



Anais do XIV Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"

24 a 25 de setembro de 2020



Volume XIV, n. 18, set. 2020
ISSN: 1982-3657 | Prefixo DOI: 10.29380

EIXO 18 - METODOLOGIA DE PESQUISA E ÁREAS AFINS.

Editores responsáveis: Verêida Anani da Silva - Bernard Charlot

DOI: <http://dx.doi.org/10.29380/2020.14.18.03>

Recebido em: 30/07/2020

Aprovado em: 30/07/2020

O QUESITO RAÇA/COR E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA; THE RACE/COLOR ITEM AND THE NATIONAL POLICY FOR INTEGRAL HEALTH OF THE BLACK POPULATION; LA CUESTIÓN DE LA RAZA/COLOR Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LA POBLACIÓN NEGRA

CLEVERTON ALVES DE SOUZA

[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-7174-9751](https://orcid.org/0000-0002-7174-9751)

MAYARA AUGUSTA MONTEIRO RAMOS

[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-2672-259X](https://orcid.org/0000-0003-2672-259X)

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA VASCONCELOS

<https://orcid.org/0000-0002-8243-5926>

RESUMO

Este artigo tem como propósito discutir o quesito raça/cor no Brasil, tomando como referência a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Por meio de autores que estudam o tema e de dados estatísticos, busca-se mostrar como o quesito raça/cor foi historicamente desconsiderado nas políticas sociais, dentre elas a saúde. Indica-se que assegurar esse direito só foi possível mediante a luta do movimento negro, ao reconhecer o racismo, em suas diversas manifestações, e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais e condições de saúde, uma forma de expressar em números a histórica desigualdade social que sempre vivenciou esse segmento populacional, tanto na esfera individual quanto na coletiva, o que evidencia a iniquidade nos serviços prestados, no que tange ao processo de atenção à saúde desta população.

Palavras-Chave: Quesito raça/cor, Saúde da População Negra, Racismo Race/color item.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the race/color item in Brazil, taking as reference the National Policy for Integral Health of the Black Population. Through authors who study the topic and statistical data, we seek to show how the race/color item has historically been disregarded in social policies, including health. It is indicated that ensuring this right was only possible through the struggle of the black movement, by recognizing racism, in its various manifestations, and ethnic-racial inequalities as social determinants and health conditions, a way of expressing in numbers the historical social inequality that has always experienced this segment of the population, both in the individual and in the collective sphere, which shows the inequity in the services provided, with regard to the health care process of this population.

Keywords: Racismo Race/color item, Health of the Black Population.

RESUMEN

El propósito de este artículo es discutir la raza/color en Brasil, tomando como referencia la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. A través de los autores que estudian el tema y los datos estadísticos, se busca mostrar cómo la raza/color ha sido históricamente desatendida en las políticas sociales, entre ellas la salud. Se indica que asegurar este derecho sólo fue posible mediante la lucha del movimiento negro, reconociendo el racismo, en sus diversas manifestaciones, y las desigualdades étnico-raciales como determinantes sociales y condiciones de salud, una forma de expresar en cifras la histórica desigualdad social que este segmento de la población siempre ha experimentado, tanto en el ámbito individual como colectivo, lo que evidencia la iniquidad en los servicios prestados, en relación con el proceso de atención de la salud de esta población.

Palabras-clave: Racism Problema de raza/color, Salud de la Población Negra, Racismo

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo discutir sobre o quesito raça/cor no contexto da política de saúde, tomando como referência alguns avanços constatados a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Durante décadas, no Brasil, o mito da democracia racial corroborou para cristalizar a cultura do silenciamento dos sujeitos em torno de sua origem étnico-racial, pois se acreditava que o país vivia uma suposta “igualdade”. Este fenômeno adentrou diversos âmbitos das relações sociais, que não foram capazes de reduzir as iniquidades existentes, como por exemplo, o da formulação das políticas sociais, haja vista que o “discurso da universalidade” muitas vezes não contempla os interesses de determinados segmentos da sociedade, suas especificidades e demandas.

Desse modo, as ações afirmativas são de suma importância na conjuntura vivida, uma vez que é impossível garantir igualdade de direitos numa sociedade que não possibilita igualdade de acesso. Menezes (2010) alerta que vivemos um contexto de igualdade jurídico-formal, a qual não tem sido capaz de reduzir as desigualdades sociais no país, apesar da Constituição Federal (1988) pregar o discurso de igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

Os traços particulares da formação sócio-histórica brasileira reverberam no cenário contemporâneo mediante as metamorfoses assumidas pelo racismo, que afetam sobremaneira a vida da população negra. Isso ocorre devido aos processos de discriminação, marginalização e as segregações social e racial ainda expressivas na sociedade (SOARES FILHO, 2012).

Batista, Monteiro e Medeiros (2013), baseando-se no pensamento de Werneck (2005), destacam que o racismo deve ser compreendido como fenômeno ideológico, particularmente na saúde, tendo em vista que atua como elemento violador de direitos e produtor de iniquidades.

Como se pode observar, as instituições públicas ainda reproduzem em seus atendimentos situações que omitem/recusam as especificidades dos usuários, o que caracteriza discriminação institucional. Soares Filho (2012, p. 35) usa a análise de Torres-Parodi e Bolis (2007) para alertar sobre a necessidade de diferenciar a discriminação institucional daquela existente nas relações interpessoais, “[...] distinguindo a discriminação que exercem os indivíduos, incluso quando prestam serviços, da omissão das instituições em adaptar a oferta de seus serviços às necessidades específicas dos beneficiários”.

Tais resquícios são visíveis em várias situações. Exemplo disso é que até os anos de 1990, o quesito raça/cor não era considerado no preenchimento dos dados no sistema de saúde. Somente a partir dessa década é que se tornou oficial o preenchimento do item, concretizando uma luta do movimento negro (SOARES FILHO, 2012). Destaca-se, nesse cenário, que líderes do movimento negro assumem como bandeira de luta os ideais teóricos da saúde coletiva e os indicadores que abordam as desigualdades entre as categoriais de gênero e raça/cor, fazendo questionamentos acerca da interconexão entre o racismo e a saúde, de modo a incentivar os gestores públicos a adicionarem nos sistemas de informações de saúde o quesito que demarca a questão racial.

Com essa incorporação, tornou-se possível apreender as desigualdades raciais e as vulnerabilidades existentes no processo de saúde-doença, além de contribuir na identificação dos perfis dos usuários no tocante a sua autodeclaração¹¹ étnico-racial, que terá como resultante a formulação de políticas e ações em saúde, que visem eliminar as iniquidades em determinados segmentos sociais, em particular da população negra (SOARES FILHO, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão responsável pelo gerenciamento das informações referentes ao quesito raça/cor e esbarra em algumas dificuldades devido aos bancos de dados possuírem suas próprias formas de preencherem ao quesito, a depender do eixo temático analisado. Com a Portaria nº 344/2017, o MS passou a utilizar o critério da autodeclaração, o qual permite que o próprio

usuário escolha sua raça/cor, “[...] com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.” (BRASIL, 2017, p. 9).

O QUESITO RAÇA/COR E SUA CORRELAÇÃO COM A QUESTÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Atualmente, sugere-se que os serviços empreguem o método de classificação da autodeclaração, tomando por base o usado pelo IBGE, que adota cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena (BRASIL, 2017). “Todavia, esse gerenciamento é realizado por áreas distintas; nem todos utilizam o padrão do IBGE ou apresentam orientação detalhada para o preenchimento correto das variáveis”. (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 687).

Ante o exposto, faremos breve panorama histórico do processo de implantação do quesito raça/cor nos serviços de saúde, a partir de Soares Filho (2012), destacando que no início, em 1996, este era coletado apenas nas informações referentes aos nascimentos e óbitos através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM), respectivamente. Em 2001, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) o adota nas notificações compulsórias das morbidades transmissíveis, a exemplo da tuberculose e AIDS.

No ano de 2006, os setores designados a identificar as violências domésticas e sexuais em serviços de referências também começaram a utilizá-lo por meio dos serviços de Violência Doméstica, Sexual e/ ou Outras Violências (Viva-contínuo) e do sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva-inquérito). Ainda nesse ano, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel), também implementou o campo raça/cor nos casos das doenças crônicas não-transmissíveis, a exemplo do diabetes e hipertensão (SOARES FILHO, 2012).

Outro aspecto importante a destacar é que em 2008, no Sistema Único de Saúde, foi adicionado o quesito raça/cor nas fichas de internações hospitalares e dos ambulatórios de alta complexidade, como quimioterapia e hemodiálise. Observa-se ainda que o campo raça/cor também foi inserido nas informações relativas à taxa de mortalidade dos beneficiários da rede privada de saúde através da Agência Nacional de Saúde (ANS), nos estudos populacionais e de saúde realizados pelo IBGE, como também nos dados fornecidos pelo DATASUS. Em 2009, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama), incorporou o campo raça/cor nas informações relativas à detecção precoce do câncer de mama (SOARES FILHO, 2012).

A utilização do campo raça/cor nas plataformas supracitadas contribui na compreensão das vulnerabilidades e diferenças étnico-raciais que, conseqüentemente, resulta na melhoria da operacionalização das políticas públicas de modo a captar as especificidades dos usuários, em particular da população negra. No entanto, apesar destes avanços ainda existem bancos de dados que apresentam resistência na adoção deste item em seus serviços. Há também outras variáveis que afetam a utilização do quesito raça/cor, devido à inexistência de um padrão para estabelecer o recorte étnico-racial e a falta de orientação por parte dos órgãos gestores da saúde em relação à maneira mais apropriada de preencher esse indicador social.

De acordo com pesquisas que tratam da desigualdade racial é consenso entre alguns estudiosos que esta repete-se nos distintos sistemas de informações da saúde, ratificando a existência do acesso desigual que vai “[...] desde a mortalidade por tuberculose e por homicídios; as morbidades de notificação compulsória como a hanseníase; e o acesso a serviços de saúde, a exemplo das consultas de pré-natal.” (SOARES FILHO, 2012, p.40-41). Nessa perspectiva, partilhamos do pensamento de Batista e Barros (2017, p. 1) ao afirmarem que aspectos como raça/cor, gênero e geração são elementos estruturantes no Brasil, interferindo “[...] nos desfechos da saúde, da doença e morte, e que uma das estratégias para enfrentar estas iniquidades é avançar nas políticas de promoção da equidade

dentro de uma política sistêmica e universal.”

De modo a ilustrar, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a proporção de pessoas que foram consultadas por um médico nos últimos doze meses é de 74,8% em pessoas brancas, 69,5% em negras e 67,8% pardas. Tais dados revelam que as pessoas negras (pretos e pardos) ficaram abaixo da média nacional que é 71,2%. Destaca-se, ainda, conforme essa pesquisa, que em 2013 havia 146 milhões de pessoas com faixa etária de 18 anos ou mais, e, destas, 10,6% relataram ter sofrido algum tipo de discriminação nos serviços de saúde, por um médico ou demais integrantes da equipe de saúde. Salienta-se que 78,8% da população negra não possui plano de saúde (BRASIL, 2017).

Nessa mesma perspectiva os resultados da pesquisa apontam para a população negra enquanto majoritária nos índices que demonstram maior vulnerabilidade a diversas patologias, uma vez que indicadores como o de mortalidade e de baixo acesso à educação formal estão mais acentuados quando relacionados à população formadora deste grupo étnico racial. Diante disso, infere-se que a supracitada formação sócio-histórica do país continua a influenciar no acesso aos direitos dessa população historicamente marginalizada.

É possível perceber que a ocorrência de doenças na população se intensifica mediante o nível de desigualdade social presente nas sociedades e materializada, “[...] na distribuição de renda, poder e ausência de garantias para o exercício de direitos sociais”, (SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 289), ou seja, as desigualdades existentes nas condições de vida da população são refletidas nas suas condições de saúde. Diante disso, as autoras, a partir de Barata (2009), percebem a correlação entre as desigualdades sociais e a saúde de determinados grupos, quando analisadas a forma de acesso às riquezas e à educação, além de sua raça/etnia, gênero, condições de trabalho e residência. Nessa mesma direção, considera-se que

a saúde da população é um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pela utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido é que entendemos que a abordagem das vulnerabilidades acrescenta importante contribuição na compreensão da situação de saúde de diferentes grupos populacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 290).

Com isso, é perceptível o entrelaçamento entre questões de ordem social, a exemplo da questão étnico-racial e o acesso à saúde de populações historicamente marginalizadas e destituídas de direitos constitucionais básicos, uma vez que dificuldades encontradas em outros âmbitos da vida social dos sujeitos reverberam na saúde ou doença apresentada por eles. Nessa direção, pensar a equidade na área da saúde significa considerar a existência de disparidades no acesso à saúde de determinados grupos, a partir de variados fatores, dentre eles destacam-se os de ordem étnico-racial, social e econômica.

À luz das sinalizações, verifica-se que a utilização do quesito raça/cor é necessário no processo de elaboração de políticas públicas, tendo em vista que contribui para a apreensão do sujeito numa perspectiva de totalidade, de modo a captar as diferentes causas que envolvem o cotidiano de distintos segmentos populacionais. Assim,

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. (BRASIL, 2017, p. 9).

Portanto, acreditamos que ao estabelecer o recorte étnico-racial a compreensão do sujeito torna-se mais ampla, por ser possível recolher informações mais fidedignas às reais vulnerabilidades socioeconômicas e culturais da população, em especial a negra, objetivando combater o racismo e as situações de iniquidade nos serviços de saúde, com vistas a garantir “[...] à promoção da equidade em saúde” [...], [cumprindo-se os] princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social” (BRASIL, 2017, p.8), em conformidade com o que preconiza o SUS.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: SUBSÍDIOS PARA REFLEXÃO

Apesar dos avanços na saúde ao se constituir enquanto política universal e não contributiva, verifica-se que a sua operacionalização tem enfrentado vários problemas, principalmente na conjuntura atual de desmonte das políticas públicas. Como pontua Costa (2011, p. 101) há “[...] aspectos que operam de forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde”, a exemplo da questão étnico-racial, que apresenta correlação com o racismo e exclusão social. O conceito de determinação social da saúde, por sua vez, significa que a saúde

[...] não depende apenas dos serviços e nem tampouco ao caráter biológico do indivíduo, ou mesmo dos agentes patogênicos aos quais ele está exposto. O indivíduo e suas circunstâncias definem e condicionam o processo saúde-doença. Estas circunstâncias poderão estar relacionadas de formas distintas, ou seja, mais próximas ou mais distantes do indivíduo, e em ambos os casos assumem importância na determinação social da doença. Portanto, a doença ou a vulnerabilidade em adoecer é dependente das condições sociais, econômicas e culturais nas quais as pessoas estão inseridas. O conceito de determinação social faz alargar a visão de saúde e relativizar o papel estrito do setor saúde na produção de saúde. Por meio dessa constatação, verificam-se os limites do sistema de assistência médico-sanitário, sem, no entanto, menosprezar a sua importância, o que requer a convocatória aos demais setores de políticas sociais para participarem com sua parcela de responsabilidade sobre o nível e a condição de saúde de um grupo social. (COSTA, 2011, p. 102).

Nesse sentido, percebe-se a importância de compreender como vem sendo tratada a saúde em relação à população negra, visto que esta se caracteriza como a população mais demandária das políticas públicas e apresenta os piores índices de desigualdades, tanto na esfera individual quanto na coletiva, o que evidencia a iniquidade nos serviços prestados, no que tange ao processo de atenção à saúde desta população. Acerca disso, Gomes *et al.* (2017, p. 2) enfatizam que

Tal segmento social, vítima de suas condições históricas, encontra-se nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde, comprovada pela precocidade dos óbitos, pela alta taxa de mortalidade materna e infantil, pelas taxas elevadas de óbitos por causas externas e mal definidas, dentre outros indicadores, agravados, na maioria das vezes, pela discriminação racial em diversas instituições, inclusive, nos serviços de saúde.

Assim, para que se garantissem alguns direitos, entre eles a saúde, foi necessária a luta do movimento negro, que ao longo das décadas reivindicou uma atenção à saúde para esse segmento populacional, que historicamente se encontra em situação de desigualdade. Nos anos 1980, por exemplo, o Movimento Negro se reorganizou, em meio à conjuntura de redemocratização, terreno fértil para a insurgência de manifestações populares e houve o crescimento da visibilidade dada às questões de saúde das mulheres negras, pois o racismo e o sexismo

[...] continuam imprimindo marcas segregadoras com restrições aos direitos.

invisibilidade e preconceito. Os indicadores de saúde demonstram perfis de desigualdades em saúde denunciadas por parte de ativistas femininas do movimento negro no campo da saúde. (ALMEIDA; SOUSA, 2011, p. 196-197).

Segundo Faustino (2017), vale destacar a importância do movimento negro na luta pela Reforma Sanitária e as experiências governamentais iniciais, especialmente nos anos 1980, com ênfase na saúde da população negra, circunstância em que algumas prefeituras incorporaram em suas práticas as demandas do referido movimento, especialmente as do movimento das mulheres negras. Este movimento social teve um papel fundamental na construção de uma política nacional para a população negra, que passou a ter materialidade no governo Lula, conforme destacam Brasil e Trad (2012).

Entretanto, estas discussões foram iniciadas durante o Governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) e estão relacionadas “[...] com mudanças no modo como o Brasil se apresenta no cenário internacional, buscando mais autonomia, porém, parcerias com outros países e organismos internacionais”. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 68).

As autoras (2012, p.69) a partir da análise de Martins (2007) e Adorno (2010), afirmam que os dois Governos de FHC são caracterizados por apresentarem uma política neoliberal que teve severos rebatimentos nas políticas públicas, haja vista que foi um período

[...] marcado por crescimento da dívida externa, expansão acelerada da dívida pública, déficits em conta corrente, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada através de políticas de valorização cambial [...]. Entretanto, as políticas afirmativas têm seu início nesse governo, pois, [...], o país se encontrava numa conjuntura internacional favorável (em 1993, ocorria a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, de Viena, cujas recomendações levaram o Governo FHC à proposição de um plano de ação para os direitos humanos) e possuía lideranças políticas importantes no governo que podiam pautar essas ações, tendo identificação com a temática dos direitos humanos [...].

Os anos de 1990 caracterizam-se pelo processo de reconfiguração do papel do Estado, iniciado nos anos de 1980 e que se assenta nos princípios neoliberais. Nesse sentido, foram adotadas pelo capital algumas estratégias, das quais destacam-se: a redução dos investimentos em políticas sociais, privatização, retirada de direitos sociais, desregulamentação das relações trabalhistas e transferência de responsabilidades do setor público para o privado.

O Estado passou a assumir a função de regulador, na medida em que transferiu para a esfera privada parte de suas atribuições, o que refletiu na diminuição do diálogo com os movimentos sociais e ocasionou severos rebatimentos para a classe trabalhadora. De acordo com Yamamoto (2009, p. 163), a partir dessa lógica, a “[...] intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é pouco recomendada, transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais.”

Esse cenário ganha materialidade no Brasil, especialmente no governo de FHC, devido a sua aproximação com os ideais supracitados. Para Ramos e Forti (2018, p. 89), os pressupostos do capitalismo central conduziram “[...] o Brasil aos ditames neoliberais, os quais têm entre os seus pilares a defesa da atrofiação do Estado no âmbito social, melhor dizendo, no âmbito voltado às necessidades dos trabalhadores”. Ao analisar a gestão do ex-presidente FHC devemos considerar que

[...] salvaguardadas diferenças e avanços sociais pequenos, os governos subsequentes não romperam com a lógica de subjugo às diretrizes em prol do

grande capital, tornando-se uma espécie de continuidade, em que se destacam as políticas de manutenção do superávit primário, o incentivo e a ênfase na política de exportação subsidiada no agronegócio e nas orientações econômicas pautadas na lógica da fragmentação e da focalização das políticas sociais. (RAMOS; FORTI, 2018, p.90).

Destacaremos a seguir um sintético retrospecto das ações que culminaram na aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), sobretudo, no que diz respeito à correlação entre a mobilização popular e o atendimento das demandas da população negra na saúde, advinda da luta do movimento negro. No ano de 1995, por exemplo, acontece a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, que repercutiu no sentido da criação de um grupo de Trabalho Interministerial, a fim de cultivar ações integradas para a eliminação do racismo e das desigualdades étnico-raciais.

Este grupo, em 1996, realizou uma mesa redonda acerca da saúde da população negra, que resultou na inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informação de nascidos vivos, mortalidade e morbidade, além de contribuir para a criação da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, responsável pela inserção do recorte étnico-racial nas pesquisas e, por fim, orientação para o desenvolvimento de uma política nacional de atenção às pessoas acometidas com anemia falciforme.

Outros fatores importantes para a discussão da temática em apreço foram as 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas em 1996 e 2000, respectivamente, que apresentaram importantes discussões sobre a participação popular e o controle social, enfatizando a necessidade de os Conselhos de Saúde atuarem para além da fiscalização, mas com vistas à formulação e participação ativa nas deliberações e decisões que envolvem o SUS (ALMEIDA.; SOUSA, 2011).

Ainda na década de 2000, o Brasil participou da Conferência Intergovernamental das Américas e da Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial e a Intolerância Correlata. A participação do país nesses eventos “[...] produziu experiências de políticas, programas e projetos implementados em diferentes espaços do território nacional”. (ALMEIDA; SOUSA, 2011, p. 197).

[...] Somente após a mobilização nacional em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, e a resultante criação, em 2003, da Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial, que o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade racial em saúde. É verdade que essa mobilização só foi possível mediante um histórico de articulações, estudos e *advocacy* que remontam às décadas e governos anteriores. Mas neste contexto, as articulações avançaram rapidamente para o reconhecimento institucional de um conjunto de disparidades raciais em saúde e, conseqüentemente, na pactuação de uma resposta programática ao cenário identificado. (FAUSTINO, 2017, p. 3835, grifos do autor).

Destacam-se, também, outros elementos que contribuíram para a implementação da política: as pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no ano 2000¹²; a criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, de Áreas Técnicas de Saúde da População Negra (SPN), em 2004¹³; e o Relatório Saúde Brasil, em 2005¹⁴ (GOMES *et al.*, 2017).

Com relação aos dois mandatos do governo Lula (2003-2010), Brasil e Trad (2012, p. 71) destacam alguns dos posicionamentos mais comuns usados para explicar esse período da história.

Alguns autores enfatizam que o governo do sucessor de FHC, Lula, pode ser

lido como um governo de terceira via, respondendo a um padrão que tenta conciliar uma política econômica conservadora e uma política social progressista, contemplando políticas tradicionalmente vistas como de direita e de esquerda ao mesmo tempo. Outros autores ainda duvidam desse posicionamento, enfatizando o fato de que o Governo Lula mantém muitos nexos com a política neoliberal de seu antecessor (Martins, 2007; Marques e Mendes, 2007). Para um governo do PT, partido nascido no âmago dos movimentos sociais e trabalhistas, no auge da reorganização da sociedade civil na década de 1980, os dois mandatos de Lula deixaram muito a desejar em diversos aspectos, especialmente relacionados às políticas sociais.

A respeito da formulação de políticas sociais nos governos do ex-presidente Lula, Ramos e Forti (2018, p. 90) destacam que houve uma “[...] certa manutenção dos parâmetros estabelecidos no governo anterior, efetivando a focalização dos investimentos públicos.”. Tal cenário não sofrerá alterações substanciais nos governos Dilma Rousseff e Michel Temer, dado que estes conservarão, ainda que de maneira diferenciada, traços de continuidade com as propostas iniciadas por FHC, o que ocasionou na diminuição da oferta de serviços e bens para a classe trabalhadora, terceirização dos serviços, desmobilização da participação social nas decisões e consequente diminuição na efetividade do controle social, conforme salienta Teixeira (2018).

Na gestão do ex-presidente Lula ocorreram avanços no que tange à aproximação com os movimentos sociais, o que possibilitou a abertura de espaços com segmentos que almejavam efetivar políticas públicas que já haviam sido pensadas por parte dos militantes defensores dos direitos humanos. Convém destacar que a relação com o movimento negro foi ampliada e transformada “[...] levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas”. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 72). Constatou-se que

As propostas do governo Lula, sob efeito de muitos representantes do movimento negro, ou gestores sensíveis às causas da população negra, possibilitaram ampliações nas políticas afirmativas do país, principalmente tornando as discussões mais sérias e bem-fundamentadas pela participação ativa desses atores políticos. (BRASIL; TRAD, 2012, p. 74).

A título de exemplo, no ano de 2006, fruto das lutas do movimento negro, aconteceu na cidade de Brasília a Conferência Regional das Américas sobre os avanços e desafios do Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas. Este evento foi gerenciado pela Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR), numa parceria entre os governos do Brasil e do Chile, e teve como propósito aproximar as políticas voltadas para o combate ao racismo (ALMEIDA; SOUSA, 2011).

Nesse contexto, os acontecimentos supracitados levaram a avanços no debate acerca da questão étnico-racial no país, a saber:

[...] adoção de diretrizes de intervenção do governo brasileiro no combate à discriminação racial e ao racismo. A realização de pesquisas sobre as iniquidades raciais, a institucionalização de grupos de trabalhos sobre as especificidades da população negra e a necessidade de implementação de políticas públicas de equidade para a referida população [...]. Em 16 de agosto de 2004, foi instituído o Comitê Técnico para subsidiar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (ALMEIDA; SOUSA, 2011, p. 197).

Decorrente disso, conforme Faustino (2017), aconteceram diálogos entre os grupos gestores executivos do MS e demais órgãos colegiados, como por exemplo, o Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), além da presença dos movimentos sociais relacionados à saúde, com a finalidade de efetivar a equidade no que tange aos direitos humanos dessa população, que teve como resultado a aprovação no ano de 2006, através do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), “[...] reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, bem como a necessidade de implementar políticas que combatessem as iniquidades” (GOMES *et al.*, 2017, p.4). Nessa perspectiva foi criada também a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), no MS, cujo propósito foi a ampliação dos direitos e práticas cidadãs, com fomento aos espaços participativos, construção coletiva e envolvimento da população.

Tal política foi pactuada, em 2008, através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), momento em que as três esferas do governo firmaram o compromisso de elaborar ações que almejassem a promoção da equidade em nível SUS. Entretanto, a PNISNP só foi instituída através da Portaria nº 992, no ano de 2009, circunstância em que houve

[...] o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, e o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte. (FAUSTINO, 2017, p. 3835).

Cabe assinalar que a responsabilidade pela implementação desta política, “[...] coube às diversas Secretarias Estaduais e Municipais e órgãos do MS, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS).” (GOMES *et al.*, 2017, p.4), de modo a se responsabilizar pela sua disseminação, sensibilização dos profissionais, acompanhamento, avaliação e apoio técnico. Consoante com os referidos autores (2017, p. 4),

É sabido que a criação dessa política surge como uma medida compensatória, a fim de minimizar os efeitos da discriminação e exploração sofrida pelos negros ao longo da história, motivados pelos movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida, principalmente a partir década de 80.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) delinea caminhos, diretrizes e demandas com vistas a melhorar as condições de saúde da população negra, de forma que os seus objetivos se inserem no âmbito do SUS, propondo integralidade, equidade, participação e controle social. Enquanto desafios, Almeida e Sousa (2011, p. 198) pontuam a promoção da articulação intersetorial entre as instâncias municipal, estadual e federal, e destacam a instituição do Estatuto da Igualdade Racial, a partir da Lei 12.288/2010, que serviu de respaldo à PNSIPN e às ações na área da saúde que visem a promoção da equidade. Assim, a política citada adensa a agenda política da luta do movimento negro, já que

[...] tem um caráter público e social, devendo ser considerada sua múltipla causalidade e suas dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais. Um ponto a ser considerado refere-se à interconexão entre os temas das desigualdades sociais, ou vistos sob outra forma, entre a problemática racial e a pobreza. Essas dimensões não se excluem, se isolam, ou se complementam, pois fazem parte de uma única totalidade. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais são entendidos como uma unidade dialética, e a realidade social como um processo histórico. (ALMEIDA, M.; SOUSA, 2011, p. 198).

Após sua publicação, o MS começou a visualizar as necessidades e especificidades da saúde da população negra de maneira mais atenta, instituindo estratégias que promovessem o acesso integral à saúde, e atuassem no enfrentamento do racismo institucional no âmbito do SUS, sob o prisma de

enfrentar os entraves “[...] que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.” (BRASIL, 2017, p. 8). Nessa mesma direção, observa-se que

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe. (BRASIL, 2017, p. 8).

Em consonância com Faustino (2017), há diminuta presença de negros nos espaços de poder na área da saúde, que se solidarizam e defendem a luta antirracista, e isto reflete nas produções e validações em torno da saúde, tanto na esfera da gestão quanto no próprio funcionamento do SUS, reforçando o já referido racismo institucional. Além disso, nota-se a presença frequente de “[...] simplificação no trato de categorias que relacionam igualdade, diferença, singularidade, particularidade e universalidade humana, sobretudo, quando aplicadas ao campo político institucional.” (FAUSTINO, 2017, p. 3836).

A respeito da reduzida participação negra nos espaços de poder na saúde, Brasil e Trad (2012, p. 72) pontuam os avanços ocorridos nos governos Lula:

[...] percebemos um avanço considerável no último Governo Lula, na sua relação com os movimentos sociais. Esse avanço não pode ser medido na concretização das demandas por eles exigidas, antes, porém, pode-se pensar que o Governo Lula soube abrir mais espaços para a efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas para a pauta dos direitos humanos no país. A relação com o movimento negro se amplia e se transforma, levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas.

Por outro lado, Faustino (2017, p. 3835) adverte que o fluxo que supostamente parecia normal no tocante à criação de qualquer política no âmbito do SUS, tonou-se frustrante para os sujeitos que se envolveram na formulação da PNSIPN, tendo em vista

[...] que a simples formalização de uma política não significa, necessariamente, nem a sua concretização enquanto processo de implementação e nem o seu sucesso em termos de resultados esperados. Pelo contrário, a própria consolidação do Sistema Único de Saúde, como uma política governamental voltada à garantia da saúde como um direito, implica um pacto social ainda em disputa. Logo de início, a PNSIPN – desenhada prioritariamente como política transversal, ou seja, a aposta na incorporação do combate ao racismo institucional e adoção de indicadores de processo e resultado desagregados por raça nas demais Políticas e Programas do Ministério da Saúde - deparou-se com uma resistência institucional à sua efetivação. Essa resistência se deu tanto pelo desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde nos três níveis de gestão do SUS, quanto pela não incorporação das ações, indicadores e metas previstos em seu Plano Operativo, – por outras políticas e programas do Ministério da Saúde.

Pode-se inferir daí, que o mito da democracia racial colaborou para validar o discurso da ausência do racismo no Brasil, particularmente nas determinações sociais da saúde, o que reflete nas formas

negativas como as instituições respondem às demandas da população negra, que nesse caso, por exemplo, tem como pano de fundo o racismo institucional. Este se associa às dificuldades existentes nas entidades públicas ou privadas em lidar com as ações, projetos, programas ou políticas que busquem fornecer respostas efetivas para as desigualdades raciais.

Gomes *et al.* (2017) trazem outros elementos para o debate ao analisarem o processo de implementação da referida política no estado da Bahia, tendo em vista que mesmo em meio aos avanços e as discussões em torno das medidas legais e ações afirmativas para esse fim, o processo ainda é incipiente, fazendo-se necessário o investimento em ações que permitam materializar as etapas finais, como reuniões, análises, estudos e pesquisas que possibilitem criar indicadores de avaliação e monitoramento, visando a retroalimentação e manutenção da Política.

Sob essa égide, não se quer aqui criar novos indicadores de saúde, mas atualizar aqueles comumente utilizados no campo da saúde coletiva, desagregados por raça/cor, e promover a comparação desses indicadores de saúde nas diferentes regiões e municípios, a fim de realmente validar o impacto e os avanços alcançados na implantação dessa política tão importante num estado [e num país] cuja maioria da população é negra, vítima das desigualdades sociais, políticas e econômicas que envergonham a história pelas suas atrocidades e descaso. (GOMES *et al.*, 2017, p. 10).

Salienta-se que o fortalecimento do SUS, necessita “de ações intersetoriais articuladas com a participação, por exemplo, das escolas, dos serviços de saúde e segurança pública” (COSTA, 2011 p. 102), fortalecendo o papel dos entes federativos e com o olhar voltado para as especificidades da população negra, historicamente excluída de bens e serviços sociais. Assim,

Entre as divisões de papéis no SUS, planejar a assistência para oferecer o que a população precisa é função essencialmente do município. Ao estado, mesmo que lhe caibam alguns serviços estratégicos, cabe a indução e o apoio aos municípios, para que eles passem a implementar a política, cuidando de forma diferenciada dos negros em condição de iniquidade. O mesmo raciocínio de abordagem das iniquidades é aplicável às mudanças necessárias aos outros indicadores pactuados: mortalidade infantil, mortalidade relacionada às doenças infecciosas, aids, tuberculose, e todas as outras situações que constituem as metas sanitárias da política. (COSTA, 2011, p. 103).

No caso da PNSIPN, deve-se percorrer o caminho da transversalidade, isto é, “as diretrizes e orientações desta Política devem incidir e impactar todas as áreas de organização do processo de cuidado à saúde” (COSTA, 2011, p. 104). Isso envolve desde a baixa até a alta complexidade, perpassando os serviços neonatais, cuidados aos idosos, homens e mulheres, uma vez que há diversos momentos em que o povo negro necessita de acesso ampliado aos seus direitos e serviços de saúde, como por exemplo “[...] lembrar as diferenças e especificidades que envolvem o respeito às culturas e cultos religiosos dentro do hospital”. (COSTA, 2011, p. 105).

Destaca-se, assim, a imprescindibilidade de o debate da saúde ser politizado, trazendo à tona questões críticas, como as distintas religiosidades que merecem ser respeitadas. Por isso, é necessária a presença de pessoas negras nas instâncias participativas, a exemplo dos conselhos e conferências. Acresce aqui outro fator importante no processo de efetivação da política e melhoria do acesso à saúde da população negra, com intuito de captar a categoria da interseccionalidade, haja visto que

As populações e grupos sociais em condição de iniquidade muitas vezes superpõem, por exemplo, pessoas LGBT podem ser negras e em situação de rua. Todas as políticas relacionadas ao enfrentamento das iniquidades devem

buscar realizar uma ação com interação convergente. Portanto, essas políticas que acolhem esses grupos particulares em situação de desigualdade precisam ter estratégias específicas de forma a promover a saúde e cuidar garantindo-lhes o direito a saúde. Todas elas se imbricam, se matriciam e, na prática, a abordagem das iniquidades deve ser idealmente simultânea e articulada preservando as especificidades de cada grupo. (COSTA, 2011, p. 105).

As mais distintas formas de opressão sobrepõem-se e é necessário que os profissionais da área da saúde, assim como dos demais espaços sócio ocupacionais estejam atentos a essas questões, para que assim as demandas específicas de dados grupos populacionais sejam atendidas, de modo a vislumbrar a equidade, pressuposta no SUS e, por conseguinte, na PNSIPN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações na saúde da população negra perpassam o envolvimento com a perspectiva dos direitos sociais e bem-estar populacional. É necessário embasar-se nestes fundamentos, voltados para a inclusão social, a exemplo da garantia de empregos para a população e melhor distribuição da renda, com vistas à vivência de uma democracia social que ocasione impactos na esfera da saúde, objetivando melhorias na situação de vida e saúde dessa população.

Para tanto, é imprescindível o fortalecimento do SUS, em seus mais diversos equipamentos, demandando aos movimentos sociais lutarem por mais conquistas e consolidação de programas e projetos já existentes, indo além do binômio saúde e doença, numa perspectiva de totalidade, envolvendo a prevenção e a promoção de saúde para os diferentes grupos populacionais.

Considerando-se os argumentos aqui explicitados, pode-se inferir que apesar dos avanços que começaram a ser gestados na década de 1980, sobretudo após a aprovação da Carta Magna e anos mais tarde com a aprovação da PINSIPN, ainda há um longo caminho a ser percorrido visto que as políticas sociais na atual conjuntura têm sofrido ataques por parte das contrarreformas do Estado.

Conforme Bravo e Menezes (2018, p. 19), isto não é algo recente, pois desde o governo de FHC até o governo do ex-presidente Michel Temer estamos vivenciando um contexto de encolhimento do “[...] espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.” Dessa forma, vê-se o quão desafiador é operacionalizar as distintas políticas sociais e, no caso da PNSIPN torna-se mais delicado devido à falaciosa crença de que os princípios dos SUS garantem o atendimento das necessidades concretas da população negra.

Mediante o exposto, segundo Iamamoto (2009), é crucial decifrar novas mediações ao intervir nas expressões da questão social na atualidade, de modo que possamos visualizar as diferentes expressões de desigualdade social que envolvem a atual conjuntura, a exemplo do acesso à saúde por minorias sociais, como a população negra, captando a forma como se engendram seus processos de produção e reprodução, a fim de projetar formas de resistência frente ao cenário vivenciado.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, M. V. B. de.; SOUSA, M. F. de. Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 5, n. 4, p. 193 - 206, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1066/974>. Acesso em: 10 set. 2018.

BATISTA; L.E; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 ed., 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica-nacional-saude-populacao-negra-3d.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O Movimento Negro da construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2. ed., 2012, p. 62-91. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRAVO; SANTOS, J.S. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde**: ensaios sobre trabalho e formação. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 19-47.

COSTA, A. M. Promoção da equidade em saúde para a população negra. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 100- 106, 2011.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasileira, DF, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3831.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

GOMES; I. C. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**. Bahia, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500/14607>. Acesso em 04 maio 2019.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. *et al* (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

MENEZES; F.C.de. Repensando a funcionalidade do racismo para o capitalismo no Brasil contemporâneo. **Libertas**: Revista Faculdade de Serviço Social/ UFJF, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 9 - 72, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18255>. Acesso em: 18 jan. 2019.

RAMOS; A; FORTI; V. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde**: ensaios sobre trabalho e formação. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 83-106.

SOARES FILHO, A. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. *In*: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2. ed., 2012. p. 34-61. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUZAS, R.; MARINHO, O. F. P.; MELO, K. L. O. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao hiv/aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009). *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2 ed., 2012, p. 288-312. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

TEIXEIRA; M.J.O. Determinantes sociais da saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. *In*: RAMOS; A. SILVA; L.B. PAULA; L. G. P (org.). **Serviço social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 47- 66.

*Mestrando do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da UFS (PROSS/UFS). Graduado em Serviço Social pela UFS (2019), e atualmente integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (GEPS). E-mail: cleverton45@hotmail.com

**Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da UFS (PROSS/UFS). Graduada em Serviço Social pela UFS (2019), e atualmente integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Questão Social e Movimento Social (GETEQ). E-mail: mayaramonteiramos@hotmail.com

***Doutora em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007), mestre em Sociologia pela UFS (1999) e graduada em Serviço Social da UFS (1984). E-mail: calmeida2016@gmail.com