QUAL A FUNÇÃO DO QUESITO RAÇA COR NO SUS?

SUPERANDO DESAFIOS E RECONHECENDO POTENCIALIDADES PARA EQUIDADE RACIAL NO SUS



UERJ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
75
nesa
nesa EDITORIAL
projeto CAMINHOS ABERTOS
FAPERJ Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro



A confecção deste material envolveu a equipe de pesquisa abaixo apresentada.

COORDENAÇÃO GERAL
Prof. Dr. José Augusto da Silva Messias
Ms. Carmen Maria Raymundo

EQUIPE DE PESQUISADORES
Prof. Dr. Daniel de Souza Campos
Esp. Luiza Buzgaib Martins
Ms. Leandro Rocha da Silva
Maria Caroline da Silva Nascimento
(NESA/UERJ)

APOIO
Andressa Moura Santos (NESA/UERJ)
Gabriele Ladislau de Azevedo (NESA/UERJ)
Lucas Gomes da Silva (NESA/UERJ)
Patrícia Cardoso Barbosa (NESA/UERJ)

Ficha catalográfica

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/A

M585 Messias, José Augusto da Silva.
Qual a função do quesito raça cor no SUS? : superando desafios e reconhecendo potencialidades para equidade racial no SUS / José Augusto da Silva Messias, Carmem Maria Raymundo (Coordenadores). – Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/Uerj), 2025.

40 p. : il. ; 21 cm.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Equidade em saúde. 3. População negra - saúde. I. Raymundo, Carmem Maria. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. III. Título.

CDU 614:316.724

CDD 614.058

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

SUMÁRIO

Apresentação 05

De que lugar falamos: situando a importância do trabalho com adolescentes e jovens - a experiência do Nesa 07

Você sabia que a aferição do quesito raça/cor é uma luta histórica para a equidade no SUS? 10

Ações voltadas para a população negra no âmbito da saúde no Brasil 11

Ações voltadas para a população negra na saúde no Estado do Rio de Janeiro 14

A primeira luta de todas para a população negra é o fortalecimento do SUS 15

Reconhecer para reparar: as potencialidades do campo da saúde para o enfrentamento ao racismo 16

A importância da atenção básica à saúde no enfrentamento ao racismo 18

A relevância da população juvenil nos serviços de saúde - dialogando com alguns dados a partir das dimensões de gênero e de raça 19

Por que precisamos territorializar a discussão? 23

Mas, à qual definição de território estamos nos referindo?..... 24

Reconhecer (desafios) 24

Como construir uma instituição de saúde antirracista? 26

Linhas de ação para reparação 26

Reparar: Potencialidades - elementos que contribuem para o reconhecimento da dimensão racial no setor saúde 28

Monitorar: você sabe o que são indicadores?Qual a importância deles para a luta antirrracista no SUS? 29

Lista de indicadores 33

Fechar para abrir 34

Referências 38

APRESENTAÇÃO

Este material se insere nos resultados da pesquisa *"Conhecendo o lugar dos jovens negros nas ações de saúde do município do Rio de Janeiro"*; expressam a relação solidária e de interdependência dos campos da pesquisa e da prática. Reconhecemos que não são poucos os que acreditam que a experiência vivida não pode ser transposta para as palavras escritas e faladas. Tal crença é, em parte, correta. Lidamos, a todo o momento, com uma multiplicidade de coisas, com generalizações, significações tão matizadas que perdem muito de sua verdade quando aprisionadas na camisa-de-forças das palavras. Sempre nos pareceu claro que em toda a prática, a interpretação, mesmo que organicamente unificada a um contexto específico, conduz a interesses e visões contraditórias que serão sempre parciais e fragmentadas. É o próprio processo de investigação que irá nos permitir avançar para além desses fragmentos na busca de uma explicação cada vez mais global, porém, sempre provisória.

Não pretendemos aprofundar, nesse espaço, os aspectos controversos e complexos de uma pesquisa. Apenas queremos registrar que a investigação que deu origem a estas diretrizes, é um exemplo que se coloca frontalmente contra a crença de que o objeto de pesquisa existe em um mundo externo ao do pesquisador.

Não obstante, a temática orientadora deste trabalho é que o serviço de saúde pública seria mais efetivo e eficiente se, e quando, as inter-relações entre geração e raça da população usuária fossem consideradas e observadas em todos os atendimentos.

Apesar de todos os avanços em relação à construção e implementação de políticas públicas, reconhece-se que o racismo em suas múltiplas manifestações adquire novas formas, se reinventa e persiste em nossa sociedade.



Se por um lado, na teoria, as políticas públicas têm cada vez mais tentado responder aos “novos desafios", a prática institucional tem experimentado obstáculos.

A formação continuada de gestores(as) e equipes multidisciplinares torna-se fundamental para o enfrentamento ao racismo institucional, posto que estão na linha de frente na implementação das políticas públicas.

Estas páginas expressam reflexões baseadas em muitos encontros com equipes multidisciplinares de atenção primária à saúde de determinado território do município do Rio de Janeiro. Foram inúmeros momentos de sensibilização para participação no estudo, “escuta” dos profissionais através da leitura e análise das respostas aos questionários aplicados e, em especial, nos encontros para realização dos grupos focais.

Acreditamos que as formações profissionais acadêmicas, assim como a educação continuada nas instituições no manejo das desigualdades raciais que fazem parte do cotidiano de atendimento em saúde de adolescentes e jovens negros e negras no SUS, requeiram grande investimento.
Compreender as múltiplas possibilidades de vivência juvenil é fundamental para a formulação e operacionalização de políticas públicas de juventude.
Aqui apresentamos possíveis caminhos para superação dos limites e para o investimento nas potencialidades para a intersecção das categorias raça e geração no atendimento à saúde.

Sendo o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) uma instituição docente-assistencial, faz-se mister, sobretudo, contribuir com a ampliação do conhecimento sobre estas múltiplas e diferenciadas “juventudes” que têm, na categoria raça, uma de suas mais relevantes inflexões.



DE QUE LUGAR FALAMOS...

SITUANDO A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO COM ADOLESCENTES E JOVENS: A EXPERIÊNCIA DO NESA

No âmbito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o NESA foi criado em 1974 com o objetivo de ser a unidade docente-assistencial responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes e jovens com idade entre 12 e 20 anos.

Um campo de grande investimento do NESA é a elaboração de metodologias de aprendizagem presenciais e à distância baseadas em narrativas que visam impactar a formação de profissionais de saúde e da rede intersetorial, além de prestar assessoria para o Ministério da Saúde e outros órgãos de relevância, sobre temas relacionados a à saúde de adolescentes e jovens.

Neste contexto, é fundamental que as ações intersetoriais e intrassetoriais direcionadas à infância, adolescência e juventude contemplem a transversalidade do racismo na socialização desses grupos populacionais. Não obstante, destacam-se o quantitativo de jovens negros mortos pela violência, a relevância da violência obstétrica no universo das mulheres negras e os impactos do racismo na construção da subjetividade juvenil.

Assim, no ano de 2022 o NESA/UERJ realizou o curso de extensão “Caminhos Abertos para diálogos interseccionais entre raça e saúde infanto-juvenil”, no período de maio a dezembro de 2022, tendo por objetivo: contribuir para que os serviços de saúde e da rede intersetorial de garantia de direitos, direcionados para adolescentes e jovens, em âmbito territorial, estejam capacitados para identificação das situações de racismo institucional e promoção de ações de saúde que valorizem as especificidades geracionais e raciais.

Nessa direção, o curso proporcionou momentos de grande aprendizagem e de interação entre o saber acadêmico e as diferenciadas realidades institucionais. Reafirmou a importância de compartilhar e debater as múltiplas expressões do racismo. A despeito da centralidade do racismo estrutural, não podemos perder de vista suas diferentes dimensões: racismo institucional, racismo religioso, racismo ambiental, racismo recreativo.

No decorrer das atividades, foi possível observar a grande mobilização dos participantes em relação a temática do racismo ao trazerem relatos de seus cotidianos de trabalho. Nestas oportunidades demonstraram desconhecimento para a identificação do racismo e, ainda, sobre quais ações deveriam ser construídas para sua superação no espaço institucional.

Diante deste quadro, uma questão em especial provocou inúmeras ponderações entre os discentes e instigou a equipe de coordenadores do supracitado curso a elaborar esta pesquisa:

A AFERIÇÃO DO QUESITO RAÇA/COR nas informações de identificação dos usuários das instituições, tendo em vista A COMPLEXIDADE E/OU "constrangimento" relatado pelos profissionais em perguntar "qual é a sua cor?" no momento dos atendimentos, ASSIM COMO DOS USUÁRIOS EM DEFINIREM SUA RAÇA/COR.

Assim, como desdobramento no investimento da formação de profissionais de saúde, este projeto de pesquisa realizou estudo quantitativo e qualitativo no território alcançado pelo curso. Objetivou-se, conhecer que desafios permeiam a aferição do quesito raça/cor, assim como contribuir com a qualificação da coleta deste dado. Mais especificamente, busca-se conhecer os limites e potencialidades da intersecção das categorias raça e geração no atendimento à saúde.



A problemática que estimulou o desenvolvimento deste estudo é, de certo modo, a hipótese deste trabalho: a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens seria mais efetiva e eficiente se, e quando, as inter-relações entre raça, geração e saúde da população usuária fossem consideradas e observadas em todos os atendimentos.

Assim, é fundamental demarcar que embora exista universalidade em ser jovem, em determinado tempo histórico, os contextos de vida dos adolescentes e jovens brasileiros atribuem-lhes especificidades. Eles não dispõem de condições igualitárias de acesso às políticas e aos direitos sociais, nem são igualmente afetados pela violência, em função de classe social, gênero e raça.

Desta forma, as políticas públicas de juventude têm como grande desafio articular universalidade e especificidade, nos termos de Novaes:

> Combinar projetos e ações que assegurem igualdade de direitos da cidadania; valorização da diversidade juvenil por meio de ações afirmativas e respostas às demandas que dizem respeito à atual condição juvenil (2007, p.7).

Acredita-se que a ampliação destes dados possibilita uma melhor apreensão da realidade e até mesmo proporciona inflexões nas políticas públicas.

VOCÊ SABIA QUE A AFERIÇÃO DO QUESITO RAÇA/COR É UMA LUTA HISTÓRICA PARA A EQUIDADE NO SUS?

A incorporação do quesito raça/cor nas políticas públicas de saúde constitui-se como uma conquista histórica dos movimentos sociais negros e representa um instrumento fundamental para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da década de 1980, com o movimento de reforma sanitária, intensificaram-se as articulações entre militantes dos movimentos negros e pesquisadores comprometidos com a agenda antirracista, resultando em avanços importantes, como a introdução do quesito cor nos sistemas de informação em saúde.

Ressalta-se, neste contexto, as conquistas recentes para superação do racismo potencializadas a partir III Conferência Mundial contra o Racismo, em Durban, na África do Sul, no ano de 2001. Dentre elas, destacam-se a inclusão da temática do racismo nas pesquisas acadêmicas, a permanência das iniquidades raciais nas análises estatísticas desagregadas por raça/cor, e, posteriormente, a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), formalizada em 2006.

Além de reconhecer o racismo como determinante social da saúde, a PNSIPN prevê a obrigatoriedade do registro da raça/cor, conforme estabelecido pela Portaria nº344/2017, respeitando o critério da autodeclaração. Todavia, ainda consta nos registros o campo “sem informação”, o que dá margem para uma grande quantidade de dados incompletos. Apenas mais recentemente, na última reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em março de 2023, definiram-se estratégias coordenadas para que não seja permitido o cadastro de novos usuários do SUS utilizando o domínio 99 (“sem informação”).

No entanto, de acordo com a Nota Técnica n. 30 “O Quesito Raça/Cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude”, apesar do crescimento do preenchimento de dados referentes à raça/cor no DataSUS ao longo dos anos, essa expansão ocorreu de forma heterogênea e incipiente entre os principais bancos de dados do sistema de saúde.

Em consonância com a Saúde Coletiva, avaliamos a importância de incluir o quesito raça/cor nas avaliações dos processos saúde-doença, com base nas determinações sociais em saúde presentes em toda trajetória dos sujeitos sociais. (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo,2017).

MARCOS HISTÓRICOS DAS AÇÕES PARA A

1986

VIII Conferência Nacional de Saúde: marcou o início de debates sobre a necessidade de políticas específicas para a população negra. Este evento, que definiu o SUS como direito do cidadão e dever do Estado, também reconheceu a importância de atender às desigualdades em saúde que afetam a população negra;

1995

Marcha Zumbi dos Palmares: foi um momento crucial na história do movimento negro brasileiro, marcando um ponto de inflexão na luta por políticas públicas voltadas para a população negra, incluindo a área da saúde. A marcha, que comemorou os 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, reuniu milhares de pessoas em Brasília para exigir o reconhecimento e a implementação de políticas que combatam o racismo e a discriminação racial;

1996

Inclusão do quesito cor nos sistemas de informação do Ministério da Saúde: inclusão do quesito cor nos sistemas de informação do Ministério da Saúde em caráter experimental;

2001

Conferência de Durban: realizada na África do Sul, reforçou o compromisso do Estado brasileiro na luta contra o racismo, incluindo a saúde, e teve grande impacto na agenda global e nacional sobre igualdade racial;

2004

Assinatura do Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR): Formaliza o compromisso de desenvolver e implementar ações conjuntas para garantir que o SUS atenda de forma integral e equitativa as necessidades de saúde da população negra e de outros grupos raciais, combatendo as desigualdades históricas e sociais

2006

Criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): reconhece o racismo como um determinante social da saúde e tem como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nos serviços de saúde segundo publicação do Ministério da Saúde;

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL



2007

13ª Conferência Nacional de Saúde solidifica-se a compreensão da PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade do SUS; Fica instituído que 27 de outubro será o dia nacional de mobilização pró-saúde da população negra.

2009

A PNSIPN passa a compor oficialmente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): buscava garantir a promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação da saúde da população negra, com foco na redução das desigualdades étnico-raciais e no combate ao racismo nos serviços de saúde;

2010

Criação do Estatuto da Igualdade Racial, por meio da Lei nº 12.288: a lei tem o objetivo de garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais e coletivos, além do combate à discriminação e demais formas de intolerância étnica;

2017

Portaria nº 344/2017: torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor em cadastros de todos usuários do SUS: A coleta e o preenchimento deste quesito devem ser feitos com base na autodeclaração do usuário, utilizando as categorias estabelecidas pelo IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

2023

Portaria nº 2198/2023: visa a promoção da equidade étnico-racial e o enfrentamento ao racismo em todas as políticas de saúde. Tem como estratégia central garantir o atendimento integral às complexidades em saúde da população negra, indígena, quilombola, cigana, além de minorias como migrantes, refugiados e apátridas.

2024

Instituição do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR): é um instrumento fundamental para a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. A partir da adesão de estados, DF e municípios ao sistema, fortalece-se a atuação conjunta para a implementação de ações e potencialização de resultados.

AÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2003 Criação da Superintendência de Promoção da Equidade na Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ): início da institucionalização de ações voltadas à equidade;

2006 Participação ativa da SES/RJ na construção da PNSIPN em âmbito nacional;

2010 Implantação de grupos de trabalho intersetoriais e interinstitucionais para acompanhamento da saúde da população negra no estado;

2014 Publicação do Plano Estadual de Saúde Integral da População Negra do Rio de Janeiro: visa orientar e articular as ações de saúde voltadas ao enfrentamento do racismo institucional;

2020 Reforço da obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nos sistemas estaduais de saúde, com capacitações regionais;

2022 Lei Lenora Mendes Louro: institui o programa municipal de saúde integral da população negra, por meio da Lei nº 7.749/26 de dezembro.

A PRIMEIRA LUTA DE TODAS PARA A POPULAÇÃO NEGRA É O FORTALECIMENTO DO SUS



Partimos do pressuposto de que estamos sempre em movimento na vida social. Em cada conjuntura histórica existem lutas, acomodações, vitórias, perdas, avanços e recuos. As conquistas sociais são datadas historicamente e resultantes dos embates entre atores sociais e projetos sociais em disputa. Nesta direção, as políticas públicas expressam um campo relacional entre sujeitos sociais em momentos e espaços determinados.

Apesar de todos os avanços em relação à construção e implementação de políticas públicas, reconhece-se que as múltiplas expressões do racismo, inclusive o religioso, persistem na sociedade brasileira.

Estas duas dimensões das relações raciais no Brasil são históricas e, como afirmam muitos militantes dos movimentos negros e pesquisadores(as), elas assumem, na atualidade, novas formas, se reinventam. De norte a sul do país, casos são registrados de racismo com atos violentos contra sacerdotes e sacerdotisas e contra todos os símbolos do culto a religiões de matriz africana.

Os negros e as negras são a maioria absoluta nas favelas, nos cortiços, nas palafitas, na população em situação de rua, nas cadeias, nos empregos precários, etc. Assim, o racismo institucional na área da saúde se revela por uma divisão desigual de acesso, pelo tratamento diferenciado dentro do sistema e também, principalmente, pela invisibilidade das desigualdades raciais na hora do planejamento das políticas e ações de saúde. Mas, tendo em vista serem os negros e negras os maiores usuários do Sistema único de saúde, “a primeira luta de todas para a população negra é o fortalecimento do SUS”.

A atenção a estes movimentos é fundamental para que os(as) gestores(as) públicos contribuam em ações para o seu enfrentamento. Nessa esteira, apostamos que a formação sistemática e continuada de gestores(as) estaduais, municipais e distritais torna-se fundamental para a superação do racismo institucional, posto que estão na linha de frente na implementação dessa política pública.

RECONHECER PARA REPARAR: AS POTENCIALIDADES DO CAMPO DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO AO RACISMO

A saúde pública brasileira, a partir da constituição de 1988 se estrutura sob a égide do conceito da universalidade: "saúde, direito de todos e dever do Estado"[1]. Porém, essa conquista histórica não deve impedir que se identifique diferenças e desigualdades que intrinsecamente tenham esses usuários entre si. Diferenças que, sobretudo muitas vezes explicam as condições de saúde/e de falta de saúde as quais estão submetidos, as e os adolescentes negros usuários do sistema de saúde pública.

Como define Santos (2003) é fundamental reconhecer as diferenças para não reproduzir desigualdades:

> Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (2003, p. 56).

Nesta mesma direção, Ribeiro (2017), pondera que quando se discute políticas públicas, "comumente ouvimos que as políticas devem ser para todos [...] Mas quem são estes todos? ou quantos cabem nestes todos?" (p.41). Por conseguinte, afirma que devemos "romper com esta tentação da universalidade que exclui" (p. 43).



Deste modo, embora exista universalidade em ser jovem, em determinado tempo histórico, os contextos de vida dos adolescentes e jovens brasileiros atribuem-lhes especificidades. Eles não dispõem de condições igualitárias de acesso às políticas e aos direitos sociais, nem são igualmente afetados pela violência, em função de classe social, gênero e raça.

1. No artigo 196 da Constituição Federal "A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção".

Neste contexto, o princípio da equidade é mais que um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se "tratar desigualmente os desiguais", de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais igualitárias para todos.

No que tange às políticas públicas de saúde para a população negra, sabemos que as situações de carência material, historicamente concentradas em determinadas raças, não correspondem às suas potencialidades. Referem-se a uma gama de questões, as quais incluem o racismo na origem e reprodução das desigualdades, tais como o obstáculo no acesso a bens e riquezas e também, do ponto de vista dos sujeitos sociais, ao desconhecimento e desvalorização da bagagem cultural que trazem.



No Brasil, a desigualdade é proporcionalmente mais significativa entre os negros e os indígenas, os quais compõem as parcelas mais pobres da população. Convém ressaltar que esta experiência de desigualdade enfrentada também é responsável por significados sociais e culturais nos quais são difundidos e reproduzidos sentimentos de inferioridade.

Neste contexto, é importante destacar que a Saúde constitui-se em um eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial. Portanto, este é um tema de grande relevância para este setor.

Assim, a despeito dos avanços que a sociedade brasileira tem alcançado no campo do combate à discriminação, persiste a desigualdade racial, assim como as múltiplas expressões do racismo institucional e religioso.

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO

A atuação da Atenção Básica de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser fomentada e empoderada sua capilaridade. Esse nível de atenção em saúde permite alcançar os adolescentes e jovens, em condições de vulnerabilidades; mas principalmente, possibilita o incentivo de ações que identifiquem e estimulem as suas potencialidades.

Acreditamos que investir na formação das equipes da Atenção Básica e da rede de proteção, como também, estimular e criar as condições para a plena participação dos jovens no seu processo de saúde é um caminho a ser percorrido.

Ressaltamos que no processo saúde-doença, a interação de múltiplos determinantes sociais, em especial o racismo, e os modos de vida estão relacionados à gênese e perpetuação dos problemas de saúde de adolescentes e jovens. Assim pretendemos fomentar a elaboração de ações e práticas de saúde, que

ao buscarem a qualidade de vida ressaltam a importância da intersetorialidade, da participação ativa dos jovens e das comunidades no âmbito local na construção de práticas orientadas para a promoção da igualdade racial e superação do racismo institucional.

Com base nas prerrogativas das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Proteção e Recuperação da Saúde (2010) e na PNSIPN, bem como no panorama apresentado, compreendemos o papel formador da universidade e avaliamos como fundamental o aprofundamento, junto às equipes da Atenção Básica de Saúde e da rede de proteção, dos eixos estruturantes das referidas Políticas, no âmbito territorial.

A RELEVÂNCIA DA POPULAÇÃO JUVENIL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DIALOGANDO COM ALGUNS DADOS A PARTIR DAS DIMENSÕES DE GÊNERO E DE RAÇA

Na atualidade, o Estatuto da Juventude e a Política Nacional de Juventude oficializaram, para fins de seu desenvolvimento, a juventude como categoria que congrega pessoas com idade entre 15 e 29 anos. Com subdivisões e nomenclaturas diferenciadas, sendo considerados adolescentes-jovens pessoas entre 15 e 17 anos, jovens-jovens os entre 18 e 24 anos e, ainda, os entre 25 a 29 anos nomeados de jovens-adultos.

Esse grupo populacional apresenta um padrão de morbi-mortalidade com características específicas. Apesar das diferenças observáveis entre os diversos países, entre as regiões do Brasil, estados, municípios e suas culturas locais, podemos dizer que, em linhas gerais, os jovens adoecem e morrem por causas externas e evitáveis.

Quando traçamos o perfil dos jovens que são diretamente atingidos pela violência urbana, podemos afirmar que, em sua grande maioria, são homens, negros (pretos e pardos) segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com baixa escolaridade e moradores de periferia.

NO UNIVERSO MASCULINO...

De acordo com Anjos (2020), homens negros, acima de 25 anos, somam apenas (6%) da população com ensino superior e ganham (29%) a menos que os brancos exercendo as mesmas funções. Ou seja, a desigualdade salarial não se justifica pelo nível de qualificação educacional (Anjos, 2020, p. 162). Além disso, o estudo "Estatísticas de Gênero: Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil" (2024), divulgado pelo IBGE, constatou que homens negros têm a menor taxa de frequência escolar bruta, sendo de (24,6%). Enquanto homens brancos somam (33,7%), mulheres brancas (39,7%) e mulheres negras (27,9%). Ademais, homens pretos e pardos são a maioria entre pessoas sem instrução e ensino fundamental incompleto, somando (41,4%), seguidos por mulheres pretas e pardas (37,1%), homens brancos (28,0%) e mulheres brancas (27,6%) (IBGE, 2024, p. 5 e 6).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), dados sobre Mortes Violentas Intencionais – MVI26 revelam que negros representam (78%) das vítimas no geral, tendo a maior proporção entre as vítimas de intervenções policiais (82,7%) (Ibid., p. 34). A maior parte dessas vítimas são jovens de 17 a 29 anos (71,9%), do sexo masculino (99,3%) (Ibid., p. 32 e 33), e o uso de arma de fogo representa (98,5%) dos instrumentos utilizados nos homicídios. Sendo assim, negros estão 3,8 vezes mais propensos a morrer por intervenção policial do que os brancos (Ibid., p. 34). Tais dados, denotam a necropolítica (Mbembe, 2018) perpetrada pelas políticas de morte e pelo projeto genocida do Estado brasileiro a partir do extermínio sistemático de homens negros.

NO UNIVERSO FEMININO...

A pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública” , estima que, “em média, 18,6 milhões de brasileiras, de 16 anos ou mais, sofreram alguma forma de violência ao longo de 2022” (FBSP, 2023, p. 23). O tipo de violência mais frequentemente relatado são ofensas verbais, o qual vitimou 14,9 milhões de mulheres. Agressões físicas como socos, tapas e chutes atingiram 8 milhões de mulheres e ofensas sexuais 5,8 milhões. Entre meninas de 10 a 14 anos se destaca a violência sexual, que representa 45,7% dos atendimentos de vítimas deste grupo etário. Entre os 15 e 19 anos, a violência mais comum é a física (39,3%), embora múltiplas formas de violência também sejam frequentes (29,8%) (Atlas da violência 2025).

O Atlas da Violência 2025 revelou que, entre 2022 e 2023, o número de homicídios femininos no Brasil teve crescimento de 2,5%, contrariando a tendência de redução dos homicídios em geral observada desde 2018. A média nacional chegou a 10 mulheres mortas por dia no país.

A distribuição dos casos é desigual entre os estados. A taxa média no Brasil foi de 3,5 por 100 mil mulheres, mas Roraima registrou 10,4 mortes por 100 mil, o índice mais alto do país.

O levantamento também demonstra que a letalidade atinge majoritariamente mulheres negras: em 2023, 68,2% das vítimas eram pretas ou pardas;

Dados do estudo “Nascer no Brasil 2”, da Fiocruz (2024), que conta com informações de mais de 24 mil mulheres entre 2020 a 2023, em 465 maternidades no país, mostra que adolescentes ou mulheres com mais de 35 anos, negras, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com baixa escolaridade, têm mais risco de sofrer violência obstétrica.



A Organização Mundial da Saúde define violência obstétrica como a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos pelos profissionais de saúde, a coibição de acompanhante antes, durante e após o momento do parto, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva e ausência de analgesia, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente.

Durante o trabalho de parto ou no pós-parto, nenhuma mulher deve ser submetida a comentários discriminatórios que atentem contra sua dignidade, seja por sua cor, etnia, idade, religião, características físicas ou orientação sexual. Essas violências verbais, muitas vezes naturalizadas no cotidiano dos serviços de saúde, representam expressões do racismo, do sexismo e de outras opressões estruturais que atravessam os corpos das mulheres, especialmente das mulheres negras, indígenas, periféricas e LGBTQIAN+.

Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais referentes ao segundo semestre de 2023, há atualmente no Brasil 26.876 mulheres aprisionadas em celas físicas, das quais 32% estão em prisão preventiva. As mulheres negras são as mais impactadas pelas políticas de encarceramento no país, representando 65% do total de mulheres presas em celas físicas. A condição socioeconômica também é um fator importante na seletividade penal: a ampla maioria das mulheres presas têm baixo nível de instrução formal, sendo que 44% não têm sequer o ensino fundamental completo.

POR QUE PRECISAMOS TERRITORIALIZAR A DISCUSSÃO?

É fundamental, na análise, formulação e implementação de políticas públicas, em especial na atenção básica à saúde, o entendimento da centralidade do território. Tal centralidade não pode se dar através de um entendimento simplista de que o território é apenas o cenário onde ocorrem as ações e serviços, mas sim do entendimento do território enquanto parte da identidade de um determinado povo, ou mesmo segmento populacional. Sobretudo, no caso da juventude negra, o território é lugar de pertença ou de exclusão, de visibilidade ou de invisibilidade, de proteção ou de abandono.

As discussões sobre a importância do território no pensar e fazer saúde têm embasado estudos e ações em áreas como a Geografia Médica e a Epidemiologia Social Crítica, por exemplo.

Faria e Bortolozzi (2009) defendem essa importância ao afirmar que a valorização do território não se constitui em uma oposição ou desvalorização da atividade imunológica, tampouco da atividade laboratorial e sim que:

> [...] o território pode contribuir tanto para a ação desses meios (vacinação, análise laboratorial, investigação etiológica, etc.) na medida em que revela as áreas carentes, quanto é importante para diminuir a utilização dos mesmos. É nesse sentido que essa categoria torna-se essencial para adequar, da melhor forma possível, as ações em saúde primária (Ibidem, p.37).

A ênfase na perspectiva territorial teria como pressuposto o investimento na orientação de ações que tenham como foco a promoção em saúde contextualizada. Nesse sentido, busca-se a superação de ações e práticas curativas e prescritivas que desconsideram a importância dos espaços de socialização, principalmente no que se refere à saúde de adolescentes e jovens. Desta forma “o território torna-se uma ferramenta, não a única, e deve ser utilizada sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais” (Faria e Bortolozzi, p.37).

MAS, A QUE DEFINIÇÃO DE TERRITÓRIO ESTAMOS NOS REFERINDO?

Recorremos a Milton Santos (1988) para a defesa, nesta pesquisa, do conceito de território como um espaço de apropriação social, político, econômico e cultural, que se ressignifica a partir das dinâmicas relacionais. Para este autor:

> O território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência (Ibidem, p.13).

Tendo como pressuposto esta concepção do território, não como espaço delimitado apenas fisicamente, mas como um lócus inter-relacional, compreendemos que estabelecer a Área Programática em tela como espaço de pesquisa possibilita uma compreensão maior dos impactos das ações voltadas para saúde da população negra e saúde de jovens e adolescentes nas relações estabelecidas no território, bem como na devolutiva destas relações enquanto potencializadoras das políticas públicas.

RECONHECER (DESAFIOS)

O primeiro e talvez mais importante passo é reconhecer que o problema existe e precisa ser enfrentado, pois a negação e naturalização do racismo são fatores que contribuem para a sua perpetuação. Dito isso, a luta contra a desigualdade racial não deve ser uma pauta exclusiva de um grupo formado por aqueles diretamente afetados, mas um compromisso de todo e qualquer cidadão. trazer esse debate para dentro dos espaços de planejamento das ações pode ser o ponto de partida para a implantação de uma cultura antirracista.

Diante disso, listamos alguns desafios com vistas a sua superação.



DESAFIOS

- Como reconhecer possíveis manifestações do racismo estrutural e institucional no âmbito da atenção primária à saúde?
- Como a cor do usuário impacta o atendimento?
- O que fazer diante de uma autodeclaração de raça/cor divergente da avaliação do profissional de saúde na aferição do quesito raça/cor?
- Como abordar a complexidade do debate racial diante da pressão pelo tempo e pela produtividade?
- O que fazer diante da dificuldade do usuário em definir a sua cor?
- Como a ausência do debate racial na formação impacta na elaboração de ações de saúde racialmente orientadas?
- Como superar expressões do racismo no cotidiano profissional?
- Como abordar a temática racial nas ações de saúde do/a adolescente?
- Que articulações intersetoriais podem ser feitas para superação do racismo?
- Que ações de promoção de saúde podem ser realizadas/planejadas para superação do racismo?
- Como incluir as especificidades dos/das adolescentes negros/as nas ações de saúde?

MAS COMO CONSTRUIR UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ANTIRRACISTA?

Linhas de ação para reparação:

1. Formação:

- Incluir a temática racial nas ações de educação continuada;
- Organizar fóruns permanentes de sensibilização para a temática;
- Abrir espaço de debate público com a representação de profissionais e usuários;
- Realizar estudos sobre as demandas de saúde relacionadas à diversidade racial presentes na unidade.

2. Transversalização da questão racial nas ações de atenção integral à saúde:

- Incluir a temática racial nas ações de promoção de saúde juvenil;
- Contemplar a dimensão racial nas ações de prevenção, promoção, atenção e reabilitação em saúde;
- Garantir ambiência da unidade de saúde acolhedora e favorecedora do reconhecimento étnico-racial;
- Abrir canais de comunicação com adolescentes e/ou aproveitar os espaços que os adolescentes já estão nos territórios (escola, centro de juventude, baile) para ouví-los, conhecer suas demandas e assim propor ações que atendam às suas necessidades em saúde, diversificando-as.
- Estimular a participação juvenil na elaboração, realização, avaliação e monitoramento das ações de saúde em seus territórios;
- Transformar os dados da aferição do quesito raça/cor em informação em saúde;
- Ampliar a divulgação de agravos à saúde com maior prevalência na população negra;
- Construir nas unidades de saúde acervos com livros e outros materiais que contribuam para o conhecimento e a reflexão sobre a temática para a população usuária.

3. Articulação intersetorial:

- Fazer a cartografia social, política e cultural do território;
- Privilegiar os espaços de expressão cultural de adolescentes e jovens no território para falar de saúde em sua concepção ampliada;
- Construir estratégias de intervenção multidisciplinares e intersetoriais relacionadas à temática racial e juvenil;
- Consolidar parcerias com órgãos de representação e instituições de garantia de direitos da população negra, incluindo os comitês de saúde da população negra presentes no território;
- Articular ações conjuntas com coletivos juvenis no território.

4. Política institucional/Plano de ação:

- Garantir nas políticas institucionais a temática racial nas ações de formação, planejamento em saúde e pesquisa;
- Organizar um comitê gestor representativo das unidades de atenção básica para construção de ações antirracistas;
- Definir protocolo institucional para profissionais e/ou usuários que sofram racismo na unidade de saúde;
- Planejar o trabalho em saúde a partir do (re)conhecimento do perfil do usuário do território, incluindo as identidades raciais, culturais, modos de vida e produção de saúde.

AÇÕES JÁ REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E QUE PODEM SER POTENCIALIZADAS PARA A SUPERAÇÃO DO RACISMO INSTITUCIONAL

Potencialidades - elementos que contribuem para o reconhecimento da dimensão racial no setor saúde

- As ações de saúde realizadas no “Novembro Negro”
- A existência do quesito cor na ficha de cadastro e nos dados em saúde
  Existência de grupos educativos e outras intervenções coletivas em saúde
- Utilização dos parâmetros do IBGE e de materiais educativos referentes ao quesito raça/cor de orientação para resposta da pergunta de autodeclaração étnico-racial
- A promulgação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da População Negra, conforme proposto também na XIV Conferência Municipal de Saúde.
- Existência de legislação que coíbe e prevê sanções para práticas racistas
- Ações já desenvolvidas no âmbito da saúde voltadas ao público jovem, tais como o Rap da Saúde e o Programa Saúde na Escola
- Participação de profissionais de saúde em cursos sobre as temáticas de saúde do/a adolescente e do/a jovem e superação do racismo

MONITORAR: VOCÊ SABE O QUE SÃO INDICADORES? QUAL A SUA IMPORTÂNCIA PARA A LUTA ANTIRRRACISTA NO SUS?

Os indicadores são parâmetros de análise que buscam expressar uma realidade de forma sintética e delimitada sem esgotar a totalidade do que pretendem retratar. Podem se apresentar sob a forma de indicadores quantitativos (relacionados à mensuração objetiva) ou qualitativos (destinados à análise de significados e interpretação dos sujeitos).

Um bom indicador proporciona informação direta, facilmente compreensível para formuladores, gestores e usuários das estratégias avaliadas. Além disso, deve ter as seguintes qualidades: simplicidade (facilidade de cálculo); validade (pertinência e fidedignidade ao objeto; robustez (pouco sensível a eventuais ausências dos dados dos quais depende); sinteticidade (reflete o efeito do maior número possível de fatores), e cobertura (refere-se, se for preciso, também a territórios e não somente a área ou grupo específico.

Como não são instrumentos neutros, a utilização de indicadores não deve estar isolada da análise dos contextos sociopolíticos. Seu uso também deve estar apoiado por uma proposta de diagnóstico ou de um plano de monitoramento ou avaliação.

Os indicadores dependem, ainda, da qualidade dos sistemas de informação, das fontes secundárias de dados e da interpretação de quem os aplica. São, enfim, ferramentas úteis que devem ser constantemente analisadas e criticadas.

A formulação dos indicadores baseou-se em políticas públicas vigentes no Brasil. As metodologias utilizadas permitem que especialistas de todas as regiões brasileiras opinem sobre a relevância dos indicadores e o acesso a informações necessárias para sua aplicação em diferentes municípios, considerando as diversidades locais.

As metodologias participativas são consideradas as mais adequadas para a produção de indicadores quando não existem parâmetros técnicos-científicos reconhecidos e validados. Mais do que recomendação metodológica, a escolha dos processos participativos na construção dos indicadores expressa um princípio ético de respeito a opiniões, expectativas, saberes, bem como experiências daqueles que estudam e trabalham no enfrentamento ao racismo no âmbito da atenção à saúde. Permite também a interação interdisciplinar e multisetorial, propiciando soluções mais criativas e mais ajustadas a cada realidade.

Espera-se que os indicadores desta cartilha sejam o ponto de partida para parcerias e pactos municipais para a garantia de uma atenção integral à saúde antirracista. Assim, o município que deseje conhecer sua realidade, utilizando estes indicadores, deverá considerar que o processo se inicia muito antes, pelo comprometimento dos envolvidos em todas as etapas do trabalho, análise e planejamento da implementação de ações.

PASSO A PASSO

Primeiro passo: Pactuação entre os gestores e controle social

Para que o conjunto dos indicadores seja utilizado com o objetivo de construir um diagnóstico situacional, monitorar ou avaliar as iniciativas municipais, é importante pactuar uma proposta de avaliação em parceria do Poder Executivo municipal (prefeitos e secretários de saúde) com o Comitê de Saúde da População Negra.

Segundo passo: constituição do grupo de mobilização e do grupo executivo

Sugere-se a constituição de um grupo de mobilização que realizará a articulação entre os diferentes setores envolvidos com o objetivo principal de promover e coordenar a organização do grupo executivo que irá realizar as etapas da análise diagnóstica situacional ou análise avaliativa.

Os integrantes do grupo de mobilização devem ser reconhecidos articuladores das políticas municipais em prol da saúde da população negra e contar com o apoio dos gestores, profissionais das unidades de saúde e movimentos sociais, sobretudo os existentes no território.

Terceiro passo: planejando a análise

Um debate sobre o que incluir no diagnóstico e como coletar tais dados é importante: quanto mais inclusivo e mobilizador for o percurso de planejamento da análise avaliativa, mais chances haverá de o processo contar com o compromisso de todos os envolvidos.

Lembre-se de que os indicadores são apenas uma ferramenta de investigação, todas as questões e temas que forem considerados relevantes devem ser incluídos na pesquisa avaliativa.

Assim, é preciso que se defina:

- A dimensão da utilização dos indicadores (em sua totalidade, no conjunto dos eixos ou parcialmente;
- A periodicidade da análise avaliativa (por exemplo, no início e no fim de determinada gestão);
- O período a que se referem as ações avaliadas (é sempre interessante tomar o ano anterior como base para análise, pois facilita a disponibilidade do dado e permite diagnósticos mais recentes);
- Quem coletará e sistematizará os dados;
- Quais parâmetros analíticos adotar (recomenda-se tomar como referência o que é preconizado pelas políticas públicas vigentes e adotadas na própria elaboração de indicadores);
- Como os resultados serão divulgados.

Estas decisões iniciais demandam consulta aos demais diversos setores, como o Poder Executivo municipal, os conselhos de direitos de saúde da população negra.

Quarto passo: coleta e validação dos dados

Cada indicador tem determinada fonte para obtenção de dados. Nem todos os indicadores irão precisar que se realizem cálculos, já que existem indicadores quantitativos e qualitativos.

Sugere-se que alguns indicadores qualitativos sejam validados pelo Conselho Municipal de Saúde da População Negra, que referendam documentos e informações e lhes dão maior legitimidade.

Quinto passo: análise e divulgação dos dados

Ainda que os dados referentes aos indicadores sejam facilmente analisados, este processo também precisa ser planejado. Os dados poderão ser analisados por grupo técnico ou de forma mais coletiva.

É preciso discutir como os resultados comporão um diagnóstico situacional ou estudo avaliativo que envolverá a pactuação de melhorias em torno de metas traçadas pelos próprios sujeitos.

A divulgação também demanda ser pensada previamente, planejando-se como e quando os dados serão tornados públicos (seminários, reuniões, documentos, pela mídia ou por outra forma de comunicação). O mapeamento da divulgação também precisa ser pensado ao fim do primeiro ano de análise.

Sexto passo: tomada de decisão

É preciso definir como os achados da avaliação serão incorporados para a melhoria das ações e como serão as estratégias empregadas para este fim. A pactuação de metas é uma das maneiras de se utilizarem as informações oriundas da análise avaliativa. De acordo com suas possibilidades para executar as mudanças necessárias e por intermédio do compromisso de toda a sociedade, cada município alinha os prazos para que transformações sejam realizadas visando ao enfrentamento do racismo na atenção à saúde.

LISTA DE INDICADORES

- Existência da temática do racismo transversalizando a programação institucional das ações de promoção de saúde;
- Formação de Comitê de promoção da equidade racial nas unidades de saúde;
- Existência de diagnóstico realizado pelo Comitê de promoção da equidade racial sobre a aferição do quesito raça/cor nas unidades de saúde;
- Existência de ações intersetoriais governamentais para enfrentamento ao racismo nas unidades de saúde;
- Percentual de unidades de saúde com ações de enfrentamento ao racismo no SUS;
- Percentual de profissionais da rede municipal de saúde participantes de atividades de formação sobre o impacto do racismo na saúde;
- Percentual de iniciativas da gestão de saúde para sensibilização e qualificação dos profissionais para enfrentamento ao racismo no SUS;
- Percentual de unidades de saúde que realizam ações intersetoriais para enfrentamento ao racismo institucional;
- Percentual de profissionais que atuam em unidades de saúde do SUS com formação para identificação, atenção, acompanhamento e encaminhamento adequados das situações de racismo que chegam nas unidades de saúde;
- Diversidade étnico-racial e de identidade de gênero na composição das equipes e na gestão.

FECHAR PARA ABRIR...

Ao concluir este percurso analítico, rico de experiências e aprendizado, reafirmamos o entendimento de que este documento deve se aliar ao compromisso do conjunto de instituições governamentais e não governamentais de enfrentamento ao racismo em todas as suas formas.

Reconhecemos a importância da promulgação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra há mais de 15 anos. No entanto, ponderamos que sua real efetivação seja ainda um caminho a ser percorrido. Contudo, nesse estudo, tivemos o privilégio de conhecer reflexões e ações construídas cotidianamente pelos profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

Convém visibilizar a diversidade profícua de trabalhos existentes nos territórios pesquisados que tangenciam questões étnico-raciais (entre grupos de adolescentes e jovens, iniciativas do terceiro setor e ações desenvolvidas pelos profissionais nas unidades de saúde etc.). Os relatos dos sujeitos do nosso estudo revelam um momento de fortalecimento e reconhecimento público de pautas antes restritas à agenda dos movimentos sociais em defesa da atenção à saúde da população negra.

Ao mesmo tempo, compreendemos a importância da construção de ações necessárias à aferição do quesito raça/cor que extrapolam os atendimentos individuais, tendo em vista sua complexidade. Acreditamos na relevância da pactuação intersetorial nos territórios, em prol da garantia de investimento na formação dos atores sociais para o conhecimento de seus pertencimentos étnico-raciais. Não obstante, ponderamos ainda sobre o impacto positivo das cotas raciais na inclusão de profissionais negros nos serviços de saúde. Pensamos que essa composição poderá contribuir satisfatoriamente para a aferição do quesito raça/cor.



Ademais, a mobilidade de atores nos últimos anos, especialmente da militância para a gestão pública, as políticas afirmativas, como as cotas raciais que impulsionaram, sobremaneira a entrada de profissionais negros no SUS parecem ter contribuído, para a incorporação dessas pautas, densas, tensas e necessárias na agenda das políticas públicas no âmbito da atenção primária à saúde.

Nesse contexto, reforçamos que consolidar o campo temático da saúde da população negra dentro das ações da atenção primária à saúde constitui-se como uma potente estratégia de superação das barreiras enfrentadas por essa população, tanto no acesso à saúde quanto na garantia de outros direitos.

O que observamos é que o debate em torno da saúde da população negra encontra, neste momento, o cenário ideal para fortalecimento de direitos adquiridos e ampliação de discussões e conquistas. Por outro lado, a visibilidade pública das conquistas também tende a evidenciar discriminações sentidas por usuários e profissionais negros nos serviços de saúde, que exigem, por sua vez, uma permanente vigilância e intenso investimento em formações antirracistas para trabalhadores do SUS.

Desse modo, como já enuncia Jurema Werneck (2016), o racismo é um fenômeno ideológico que contribui para a violação de direitos, favorecendo as iniquidades sociais, particularmente no campo da saúde. Ademais, as inúmeras expressões do racismo acompanham todo o ciclo de vida das pessoas negras. Manifestam-se na qualidade do cuidado e na assistência prestada, nos perfis epidemiológicos e sociodemográficos, nos sofrimentos evitáveis ou nas mortes precoces.

Nesse contexto, se justifica ter como diretriz geral da PNSIPN a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra na formação dos trabalhadores da saúde. O desconhecimento sobre a saúde da população negra em sua amplitude, tanto do ponto de vista do acompanhamento dos possíveis agravos à saúde, quanto da necessária articulação com a rede intersetorial, requer a inclusão do quesito raça/cor

no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. É fundamental que os dados se transformem em informação em saúde a partir dos contextos territoriais.

Numa perspectiva mais propositiva, as análises desenvolvidas nestas diretrizes, bem como experiências anteriores promovidas pelo grupo de pesquisa: "Caminhos Abertos para Diálogos Interseccionais nas Ações de Saúde", evidenciam a necessidade de estratégias de ação integradas para o desenvolvimento de ações antirracista no SUS. Estas análises geraram a elaboração de um conjunto de diretrizes que consideramos serem fundamentais para fortalecimento da PNSIPN e da atenção à saúde de adolescentes e jovens:

1. Uma atenção à saúde antirracista deve contribuir para os direitos de todos. As ações em Saúde Pública dirigidas à população negra devem ser vistas como um avanço das políticas em saúde, na medida em que trazem benefícios para a vida da população negra, mas também para a vida de todos. Não deve, portanto, competir por investimentos ou recursos destinados à saúde, nem criar estruturas isoladas de trabalho, avaliação e monitoramento das ações.

2. Cuidar da saúde é mais do que tratar das doenças. É muito importante reconhecer que as necessidades da população negra, sobretudo de adolescentes e jovens não se limitam aos direitos sexuais e reprodutivos. Devemos também levar em consideração os aspectos psicossociais e culturais do processo saúde-doença, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial.

3. A atenção à saúde da população negra deve ser integral para que seja efetiva. Não deve se limitar aos aspectos biológicos individuais, mas incluir componentes sócio ambientais e contemplar todos os níveis de atenção. Para tanto, é preciso que os serviços de saúde estejam organizados a partir da lógica das Redes de Atenção à Saúde, de modo a responder de forma adequada às demandas e necessidades em saúde desta população.

4. Informação é a base de qualquer política pública. Conhecemos pouco sobre a saúde e o adoecimento da população negra. Muitas vezes, os profissionais acabam trabalhando com dados parciais, restritos à sua própria experiência. Portanto, é preciso qualificar melhor os sistemas de informação, gerando e divulgando sistematicamente dados sobre a saúde integral da população negra atendida no âmbito da atenção primária à saúde.

5. A população negra é diversa, mas os direitos devem ser os mesmos. As políticas públicas de saúde devem respeitar as diferenças etárias, religiosas, socioeconômicas, orientações sexuais e/ou identidades de gênero.

6. Os serviços de saúde devem ser atrativos ou "amigáveis" para adolescentes e jovens. Promover o acolhimento desse grupo populacional pode significar identificar suas vulnerabilidades mas, em especial, considerar suas potencialidades.

7. Ações formativas devem ser oferecidas a todo o conjunto de profissionais do SUS, incluindo gestores/as e trabalhadores/as em saúde para que possam, de forma mais ampliada, compreender a importância e a necessidade de ações em saúde dirigidas à população negra.

8. Saúde é cidadania. Promover e garantir a participação popular envolvendo homens e mulheres negros em qualquer processo de formulação e monitoramento de políticas públicas em saúde é um exercício de cidadania e a garantia do controle social das políticas.

REFERÊNCIAS

ANJOS, I. dos. **Paternidades negras diversas: a interseccionalidade como premissa**. In: Primeiro Relatório sobre as Paternidades Negras no Brasil. Brasília, DF, Instituto Promundo, 2020. E-book.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 18, 2024.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, DF: SEPPIR, 2007.

BRASIL. Ministério da Igualdade Racial. **Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2022, apresentados em relatório do Ministério da Igualdade Racial.** Disponível em:https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistemanacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-dainformacao/informativos/informe-edicao-mulheres-negras.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** 3ª ed. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38: IBGE, 2024.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

FBSP. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 4. ed. São Paulo: FBSP, 2023.

Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2024

LEAL, et al., Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. **Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS.** Fiocruz, 2024.

MBEMBE, A. Necropolítica. n-1 edições, 2018.

NOVAES, Regina. J**uventude e sociedade: jogos de espelhos. Sentimentos, percepções e demandas por direitos e políticas públicas**. Sociologia Especial: ciência e vida, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 6–15, out. 2007

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?.** Belo Horizonte: Letramento, 2017. Editora. Feminismos Plurais.

SANTOS, B. de S. **Reconhecer para Libertar: Os Caminhos do Cosmopolitanismo Multicultural.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** SP: Hucitec, 1988.

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



Revisão:

Priscila Cardoso

Cássia Ferreira

Diagramação e Edição:

Silvio Rosa

Impressão:

Gráfica Uerj

Boulevard. 28 de setembro. 109 - Fundos
Vila Isabel, Rio de Janeiro

2868-8458

nesa.uerj

nesa@uerj.br / nesa.uerj.adolescentes@gmail.com

