 Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 999979248 ou se desejar entrar em contato com a pesquisadora Elaine Oliveira Soares (51) 981516697, Comitê de Ética da UFRGS no endereço, Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 e Comitê de Ética da SMS [1] Porto Alegre, FONE: 51-3289.5517 E 51-3289.2453, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, Centro Histórico, Porto Alegre/RS – CEP: 90010-040.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Porto Alegre, ____ de _____ de .

Assinatura da pesquisadora
da Elaine Oliveira Soares

Assinatura do participante ou
representante legal

Incluído contato CEP/SMS Porto Alegre

ANEXO - Portaria nº 723/2015

PORTARIA 723/2015

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições cria oito Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra, e dá outras providências. Considerando a necessidade de promover a articulação das ações que visam implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos territórios, com vistas a avançar na equidade da atenção à saúde;

RESOLVE:

- Art. 1º Constituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, oito Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra, um em cada região distrital de saúde.
 Art. 2º Designar um titular e um suplente respectivamente para coordenação de cada Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra: Região Centro: Solange Rosaura de Souza e Adriana Leal; Região de Saúde Sul Centro Sul: Tatiane Rosa Lara e Rita Beatriz da Silva Corrêa; Região de Saúde Restinga Extremo Sul: Marcia Elisa Noronha Rosa e Márcia Rita Baisch; Região de Saúde Norte Eixo Baltazar: Andréia da Silveira Gonçalves e Michele Oliveira Conceição; Região de Saúde Leste Nordeste: Marisa Martins Altamirano e Kelly Cristina Silva Carvalho; Região de Saúde Noroeste Humaitá Navegantes e Ilhas: Jonas Luis Ribeiro e Claudete da Silva Moreira; Região de Saúde Partenon Lomba do Pinheiro: Gisele Gomes e Janaina Carolino da Silva; Região de Saúde Glória Cruzeiro Cristal: Jéssica Hilário de Lima e Jéssica Roberta Machado Pereira.
 Art. 3º Criar regimento Interno para funcionamento dos Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra.

Porto Alegre, 25 de junho de 2015

FERNANDO RITTER, Secretário Municipal de Saúde.

**REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TÉCNICO REGIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DE PORTO ALEGRE
 PROCESSO 15.0.000004618-0**

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES:

Este regimento interno dispõe sobre o funcionamento dos Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra da cidade de Porto Alegre/RS, conforme VXII Estratégia de Gestão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (Portaria Ministerial 992/2009). Este documento estabelece as competências da

composição dos Comitês Técnicos Regionais da Saúde da População Negra, bem como instruções que lhe são atribuídas, disciplinando o seu funcionamento.

DO OBJETIVO:

Art. 1º - O Comitê Técnico Regional é um grupo multidisciplinar, e tem como objetivo fomentar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, nos territórios da cidade de Porto Alegre, atendendo ao que prevê a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, bem como a Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 2º - Cada Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra será composto, especialmente por Promotores em Saúde da População Negra daquele território (de todos os serviços de saúde: atenção primária, especializada, urgências e hospitais) podendo integrar-se pessoas, instituições, organizações ou movimentos que contribuam com a temática do povo negro.

Art. 3º - A Coordenação do Comitê Técnico Regional deverá ser composta obrigatoriamente por um trabalhador ou gestor do território de saúde. A Coordenação Adjunta, por sua vez, poderá ser composta por gestor, trabalhador ou usuário. Todos com formação no Curso de Promotor@s em Saúde da População Negra.

Parágrafo Único - A cada dois anos será realizada eleição da Coordenação do Comitê Técnico Regional, respeitadas as determinações de sua composição, em reunião ordinária previamente estabelecida para esse fim, com quorum mínimo de 50% dos integrantes do Comitê Técnico Regional. Será permitida apenas uma reeleição à Coordenação do Comitê Técnico Regional.

DO FUNCIONAMENTO:

Art. 4º - O Comitê Técnico Regional se reunirá mensalmente em reuniões ordinárias, com calendário anual pré-definido, elaborado pela coordenação do Comitê, em local apropriado no território de saúde, ou em outro local e horário previamente aprovado pelos integrantes. As reuniões serão devidamente registradas em ata, contendo lista de presença. Em caso de necessidade, a Coordenação do Comitê Técnico Regional poderá convocar reuniões extraordinárias.

Parágrafo Único - Caberá à Coordenação do Comitê Técnico Regional incentivar a participação nas reuniões ordinárias de, pelo menos, um promotor em saúde da população negra de cada serviço.

Art. 5º - Salvo justificativa oficial, a ausência de qualquer membro, inclusive Coordenação, durante três reuniões consecutivas, acarretará comunicação oficial à gestão do território em saúde, para fins de providência.

Art. 6º - Na ausência ou impedimento temporário e justificado da Coordenação e da Coordenação Adjunta, suas funções serão exercidas, interinamente, por outro membro do comitê indicado pelos integrantes do mesmo e consensuado com a gestão do território em saúde.

DA COMPETÊNCIA:

Art. 7º - Compete ao Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra:

- I – Apoiar e assessorar a Área Técnica de Saúde da População Negra -ATSPN na elaboração do Plano Municipal de Saúde e programas relativos à temática.
- II – Identificar o racismo institucional no trabalho cotidiano, desenvolvendo ações para sua superação.
- III – Fortalecer o debate sobre a redução das iniquidades raciais na saúde, abordando a importância da adoção de políticas de saúde da população negra no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- IV – Executar, acompanhar, monitorar, avaliar e sistematizar o projeto Saúde da População Negra no seu território de saúde.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - Compete à Coordenação do Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra:

- I – representar o Comitê nos atos e lugares que se fizerem necessário;
 - II – conduzir e supervisionar as atividades do Comitê;
 - III – convocar, coordenar e prover as condições necessárias às reuniões da Plenária do Comitê;
- Parágrafo Único: Os Coordenadores do Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra deverão se reunir trimestralmente com a Área Técnica de Saúde da População Negra para monitoramento e avaliação das metas dos comitês.

Art. 9º Compete aos demais membros do Comitê Técnico:

- I – participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê;
- II – apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra;

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

Art. 10º – O Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra contará com o apoio administrativo da gestão do território em saúde, bem como da Área Técnica de Saúde da População Negra da SMS, no que se refere à operacionalização de suas atividades.

Art. 11º – A participação nas reuniões bem como os membros do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, não serão remunerados sob nenhuma espécie, sendo considerada função de relevância pública.

Art. 12º – Os produtos e resultados da atuação do Comitê Técnico Regional de Saúde da População Negra serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade.

Art. 13º O presente Regimento Interno poderá ser alterado por 2/3 (dois terços) de todos os integrantes do Comitê Técnico Regional, em sessão extraordinária designada especificamente para este fim, da qual será feita prévia comunicação ao Senhor Secretário Municipal da Saúde.

§ 1º - Este Regimento Interno poderá ser revisto a qualquer momento, independente da data de sua publicação na Imprensa Oficial do Município.

§ 2º - As propostas de alteração serão encaminhadas à Coordenação do Comitê Técnico Regional pelos próprios membros.

Art. 14º As situações omissas no presente regimento serão resolvidas pela plenária do próprio Comitê Técnico.

Art. 15º Este Regimento Interno entra em vigor, após homologação do Senhor Secretário de Saúde, na data de sua publicação, devendo ser arquivado na Sede da Secretaria Municipal de Saúde, na Coordenação das Áreas Técnicas/ Área Técnica de Saúde da População Negra.

Porto Alegre, 25 de junho de 2015.

FERNANDO RITTER, Secretário Municipal de Saúde.