

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado

Adriane das Neves Silva, Margerth Aparecida Santini Almeida

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.13446>

Submetido em: 2025-09-20

Postado em: 2025-10-29 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Breno Ferreira (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0979-3911>)

Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado

Analysis of the Comprehensive Health Policy for the Black Population and its Impact on Care

Adriane das Neves Silva¹

Pós Doutora em Saúde Coletiva pelo Unesp/ Faculdade de Medicina de Botucatu

E-mail: adrianeves@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5383-2618>

Margareth Aparecida Santini Almeida²

Doutora em Sociologia – Profa. Assistente doutora do Depto. de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu

E-mail: Margareth.aparecida@unesp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-2513>

RESUMO

Objetivamos analisar os documentos políticos que dão ênfase a saúde da população negra, buscando compreender as influências que incidiram sobre a construção da PNSIPN e os impactos do racismo na saúde. Trata-se de uma pesquisa documental ancorada com os conceitos de Stephen Ball (1994) a partir dessas ideais nas políticas de saúde realizada por Rezende e Baptista (2015) e dos conceitos de Racismo Estrutural de Silvio Almeida (2019) e Racismo Institucional na Saúde proposto por Jurema Werneck (2016) e Kabenguele Munanga (1999). Como resultados a construção das políticas voltadas à população negra foi analisada em dois momentos: no processo de formulação do texto político e o processo de (não) implementação com seus avanços e retrocessos. E o racismo estrutural e institucional tem tido um profundo impacto na política de saúde da população negra, resultando em muitos reflexos negativos nos serviços de saúde. Estas influências negativas são evidentes em vários aspectos, incluindo o acesso limitado aos cuidados de saúde, disparidades nos resultados de saúde, tratamento diferencial e preconceituoso e falta de representação e inclusão nas instituições de saúde. Concluímos que a utilização do ciclo de política, mostrou a caminho percorrido pelo texto da política, passando pela sua inserção na agenda política, até a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informações em saúde. Mas é preciso reforçar a incompletude do ciclo, quando percorremos a etapa de implementação da política nos estados brasileiros, sensibilização de profissionais e das escolas de formação em saúde, com a importância da ampliação da participação da sociedade civil nos espaços de decisão e nos indicadores de monitoramento e avaliação da PNSIPN. Cabendo ressaltar que o reconhecimento da existência do mito da democracia racial, com a falsa ideia de um estado de igualdade entre os sujeitos, é um caminho importante para a construção de ações afirmativas e eliminação de práticas de saúde antirracistas. Além disso, estratégias para a desconstrução do racismo institucional, visando a promoção da equidade de saúde no SUS.

Palavras-chaves: Políticas de Saúde. População negra. Ciclo de políticas. Racismo Estrutural. Racismo Institucional.

ABSTRACT

We aimed to analyze policy documents that emphasize the health of the Black population, seeking to understand the influences that influenced the development of the PNSIPN (National Health Plan for the Prevention of Black People) and the impacts of racism on health. This documentary research is anchored in the concepts of Stephen Ball (1994), based on these ideals in health policies conducted by Rezende and Baptista (2015), and the concepts of Structural Racism by Silvio Almeida (2019) and Institutional Racism in Health proposed by Jurema Werneck (2016) and Kabenguele Munanga (1999). As a result, the development of policies aimed at the Black population was analyzed in two phases: the process of formulating the policy text and the process of (non-)implementation, with its advances and setbacks. Structural and institutional racism has had a profound impact on health policies for the Black population, resulting in many negative repercussions on health services. These negative influences are evident in several aspects, including limited access to health care, disparities in health outcomes, differential and biased treatment, and a lack of representation and inclusion in health institutions. We conclude that the use of the policy cycle demonstrated the path taken by the policy text, from its inclusion on the political agenda to the inclusion of the race/color issue in health information systems. However, it is necessary to reinforce the incompleteness of the cycle when we cover the policy implementation stage in Brazilian states, raising awareness among professionals and health training schools, and the importance of expanding civil society participation in decision-making spaces and in the PNSIPN monitoring and evaluation indicators. It is worth emphasizing that recognizing the existence of the myth of racial democracy, with the false idea of a state of equality among subjects, is an important path toward building affirmative action and eliminating anti-racist health practices. Furthermore, strategies for deconstructing institutional racism aim to promote health equity in the SUS.

Keywords: Health Policies. Black Population. Policy Cycle. Structural Racism. Institutional Racism.

Introdução

Apesar dos avanços em relação à saúde da população negra com instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009 (Brasil, 2009), os piores indicadores de saúde estão entre os grupos raciais. Esse fato tem relação com a forma como a PNSIPN está sendo ou não implementada nos estados brasileiros. Dados do Boletim Epidemiológico sobre Saúde da População Negra publicado em 2023, mostra que a adesão da PNSIPN nos municípios brasileiros é baixa, no ano de 2018, 1.550 (27,8%) localidades declararam ter incluído em seus planos municipais de saúde ações previstas na PNSIPN. Já em 2021, número subiu para 1.781 (32%), um pequeno aumento de menos de cinco pontos percentuais. Ainda, apenas 686 localidades deram continuidade à política de 2018 para 2021, representando 12,3% dos municípios brasileiros que declararam possuir ações da PNSIPN em ambos os anos dos inquéritos do IBGE (BRASIL, 2023).

No cenário nacional, observa-se que apesar da PNSIPN ter como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional

como determinantes sociais das condições de saúde, para o processo de implantação da PNSIPN, ainda existem lacunas a serem preenchidas e desafios a serem superados, pois os entraves apresentados durante o acesso da população negra nos serviços, mostram muitas fragilidades e as ações ainda são muito incipientes.

Assim, para compreender as iniquidades raciais de saúde, há a necessidade de reconhecer as diferenças existentes nas condições de vida e saúde das pessoas (BRASIL, 2017), pois as características socioeconômicas, revelam a relação entre os determinantes sociais e a organização dos sistemas de saúde.

Contudo, ainda persistem as dificuldades de acesso da população negra aos serviços de saúde, o que atesta o racismo estrutural, uma vez que “declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidaria os indicadores” e políticas mais eficazes avançariam (BRASIL, 2017, p. 13).

Diante da restrição de acesso e qualidade do atendimento nas relações entre os profissionais de saúde, associado ao cuidado a população de negros e negras, surgiu a necessidade de diretrizes políticas que se centrassem tanto no modo como se organizam os serviços, criando protocolos e instâncias de deliberação e discussão, como na maneira que se produz o cuidado destinado a população de negros e negras.

Desde 2000, o documento Estatuto de Igualdade Racial, traz no capítulo dos direitos fundamentais o direito à saúde dos afro-brasileiros e a obrigatoriedade do quesito raça/cor ser introduzido e coletado em todos os documentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). E em novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN consolidando-se assim a responsabilidade do SUS em produzir ações no sentido de promover a saúde da população negra, considerando que apesar das conquistas institucionais do Movimento Negro, o racismo, como condição histórica, imersa na cultura da população brasileira, segue agravando a vulnerabilidade a que este segmento da população está exposto (BRASIL, 2007).

Sendo a PNSIPN instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, somente no ano de 2009 através da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 do Ministério da Saúde, que tem como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles

de maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2009). Fruto da luta histórica do movimento negro, por garantia de direitos, essa política vem sendo negada quando presenciamos a baixa adesão pelos municípios brasileiros da sua implementação.

Dessa forma, essa reflexão deve ir além do cenário da saúde, visto que o racismo deve ser compreendido como uma questão estrutural impregnada na realidade da sociedade brasileira, que vem influenciando no cotidiano das instituições de saúde, na sua forma institucional, contribuindo para desigualdades na distribuição de serviços nos diferentes segmentos da população, do ponto de vista racial.

A proposta de uma política pública de saúde universal aponta para a integralidade como eixo orientador, sendo um princípio que se insere na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando através de ações materializar a garantia do direito à saúde da população negra, combatendo todas as formas de discriminação e preconceito presente no cotidiano das instituições de saúde, através da formação da educação permanente dos profissionais de saúde.

Sendo assim, com a análise da “PNSIPN” e do capítulo do “Estatuto da Igualdade Racial, que trata da saúde”, lançamos mão de um objeto de pesquisa que tem no racismo um problema estruturante e socialmente determinante das condições de saúde da população negra, que contribui para o acesso desigual, no tratamento e diagnóstico diferenciado, na negação de informações e nos óbitos precoces.

Para Werneck (2016), o nível da utilização dos serviços aponta para a perspectiva da integralidade, ou seja, questiona as possibilidades de acesso e utilização por parte de usuários de grupos raciais discriminados aos diferentes níveis de atenção, da primária à de alta complexidade, no tempo necessário. Sobre isso, é importante conhecer as possibilidades que favorecem ou limitam o acesso de usuários aos diferentes recursos necessários as demandas apresentadas quando esses procuram os serviços de saúde.

Diante das iniquidades de saúde apresentadas pela população negra, a pertinência de analisar a PNSIPN vai de encontro ao compromisso como mulher negra ativista do Movimento Negro Unificado (MNU), de matriz africana, usuária do SUS, que vivencia no cotidiano da saúde, o conjunto de expressões das desigualdades que incide nas práticas de cuidados direcionadas a população negra.

Partindo da premissa de que a resposta as demandas e problemas sociais, reivindicados por grupos racializados foi a construção de políticas públicas, compreender a

PNSIPN, o contexto em que ela foi estruturada, e como a influência do racismo incide sobre a Política de Saúde da População Negra e interfere no acesso a saúde de negros e negras, implica no entendimento de aspectos do texto político, que se articula com a institucionalização das desigualdades.

Neste artigo, objetivamos analisar os documentos políticos que dão ênfase a saúde da população negra, buscando compreender as influências que incidiram sobre a construção da PNSIPN e os impactos do racismo na saúde.

Método

O estudo consiste numa análise documental dos documentos voltados à população negra. Para analisar a produção da PNSIPN, nos apropriamos das ideias de Ball (1993,1994), que faz a abordagem do ciclo de políticas, a partir dessas ideias nas políticas de saúde realizada por Rezende e Baptista (2015). Além disso, é utilizado conceitos de Kabenguele Munanga (1999) Jurema Werneck (2016) e Silvio de Almeida (2019), de Racismo estrutural e Institucional.

Ao analisar as políticas na perspectiva da análise de Ciclo de Políticas, utilizando os pressupostos de Ball, o foco está direcionado aos contextos em que as políticas se movem. Para Bowe & Ball (1992), a política se divide em texto e discurso. A “política como texto” refere-se aos documentos oficiais, entendidos como produtos inacabados de esforços coletivos, em múltiplos níveis de interpretação e tradução. E a “política como discurso” aponta para as disputas por poder, pelo controle de bens (recursos) e de discursos, em termos de vantagens e legitimidade sociais. Enfatiza os limites impostos pelo próprio discurso, que não é falado, mas nos fala (BALL, 1994 cit. REZENDE; BAPTISTA, 2015).

Conforme Rezende e Baptista (2015), no modelo de análise de Ball, o foco está em acompanhar como as políticas se movem e como os consensos e conflitos acontecem, e que são constituídos por três contextos: o contexto de influência, o contexto de produção de textos e o contexto de prática. Assim, a compreensão dos determinantes no processo de formulação e implementação de uma política, parte da interação e o diálogo que ocorre com a inter-relação entre os contextos de influência, de produção de textos e o de prática inter-relacionados (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018).

Para refletir racismo, trouxemos o conceito de “raça”, como categoria de análise de políticas de saúde, a partir de um viés sociológico eurocêntrico e hegemônico, que coloca

na posição de inferioridade os não brancos e que reproduz o racismo. Segundo o intelectual e professor Kabengele Munanga (1999), o racismo na sociedade brasileira é estrutural, trazendo a herança do escravismo, onde é visível as desigualdades entre brancos e negros. Uma estrutura que vem operando independentemente da estrutura socioeconômica na qual o negro está inserido, e que mostra que negros não tem as mesmas oportunidades que os brancos.

Conforme Jurema Werneck (2016), O termo racismo institucional foi empregado pela primeira vez pelas panteras negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, que definiu como método de subordinação dos direitos humanos e da democracia às necessidades do racismo.

Outro aspecto importante está na relação entre o racismo institucional e como a sociedade é estruturada (racismo estrutural). Almeida (2019) traz que as instituições como a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Sendo assim, as instituições são racistas porque a sociedade é racista. Indo de encontro a estrutura social, que vem contribuindo para exclusão de grupos racialmente subordinados.

Werneck (2016), traz que a forma institucional do racismo é a mais negligenciada, resultando na exclusão de grupos racializados e atuando nas instituições de modo a produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo.

A articulação entre a análise de ciclo de políticas de Ball com os conceitos de “racismo estrutural” e “racismo institucional”, traz a oportunidade de desvelar aspectos do contexto e da interpretação dos textos voltadas para a saúde da população negra, contribuindo para, no âmbito das políticas públicas, o reconhecimento da existência de um racismo que estrutural na sociedade e que tem invadido as instituições de saúde, para pensar formas de minimizar os efeitos no acesso e nas práticas de cuidados.

A presente pesquisa visa discutir os seguintes documentos: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, o Estatuto da Igualdade Racial, através da lei no 12.288, de 20 de julho de 2010 e Quesito Raça/Cor, Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, fornecendo elementos que contribuam para uma reflexão de como a implementação da PNSIPN vem sendo negligenciada.

Ao pensarmos na elaboração dos documentos que compuseram a análise, percebemos que esses podem ser entendidos através do ciclo de políticas de Ball, pois esses passaram por contexto de influências e de produção de textos, onde diversos atores estiveram envolvidos na produção dos textos, assim como no contexto da prática as interpretações ressignificadas podem contribuir ou não para a materialização do texto político.

Apesar destes textos políticos terem sido elaborados para funcionarem como um guia para o cuidado a saúde da população negra, é difícil encontrar serviços de saúde que seguem estes textos, por não enxergarem que o caminho certo a ser seguido para reduzir as desigualdades e a demandas de saúde não atendidas.

De acordo Lopes e Macedo (2011), as políticas são textos complexos codificados e decodificados de forma complexa em meio a lutas, negociações, acordos e alianças, espelhando a própria historicidade. Neste sentido, é possível entender que toda política possuem uma intencionalidade que está associada ao controle social. No entanto, esse controle é parcial pois esses textos podem ter múltiplas interpretações e ressignificações, dependendo do contexto em que ele está inserido.

Assim, essas múltiplas interpretações dos textos políticos interferem nas respostas as intervenções de saúde. Bowe e Ball (1992), ressaltam que as políticas são intervenções que carregam limitações e possibilidades, e as respostas a essas intervenções acontecem no contexto da prática. E diante das políticas voltadas a população negra é importante conhecer quais as influências que estão presente na construção do texto, quais os grupos de interesse representados no processo de produção do texto da política e como os profissionais que atuam na prática vem interpretando o texto da política.

O Contexto de Construção da Política Nacional de Saúde Integral da População negra

A construção das políticas voltadas à população negra pode ser analisada em dois momentos: no processo de formulação do texto político e o processo de (não) implementação com seus avanços e retrocessos.

A década de 1980 foi marcado por inúmeras mudanças no contexto social e no contexto da saúde em relação a população negra. A promulgação da Constituição Federal de 1988, trouxe grandes avanços para a garantia da saúde da população negra no Brasil,

em seu artigo 196, estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, além de enfatizar a igualdade de acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil foi influenciada por diversas correntes e movimentos sociais que buscavam promover a equidade e a igualdade racial no acesso aos serviços de saúde. Essas influências vieram tanto de dentro do próprio campo da saúde, como também de outras áreas que abarcam questões raciais e étnicas.

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, a atenção à saúde da população negra tem sido objeto de debates e mobilizações, pois apesar dessas garantias constitucionais, a população negra continuou enfrentando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Isso se deve a diversos fatores, como a discriminação racial, a desigualdade socioeconômica e a falta de políticas públicas específicas para atender às suas necessidades.

Uma das principais influências para essa política foi o movimento negro brasileiro, que há décadas luta por igualdade de direitos e combate ao racismo. A partir dos anos 90, o movimento passou a exigir ações afirmativas na área da saúde, destacando a necessidade de uma abordagem específica para a população negra, marcando a visibilidade das desigualdades raciais, onde houve a organização da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, uma manifestação de resistência e luta por justiça social.

A própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Esses princípios de universalidade e equidade no acesso à saúde embasou a construção da política de saúde integral da população negra.

Outro momento marcante foi a marcha Zumbi Pela Vida, que destaca a importância da garantia da saúde e do bem-estar da população negra (UNEGRO, 1995). Da Marcha, houve Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra, onde entre as propostas elaboradas nesse período estão a implantação do quesito-cor e o cuidado à saúde. Entre as ações propostas pelo GTI, estão a inserção da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e a Criação do Programa de Anemia Facilforme (PAF) (BRASIL, 1998).

A inclusão da variável raça/cor nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foi uma iniciativa importante para garantir uma maior equidade no atendimento e no monitoramento da saúde da população (BRASIL, 2013). Essa medida possibilitou a identificação e o acompanhamento de possíveis desigualdades de acesso e de resultados de saúde entre diferentes grupos étnico-raciais. Ao incluir a variável raça/cor nos sistemas de informação, é possível analisar e comparar indicadores de saúde específicos desses grupos, de forma a garantir políticas públicas mais adequadas e efetivas. A partir daí, crescem as mobilizações da população negra pelo reconhecimento da existência de iniquidades raciais na saúde, com a produção de estudos que mostraram que os negros enfrentavam maiores taxas de morbimortalidade, menor acesso aos serviços de saúde e piores indicadores de saúde em geral, em comparação com os brancos.

Com a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, também conhecida como a Conferência de Durban, realizada na África do Sul, em 2001 (OPAS, 2001), com forte influência das organizações internacionais, houve a discussão de políticas voltadas para a população negra em diversos países. Na Conferência, surge a necessidade de abordar o racismo e a discriminação racial como determinantes sociais da saúde. Suas contribuições e programas estabelecidos durante o evento têm desempenhado um papel fundamental na promoção da saúde da população negra, visando garantir um acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde.

A partir da Conferência de Durban, outras deliberações ocorreram, com destaque para o Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, realizada no Chile, em 2000, onde foi solicitado a que Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a promoção de ações para o reconhecimento de raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e projetos específicos fossem desenvolvidos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana" (PNUD & OPAS, 2001, p. 5).

A atuação efetivo do Movimento Negro na 11.^a Conferência Nacional de Saúde, realizadas nos anos de 2000, mostra a importância da representação da população negra nas instâncias do SUS. No ano de 2003 a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), através da Lei nº 10.678 de 23 de maio de 2003 (BRASIL, 2003a), assessorando diretamente a Presidência da República na redução das desigualdades raciais no Brasil, com foco na população negra, tendo como função à formulação, coordenação e avaliação de políticas públicas voltadas à promoção da igualdade e proteção dos direitos de indivíduos e grupos étnicos.

Esse órgão ainda realizou diversos seminários e encontros para discutir a questão da saúde da população negra, articulando com representantes do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento e do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Representando um marco importante para a criação PNSIPN. No mesmo ano de 2003, ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde há aprovação de deliberações sobre a saúde da população negra, para a promoção da equidade na atenção à saúde (BRASIL, 2003b).

Surgem outras iniciativas como a realização do 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004 (BRASIL, 2007), a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra através da Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004). Nesse seminário foram discutidas ações para avançar no diagnosticar as condições de saúde da população negra e formulação de propostas que garantissem maior equidade em saúde para esse grupo.

Ainda em 2004, houve a inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, visando garantir a equidade no acesso a serviços de saúde e a promoção do bem-estar dessa parcela da sociedade e o Lançamento do Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afroatitude), do então Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Foi um período de grandes movimentações em torno da população negra. Sendo em 2006 realizado o 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, organizado pelo Comitê Técnico de Saúde que marca o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde (MS) dá existência do racismo institucional nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicia-se campanhas contra o racismo institucional nas instancias dos SUS e no MS, sendo garantido pela primeira vez uma cadeira ao movimento negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado nesse mesmo ano, por unanimidade, a instituição da PNSIPN (BRASIL, 2022).

A primeira versão da PNSIPN foi realizada em 2007, fruto da pactuação entre o MS com a SEPPIR, com o propósito de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira (BRASIL, 2007). Em 2008, foi instituído o primeiro Plano Operativo da PNSIPN, que teve como finalidade o estabelecimento de estratégias, indicadores e metas para orientação de intervenções no SUS e os seus órgãos

de gestão federal, estadual e municipal para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial (BRASIL, 2008).

A instituição da PNSIPN, ocorreu somente em 2009, através da portaria nº 992, em 13 de maio no ano de 2009, marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009). No ano seguinte, há a publicação do Estatuto da Igualdade Racial, através da Lei n.º 12.288/2010, que traz em seu texto, a saúde da população negra como direito fundamental, que deve ser garantida pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 2010).

Foram diversas ações de enfrentamento do racismo institucional no SUS. Em 2012 houve o fórum de “Enfrentando o Racismo Institucional no SUS”, uma parceria entre MS, Unaid, Unifem, Unicef, Seppir e sociedade civil. No ano de 2014, a instituição do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental, coordenado pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Publicação do II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra através da Resolução n.º 2, de 2 de setembro de 2014. E no ano de 2016, a criação da Comissão Intersetorial de Políticas Promoção da Equidade (CIPPE) (BRASIL, 2022).

Apesar da inclusão da população negra na pauta da saúde, para a garantia da equidade, persistiram as barreiras no acesso aos serviços de saúde. Sendo lançada no ano 2017 lançada a proposta de institucionalização obrigatória e padronização da coleta do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde através da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017 e instituído o III Plano Operativo da PNSIPN, com estratégias e ações para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população (BRASIL, 2022).

Mesmo assim, o contexto atual, trouxe à tona uma realidade de grande impacto para a Saúde Pública em relação a saúde da população negra, apontando para lacunas no que se refere ao acesso da população negra aos serviços de saúde durante o período recente da pandemia. E é nesse cenário que, evidencia-se que apesar da evolução histórica do combate ao racismo no SUS, recentemente com a pandemia da Covid-19, houve a necessidade de fortalecimento das estratégias de combate ao racismo institucional e a necessidade de ampliação do cuidado à saúde da população negra. Mesmo com a formulação da PNSIPN, e com o forte protagonismo da população negra, não significa que

o racismo não esteja institucionalizado nas práticas de cuidados. Evidenciando que continua existindo o apagamento das demandas e especificidades da população negra, corroborando com as ideias de Ball (1993), levando a crer que ainda não houve o efeito político desejado, tanto em termos de mudanças na prática ou na estrutura, quanto nos impactos das mudanças nos padrões de acesso e oportunidade social.

Ao analisar a PNSIPN atrelado aos conceitos de racismo estrutural e institucional, é possível compreender os mecanismos de interpretação dos textos políticos e sua materialização no contexto institucional (BALL; BOWE; GOLD, 1992), onde as ações de saúde direcionadas a população negra, vem sendo negligenciada nas instituições, mostrando que esses textos não se relacionam com a realidade dos serviços. Com isso, a luta da população negra vai além do campo da saúde, pois está inserida em diferentes contextos de mobilizações pela luta antirracista.

Conforme Balls (1993) destaca, as políticas são o resultado de conflito e luta entre ‘interesses’ no contexto”, e nesse contexto o movimento negro, vem provocando mudanças no cenário da saúde, a partir do diálogo entre a sociedade civil e a sociedade política para discutir as necessidades reais da população negra. Porém, mesmo com o protagonismo do movimento negro, não significa que o apagamento sofrido pela população negra no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido abolido. Esse apagamento das demandas de saúde da população negra continua existindo. Assim, pode-se considerar com base em Ball (1993), que ainda não houve o efeito político desejado, tanto em termos de primeira ordem (mudanças na prática ou na estrutura), quanto de segunda ordem (impactos das mudanças nos padrões de acesso e oportunidade social).

A influência das desigualdades sociais e raciais presentes a todo momento na construção do texto da política e que contribui para as iniquidades de saúde da população negra, traz reflexos da história do negro no Brasil e que está impregnada na estrutura da sociedade brasileira. Neste sentido, com base em Almeida (2019), é preciso ações para a transformação da estrutura social. E ainda como ressalta Werneck (2016) e Munanga (1999), para a desconstrução do racismo institucionalizado que produz e reproduz desigualdades, é necessário a ressignificação da sociedade, para mudanças nos espaços institucionais e efetivação dos direitos da população negra. Sendo assim, os efeitos de uma política “não podem ser simplesmente lidos em textos, mas sim são resultados de conflito e luta entre ‘interesses’ no contexto”. (BALL, 1993: 13).

O que mostra que apesar do reconhecimento das demandas de saúde da população negra o texto apresenta algumas discordâncias quando contrastado com as reivindicações

que partem do movimento social. E mesmo com a participação do movimento social na produção do texto da política, essa mobilização deve ser constante. Corroborando com as ideias de Ball (1993), visto que não se pode ignorar que as mudanças podem ser diferentes das intenções dos autores de uma política, inserindo-se numa complexidade da relação entre intenções, textos, interpretações e reações.

A interpretação do texto da Política Nacional de Saúde da População Negra nos serviços e os impactos do Racismo na saúde

Historicamente, a população negra, têm enfrentado desigualdades no acesso à saúde e na qualidade do atendimento recebido. O racismo estrutural e institucional tem tido um profundo impacto na política de saúde da população negra, resultando em muitos reflexos negativos nos serviços de saúde. Estas influências negativas são evidentes em vários aspectos, incluindo o acesso limitado aos cuidados de saúde, disparidades nos resultados de saúde, tratamento diferencial e preconceituoso e falta de representação e inclusão nas instituições de saúde.

Com o intuito de analisar o processo de construção e interpretação da PNSIPN e seus impactos na saúde da população negra os documentos oficiais utilizados foram: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), Estatuto da Igualdade Racial (2010) e o Quesito Raça/Cor (2017), fornecendo elementos que contribuam para uma reflexão de como a implementação da PNSIPN vem sendo negligenciada.

De acordo com o documento da PNSIPN é preciso o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Nesse contexto, o objetivo principal da PNSIPN é promover a saúde integral da população negra, com prioridade para a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (Brasil, 2017).

Ao buscarmos fundamentar a análise da PNSIPN a partir do conceito de Racismo foi possível identificar que os mecanismos de interpretação dos textos políticos para a realidade (BALL; BOWE; GOLD, 1992) apresenta fragilidades, que vão de encontro com a forma como as ações ocorrem, e mostram as maneiras pelas quais o racismo estrutural e institucional afeta a política de saúde da população negra, que pode ser percebido através das dificuldades de acesso e do acesso limitado aos cuidados de saúde.

Por esse viés, percebe-se que as disparidades de acesso aos cuidados de saúde têm consequências diretas para a saúde da população negra. Ao abordar a saúde da população negra na perspectiva da integralidade, entende-se que as ações desenvolvidas devem garantir maior grau de equidade. Porém no contexto da prática, local onde as políticas ganham sentido (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018), que há influência do racismo estrutural (Almeida, 2019) e institucional (Werneck, 2016) resultantes das condições históricas e sociais que trazem consequências que são vivenciadas quando a população negra busca atendimento, que se manifesta com os piores indicadores de saúde através do apagamento das demandas de saúde da população negra e da falta de priorização dos cuidados de saúde.

De acordo com Ball e Bowe (1992), é no contexto prática que a política está sujeita a interpretação e recriação e onde a política produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Sendo possível perceber uma interpretação errônea ou não interpretação dos textos políticos pelos profissionais de saúde, pois como esses não são leitores ingênuos, e suas interpretações atravessam suas histórias, experiências, valores, propósitos e interesses que são diferentes (REZENDE; BAPTISTA, 2015), e que irão recair nos cuidados prestados a essa população negra.

Na abordagem de ciclo de políticas, fica evidente, que os profissionais de saúde exercem um papel ativo no processo de interpretação e reinterpretação da política de saúde da população negra e, desta forma destaca que as dificuldades podem estar relacionadas as leituras ou não leituras das políticas e documentos, conforme destacado Mainardes (2006) em relação aos textos políticos no contexto da prática. Assim, nas unidades de saúde o processo de assimilação das políticas voltadas à população negra, mostra as fragilidades dos profissionais em abordar, lidar e identificar o racismo presente no cotidiano e o apagamento das demandas e necessidades reais apresentadas pela população negra.

A PNSIPN apresenta seis diretrizes gerais, que são componentes essenciais a serem seguidos para que haja o processo de implementação, efetivação, monitoramento e avaliação. Cabe destacar que essas diretrizes dialogam diretamente com a proposta de analisar como a PNSIPN se move desde a sua construção e seus desdobramentos na atualidade.

A primeira diretriz aborda ao processo de formação e educação continuada dos profissionais de saúde com a inclusão de temas sobre racismo e saúde da população negra.

Onde os profissionais de saúde precisam reconhecer e combater o viés naturalizado do racismo, de modo a garantir que todos os pacientes recebam cuidado igualitário e de qualidade. Munanga (2010), afirma que:

o maior problema da maioria entre nós parece estar em nosso presente, em nosso cotidiano de brasileiras e brasileiros, pois temos ainda bastante dificuldade para entender e decodificar as manifestações do nosso racismo à brasileira, por causa das peculiaridades que o diferenciam das outras formas de manifestações de racismo [...] [nazismo, apartheid, segregação racial norte-americana] ecoa dentro de muitos brasileiros, uma voz muito forte que grita; 'não somos racistas, os racistas são os outros'.

O que implica na necessidade de promover mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra. Além disso, o reconhecimento do racismo como determinante de saúde-doença, para compreender como ele opera nas condições de saúde da população negra.

Logo, há a necessidade de fomentar a construção de projetos pedagógicos dos cursos de formação em Saúde Antirracista e ampliar nas propostas de Educação Permanente em Saúde essa temática. Dessa forma, a integração entre ensino e serviço contribui significativamente para mudança no processo de formação e no processo de trabalho no SUS. Conforme Ceccim e Ferla (2009), que a prática de ensino-aprendizagem' significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

Na segunda diretriz reforça a importância da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde. É importante destacar a participação de organizações que fazem parte de redes nacionais e transnacionais. Conforme Araújo e Teixeira (2016, 2022), as redes nacionais, são representadas pela Rede Lai Lai Apejo (Acmun; Crioula; Geledés e outras organizações); Articulação de ONG de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) (Acmun; Crioula; Geledés); Rede Nacional de Controle Social em Saúde da População Negra (Acmun; Crioula; Geledés; Renafro). E como redes internacionais temos a atuação rede latino-americana de direitos sexuais e direitos reprodutivos (Geledés).

Além de uma atuação política para o enfrentamento do racismo nas práticas de cuidados, pode-se observar uma atuação nas instancias de decisão no âmbito dos governos para formulação e implementação de políticas e monitoramento e avaliação

desses documentos quando interpretados pelos profissionais de saúde para promoção da igualdade racial.

No Conselho Nacional de Saúde (CNS) na vaga do segmento de usuários, pode-se destacar a atuação da Unegro como titular e a Acmun (por meio da AMNB, que congrega Geledés e Crioula). Ainda há a Comissão Intersectorial de Saúde da População Negra e da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), onde são desenvolvidas atividades de acompanhamento, monitoramento e fiscalização da implementação de políticas de saúde voltadas para a população negra (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016, 2022).

A terceira diretriz dispõe sobre apoio e fomento da produção de conhecimento científico, de modo a organizar o saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra (WERNECK, 2016, p.4).

Mas na realidade, o que ocorre é uma escassez da temática na produção de conhecimento. Para Werneck (2016), produção de conhecimento científico nessa área é inexpressível, e os dados são insuficientes para produzir referencial teórico e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde.

A quarta diretriz, trata dos saberes e práticas populares que incluem o conhecimento das religiões de matriz africana, que consiste no reconhecimento da ancestralidade e no respeito aos saberes e práticas que são milenares vivenciados no dia a dia dos terreiros para a promoção da saúde da população negra. Onde apesar do modelo de medicina hegemônico está enraizado nos currículos e nas ações do sistema de saúde público e privado, a não aceitação das práticas dos terreiros é atravessa pelo racismo estrutural, visto que só recentemente foi reconhecida a importância das religiões afro como complementares ao SUS (CNS, 2023).

Para a análise a quinta diretriz que trata da implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo, a utilização de indicadores de monitoramento e análise da implementação de políticas afirmativas contribuem significativamente para verificar se a formulação teórica da política dialoga com as ações empreendidas (BATISTA *et al*, 2020), de modo que a adoção das ações contribua para mitigar os efeitos do racismo na saúde da população negra e contribua para a efetiva implementação da PNSIPN.

Por fim, a sexta diretriz traz desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. Desde a década de 1990, houve a legalização da coleta da raça/cor para alimentar os sistemas nacionais de informações em saúde (SIS) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). O Ministério da Saúde (MS), incluiu no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (BRAZ et al, 2013), sendo esse quesito inserido, nas Declarações de Nascidos Vivos e nas Declarações de Óbito. Mais recentemente houve a inserção do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria Nº 344, de 01/02/2017 (BRASIL, 2017), que vem dando visibilidade as desigualdades entre negros e brancos.

Outro aspecto está no reforço que para uma prática de saúde antirracista, requer a ressignificação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de formação em saúde, visto que desde 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER), orientam a inserção de conteúdos sobre a história e cultura africana em todos os níveis de ensino (BRASIL, 2004).

Ainda que previsto nas diretrizes o que se observa é a não abordagem das questões raciais nas escolas de formação em saúde, onde a falta de um olhar racializado dos processos de saúde e de adoecimento, contribui para desconhecimento dos estudantes das necessidades de saúde da população negra nos serviços e aumento da vulnerabilidade em saúde dessa população.

Dessa forma, existem várias maneiras de abordar essas influências do racismo estrutural e institucional sobre a política de saúde da população negra. Em primeiro lugar, é necessário garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde em todas as comunidades, incluindo a melhoria da infraestrutura de saúde e a disponibilização de transportes adequados.

Outro aspecto essencial é o preparo dos profissionais de saúde para reconhecer e combater racismo, para garantia do cuidado, e para isso é preciso o reconhecimento do racismo como determinante do processo de adoecimento. Monteiro (2010), traz reforça que uma das barreiras é a inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde.

O desconhecimento por parte dos profissionais e da população sobre a existência da PNSIPN, influencia no cuidado prestado a população negra, seja pela postura racista de quem presta o cuidado e/ ou pelas práticas discriminatórias sofridas e a falta de conhecimento de seus direitos por parte da população. CHEHUEN NETO et al. (2015), mostrou em seu estudo demonstrou que do total de 391 entrevistados (pretos e pardos) cerca de 90% relataram não saber da existência da política de saúde para a população negra, apesar de entenderem que existem obstáculos no acesso do negro à saúde.

Além disso, é importante garantir uma representação adequada da população negra nas instituições de saúde. Isso pode ser alcançado através da promoção da diversidade e da inclusão nos conselhos de administração e nas equipes de liderança das instituições de saúde. A participação das comunidades negras na formulação de políticas de saúde também deve ser incentivada para garantir que suas necessidades sejam atendidas e que seja reconhecida suas crenças e culturas.

Considerações Finais

Este estudo destaca a necessidade alarmada do desenvolvimento de pesquisas voltadas para a influência do racismo estrutural e institucional na saúde da população negra e no acesso aos serviços de saúde. Apesar dos avanços com a promulgação de uma política de saúde voltada para a população negra e com a implementação do quesito raça/cor, o acesso limitado aos cuidados de saúde, as disparidades nos resultados de saúde, o tratamento diferencial e preconceituoso, e a falta de representação e inclusão são reflexos negativos presentes no cotidiano do cuidado a população negra.

O presente estudo se valeu do modelo teórico de Ciclo de Políticas proposto por Ball (1993), a partir dessas ideias nas políticas de saúde realizada por Rezende e Baptista (2006), o contexto em que essa política se move e as influências que incidiram sobre ela. Através da análise do documento, foi possível identificar a contribuição do movimento negro, a partir década nos debates sobre a saúde da população negra, que ganha força com o processo de redemocratização do Brasil e a luta pelas garantias dos direitos sociais.

A promulgação da Constituição de 1988, abriu espaço para o reconhecimento das demandas de saúde da população negra. Além disso, as conferências internacionais e nacionais foram fundamentais para ampliar o debate. Assim, a participação efetiva do

movimento negro pela garantia a equidade de direitos e a luta por uma sociedade antirracista vem influenciando a mudança de olhar em todos os setores.

Ressalta-se a importância do monitoramento e da avaliação de como as ações de combate ao racismo no SUS estão sendo realizadas e a formação de lideranças para participação da sociedade civil para análise das práticas políticas, contribuiu para compreender como essa política vem sendo materializada nos espaços da saúde e interpretada pelos profissionais.

Como política transversal, é necessário o envolvimento de todos os atores (gestores, profissionais de saúde, paciente e toda sua rede social, instituições de ensino e participação da sociedade). O estudo mostrou que para superar os desafios, é necessário um esforço para criar um sistema de saúde equitativo e inclusivo, garantindo o acesso igualitário aos cuidados de saúde, bem como a representação e inclusão adequadas dos negros nas instituições de saúde.

Desse modo, constatou-se que a inserção da PNSIPN na formação profissional em saúde e na educação permanente dos trabalhadores da saúde em relação as especificidades de saúde da população negra, para isso o reconhecimento de que as diversas expressões vêm operando nos diversos espaços sociais e na vida de negros e negras, e que esse contribui para as iniquidades raciais.

Por fim, o estudo aponta o racismo que estrutura ainda a sociedade brasileira, e que se institucionalizou, vem afetando a vida da população negra, não só no seu direito de nascer e viver, mas determinando quem deve morrer. É reconhecido que o racismo vem afetando diretamente o cuidado da população negra nos serviços de saúde e dificultando seu acesso. Portanto, a utilização do ciclo de política, mostrou a caminho percorrido pelo texto da política, passando pela sua inserção na agenda política, até a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informações em saúde.

Entretanto é preciso reforçar a incompletude do ciclo, quando percorremos a etapa de implementação da política nos estados brasileiros, sensibilização de profissionais e das escolas de formação em saúde, com a importância da ampliação da participação da sociedade civil nos espaços de decisão e nos indicadores de monitoramento e avaliação da PNSIPN. E que o reconhecimento da existência do mito da democracia racial, com a falsa ideia de um estado de igualdade entre os sujeitos, é um caminho importante para a construção de ações afirmativas e eliminação de práticas de saúde antirracistas. Além

disso, estratégias para a desconstrução do racismo institucional, visando a promoção da equidade de saúde no SUS.

Referências

ALMEIDA, SL. **Racismo estrutural**/ Silvio Luiz de Almeida – São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019, 264p. (Feminismos Plurais / Coordenação Djamila Ribeiro).

ARAÚJO, M.V.R., TEIXEIRA, C.F. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: TEIXEIRA, C.F., comp. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 187-225. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0007>.

ARAÚJO, MVR; TEIXEIRA, C.F. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.31, n.4, e220246pt, 2022.

BALL, SJ; BOWE, R.; GOLD, A. Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology. London: Routledge, 1992.

BALL SJ. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. **The Australian Journal of Education Studies.** 1993; 13(2):10-17.

BALL, SJ. Educational reform: a critical and post-structural approach. Buckingham: **Open University Press**, 1994. ISBN 9780335192724.

BATISTA, LE; BARROS, S; SILVA, NG; TOMAZELLI, PC; SILVA, A; RINEHART, D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.3, e190151, 2020

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL, Presidência da República. **Construindo a Democracia Racial.** Brasília, 1998. Disponível em: www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/racial.html. Acesso 18 dez 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.678**, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá

outras providências. Brasília, 2003a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.678.htm. Acesso 18 dez 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678**, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html#:~:text=Cria%20Comit%C3%AA%20T%C3%A9cnico%20para%20subsidiar,Negra%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso: 12 de janeiro de 2024

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília: Ministério da Educação; 2004. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/leafro/pages/arquivos/DCN-s%20-%20Educacao%20das%20Relacoes%20Etnico-Raciais.pdf>. 20 de janeiro de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório**: 18 a 20 de agosto de 2004: Brasília – DF / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html#:~:text=Considerando%20o%20Decreto%20n%C2%B0,216%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%2C%20no%20art. Acesso 22 de nov 2023.

Brasil. Senado Federal. **Lei nº 12.228**, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso 22 de nov 2023.

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde**. – V. 1, n. 1 (mar. 2021) -. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021- Mensal. Boletim Temático produzido pela Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da População Negra. **Boletim Epidemiológico**, Brasília (DF), Número Especial | out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/> Acesso: 18 de nov 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 715**, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023>. Acesso: em 30 de janeiro de 2023.

BRAZ, Rui Moreira et al. (2013). “Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição de equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde”. **Saúde em Debate**, vol. 37, n. 99, p. 554-562.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 2, p. 233-257, jul./out. 2008.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n.6, pp. 1909-1916, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 715** de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023#:~:text=Garantir%20o%20modelo%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o,situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua%2C%20por%20meio>. Acessado em 30 de janeiro de 2023.

GASPARELO RRS; JEFFREY DC; SCHNECKENBERG, M. Análise de políticas educacionais: fundamentos teóricos-metodológicos do ciclo de políticas e as contribuições de Pierre Bourdieu. **EccoS – Revista Científica**, São Paulo, n. 47, p.237-252. set/dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/EccoS.n47.7877>.

LOPES, AC; MACEDO, E. Contribuições de Stephen Ball para o estudo de políticas de currículo. In: BALL, Stephen J.; MAINARDES, Jefferson (org.). Políticas educacionais: questões e dilemas. São Paulo: Cortez, 2011.

MAINARDES J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e sociedade**, v. 27, n. 94, 47-69, 2006.

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

MUNANGA, K. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Peneb**, Niterói, n. 12, p. 169-203, 2010.

OMS. Organização das Nações Unidas do Brasil. **Programa de Ação da Conferência de Durban**, 2001. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/program-de-acao-da-conferencia-de-durban>. Acesso: 30 dez 2023.

PNUD *et al.* **Política nacional de saúde da população negra**: uma questão de equidade. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.

REZENDE M; BAPTISTA TWF. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde** / Ruben Araújo de Mattos, Tatiana Wargas de Faria Baptista, organizadores. 1 ed. – Porto alegre: Rede Unida, 2015.

SANTOS, JAF. **Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil**. Dados [Internet]. 2011;54(1):05–40. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582011000100001>

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

UNEGRO. 1995. **Marcha Zumbi dos Palmares, contra o racismo, pela cidadania e pela vida**. Documento apresentado ao senhor presidente da República Fernando Henrique Cardoso em 20 de novembro de 1995. Disponível em: http://www.eliagonzalez.org.br/material/Marcha_Zumbi_1995_divulgacaoUNEGRORS.pdf Acessado em janeiro de 2011.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

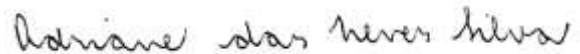
Eu, *Adriane das Neves Silva*, atesto minha participação na autoria do artigo *Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado* nos seguintes termos:

“Declaro que participei o bastante do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

Declaro que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente fornecendo os dados nos quais o manuscrito está baseado, para que seja avaliado.”

Contribuição para o artigo (usar as funções relevantes do CRediT -<https://credit.niso.org/>):
conceitualização, Análise formal, Metodologia, Recursos, Supervisão, Validação do Projeto, Visualização, Redação – rascunho original e Escrita – revisão e edição.

Rio de Janeiro, 20/09/2025



Local, data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Eu, *Margareth Aparecida Santini Almeida*, atesto minha participação na autoria do artigo *Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado* nos seguintes termos:

“Declaro que participei o bastante do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Declaro que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente fornecendo os dados nos quais o manuscrito está baseado, para que seja avaliado.”

Contribuição para o artigo (usar as funções relevantes do CRediT -<https://credit.niso.org/>):
conceitualização, Análise formal, Metodologia, Recursos, Supervisão, Validação do Projeto, Visualização, Redação – rascunho original e Escrita – revisão e edição.

Rio de Janeiro, 20/09/2025



Local, data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Título do Artigo

Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado.

Os autores do artigo afirmam que não se encontram em situações de conflito de interesse que possam influenciar o desenvolvimento do trabalho, tais como emissão de pareceres, propostas de financiamento, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, participação em estudos clínicos e/ou experimentais subvencionados; atuação como palestrante em eventos patrocinados; participação em conselho consultivo ou diretivo; comitês normativos de estudos científicos; recebimento de apoio institucional; propriedade de ações; participação em periódicos patrocinados, assim como qualquer relação financeira ou de outra natureza com pessoas ou organizações que possam influenciar o trabalho de forma inapropriada.

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2025.

Assinatura dos autores

Adriane das Neves Silva

Margarita P. Santos de Almeida

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

Título do Artigo

Análise do Política de Saúde Integral da população negra e seus reflexos no cuidado.

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2025.

Assinatura dos autores

Adriane das Neves Silva

Margarite F. Santos de Almeida

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.