

DYANA HELENA DE SOUZA

**COMO A EQUIDADE RACIAL ESTÁ SENDO IMPLEMENTADA NA FORMAÇÃO
EM SAÚDE? PESQUISA-INTERVENÇÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA, ENFERMAGEM E MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA**

**BRASÍLIA
2020**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DYANA HELENA DE SOUZA

**COMO A EQUIDADE RACIAL ESTÁ SENDO IMPLEMENTADA NA FORMAÇÃO
EM SAÚDE? PESQUISA-INTERVENÇÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA, ENFERMAGEM E MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dais Gonçalves Rocha.

BRASÍLIA
2020

DYANA HELENA DE SOUZA

COMO A EQUIDADE RACIAL ESTÁ SENDO IMPLEMENTADA NA FORMAÇÃO EM
SAÚDE? PESQUISA-INTERVENÇÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA, ENFERMAGEM E MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Dais Gonçalves Rocha – Presidente
Universidade de Brasília

Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez
Universidade de Brasília

Rosana Batista Monteiro
Universidade Federal de São Carlos

Lucélia Luiz Pereira
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada não teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas que fazem parte do meu quilombo, como espaço de afeto, resistências, resiliência, amor e fortalecimento. Às inúmeras mulheres negras que resistiram e ainda resistem bravamente às opressões em diversos espaços. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

À professora Dais Rocha, grande inspiradora e amiga. Sou imensamente grata por esses quase dez anos de parcerias e trocas! Nos momentos em que eu não acreditava que conseguiria ingressar no mestrado, você continuou me incentivando a estudar e dizendo para não desistir. Você inspira a docente que um dia eu pretendo ser.

Às professoras do Departamento de Serviço Social da UnB Lucélia Pereira e Elaene Rodrigues.

Thalita Sousa, Caio Milhomem, Rodrigo Santos, Joquebede Teles: vocês têm ressignificado o conceito de família. À Jamile Mendes, prima querida que, assim como eu, rompeu com correntes simbólicas que falavam que a universidade não era para nós.

Aos docentes do curso de graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vocês me ensinaram a amar o SUS e contribuíram imensamente para a formação desta sanitarista. Agradeço aos colegas que fazem e fizeram parte do Grupo de Pesquisa Promoção e Equidade em Saúde, em especial à professora Rogéria Nunes e ao professor Luiz Mello, que com um olhar sensível ajudaram com que essa minha caminhada de pesquisa não fosse solitária.

Às pessoas queridas que a UnB colocou em meu caminho: Andreia Simplício, Ádria Albarado, Jéssika Lima, Najara Santos, Liliane Ventura, Mariana Caixeta, Ivete Alejandra, Ana Carolina Boquadi, Sara Meneses. João Pedro quem, além de amigo, ajudou-me no preparo com os estudos de inglês para a prova do mestrado.

A Bianca Aragão e Marina Moreira, que toparam participar dessa jornada comigo a partir da iniciação científica. Serei sempre grata.

Aos membros do NDE, que possibilitaram trocas, estranhamentos e compartilhamento de vivências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

NECROPOLÍTICA

*Correria tu se vira
Bobeou eles atira
Eles nem são bons de mira
Mas a ordem é matar
"Se não é alvo, aniquila
Porque o alvo é a melanina
Pode estar com a família, Menino ou menina"
E na favela é mais uma chacina
Necropolítica
No hospital
Não tem respirador e maca
Tá faltando luva e máscara
Quando que isso vai melhorar?
Indígenas exterminados
O garimpo liberado
Na terra que seus antepassados começaram a plantar.
Lamas varrendo cidades
Aviso prévio da morte
Agora pensa se VALE
Calcular e deixar a sorte
Decidir quando estoura
Toda essa bomba relógio
Isso é Necropolítica
Pro Estado, um negócio
Democracia hipócrita
Ideias tão inóspitas
água e comidas tóxicas
Querem te intoxicar
Tem mais manada que gente.
E o governo defende:
"Pode tacar fogo em tudo
Porque o boi tem que pastar"
E muita gente doente
Sem médico pra cuidar
E nenhum centímetro a mais pra terra indígena
A cada 23 minutos, mais uma mãe preta chora
Coração apertado e ele só foi jogar bola
Se tiver atrasado, devagar, não corre agora.
A polícia não viu que era roupa da escola?
Necropolítica é isso,
Te incomoda?!
Mbembe me ensinou
E eu tô repassando agora!
Cheguei falando alto, agora tô fazendo alarde
Espero que entenda e comece a sua parte!
Porque
Não vai chorar sua mãe
Nem vai chorar a minha
Povo preto se armando
Com a palavra e a escrita
Não vai chorar sua mãe
Nem vai chorar a minha
Povo preto se armando
Conhecimento é a saída.*

(Bia Ferreira)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo produzir evidências sobre a implementação da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina da Universidade de Brasília (UnB), com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação. As motivações para sua realização partem de uma pesquisadora negra implicada, que, a partir de uma postura ético-política, defende e adota a Epistemologia Feminista Negra enquanto implicação epistemológica. Trata-se de estudo de natureza qualitativa com abordagem metodológica do tipo pesquisa-intervenção. Inicialmente foi realizada análise documental de conteúdo dos Programas de Ensino-Aprendizagem das disciplinas que, de acordo com o PPC, incluem a equidade racial. Em seguida, foram realizadas duas oficinas; a primeira para investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da equidade racial nos cursos; e a segunda, apenas com o curso de Medicina, para validar o material construído na oficina 1 e formular coletivamente uma proposta de plano de ação de implementação da equidade racial no curso. Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Na análise documental dos programas de ensino-aprendizagem, a equidade racial apareceu explicitamente no curso de Saúde Coletiva (4 disciplinas obrigatórias e três optativas) e no curso de Medicina (6 disciplinas obrigatórias e em nenhum optativa). Percebeu-se, também, que a inserção ficou concentrada no primeiro semestre e que geralmente a temática é abordada de acordo com a afinidade individual de determinados professores. No curso de Enfermagem não foram identificadas disciplinas obrigatórias que explicitamente abordem o tema, apesar de indicado no PPC, tendo sido identificada apenas uma disciplina optativa. A partir da análise dos dados produzidos nas oficinas, o material foi organizado nas seguintes categorias: Visão de equidade racial; Situação da implementação; Resposta/interesse dos estudantes; Fatores críticos: o que facilita e o que dificulta; Estratégias para o plano de ação; Motivações/justificativas para ensinar a equidade; vivência de docentes negros; Ações afirmativas e Branquitude na medicina. O SUS tem centralidade e responsabilidade na redução das iniquidades em saúde e, portanto, defendem-se políticas de saúde com a lente da equidade racial para garantia de direitos. As estratégias para o plano de ação foram construídas coletivamente e apontaram pistas que podem nortear os cursos para implementação da equidade racial. A partir das estratégias propostas e das aprendizagens e produção de sentidos proporcionados no estudo foram feitas algumas recomendações, como: que a equidade racial seja inserida como pauta política nos cursos; que haja ações afirmativas para o ingresso de discentes e docentes negros nesses cursos e que sua inserção no SUS seja feita de acordo com as diretrizes da PNSIPN.

Palavras-chave: Equidade; Saúde da População Negra; Formação Profissional em Saúde; Currículo.

ABSTRACT

This study aims to produce evidence on the implementation of racial equity in the training of health professionals in the undergraduate courses of Public Health, Nursing, and Medicine at the University of Brasília (UnB), focusing on the participatory construction of an action plan that enables its implementation. The motivations for the research come from a black female researcher who, from an ethical-political stance, defends and adopts black feminist epistemology as an epistemological implication. This is a qualitative study, based on intervention-research approach. Initially, the teaching programs of the subjects that included racial equity in their curriculums have been analysed. Then, two workshops were held; the first to investigate the courses' Structural Teaching Nuclei view on racial equity; and the second, only with the Medicine nucleus, to validate the material built in the first workshop and collectively formulate a proposal for an action plan to implement racial equity on the course. Regarding ethical aspects, the research was approved by the research ethics committee of the Faculty of Health Sciences. According to the documental analysis held on the teaching programs, Racial Equity appeared explicitly in the Public Health course (4 compulsory and 3 optional subjects) and in the Medicine course (6 compulsory subjects). It has also been noticed that the approach on this topic was concentrated in the first semester and varied according to the individual affinity of certain teachers with the topic. In the Nursing course, no mandatory subjects and only one optional subject were identified, despite the topic being indicated on the course's pedagogical project. The results of both workshops were, then, divided into the following categories: Vision of racial equity; Implementation status; Student response/interest; critical factors – what facilitates and what hinders; Strategies for the action plan; Motivations for teaching equity; experience of black teachers and affirmative actions and whiteness in medicine. Since the Brazilian Universal Healthcare System (SUS) has centrality and responsibility in the reduction of health inequities, health policies are advocated with the lens of racial equity to guarantee rights. The strategies for the action plan have been built collectively and pointed out clues that can guide the courses on implementing racial equity. From the strategies suggested by the study, some recommendations have been made, such as that racial equity must be inserted as a political agenda in the courses; that there should be affirmative actions for the admission of black students and teachers in these courses and that their insertion in SUS should follow the guidelines of the Brazilian National Comprehensive Health Policy for the Black Population.

Keywords: Equity; Health of black people; Health Human Resource Training; Curriculum.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de disciplinas obrigatórias que incluem a equidade racial, por semestre, no curso de Saúde Coletiva da UnB, em 2019.	80
Tabela 2 – Quantidade de disciplinas obrigatórias que incluem a equidade racial, por semestre, no curso de Medicina da UnB, em 2019.	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de disciplinas por semestre, tipo, quantidade de créditos e carga horária total, que incluem a equidade racial no curso de Saúde Coletiva da UnB, ofertados pela FS e FM, em 2019.....	81
Quadro 2 – Distribuição de disciplinas por semestre, tipo, quantidade de créditos e carga horária total, que incluem a equidade racial no curso de Medicina da UnB, ofertados pela FS e FM, em 2019.	85
Quadro 3 – Percentual de créditos de disciplinas que incluem a equidade racial nos cursos Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina na UnB, ofertadas pela FS e FM, em 2019.....	87
Quadro 4 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Saúde Coletiva.....	100
Quadro 5 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Enfermagem.	101
Quadro 6 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Medicina...	102
Quadro 7 – Principais estratégias levantadas a partir da oficina 2.....	107
Quadro 8 – Possíveis metodologias levantadas a partir da oficina 2.	107
Quadro 9 – Momento do curso, responsáveis e parceiros.....	107
Quadro 10 – Como contribuir na prática docente para implementação da equidade racial?	107

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CA – Centro Acadêmico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDS – Comissão de Determinantes Sociais em Saúde

CEAM – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

CEPE – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão

CESMN – Curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra

Codeplan – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CGGAP – Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conferências Nacionais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONAES – Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CTSPN – Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNERER – Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana

DIV – Diretoria da Diversidade

DSC – Departamento de Saúde Coletiva

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EAD – Ensino à distância

FCE – Faculdade de Ceilândia

FGA – Faculdade do Gama

FM – Faculdade de Medicina

FNB – Frente Negra Brasileira

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

FUP – Faculdade de Planaltina

GDF – Governo do Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituições de Ensino Superior

LDB – lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NDE – Núcleos Docentes Estruturantes

NEPeB – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (CEAM).

NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública (CEAM)

NUruNI – Núcleo de extensão e pesquisa com populações e comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas

Obvul – Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAS – Programa de Avaliação Seriada

PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPC – Projeto Pedagógico dos cursos

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Reuni – Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RI – Racismo Institucional

SAPS – Secretaria de Atenção Primária

SECAD – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SES – Secretaria de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SIESCO – Sistema de Integração Ensino-Serviço-Comunidade ().

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão do Curso

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFRR – Universidade Federal de Roraima

UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos

UMed – Urban Medicine Program

UnB – Universidade de Brasília

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Vozes de mulheres negras e análise de implicação de uma pesquisadora negra: interseccionalidade como lente em direção à equidade racial	17
2.2 Interfaces da equidade racial na saúde e na educação: a formação de profissionais para o SUS	39
2.3 Equidade racial na educação: movimentos e pensamentos emancipatórios nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico	47
2.4 Equidade racial na Saúde: perspectiva da justiça e dos direitos sociais e sua materialização nas políticas públicas	55
3 METODOLOGIA.....	67
3.1 Natureza do estudo e referencial metodológico.....	67
3.2 Percorso metodológico.....	69
3.3 Contexto da Universidade de Brasília e das faculdades de Ciências da Saúde e Medicina	73
3.3.1 Os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva.....	75
3.4 Aspectos éticos	77
4 RESULTADOS	78
4.1 Como a equidade racial está sendo implementada nos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina?	78
4.1.1 Visão de equidade racial	78
4.1.2 Situação da inserção da equidade racial no curso	79
4.1.3 Resposta/interesse dos estudantes	87
4.1.4 Fatores críticos: o que facilita e o que dificulta	88
4.1.5 Motivações/justificativas para ensinar a equidade racial	94
4.1.6 Ações afirmativas	95
4.1.7 Vivência de docentes negros na universidade e no processo de formação	96
4.1.8 Estratégias para o plano de ação	97
4.2 Oficina 2 – NDE do curso de Medicina.....	102
4.2.1 Visão de equidade racial	103
4.2.2 Fatores críticos: o que facilita e o que dificulta	103
4.2.3 Estratégias para o plano de ação	106

5 DISCUSSÃO	108
5.1 Oficina 1	108
5.2 Oficina 2 – NDE de Medicina	126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICE A – PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EQUIDADE RACIAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNB.....	154
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	185
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE SOM E IMAGEM	187
APÊNDICE D – ROTEIRO DA OFICINA 1	188
APÊNDICE E – ROTEIRO DA OFICINA 2.....	194
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	199

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo produzir evidências sobre a implementação da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem (FS) e Medicina (FM) da Universidade de Brasília, com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação. As motivações para a realização deste trabalho partem de uma pesquisadora negra implicada, que a partir de uma postura ético-política defende e adota a Epistemologia Feminista Negra (COLLINS, 2018), enquanto norteadora deste estudo sobre equidade racial, a partir da contribuição de autoras do feminismo negro.

O conceito de equidade está relacionado à justiça social e a sua materialidade ocorre por meio de implementação de políticas e na sua efetivação em serviços de saúde. Margaret Whitehead (1991) considera as iniquidades a partir de uma análise sobre a dimensão ética e moral quando faz referências às diferenças que são evitáveis e desnecessárias e, portanto, injustas. Marcelo Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) afirmam que a equidade implica na redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451). O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da sua instituição contra-hegemônica, tem centralidade e responsabilidade na redução das iniquidades em saúde e, portanto, defendem-se políticas de saúde com a lente da equidade para garantia de direitos.

São notórias as contribuições de movimentos sociais pela luta pela equidade, com destaque para o Movimento Negro, que tem tido papel fundamental para consolidação de políticas de equidade racial na saúde e educação. Na Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2017) define equidade racial como 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, 2017, p. 31). Na Educação, a sua materialização tem ocorrido pela conquista da lei nº 10.639/2003, que versa sobre a obrigatoriedade da temática História e Cultura-Afro-Brasileira nas escolas; pela Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER); pela lei 11.645/2008, que torna obrigatório o ensino da história e cultura indígena brasileira; pela lei 12.990/2014, que reserva 20% das vagas oferecidas nos concursos públicos para pessoas negras em âmbito federal, e pela lei

12.711/2012, que destina vagas em universidades públicas para pessoas negras, indígenas e com deficiência.

Porém, ainda esbarramos no Racismo Institucional (JONES, 2002; WERNECK, 2016), intrínseco à estrutura da sociedade brasileira, que condiciona e organiza a ação do Estado. Portanto, por meio da interseccionalidade (CRENSHAW, 2002), é possível qualificar o olhar a respeito dos sistemas de dominação que contribuem para reprodução de iniquidades.

A partir de estudo sobre a análise documental das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e dos Projetos Político Pedagógicos (PPC) dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Saúde Coletiva (ROCHA et al, 2019), constatou-se que a equidade está inserida de forma conceitual nesses documentos orientadores e que, para atender ao marco legal, há a explicitação da educação para as relações étnico-raciais, para formação desses cursos. Sendo assim, a primeira diretriz da PNSIPN define a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” (BRASIL, 2017, p. 31).

Partindo dessa diretriz, a presente pesquisa sistematizou o estado da arte sobre a implementação da equidade racial na formação em saúde, identificando experiências em âmbito nacional e internacional que têm realizado esse registro, pensando os movimentos de reorientação da formação em saúde que têm pautado uma transformação nas práticas de ensino e atuação profissional para o SUS (BATISTA, 2013). Trata-se de estudo de natureza qualitativa (BRIDGET *et al*, 2014), com abordagem metodológica do tipo pesquisa-intervenção (PAULON *et al*, 2015), apoiado em referenciais do feminismo negro, a partir da recusa das práticas colonizadoras que moldam o nosso “ser” pesquisador. Aqui, há uma pesquisadora negra implicada que foi contra a lógica hegemônica de subalternização e inferiorização de mulheres negras, ocupando e abalando as estruturas de uma universidade pública.

Os objetivos específicos da pesquisa foram: *Mapear e caracterizar as disciplinas que de acordo com o PPC incluem a equidade racial; Investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da equidade racial nos cursos de graduação em Saúde e Validar o material construído nas oficinas e formular coletivamente uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser implementada nos cursos de graduação em Saúde.*

Na seção *Referencial Teórico* apresentarei quem sou eu enquanto pesquisadora negra implicada, bem como as referenciais nacionais e internacionais do feminismo negro que me influenciaram ao longo desta trajetória; as Interfaces da Equidade Racial na Saúde e na

Educação; os pensamentos emancipatórios nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico na educação e a perspectiva da justiça e dos direitos sociais e sua materialização nas políticas públicas em saúde. Adiante, o trabalho está dividido entre as seções *Metodologia*, *Resultados*, *Discussão* e *Considerações finais*.

1.1 Objetivos

Objetivo Geral:

Produzir evidências sobre a implementação da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem (FS) e Medicina (FM) da Universidade de Brasília, com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação.

Objetivos Específicos:

- Mapear e caracterizar as disciplinas que de acordo com o PPC incluem a equidade racial nos cursos de graduação em Saúde;
- Investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da equidade racial nos cursos de graduação em Saúde;
- Validar o material construído nas oficinas e formular coletivamente uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser implementada nos cursos de graduação em Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vozes de mulheres negras e análise de implicação de uma pesquisadora negra: interseccionalidade como lente em direção à equidade racial

Embora o campo da Saúde Coletiva tenha discutido a questão do racismo e da equidade no âmbito da determinação social, este primeiro capítulo, enquanto fundamentação teórica, aproveitará o seu caráter interdisciplinar (LUZ, 2009) para fundamentar o entendimento da equidade racial na formação em saúde. Escolhi, enquanto postura ético-política, evidenciar as contribuições e visões de mundo de teóricas do feminismo negro, em diferentes áreas do conhecimento – e me incluo enquanto mulher negra –, para auxiliar no entendimento de como é possível alcançar a equidade racial.

Ao mesmo tempo, apresentarei a minha análise de implicação, conforme estabelece Paulon (2005, p. 18), como a “posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa, as relações que estabelece com os sujeitos de sua investigação, os efeitos que estas relações produzem em suas observações”. Essas implicações podem ser caracterizadas pelas relações do pesquisador-praticante com os participantes do estudo, com o local/organização em que se realiza a pesquisa ou a que pertença o pesquisador – equipe de pesquisa/intervenção –, bem como pelas as implicações sociais e históricas dos modelos utilizados – implicações epistemológicas – (PAULON, 2005, p. 23). A análise de implicação busca romper com a concepção do pensamento científico adotado na “modernidade”, que “meramente considera os aspectos relativos à pesquisa do pesquisador no campo de pesquisa” (PAULON, 2005, p. 22).

Como implicação epistemológica, destaco a intelectual negra Patrícia Hill Collins (2018) que, em seu texto “Epistemologia feminista negra”, debate sobre a teoria social crítica a fim de apresentar o feminismo negro enquanto corrente dessa epistemologia. Partindo da reflexão sobre a formulação das estruturas do conhecimento, a autora explica como a sua construção não é neutra, principalmente porque, quando “homens brancos da elite controlam as estruturas de validação do conhecimento ocidental, seus interesses permeiam temas, paradigmas e epistemologias do trabalho acadêmico tradicional” (COLLINS, 2018, p. 139). Moldam, assim, o que é considerado “conhecimento”, compreendido enquanto livre de determinações sociais, e validam a sua disseminação como universal, por meio do epistemicídio dos saberes de mulheres negras e indígenas, entre outros. Sueli Carneiro (2005) traz detalhes sobre o epistemicídio e sobre sua relação com a educação:

Para nós, porém, o epistemicídio é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da

indigência cultural: pela negação ao acesso à educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da auto-estima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo. Isto porque não é possível desqualificar as formas de conhecimento dos povos dominados sem desqualificá-los também, individual e coletivamente, como sujeitos cognoscentes. E, ao fazê-lo, destitui-lhe a razão, a condição para alcançar o conhecimento “legítimo” ou legitimado. Por isso o epistemicídio fere de morte a racionalidade do subjugado ou a seqüestra, mutila a capacidade de aprender [...] (CARNEIRO, 2005, p. 97).

Contextualizando o pensamento feminista negro nos Estados Unidos, Collins (2018) apresenta temas discutidos e experienciados por mulheres afro-americanas que denunciam as opressões interseccionais de dominação no país e que têm ocupado “espaços importantes na construção de uma consciência feminista negra” (COLLINS, 2018, p. 140) contestando os processos eurocêntricos de validação do conhecimento e das relações de poder.

Para a autora, dois critérios políticos irão influenciar os processos de validação do conhecimento. O primeiro diz respeito a acadêmicas e acadêmicos, que carecem validar seus estudos e “convencer uma comunidade acadêmica controlada por uma elite branca, declaradamente heterossexual [...] de que sua afirmação é pertinente” (COLLINS, 2018, p. 143). O segundo critério refere-se à manutenção da credibilidade dessa elite, o que implica que “comunidades acadêmicas que questionam crenças predominantes na cultura estadunidense mais ampla receberão menos crédito do que aquelas que apoiam ideias já muito difundidas” (COLLINS, 2018, p. 143). É dessarte que, quando grupos hegemônicos dominam esses processos de validação do conhecimento, os critérios mencionados “podem atuar no sentido de suprimir o pensamento feminista negro” (COLLINS, 2018, p. 144).

Essa observação também é percebida em métodos que são utilizados para validar esse conhecimento. Exemplificando, Patrícia Collins questiona as abordagens positivistas que adotam um padrão de “distanciamento do pesquisador em relação ao seu ‘objeto’ de estudo; de exclusão das emoções do processo de pesquisa”, como um método preferido para se chegar à “verdade” (COLLINS, 2018, p. 146). Collins também pontua que

Tais critérios convocam as mulheres afro-americanas a se objetificarem, a desvalorizarem suas vidas emocionais, a desconsiderarem a motivação que possuem para aprofundar o conhecimento sobre mulheres negras e a confrontarem, em uma relação contenciosa, os detentores de maior poder social, econômico e profissional. Por um lado, é improvável que as mulheres negras possam se respaldar exclusivamente em paradigmas positivistas para rearticular seu ponto de vista (COLLINS, 2018, p. 147).

Considerando isso, a autora apresenta as características da epistemologia feminista negra e seus aportes para o pensamento feminista negro. A primeira característica, experiência vivida como critério de significação, implica, de acordo com Collins, que “Viver a vida

enquanto mulher negra requer sabedoria, uma vez que o conhecimento sobre as dinâmicas das opressões que se intersectam é essencial para a sobrevivência das negras americanas” (COLLINS, 2018, p. 148). Ilustrando esse ponto, Collins apresenta histórias de mulheres negras que “mobilizaram suas próprias experiências vividas e as experiências de outras afro-americanas para selecionar temas de investigação e metodologias” (COLLINS, 2018, p. 150).

A segunda característica, uso do diálogo para avaliar o conhecimento, tem origens nas tradições orais africanas e valoriza as conexões para o processo de validação do conhecimento, com participação ativa de todos os indivíduos. Já a ética do cuidado, a terceira característica, enfatiza a temática de “falar com o coração”, pois “sugere que a expressividade pessoal, as emoções e a empatia são centrais no processo de validação do conhecimento” (COLLINS, 2018, p. 156).

Os componentes da ética do cuidado, a seu turno, podem ser identificados em comunidades afro-americanas e têm “similaridade com a importância atribuída por algumas análises feministas à ‘voz interna’ das mulheres” (COLLINS, 2018, p. 158). A última característica, ética da responsabilidade pessoal, define que

Não somente os indivíduos devem produzir o conhecimento por meio do diálogo e recorrer a um estilo de apresentação que demonstre uma ligação com as próprias ideias, mas também se espera que se responsabilizem pelo que afirmam (COLLINS, 2018, p. 159).

Collins defende que essas quatro dimensões devem estar articuladas e politizadas a um projeto de justiça social, orientando o pensamento e a prática feminista negra. A autora também põe em evidência mulheres negras como agentes do conhecimento, que, no contexto dos movimentos sociais nos Estados Unidos nos anos 1950, 1960 e 1970, impulsionaram mudanças políticas no país. Patrícia Collins ainda completa destacando que, nesse processo, de “[...] objetos passivos manipulados pelos processos dominantes de validação do conhecimento, nós, mulheres afro-americanas, passamos a reivindicar nossa própria voz” (COLLINS, 2018, p.161).

Parte desses movimentos também foi fundamental para o ingresso de mulheres ao ensino superior e para a constituição de uma comunidade de acadêmicas negras e de expansão do escopo do feminismo negro acadêmico. Apesar disso, segundo a autora, ainda nos deparamos com o “estrato dominante que ainda controla escolas, programas de pós-graduação, processos de titulação, canais de publicação e outros mecanismos de legitimação do saber” (COLLINS, p. 162).

Com essas reflexões, Collins traz para o debate o pensamento feminista negro enquanto outro caminho para contrapor às verdades que são ditas como universais e coloca a subjetividade das mulheres negras no centro de suas análises. Faz, ainda, uma abordagem

situada em um contexto de dominação, no qual há diferentes padrões de opressões intersectadas. Pensando sobre esse contexto de dominação, Djamila Ribeiro fez uma reflexão, com a qual me identifico, sobre como nós, mulheres negras, temos a nossa voz silenciada:

O feminismo negro não é uma luta meramente identitária, até porque branquitude e masculinidade também são identidades. Pensar feminismos negros é pensar projetos democráticos. Hoje afirmo isso com muita tranquilidade, mas minha experiência de vida foi marcada pelo incômodo de uma incompreensão fundamental. Não que eu buscasse respostas para tudo. Na maior parte da minha infância e adolescência, não tinha consciência de mim (RIBEIRO, 2018, p. 6).

bell hooks (2015), uma dessas grandes mulheres a quem passei a admirar, nos fala sobre a necessidade de moldar a teoria feminista. Para isso, hooks apresenta sua vivência no contexto dos Estados Unidos, onde o surgimento do feminismo não se deu em termos “oficiais” a partir das vivências das mulheres negras, que foram silenciadas e esquecidas em obras como a de Betty Friedan (*The Feminine Mystique*). Por isso, no contexto estadunidense,

O racismo abunda nos textos de feministas brancas, reforçando a supremacia branca e negando a possibilidade de que as mulheres se conectem politicamente cruzando fronteiras étnicas e raciais. A recusa feminista, no passado, a chamar a atenção para hierarquias raciais e as atacar, suprimiu a conexão entre raça e classe. Mesmo assim, a estrutura de classe na sociedade norte-americana foi moldada pela estratégia racial da supremacia branca; apenas se analisando o racismo e sua função na sociedade capitalista que pode surgir uma compreensão profunda das relações de classe. A luta de classes está indissolivelmente ligada à luta para acabar com o racismo (HOOKS, 2015, p. 195).

hooks situa o sexismo-patriarcado enquanto um sistema de dominação no qual mulheres privilegiadas ignoravam diferenças entre sua condição social e a do conjunto de outras mulheres e, ainda, “não se opunham ao patriarcado, ao capitalismo, ao classismo e ao racismo” (hooks, 2015 p. 199). A autora também compartilha sua história de vida e a aproximação do pensamento feminista:

Minha crítica persistente foi construída por minha condição de membro de um grupo oprimido, por minha experiência com a exploração e a discriminação sexistas e pela sensação de que a análise feminista dominante não foi a força que moldou minha consciência feminista. Isso se aplica a muitas mulheres. Há mulheres brancas que nunca tinham cogitado resistir dominação masculina até o movimento feminista criar uma consciência de que elas poderiam e deveriam. Minha consciência da luta feminista foi estimulada pela circunstância social. Tendo crescido em uma família negra do sul dos Estados Unidos, de classe trabalhadora e dominada pelo pai, eu vivenciei (como aconteceu com minha mãe, minhas irmãs e meu irmão) diferentes graus de tirania patriarcal, e isso me deixou com raiva – deixou-nos todos com raiva. A raiva me fez questionar a política de dominação masculina e me permitiu resistir à socialização sexista (hooks, 2015, p. 203).

É interessante como a autora fala sobre a sua consciência da luta feminista que foi estimulada pela circunstância social, vivenciando a tirania patriarcal em casa, despertando um sentimento de raiva e questionando a dominação masculina. Me identifico com esse relato, pois também cresci em um ambiente no qual essa tirania patriarcal estava presente e, com ela, a

violência e dominação masculina, que se encarregavam de delimitar o espaço das mulheres e a determinar que eu, a criança, não podia contrariar os adultos e, muito menos, a figura patriarcal/paterna, mesmo com as violações de direitos que eu desde muito pequena presenciava. Desde que me lembro, já por volta dos quatro ou cinco anos de idade, repudiava as atrocidades que ambos – pai e mãe – protagonizavam; e que não me pouparam de presenciar. Pensava comigo mesma que, quando eu crescesse, seria diferente deles.

hooks, conforme mencionado, pontua que nós mulheres negras, que vivemos situações de opressão todos os dias, construímos uma consciência sobre essa política patriarcal que tanto nos impede de ter voz. Assim, a partir de nossas experiências de vida, também desenvolvemos estratégias de resistência. Por isso eu, desde criança, sentia uma angústia de não poder falar o que eu vivenciava na casa em que cresci. Afinal, quem acreditaria em uma criança?

Nas minhas tentativas de me opor às situações que presenciava, era duramente castigada. Os adultos deixavam claro que eu era uma criança e devia ser obediente àqueles que me davam um teto e comida. Diante dessa situação, eu chorava, desejando ter nascido em outra família e desejando, também, que eu pudesse crescer o mais rápido possível, para ser independente. Por isso, identifico-me com o relato de bell hooks, que diferencia o contexto das mulheres brancas privilegiadas, que precisavam de “uma teoria para ‘informá-las de que eram oprimidas’, [o que] era apenas mais uma indicação de suas condições de vida privilegiada” (hooks, 2015, p. 203).

Para hooks, pessoas verdadeiramente oprimidas sabem de sua condição, mesmo que não estejam organizadas em movimentos ou, até mesmo, que não estejam elaborando essas opressões de forma escrita – até porque, como a autora menciona, muitas mulheres negras sequer conhecem o termo feminismo. E por isso que ela própria, conforme relata no texto, já possuía, desde os 13 anos de idade, um entendimento sobre a política patriarcal e racialmente segregacionista. Também por essa causa, hooks tinha expectativas no movimento feminista que eram diferentes àquelas das jovens brancas que conheceu na universidade.

Sua vivência na Universidade de Stanford, no início dos anos 1970, e sua aproximação com os estudos de mulheres e de grupos feministas, a fez perceber que, nesses espaços, as mulheres negras eram desconsideradas. Se elas tentassem fazer críticas ao movimento ou introduzir novas ideias feministas, eram rechaçadas, conforme relata: “nossa voz era abafada, desconsiderada, silenciada [...] Só poderíamos ser ouvidas se nossas afirmações fizessem eco às visões do discurso dominante” (hooks, 2015, p. 204).

Observando a dinâmica universitária, hooks aponta que artigos e livros publicados são direcionados a um público branco e que, nessas produções, não há um enfrentamento do

racismo situado em um contexto histórico e político. Esses discursos ainda fazem das pessoas negras objetos de um discurso privilegiado, o que pode ser visto, por exemplo, na postura e prática de mulheres brancas que em sua “metodologia sugere[m] que ainda não estão livres do tipo de paternalismo endêmico à ideologia branca hegemônica” (hooks, 2015, p. 205). Há, portanto, uma manutenção do “sistema de racismo, classismo e elitismo educacional” (hooks, 2015, p. 205), para que posições de autoridade sejam mantidas intactas.

A autora pondera que essas críticas não são feitas no sentido de “diminuir” a luta feminista, mas sim de auxiliar a construção de uma ideologia e movimento libertadores:

Nós, mulheres negras sem qualquer “outro” institucionalizado que possamos discriminar, explorar ou oprimir, muitas vezes temos uma experiência de vida que desafia diretamente a estrutura social sexista, classista e racista vigente, e a ideologia concomitante a ela. Essa experiência pode moldar nossa consciência de tal maneira que nossa visão de mundo seja diferente da de quem tem um grau de privilégio (mesmo que relativo, dentro do sistema existente). É essencial para a continuação da luta feminista que as mulheres negras reconheçam o ponto de vista especial que a nossa marginalidade nos dá e façam uso dessa perspectiva para criticar a hegemonia racista, classista e sexista dominante e vislumbrar e criar uma contra-hegemonia. Estou sugerindo que temos um papel central a desempenhar na construção da teoria feminista e uma contribuição a oferecer que é única e valiosa. A formação de uma teoria e uma práxis feministas libertadoras é de responsabilidade coletiva, uma responsabilidade que deve ser compartilhada (hooks, 2015, p. 208).

Em outro texto, especificando as mulheres negras como intelectuais, bell hooks (1995) conta um pouco mais sobre sua história e como se voltou para o trabalho intelectual “na busca desesperada de uma posição oposicional que me ajudasse a sobreviver uma infância dolorosa” (hooks, 1995, p. 465). Conforme salienta, em sua comunidade segregada e pobre, essa carreira/vida intelectual estava relacionada a uma carreira do ensino. Havia uma aceitação e reconhecimento àqueles que tinham uma qualificação acadêmica e se tornavam professores, mas a de “intelectual significava que corríamos o risco de ser encarados como esquisitos, estranhos e talvez mesmo loucos” (hooks, 1995, p. 465). A autora também compartilha que desde muito nova reconhecia a importância de se ter boas notas na escola, mas, como ela própria afirma, não era bem visto ser “inteligente demais”:

Ser demasiado inteligente era sinônimo de intelectualidade, e isso era motivo de preocupação, sobretudo se se tratasse de uma mulher. Para uma criança inteligente, nas comunidades negras de classe inferior e pobres, fazer perguntas demais, falar de ideias que diferiam da visão do mundo predominante na comunidade, dizer coisas que os negros adultos relegavam ao reino do indizível, era um convite ao castigo e até ao abuso (hooks, 1995, p. 466).

Eu sempre fui uma criança muito questionadora e, à medida que entrei na adolescência, esses questionamentos foram ficando mais fortes. Quando criança, os adultos conseguiam me calar mais facilmente, mas, na adolescência, comecei a gritar e a resistir ainda mais às violências sofridas por aquelas pessoas que são biologicamente ditas como “família”, mas com quem,

hoje, rompi esse “vínculo”, pois construí a minha própria família afetiva. Faço essas observações, para falar da minha implicação, que não é de uma pesquisadora “neutra”, mas sim, de uma mulher negra e lésbica, que tem aprendido o significado de resistência e resiliência desde muito nova. Essa trajetória que compartilho, obviamente, influencia a minha forma de ser pesquisadora e uma profissional implicada.

Mesmo crescendo em um contexto que poderia ter me levado a outros rumos, me apeguei aos estudos como um refúgio e, passando a viver com minha vó e tia paternas, era incentivada a estudar para ter uma vida melhor. Eu adorava estudar. Na infância, estar na escola era me sentir protegida. Diferente de outras crianças que pediam para o “Papai Noel” algum brinquedo, eu pedia para passar de ano. Fui crescendo e tendo a certeza de que eu conseguiria ser uma mulher independente e que, para isso acontecer, eu teria que estudar muito. Talvez, por isso, eu chorei por dias quando fui aprovada na UnB pela primeira vez – também chorei na segunda. Lembro dos arrepios que senti quando fui fazer minha matrícula. Eu não acreditava que havia entrado em uma das melhores universidades do país. Pode parecer apenas emoção de uma adolescente de 17 anos, mas eu sabia que a universidade mudaria minha vida. E quando eu digo mudar, é no sentido de me ajudar a romper com ciclos de violência intrafamiliar, que me adoecia.

Contando sobre sua vida e os desafios de habitar a comunidade acadêmica, bell hooks, no mesmo texto, discorre a respeito da trajetória que a fez tornar-se uma intelectual. Ela, a partir da compreensão do seu destino e da aproximação com um pensamento analítico crítico, percebeu que essa seria uma estratégia de sobrevivência e refúgio. Articulando o trabalho intelectual com a política do cotidiano, hooks pôde, por meio dele, entender sua “realidade e o mundo em volta, encarar e compreender o concreto, [...] [pois o trabalho intelectual] é uma parte necessária da luta pela libertação, fundamental para os esforços de todas as pessoas oprimidas e/ou exploradas, que passariam de objeto a sujeito, que descolonizariam e libertariam suas mentes” (hooks, 1995, p. 466).

Como exemplo da sua experiência na docência, a pesquisadora relata que é comum perceber que os alunos têm falado sobre intelectuais negros, mas que é evidente que as mulheres negras continuam tendo suas produções pouco conhecidas. Podemos perceber essa observação a partir da compreensão de como o patriarcado capitalista com supremacia branca opera, no sentido de negar oportunidades às mulheres negras (hooks, 1995). Quando apresento a minha história, destaco aspectos da particularidade da minha vivência, mas que estão conectados a uma estrutura social, como bem sinalizado por hooks.

É nesse sentido que hooks evidencia o desafio de mulheres negras que trabalham como acadêmicas, discutindo sobre a solidão nos espaços universitários. Ela cita que algumas alunas, no momento final de escrita das teses e dissertações, não conseguiam finalizar os trabalhos porque estavam tomadas pelo pensamento e escrita solitários, demonstrando “essa experiência universitária que mais bem exemplifica o caráter individualista do pensamento e do trabalho intelectual” (hooks, 1995, p. 471).

Esse ritual que a academia impõe pode firmar sobre o estilo de escrever questões de aliança política que, de um lado, nos faz segui-lo para sermos aceitas aos padrões que a academia exige, mas ao mesmo tempo, pode afastar-nos ou “alienar-nos de um público negro mais amplo” (hooks, 1995, p. 472). Esse estilo imposto pela academia, além de poder afastar-nos da comunidade negra, tampouco garante, quando o seguimos, que nosso trabalho será respeitado por aqueles que são “validadores” de conhecimento.

É analisando o contexto social capitalista, de supremacia patriarcal e branca, que hooks (1995, p. 474) defende que “nenhuma negra pode se tornar uma intelectual sem descolonizar a mente”. Para isso, é essencial não trabalharmos isoladas, pois não podemos perder o nosso senso de comunidade. Pelo contrário, é preciso que esse elo seja fortalecido e que nos tornemos parte de comunidades de resistência:

Quando comunidades negras diversas enfocarem os problemas de gênero e o trabalho de estudiosos for lido e/ou discutido mais amplamente nesses lugares, as intelectuais negras não apenas terão maior reconhecimento e visibilidade; haverá também maior estímulo para que as jovens estudantes escolham caminhos intelectuais (hooks, 1995, 476).

Partindo das contribuições de Collins (2018), gostaria de evidenciar o quão importantes suas palavras são, à medida que me reconheço como mulher negra que pretendo, por meio da minha experiência vivida, situar o meu lugar de fala. Em 10 anos no espaço universitário, tem sido recente a minha aproximação para conhecer teóricas negras. Ingressei na Universidade de Brasília (UnB) em 2010, na primeira turma do curso de Saúde Coletiva, do Campus Darcy Ribeiro. Havia concluído o ensino médio em uma escola pública do Distrito Federal. Chorei por dias ao receber o resultado de aprovação no Programa de Avaliação Seriada (PAS), pois sabia que, a partir daquele momento, a minha vida mudaria totalmente. Contudo, da minha entrada no curso de Saúde Coletiva até a minha aproximação ao movimento estudantil e ao movimento de mulheres negras, foram quatro anos, até a conclusão do curso e decisão de realizar uma segunda graduação: Serviço Social.

A entrada no curso de Saúde Coletiva aproximou-me de temáticas como a saúde mental, por meio de um projeto de extensão em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde

permaneci por quase quatro anos. Ali me identificava com a realidade dos usuários daquele serviço, muitos em situação de vulnerabilidade social. Percebia que alguns colegas do projeto vinham de um local privilegiado – o que eu, à época, não entendia como privilégio –, mas sabia que todos os dias, quando voltava pra casa, a minha realidade era muito parecida à daqueles usuários.

Sempre compreendi que eu era negra; mas até os 21 anos, era como se eu não conseguisse me expressar e falar das minhas vivências enquanto uma mulher negra. Aos 17 anos, eu ainda alisava os cabelos. Realidade de muitas meninas negras que, por imposição de um padrão de beleza branco, “aprendemos” desde crianças que não somos bonitas, que nosso cabelo é feio e ruim”; que nossos lábios e nariz são muito grossos e que, por exemplo, não podemos usar batom escuro, pois isso aumentaria os nossos lábios. Mesmo com os alisamentos dolorosos, que começaram ainda na infância, eu não me sentia bonita. Lembro que certa vez ganhei um ensaio fotográfico em uma loja – em 2010 ou 2011 ainda não estávamos no auge dos *smartphones* –, mas, ao ver os resultados das fotos, senti que teria sido melhor não ter feito. O relato de Ribeiro acaba descrevendo minha situação naquele momento:

A sensação de não pertencimento era constante e me machucava, ainda que eu jamais comentasse a respeito. Até que um dia, num processo lento e doloroso, comecei a despertar para o entendimento. **Compreendi que existia uma máscara calando não só minha voz, mas minha existência.** (RIBEIRO, 2018, p. 11. Grifo nosso).

As violências que nós, mulheres negras, vivenciamos ultrapassam o ambiente doméstico. Elas estão relacionadas a um sistema que estabelece um padrão de beleza na sociedade, e que faz com que nossa identidade étnico-racial seja inferiorizada. A afirmação da minha identidade étnico-racial se deu a partir dos 21 anos, quando por meio do processo de sofrimento por conta dos alisamentos dolorosos que a sociedade impunha para que eu me encaixasse nos padrões de um cabelo aceitável, eu interrompi esses procedimentos e iniciei minha transição capilar. Estava cansada de ter que esconder a minha existência.

A minha identificação e afirmação como lésbica veio “primeiro”, muito pela liberdade de amar que eu via acontecer na universidade. Na Faculdade de Ciências da Saúde, local em que estudei por praticamente quatro anos, conheci estudantes gays que são meus amigos até o presente. No curso de saúde, percebia que alguns docentes eram LGBTs¹ e me identificava com eles. Ainda muito tímida e envergonhada, pouco falava em público sobre ser lésbica. Quando

¹ Neste trabalho empregarei o termo “LGBT” para me referir a todas aquelas pessoas que não se reconhecem enquanto heterossexuais-cisgêneros. Diversas têm sido as tentativas de “atualização” do termo, com o acréscimo de letras ou símbolos, na esperança de que ele abarque indivíduos que não se sentiam contemplados. Opino, por outro lado, que nenhum termo, no sentido estrito, será totalmente representativo. Por isso, prefiro utilizar a sigla em sua forma mais popularizada, não me restringindo às identificações que originalmente compuseram o acrônimo.

tentei, cheguei a ser repreendida por alguém que considerava como amiga. Falar em público sobre ser negra, porém, era algo ainda muito mais difícil. Foi somente em 2014, ingressando no curso de Serviço Social, que me aproximei de outras alunas e professoras negras e, também, de leituras feministas negras.

Durante a primeira graduação, participei de projetos de extensão, de pesquisa e de monitoria de disciplinas – algumas dessas em parceria com a professora que me orienta nesta dissertação, um dos grandes vínculos que fiz no curso de Saúde Coletiva. Desde criança, sabia que teria uma profissão na área da saúde. Pensava em ser médica veterinária, mas, durante o último ano do ensino médio, acessando a internet da escola, pedi ajuda a uma professora para entender como funcionavam os cursos da UnB.

Foi aí que optei pelo curso de Saúde Coletiva. Me apaixonei pela área. Adorava as disciplinas de políticas de saúde, ciências sociais em saúde, saúde mental e epidemiologia. Durante o estágio obrigatório na área de saúde mental, comecei a perceber que eu ainda precisava amadurecer e que não me sentia totalmente contemplada profissionalmente na Saúde Coletiva. Me aproximei de estudantes do curso de Serviço Social e, conhecendo a profissão e o seu direcionamento ético-político de garantia de direitos, decidi que seria a segunda graduação que faria.

Me formei no primeiro semestre de 2014, recebendo o título de bacharela em Saúde Coletiva, uma sanitarista. Realizei o vestibular logo em seguida e fui aprovada para o curso de Serviço Social, iniciando os estudos no segundo semestre daquele ano. Recebi críticas pela escolha do curso e por não “optar” por ingressar no mercado de trabalho, ou estudar para algum concurso público. Ignorei essas críticas e ingressei no curso que eu desejava. Fiz parte da gestão do Centro Acadêmico (CA) daquele curso, de grupos de estudos de mulheres negras e, também, de um grupo de extensão de mulheres negras e indígenas. Foi quando conheci a história de grandiosas mulheres negras sobre quem, até aquele momento, aos 22 anos, eu nunca tinha ouvido falar, como Sueli Carneiro, Jurema Werneck, Lélia Gonzalez, bell hooks, Patrícia Hill Collins, Angela Davis, Djamila Ribeiro, entre outras.

Na minha segunda graduação, aproximei-me principalmente do movimento de mulheres negras, construindo amizades e apoio mútuo para resistir aos desafios presentes na universidade e fora dela. Construimos momentos de autocuidado, afetividade e enfrentamento a situações racistas que vivemos no cotidiano da UnB. Ademais, apoiamos-nos para que os momentos de escrita e de processos seletivos não se tornassem tão solitários, pois, embora a universidade mostre um novo mundo, paralelamente, sua raiz colonial escancara que alguns espaços são bem

delimitados. A universidade não deixa de ser um espaço institucional, burocrático, patriarcal e racista.

Nesses encontros com colegas, amigas e professoras negras, discutíamos textos dessas mulheres que deixaram de ser desconhecidas e passaram a ser grandes inspirações em minha vida. Também organizamos rodas de conversa e momentos de autocuidado de ativistas e da comunidade em geral. Foi inevitável minha aproximação com o debate do feminismo negro.

Durante a formação em Serviço Social, continuei em parceria com a professora Dais Rocha, do curso de Saúde Coletiva, minha orientadora nesta dissertação. Fui convidada a participar de um projeto de pesquisa-ação sobre “Reorientação da formação em saúde na perspectiva da participação social e promoção da equidade na juventude”, em uma escola da região administrativa do Paranoá, com alto índice de vulnerabilidade de jovens negras e negros no DF. Outra parceria foi o projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), do biênio 2016-2017, para o qual também fui convidada por Dais, que me questionou sobre qual temática eu teria interesse em estudar. Respondi que mantinha o interesse de pesquisar a lente da equidade na formação em saúde, continuidade que foi definida a partir da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e Projeto Pedagógico dos cursos (PPC) de graduação.

Durante o estágio obrigatório em Serviço Social, na área de saúde mental de adolescentes, em 2017, desenvolvi um projeto de intervenção por meio de oficinas com adolescentes negros e negras que relataram sofrimentos decorrentes do racismo. O projeto acabou estendido ao trabalho com familiares dos adolescentes e com os profissionais de saúde do serviço. Essas intervenções chamaram minha atenção sobre como os profissionais de saúde necessitam de processos de formação e educação permanente que envolvam a saúde da população negra.

Particpei também de outras atividades, convidada por serviços de saúde para trabalhar o tema com usuários dos serviços e profissionais. Sentindo que gostaria de continuar o estudo desse tópico, fui incentivada pela minha orientadora a aprofundar a pesquisa desenvolvida no PIBIC, construindo um projeto de mestrado e tentando o processo seletivo para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para o qual fui aprovada em 2018. Parte do meu engajamento enquanto pesquisadora/militante foi motivado por ver o comprometimento da minha orientadora, sempre preocupada em desenvolver estudos com a parceria ensino-serviço-comunidade, a partir das demandas de atores desses espaços. Esses estudos abarcavam, também, a busca por quebrar a lógica hierárquica do professor/impositor, por meio de uma relação de reciprocidade e respeito/aprendizagem mútuos.

Durante a realização do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Serviço Social, estudei como a questão racial estava inserida na formação e produção de conhecimento do curso na UnB. A partir da visão dos estudantes e egressos do curso, foi constatado que a questão racial pouco tem sido inserida no núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica brasileira (SOUZA; PEREIRA, 2020)² e que, mesmo com uma única disciplina optativa que aborda a temática no curso, os participantes identificaram que ela é insuficiente para compreensão da questão racial na totalidade brasileira.

A respeito da presença no espaço universitário, bell hooks relata que, apesar dos sofrimentos e desafios inerentes a ele, com destaque para a dominação e opressão que são evidentes nos espaços acadêmicos,

Andar em meio a esse sofrimento com ideias que possam servir de catalisador para a transformação de nossa consciência e nossas vidas, e de outras, é um processo prazeroso e extático. Quando o trabalho intelectual surge de uma preocupação com a mudança social e política radical, quando esse trabalho é dirigido para as necessidades das pessoas, nos põe numa solidariedade e comunidade maiores. Enaltece fundamentalmente a vida (hooks, 1995, p. 477).

Sobre o contexto brasileiro, Lélia Gonzalez, em um artigo de 1988, apontava as problemáticas da comemoração do centenário da abolição da escravidão naquele ano, que, para ela, era um momento que demandava mais reflexão que celebração. A atualidade do texto de Gonzalez traz possibilidades de diálogos com um cenário que não tem mudado tanto, considerando as características do Brasil, que tem a maior população negra das Américas, mas que continua com graves problemas que não foram solucionados com a abolição, ou melhor, falsa abolição. Ela critica, ainda, que o ato de formalidade jurídica não resume a luta pela liberdade da população negra, que muito antes do conhecido “movimento abolicionista” já resistiam.

Gonzalez (1988) chama a atenção para as persistentes contradições e desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira e que também são percebidas no feminismo latino-americano, objeto do artigo apresentado. A autora estudou o movimento feminista, com ênfase na dimensão racial, para mostrar como as mulheres negras e indígenas são excluídas em seu interior, e também trouxe sua experiência de mulher negra para contribuir com as análises. Assim como hooks (2015), Gonzalez reconhece a importância do feminismo enquanto teoria e, também, como uma prática, pois

² Trata-se do artigo que publiquei juntamente com minha orientadora do TCC no curso de Serviço Social: “Formação profissional e debate sobre a questão racial no curso de Serviço Social da UnB: percepção das/os formandas/os e egressas/os do curso”.

vem desempenhando um papel fundamental em nossas lutas e conquistas, e à medida que, ao apresentar novas perguntas, não somente estimulou a formação de grupos e redes, também desenvolveu a busca de uma nova forma de ser mulher. Ao centralizar suas análises em torno do conceito do capitalismo patriarcal (ou patriarcado capitalista), evidenciou as bases materiais e simbólicas da opressão das mulheres, o que constitui uma contribuição de crucial importância para o encaminhamento das nossas lutas como movimento. Ao demonstrar, por exemplo, o caráter político do mundo privado, desencadeou todo um debate público em que surgiu a tematização de questões totalmente novas – sexualidade, violência, direitos reprodutivos, etc. – que se revelaram articulados as relações tradicionais de dominação/submissão (GONZALEZ, 1988, p. 13).

Mas, apesar dessas inegáveis contribuições, é evidente um “esquecimento” da questão racial, que é justificado pelo racismo por omissão e que está enraizado em uma visão de mundo eurocêntrica. Dessa maneira, segundo Gonzalez, o feminismo latino-americano, perde ao não considerar a realidade multirracial e pluricultural dessas regiões. Ademais, é preciso atenção para não se cair em “uma espécie de racionalismo universal abstrato, típico de um discurso masculinizado e branco” (GONZALEZ, 1988, p. 14). A autora evidencia a questão racial na América Latina, onde as sociedades latino-americanas se caracterizam como hierárquicas e racialmente estratificadas, garantindo superioridade aos brancos como grupo dominante. Bem por isso,

a afirmação de que somos todos iguais perante a lei assume um caráter nitidamente formalista em nossas sociedades. O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e indígenas na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento, tão bem analisada por cientistas brasileiros. Transmitida pelos meios de comunicação de massa e pelos sistemas ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca comprova a sua eficácia e os efeitos de desintegração violenta, de fragmentação da identidade étnica por ele produzidos, o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça e da própria cultura (GONZALEZ, 1988, p. 15).

Há um silêncio no que diz respeito às relações raciais, com inúmeras contradições fundamentadas, “num dos mais eficazes mitos de dominação ideológica: o mito da democracia racial” (GONZALEZ, 1988, p. 16), que ainda é justificado por uma suposta igualdade de todos perante a lei e pela existência de uma harmonia racial no Brasil, além de ser um mito articulado à ideologia do branqueamento. Nesse contexto, mulheres amefricanas e ameríndias sofrem uma tripla discriminação – sexual, racial e de classe –, pois o sistema transforma as diferenças em desigualdades, gerando opressões. Gonzalez também resgata a luta de movimentos sociais, como o movimento de mulheres negras que têm buscado uma conscientização da opressão que ocorre pela questão racial. Essas mulheres também têm mostrado que “foi dentro da comunidade escravizada que se desenvolveram formas político-culturais de resistência que hoje nos permitem continuar uma luta plurissecular de liberação” (GONZALEZ, 1988, p.18).

Djamila Ribeiro (2017), ao desenvolver o conceito de lugar de fala, introduz a importância de conhecermos os percursos intelectuais e de luta de mulheres negras, que têm lutado para serem reconhecidas como sujeitos políticos e produtoras de discursos contra-hegemônicos. Uma vez que a trajetória dessas mulheres tem sido invisibilizada, a autora nos conta um pouco sobre ativistas mulheres como Sojourner Truth, bell hooks, Audre Lorde, Giovana Xavier, Lélia Gonzalez, entre outras, para mostrar que essas, historicamente, têm produzido “insurgências contra o modelo dominante e promovendo disputas narrativas” (RIBEIRO, 2017, p. 15). Partindo das reflexões feitas pela feminista negra Lélia Gonzalez, Djamila Ribeiro percebe que há uma delimitação de quais vozes são legitimadas e quais não são:

A pensadora e feminista negra Lélia Gonzalez nos dá uma perspectiva muito interessante sobre esse tema, porque criticava a hierarquização de saberes como produto da classificação racial da população. Ou seja, reconhecendo a equação: quem possuiu o privilégio social possui o privilégio epistêmico, uma vez que o modelo valorizado e universal de ciência é branco. A consequência dessa hierarquização legitimou como superior a explicação epistemológica eurocêntrica conferindo ao pensamento moderno ocidental a exclusividade do que seria conhecimento válido, estruturando-o como dominante e, assim, inviabilizando outras experiências do conhecimento (RIBEIRO, 2017, p. 16).

Desde o meu ingresso no PIBIC, tenho participado de espaços na Faculdade de Ciências da Saúde que têm pautado a reorientação da formação dos cursos por meio de iniciativas como as do Sistema de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (SIESCO). O sistema, existente há quatro anos, objetiva integrar a Faculdade de Ciências da Saúde (FS) e a Faculdade de Medicina (FM) aos eixos do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) de 2016 e desenvolver ações colaborativas entre os cursos das duas faculdades para atender às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Fui estagiária e aluna extensionista do SIESCO por dois anos, quando participei de atividades nos cenários de prática, de reuniões do colegiado gestor e do grupo de pesquisa criado para integração dos estudos do PET, PIBICs e estágios vinculados. Nesse período, conheci professores dos cursos de Medicina e Enfermagem e me reaproximei de professores do curso de Saúde Coletiva. Ali, auxiliava na construção de atividades como acolhimento interprofissional nos territórios de saúde, mostra de estágios e acompanhamento das reuniões de grupo de pesquisa e dos colegiados.

No ano de 2016, durante participação no PIBIC, tive a certeza de que tentaria o processo seletivo para o mestrado acadêmico. As vivências até aquele momento auxiliaram no meu preparo e fortalecimento enquanto pesquisadora negra, mas eu sabia que ainda havia um grande desafio a ser vencido: a tão temida prova de inglês do mestrado. Eu sabia que por melhor que

meu currículo e pré-projeto fossem, a prova de inglês seria um desafio! Eu estudava inglês na universidade desde 2012 e entendia que o mercado de trabalho exige um bom currículo para contratação de profissionais. Também sabia que o domínio da língua inglesa é essencial, o que não é diferente nos programas de pós-graduação.

Tentei a primeira prova em 2017. No entanto, fui desclassificada pois não atingi a pontuação exigida para as outras etapas, de 70 pontos – tirei 56. Me culpei. Achei que não havia estudado o suficiente. Por alguns segundos pensei em desistir, mas percebi que a sociedade colonial na qual estamos inseridas utiliza essas estratégias para que não ocupemos esses espaços de poder, principalmente quando somos mulheres negras. Tive a certeza de que iria ocupar esse espaço, e foi assim que em 2018 fui aprovada no processo seletivo.

Durante a pesquisa de mestrado, tive apoio de duas estudantes de graduação como participantes de PIBIC; Bianca, estudante de Enfermagem e ex-estudante de Saúde Coletiva, e Marina, graduada em biologia e estudante de Medicina. Sem dúvidas, Bianca e Marina, contribuíram para que pudéssemos aproximar-nos dos professores que são membros dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE). A título de exemplo, posso mencionar que, como eu já havia participado de reuniões do colegiado gestor com a diretora da FM, havia uma aproximação inicial. Apesar disso, o vínculo que Marina tem com a coordenação e presidência do NDE foi essencial para garantir agendamento e apresentação da pesquisa. É importante destacar que reuniões semanais eram feitas com as estudantes de PIBIC, com a professora Dais e comigo, nas quais fazíamos alinhamento da pesquisa, aproximação com os professores e discussões teóricas e, proporcionávamos um espaço de constante diálogo, para que nós, não ficássemos sozinhas.

Permitimos que esse processo, dissertação-PIBIC-orientação, fosse partilhado e construído coletivamente. A implicação das estudantes também é preciso mencionar. Marina, estudante negra, militante e inserida em movimentos de estudantes negras e negros nos cursos de Medicina, como o Coletivo Negrex. Partindo da sua vivência em um curso de maioria branca e elitista, entrou na pesquisa incomodada com a pouca inserção da temática da saúde da população negra na formação. Ela, inclusive, buscou a Saúde Coletiva, como curso de maior abertura, para que pudesse pesquisar sobre a temática. Bianca, por sua vez, cursou Saúde Coletiva por aproximadamente dois anos e migrou para o curso de Enfermagem durante a realização do PIBIC. Se reconhece enquanto mulher branca, mas estava disposta a refletir sobre esse espaço e a se aproximar de leituras e debates, que eram novos na sua vivência. Portanto, esteve conosco para construir a pesquisa e a trocar saberes.

Mesmo com esses momentos de nivelamento conceitual e metodológico, o início da aproximação com os docentes dos NDEs foi bem significativo. As primeiras abordagens feitas com as presidências dos NDEs me marcaram profundamente. Tive que me reafirmar enquanto mestranda diversas vezes. Recordo-me que precisei apresentar a pesquisa aos docentes em alguns momentos e, mesmo com aprovação em comitê de ética e me apresentando enquanto mestranda, alguns docentes sempre perguntavam “o que eu era”, situação que ocorreu inclusive durante as oficinas. Quando participava desses espaços como estudante de graduação, não me recordo de ser questionada “quem eu era”, mas a partir do ingresso no mestrado, tive que me reafirmar constantemente como mestranda pesquisadora.

As contradições e desafios de “pesquisar com quem pesquisa” possibilitaram que eu pudesse estudar a estrutura do campo universitário e compreender a correlação de forças existente nele. Acompanhei, nesses 10 anos, os bastidores de eventos nacionais e internacionais, reuniões com diretores de faculdade e coordenadores de cursos, que mostraram que a academia é muito sutil ao esconder fragilidades, contradições, vaidades e disputas que estão nos “bastidores” desses espaços. Por outro lado, ao mesmo tempo que perceber essas contradições assustou, e ainda assusta, cursei no mestrado disciplinas de programas variados como “Tópicos Especiais em Raça, Racismo e Anti-Racismo”, “Relações de sexo/gênero, raça/etnia e sexualidades”, “Formação e Educação Permanente em Saúde” e “Abordagens Participativas na Pesquisa em Saúde”, que sem dúvidas contribuíram para o meu fortalecimento conceitual e metodológico, bem como para proporcionar um enfrentamento de situações que tentaram deslegitimar a mim e à minha pesquisa.

Mas como atuar nesses espaços me fortaleceu? Djamila Ribeiro (2017) defende que precisamos ocupar espaços e, sem dúvidas, quando fui aprovada no processo seletivo de mestrado, sabia da importância da minha inserção nesse local e de desenvolver uma pesquisa com compromisso e relevância social. Com as contribuições das teóricas do feminismo negro, Ribeiro afirma que um dos seus objetivos é “marcar o lugar de fala de quem as propõem, percebemos que essa marcação se torna necessária para entendermos realidades que foram consideradas implícitas dentro da normatização hegemônica” (RIBEIRO, 2017, p. 34). Concorda, assim, com Collins, no reconhecimento de que é necessário um debate estrutural a partir do lugar social que certos grupos ocupam e podem restringir oportunidades a outros:

[...] entendemos que todas as pessoas possuem lugares de fala, pois estamos falando de localização social. E, a partir disso, é possível debater e refletirem criticamente sobre os mais variados temas presentes na sociedade. O fundamental é que indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de locus social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares de grupos subalternizados.

Numa sociedade como a brasileira, de herança escravocrata, pessoas negras vão experimentar racismo do lugar de quem é objeto dessa opressão, do lugar que restringe oportunidades por conta desse sistema de opressão. Pessoas brancas vão experimentar do lugar de quem se beneficia dessa mesma opressão. Logo, ambos os grupos podem e devem discutir essas questões, mas falarão de lugares distintos (RIBEIRO, 2017, p. 48).

Pensando esse debate estrutural a partir do lugar social da população negra, Nilma Lino Gomes (2018) destaca o protagonismo do movimento negro e da intelectualidade negra na construção da “perspectiva negra decolonial brasileira, uma das responsáveis pelo processo de descolonização dos currículos e do conhecimento no Brasil” (GOMES, 2018, p. 223). Esse protagonismo foi fundamental para resgatar e reconhecer a história de pessoas negras que atuaram e contribuíram para as mais diversas áreas, mas que por muitos anos não foram considerados como intelectuais ou produtoras de conhecimento crítico sobre a questão racial e africana (GOMES, 2018, p. 225). Dessarte,

Não bastam o reconhecimento e a vontade política para descolonizar a mente, a política, a cultura, os currículos e o conhecimento. Essa descolonização tem de ser acompanhada por uma ruptura epistemológica, política e social que realiza também pela presença negra nos espaços de poder e decisão; nas estruturas acadêmicas; na cultura; na gestão da educação, da saúde e da justiça: ou seja, a descolonização, para ser concretizada, precisa alcançar não somente o campo da produção do conhecimento, como também as estruturas sociais de poder (GOMES, 2018, p. 226).

A autora, cabe destacar, trata da perspectiva negra da decolonialidade e o pensamento emancipatório nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico (GOMES, 2018, p. 227). Para explicar o que vem a ser a perspectiva da decolonialidade, Gomes aponta a colonialidade como “o resultado de uma imposição do poder e da dominação colonial que consegue atingir as estruturas subjetivas de um povo, penetrando na sua concepção de sujeito e se estendendo para a sociedade” (GOMES, 2018, p. 227).

Para auxiliar no entendimento sobre como a colonialidade está presente na formação social brasileira, Maria Aparecida Silva Bento (2002) estudou o “Branqueamento e branquitude no Brasil”, para abordar algumas características das relações raciais brasileiras. Como aponta a autora, esse processo de branqueamento foi inventado e mantido pela elite branca, por meio de um “investimento na construção de um imaginário extremamente negativo sobre o negro, que solapa sua identidade racial, danifica sua auto-estima, culpa-o pela discriminação que sofre e, por fim, justifica as desigualdades raciais” (BENTO, 2002, p. 1).

Essas observações são essenciais para entendermos como o branqueamento tem sido considerado um “problema do negro”, com destaque para a implementação de programas institucionais de combate às desigualdades, e como eles têm omitido ou distorcido o papel do branco nas relações raciais, pois só o negro “é estudado, dissecado, problematizado” (BENTO,

2002, p. 2). Outro aspecto importante mencionado pela autora é que há uma espécie de proteção da branquitude enquanto grupo, que às vezes até reconhece a existência das desigualdades raciais, mas se coloca ausente nesse processo – uma forma utilizada por esses grupos é diluir o debate sobre raça com a justificativa de que a classe social abarca todas as questões das opressões. Por isso, Bento acrescenta que “evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio” (2002, p. 3).

Como sujeitos que construíram e que estamos construindo nossa história, Lélia Gonzalez (1988) nos ajuda a compreender a forma como o racismo e o colonialismo influenciaram a formação racial brasileira. A pesquisadora situa o colonialismo a partir da segunda metade do século XIX e o racismo a partir da “ciência da superioridade cristã (branca patriarcal)” (GONZALEZ, 1988, p. 71). É por meio da violência etnocida, intrínseca ao olhar da brancura europeia e da expansão colonial, que a dominação sobre esses povos acontece.

Patricia Collins (2018) traz algumas reflexões acerca do feminismo negro que “permite às mulheres negras explorarem as implicações epistemológicas da política transversal” (2018, p. 165). À luz das contribuições do feminismo negro é que busco apoio teórico-metodológico para melhor compreender a complexidade do alcance da equidade racial em contexto brasileiro. O feminismo negro deve ser enfatizado como central na minha história de vida e na minha implicação como pesquisadora, tendo em vista que, a partir do meu lugar de fala enquanto mulher negra, os estudos que tenho desenvolvido têm influências das experiências vividas por mulheres negras que contribuíram e contribuem para a produção de conhecimento nas mais diversas áreas. Como aponta a autora,

A existência do pensamento feminista negro sugere outro caminho para as verdades universais que poderiam acompanhar “a identidade verdadeira do que existe”. Em *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness and politics of empowerment*, coloco a subjetividade das mulheres negras no centro da análise e examino a interdependência do conhecimento cotidiano e tácito compartilhado por mulheres afro-americanas enquanto grupo, o conhecimento especializado produzido por intelectuais negras e as condições sociais que moldam os dois tipos de pensamentos. Essa abordagem me permite descrever a tensão criativa que conecta a influência das condições sociais sobre o ponto de vista das mulheres negras e a maneira como o poder das ideias propiciou a muitas delas os meios para alterar essas mesmas condições sociais. Eu abordo o pensamento feminista negro como situado em um contexto de dominação, e não como um sistema de ideias divorciado da realidade política e econômica (COLLINS, 2018, p. 164).

Concordo com Collins, portanto, sobre a relevância da epistemologia feminista negra que “pode residir em sua capacidade de enriquecer nossa compreensão de como os grupos subordinados criam conhecimento que fomenta tanto seu empoderamento quanto a justiça social” (COLLINS, 2018, p. 165). Essas contribuições serão fundamentais para refletir sobre o projeto de modernidade existente na sociedade e sua relação no campo científico, em especial

na universidade, o que influenciará diretamente a forma como a construção do saber está estruturada nesse espaço.

Collins também discute sobre as opressões interseccionais, como as de raça, classe, gênero, sexualidade e nação, como paradigmas que “abrangem abordagens interpretativas, como a interseccionalidade, que são utilizadas para explicar fenômenos sociais [...] [e podem] [...] constituir uma parte importante da epistemologia feminista negra” (COLLINS, 2018, p. 141). Kimberlé Crenshaw (2002) nos ajuda a compreender como a “discriminação racial é frequentemente marcada pelo gênero” (2002, p. 173), razão pela qual os estudos sobre racismo precisam incorporar a dimensão do gênero e classe, considerando a discriminação racial contra as mulheres. A consideração dessa dimensão, além disso, “também permite um entendimento mais profundo das formas específicas pelas quais o gênero [mas também raça e classe] configura a discriminação também enfrentada pelos homens” (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Destacando as diferentes identidades sociais de mulheres como classe, casta, raça cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, Crenshaw (2002, p. 173) explica como eles são marcadores capazes de influenciar como essas mulheres vivenciam a discriminação. A autora defende, assim, que sejam feitas análises interseccionais, para o entendimento de como essas identidades relacionadas no cotidiano “contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres” (CRENSHAW, 2002, p. 174). Alguns conceitos-chave, ademais, são centrais para compreender esta análise, como associação de sistemas múltiplos de subordinação – racismo, patriarcalismo e opressão de classe –; discriminação; dinâmicas de desempoderamento; opressões e análise contextual.

A partir dessa apresentação introdutória, Crenshaw detalha a invisibilidade interseccional em contextos de abusos de direitos humanos, afirmando que essas “experiências de subordinação interseccional não são adequadamente analisadas ou abordadas por concepções tradicionais de gênero ou raça” (CRENSHAW, 2002, p. 174). Para ela, a discriminação racial é difícil de ser identificada, principalmente quando consideramos as complexidades de contextos em que forças econômicas, culturais e sociais moldam, silenciosamente, o pano de fundo, influenciados por outros sistemas de subordinação (CRENSHAW, 2002, p. 176). Esse “pano de fundo”, por sua vez, refere-se a uma dimensão estrutural que tem sido invisível.

A autora, portanto, defende que precisamos “aprender a discriminação como um problema interseccional” (CRENSHAW, 2002, p. 176) que irá contribuir para a produção de subordinações:

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Crenshaw ainda relaciona os sistemas de subordinação e como eles estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos, contribuindo, assim, para o que ela chama de dinâmicas de desempoderamento, pois esses sistemas se cruzam e os seus eixos – raça, etnia, classe, gênero – se entrecruzam (CRENSHAW, 2002, p. 177). A autora, além disso, exemplifica como é possível visualizar a opressão interseccional em diferentes setores, bem como de que maneira ela pode ser identificada na intencionalidade das políticas públicas:

Uma manifestação ligeiramente diferente da subordinação interseccional pode ser definida como subordinação interseccional estrutural. Esse fenômeno representa uma gama completa de circunstâncias em que as políticas se intersectam com as estruturas básicas de desigualdade, criando uma mescla de opressões para vítimas especialmente vulneráveis. Em alguns casos, a discriminação de gênero ocorre dentro de um contexto em que algumas mulheres já são vulneráveis devido à raça e/ou à classe. Em outros casos, uma política, prática ou ato individual com base na raça, na etnia ou em algum outro fator ocorre no contexto de uma estrutura marcada pelo gênero que afeta a mulheres (ou às vezes os homens) de forma única (CRENSHAW, 2002, p. 180).

Para que essas vulnerabilidades interseccionais sejam identificadas, Crenshaw (2002, p. 182) propõe que “os protocolos interseccionais focalizem a análise contextual” com estratégias que valorizem análises e intervenções “de baixo para cima”, ou seja, invertendo a lógica categórica dominante de imposição de políticas e invisibilização desses grupos subordinados. A autora propõe, por fim, novas metodologias para a análise interseccional:

Para assegurar a total visibilidade da subordinação interseccional, será necessário desenvolver novas metodologias que desvendem as formas como várias estruturas de subordinação convergem, pois é muito pouco provável que tais problemas se apresentem claramente como produto de vulnerabilidades múltiplas. O desenvolvimento da conscientização quanto à dimensão interseccional desses problemas poderia ser encorajado pela adoção de uma política de fazer outras perguntas (CRENSHAW, 2002, p. 183).

A abordagem da interseccionalidade será importante pois se trata de uma ferramenta que pode direcionar os caminhos à equidade, principalmente porque, nesta pesquisa, trabalho com a interface dos eixos saúde e educação na formação de profissionais para o SUS. Isso envolve políticas públicas intersetoriais, situadas em uma estrutura de desigualdades. Por conta disso,

O movimento feminista precisa ser interseccional, dar voz e representação às especificidades existentes no ser mulher. Se o objetivo é a luta por uma sociedade sem hierarquia de gênero, existindo mulheres que, para além da opressão de gênero,

sofrem outras opressões, como racismo, lesbofobia, transmisoginia, torna-se urgente incluir e pensar as intersecções como prioridade de ação, e não mais como assuntos secundários (RIBEIRO, 2018, p. 31).

Neste momento, é importante definir o que é o Racismo Institucional (RI), tendo em vista que esse conceito, neste trabalho, conduzirá o entendimento de como sua reprodução ocorre não só nos serviços de saúde, mas também nas Instituições de Ensino Superior (IES). Jurema Werneck (2016), por exemplo, reconhece o “racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde” (2016, p. 540) e discorre sobre a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) e o modelo esquemático criado para explicar “os determinantes sociais de saúde com um processo complexo no qual participam fatores estruturais e intermediários na produção de iniquidades em saúde” (WERNECK, 2016, p. 540). Nesse modelo,

[...] o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito, ainda, apontava que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluiriam a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população (WERNECK, 2016, p. 540).

Já de acordo com o modelo desenvolvido por Camara Phyllis Jones (2002), o racismo tem três dimensões: a primeira é o racismo internalizado, que é expresso por meio de sentimentos – inferioridade/ superioridade – e de condutas – passividade/ proatividade, aceitação/ recusa. A segunda dimensão é o racismo interpessoal, que é expresso por meio de preconceito e discriminação – falta de respeito; desconfiança; desvalorização; perseguição; desumanização – e de omissões – negligência ao lidar com o racismo e seus impactos. A terceira dimensão é o racismo institucional, traduzido por uma questão material – indisponibilidade e/ou acesso reduzido a políticas de qualidade – e por uma questão de acesso ao poder – menor acesso à informação/menor participação e controle social/escassez de recursos (WERNECK, 2016).

O grupo Panteras Negras, movimento dos Estados Unidos que lutou na defesa dos direitos da população negra, é pioneiro na utilização do conceito de RI³. Detalhando melhor o seu significado, Werneck diz que ele

é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente

³ O conceito foi cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, como capaz de produzir “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p. 4 *apud* WERNECK, 2016, p. 542).

subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos (WERNECK, 2016, p. 542).

O RI opera no Estado e sua reprodução ocorre em instituições públicas e privadas “de forma a induzir e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas” (WERNECK, 2016, p. 542). Ele ainda “equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (WERNECK, 2016, p. 543). A autora acrescenta que é necessário reconhecer outros codeterminantes que atuam ao mesmo tempo na determinação de condições de vida e saúde, e que a interseccionalidade, categoria desenvolvida Kimberlé Crenshaw, pode contribuir significativamente para o entendimento e interrelação dos sistemas de dominação (WERNECK, 2016, p. 543).

Elaine Soares (2018) acrescenta que o RI “se refere ao fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica” (SOARES, 2018, p.16). Por isso, algumas políticas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), assumem como estratégias de gestão “a implementação de ações no combate do racismo institucional e redução das iniquidades raciais” (BRASIL, 2009, p. 33).

Resgatando as categorias do referencial teórico, inicialmente a partir da epistemologia negra – experiência vivida como critério de significação; uso do diálogo para aliviar o conhecimento; ética do cuidado; e as dimensões do racismo: internalizado; interpessoal e institucional –, foi possível refletir sobre os lugares que transitei e contribuíram para a minha postura de resistência e implicação, que ao longo de 10 anos na UnB, não poderiam ser desassociados das reflexões até aqui já feitas. Desde minha entrada na universidade aos 17 anos até o presente, as histórias compartilhadas e a postura epistemológica adotada nesta dissertação são parte da minha essência e não podem ficar de fora dessa escrita. Percorri caminhos que me aproximaram da dinâmica institucional da FS e FM, conhecendo alguns professores e coordenadores dos cursos, em espaços de construção do ensino para além da sala de aula. Porém, esses são espaços com tensões e disputas e, a partir do momento em que me aproximo em outro local, agora como mestranda, surgiu um desafio de pesquisar com quem pesquisa e também de construir novas relações, aspectos que serão melhor explicados ao longo da dissertação.

2.2 Interfaces da equidade racial na saúde e na educação: a formação de profissionais para o SUS

Este tópico ajuda a contextualizar a relevância da implementação da equidade racial na formação em saúde a partir da sistematização do estado da arte sobre a temática, apresentando as abordagens predominantes das iniciativas em curso, como a decolonialidade, dimensões do racismo na formação, diálogo de saberes e competência cultural.

Cassia Batista (2013) descreveu alguns caminhos que têm sido “percorridos para reorientar a formação de profissionais de saúde no Brasil” (BATISTA, 2013, p. 97). A autora, inicialmente, escreve sobre como a política de saúde tem demandado “transformações conceituais, técnicas e ideológicas para alterar práticas e organização do trabalho em saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro” (BATISTA, 2013, p. 98), destacando o papel da educação como ferramenta capaz de modificar tais práticas. No processo de formação em saúde, trabalhadores e estudantes têm papel central na contribuição ao sistema de saúde, embora caiba destacar que

[...] esse movimento de formação está cercado por variadas concepções educativas na discussão sobre educação continuada, educação em serviço, educação formal e educação permanente, sendo capturadas de modos diversos pela política em seus programas e ações formativas em saúde. Essa política de formação requer ações interministeriais, como as definições das diretrizes curriculares dos cursos em saúde e programas voltados para o ensino superior, cabendo às universidades a mudança de seus currículos e metodologias de ensino. (BATISTA, 2013, p. 98).

É preciso conhecer as diretrizes curriculares dos cursos, importantes documentos para orientarem as graduações em saúde, direcionando as universidades na construção dos projetos pedagógicos e das matrizes curriculares. Também é preciso conhecer as concepções educativas – como DCN, PPC, e legislações – que fazem parte da formação desses profissionais, pois ela ajuda a compreender a direção do processo formativo. Nesse contexto, Batista aborda dois marcos centrais para consolidação desse processo: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), vinculadas ao Ministério da Saúde (BATISTA, 2013, p. 99).

Sobre a formação de profissionais em saúde, é possível perceber que o tema tem sido discutido em Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos. Nessas oportunidades, os esforços concentram-se em identificar as situações críticas e os problemas existentes na formação e distanciamento da realidade social, o que indica a necessidade de “uma política de formação em saúde mais apropriada ao SUS” (BATISTA, 2013, p. 99). Além disso, convém destacar que tratar de política de formação implica discutir, também, sobre educação permanente, principalmente considerando a orientação das DCN de que a formação dos

estudantes deve ser baseada na parceria ensino-serviço-comunidade. Isso porque, como afirma a autora, essas relações de educação e trabalho devem ter como objetivo a transformação social e devem ser realizadas a partir das necessidades dos territórios.

Como movimentos de mudança na formação em saúde, a autora aborda a integração ensino-serviço e as DCN. No que se refere à formação, tanto a Constituição Federal de 1988 quanto a lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 1990) explicitam as responsabilidades do SUS para a formação de recursos humanos e produção de conhecimento. Cabe sublinhar, também, que, desde o final dos anos 1990 e início dos anos 2000, algumas iniciativas de reorientação da formação buscaram que os estudantes da área da saúde pudessem realizar atividades de base comunitária considerando a vivência nesse espaço (BATISTA, 2013). Atualmente, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) e a sua versão de 2018 voltada à interprofissionalidade.

Percebe-se, também, que têm ocorrido movimentos de reformulação curricular para tensionar no cenário brasileiro a formação em saúde de caráter tradicional, com foco no modelo biomédico. Essas mudanças podem ser percebidas nas reformulações curriculares de cursos, como Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina, especialmente nas suas DCN e PPCs. Considerando esses movimentos de reorientação da formação, cabe a pergunta: existem experiências nacionais e internacionais registradas da inserção da equidade racial em cursos de graduação em Saúde?

A resposta à pergunta anterior é positiva. Algumas dessas experiências serão relatadas a seguir e terão maior diálogo na discussão dos resultados da dissertação. Início apresentando o estudo de Maria Cristina Conceição, Jorge Luís Riscado e Rosana Vilela (2018), que verificaram como estava presente a temática étnico-racial no curso de graduação em Medicina de uma instituição pública de Alagoas a partir da análise do PPC, editado em 2013, assim como os conteúdos presentes na matriz curricular:

Na análise do conteúdo do PPC se buscou identificar indícios de abordagens sobre a saúde da população negra na contextualização e nas intencionalidades, tanto na parte política - aqui representada pelos fundamentos, justificativas, objetivos, perfil do egresso, competências e habilidades -, quanto na parte pedagógica representada pela matriz curricular, composta por planos de ensino das disciplinas; objetivos de aprendizagens e conteúdo (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 39).

Os autores identificaram na escrita do PPC analisado que, apesar de se basear no proposto pelas DCN do curso de Medicina e em algumas políticas do SUS, “não foi apontado explicitamente, [sic] referencial sobre as relações étnico-raciais, nem sobre a saúde da população negra” (CONCEIÇÃO, RISCADO, VILELA, 2018, p. 41). Com relação à

explicitação da temática das relações étnico-raciais e saúde da população negra nos fundamentos e justificativas da formação, os autores relatam que

Para análise das justificativas para a formação médica foi considerada uma abordagem que permitisse a visibilidade do perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra na apresentação da realidade e a relevância do debate sobre a temática étnico-racial para o curso de Medicina, descritas no Projeto Pedagógico. Os dados encontrados no PPC pesquisado ressaltam aspectos sobre a geografia local, a epidemiologia e os dados sócio-demográficos populacionais, os determinantes sociais e as necessidades de saúde. No entanto, essa apresentação é feita de forma homogênea sem nenhuma contextualização acerca das diferenças raciais e aos impactos e necessidade de saúde da população negra. Possivelmente, pelo fato do PPC ter sido editado em 2013, período anterior as reformulações das DCN feitas em 2014 (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 42).

A segunda categoria analisada no estudo – aspectos étnico-raciais afro-brasileiros nos objetivos, habilidades e competências do PPC – demonstrou explicitamente a necessidade de “garantir uma formação médica voltada à cidadania, muito embora, [sic] não se tenha identificado menção à necessidade de reflexão crítica sobre o modo como as relações étnico-raciais têm acontecido” (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 44). Sobre a terceira categoria – relações étnico-raciais na organização e no conteúdo curricular –, foi analisada a presença da temática no conteúdo programático, nas ementas e planos das 34 disciplinas presentes na matriz curricular do curso (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 46). Com a pesquisa, os autores chegaram à conclusão de que

[...] há um silenciamento no PPC, do curso de Medicina estudado, sobre a realidade da Saúde da População Negra na estrutura, organização e nas intencionalidades descritas no PPC e nos conteúdos, embora haja, [sic] algumas referências pontuais de temas sobre doenças, consideradas científica e geneticamente, prevalentes na PN, não há evidências explícitas sobre discussões que considere o viés racial. Por outro lado, foi observado que a instituição possui uma organização curricular fundamentada em paradigmas que permitem aproximações com as Relações Étnico-Raciais, com possibilidades significativas de inserção transversal da temática, necessitando adequações e ajustes na organização de sua matriz curricular, bem como nas ementas e planos das disciplinas a fim de possibilitar a integralização dessa temática em todos os eixos formativos do curso. (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, p. 53).

O estudo anterior mostrou a necessidade de a equidade racial ser mais bem trabalhada de forma transversal na graduação em Medicina, além de sugerir ajustes na matriz curricular da universidade analisada, com a sua explicitação em ementas e planos de disciplinas. Essa etapa foi realizada por Jorge Riscado (2016), que analisou a construção de duas disciplinas sobre saúde da população negra. O autor afirma que a universidade pode exercer um papel ativo contra o racismo institucional e, para exemplificar essa possibilidade, apresenta a experiência de construção e oferta de duas disciplinas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), uma ofertada na graduação – Saúde da População Negra –, e a segunda na pós-graduação – Raça, Racismo, Institucional, Ensino e Práticas na Saúde. A disciplina eletiva da graduação foi ofertada pela primeira vez em 2007 e, até o momento de publicação do artigo,

ainda era ofertada; participando dela, em sua maioria, alunos dos cursos de Serviço Social, Medicina e Psicologia. Explicando sobre a organização da disciplina, Riscado aponta que a matéria

[...] tem a cada assunto abordado a participação de um professor expertise, engajado na temática étnico-racial, que ficou assim acomodada: Panorama Brasileiro da Saúde da População Negra e PNSIPN, Diáspora Africana no Brasil; Violência doméstica e sexual contra a mulher; Religiosidade e práticas tradicionais de saúde da população negra; Educação Popular em Saúde, Educação e a lei 10.639/03; Doença Falciforme e Dialogando com o Grupo de Portadores de Doença Falciforme; Violência Obstétrica, Mortalidade de mulheres negras por gestação, parto e puerpério; homens jovens negros e HIV, e outras doenças prevalentes: miomatose, glaucoma, hipertensão arterial, diabetes mellitus, além das atividades extraclasse que compreendem a Visita Orientada a um Terreiro de Candomblé ou Umbanda e duas Visitas Técnicas à Comunidade Remanescente de Quilombo. Todas requerem um relatório de campo enquanto avaliações e, uma proposta de pesquisa ou intervenção na comunidade quilombola visitada. (RISCADO, 2016, p. 17).

Construída conjuntamente por meio de debates com o movimento negro, professores e pesquisadores, a disciplina de pós-graduação, do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, objetiva apresentar aos alunos teorias e ciências socio-humanas e aprofundar sobre as “relações étnico-raciais, racismo e racismo institucional, que venham a impactar tanto no ensino como nas práticas de saúde” (RISCADO, 2016, p. 118), com base na PNSIPN. Como parte da avaliação das disciplinas, além de artigos envolvendo a temática, foram realizadas mesas temáticas em um congresso, assim como a construção científico-literária de um livro junto às comunidades remanescentes de quilombo, do município de Taquarana, em Alagoas (RISCADO, 2016, p. 119).

Rosana Monteiro (2016), por sua vez, discorre sobre a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER). A autora assinala que poucas experiências na área da saúde têm sido identificadas para a formação de profissionais, como, por exemplo, nos cursos de Enfermagem e Psicologia, que têm a habilitação para a licenciatura. Para garantir a efetividade do que está expresso na configuração do SUS e da PNSIPN, Monteiro relembra sobre a necessidade de articulação com a educação permanente, pois

A formação dos profissionais da saúde é estratégia fundamental para se garantir a atenção à saúde da população negra, em especial, das mulheres negras como parte mais vulnerável dessa população. Para que a Educação Permanente atenda aos desafios a que é chamada pela PNSIPN ela deve considerar o exposto nos documentos relacionados às DCNERER, sem o que não se pode atuar de maneira integral frente à complexidade das relações raciais presentes na sociedade brasileira. (MONTEIRO, 2016, p. 526).

A autora descreveu o processo de realização do curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra (CESMN), que ocorreu em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e suas contribuições para a

abordagem das DCNERER. Esse curso tinha como objetivo “formar especialistas em saúde da mulher negra e estimular a iniciação na investigação acadêmica em saúde da mulher negra” (MONTEIRO, 2016, p. 527). Apesar de o curso não abordar um módulo sobre formação para professores, o texto informa que houve participação de muitos deles, resultando em trabalhos finais da especialização que versaram sobre a escola como cenário potente para a atuação da saúde.

Uma experiência que também merece destaque é a oferta de duas disciplinas para o curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA: “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas” e “Saúde da População Negra”, ambas ministradas pela primeira vez em 2006 (VARGA, 2016). A segunda disciplina abordava em sua ementa:

- Conceito de raça. A questão racial como objeto de reflexão sociológica. Principais escolas do pensamento sociológico e a questão racial. Pensamento social brasileiro e a questão racial. Tendências e desenvolvimentos contemporâneos do pensamento social sobre relações raciais. Doenças prevalentes entre grupos raciais e sua relação com o racismo institucional, com ênfase nas DSTs, Aids, anemia falciforme, mortalidade materna e neonatal. Possibilitar a compreensão do impacto do racismo na saúde, compreender os determinantes de saúde e doença com base na análise de dados relativos a morbidade e mortalidade para a população negra e não-negra. Apresentar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus instrumentos de gestão (PNS; Plano Estadual; Plano Operativo, Relatório de Gestão). (VARGA, 2016, p. 107).

István Varga (2016) afirma que a implantação dessas disciplinas advém da conquista de atores que lutaram para que esses conhecimentos habitassem o espaço epistemológico e político, especialmente pelo trabalho interdisciplinar realizado com o Núcleo de extensão e pesquisa com populações e comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas (NURUNI). Por isso, adiante, procurou descrever o programa das disciplinas ofertadas como possibilidade de sugestões para aqueles que tivessem interesse na abordagem étnico-racial em cursos de graduação e pós-graduação.

Reconhecendo alguns desafios no ensino na saúde, especialmente no curso de Medicina, Rafael Silva e demais (2018) levantaram a seguinte indagação: “como desconstruir essa concepção ‘ortopédica’ e ‘colonial’ de ‘intervenção’ dentro da qual os profissionais atuantes no campo da saúde têm sido formados?” (SILVA *et al*, 2018, p. 52). Algumas pistas apontam a necessidade de um maior aprofundamento sobre o “caráter intrinsecamente problemático da conformação (hegemonicamente) intervencionista da medicina institucionalizada” (SILVA *et al*, 2018, p. 52). Questionando a suposta neutralidade e superioridade da Medicina, os autores demarcam a necessidade de uma formação que reconheça a existência de matrizes epistemológicas que têm sido marginalizadas e/ou integradas colonialmente no campo da saúde, de outros modos de conceber e produzir saúde e da transversalidade das ciências

humanas e sociais ao longo da formação médica. Essa formação, deve ser ainda, construída conforme as DCN, por meio da alteridade com multiplicidade de sujeitos e valorizando espaços não acadêmicos de saber (SILVA *et al*, 2018, p. 53).

O artigo escrito por Maria da Graça Hoefel e Denise Severo em conjunto com o Coletivo de Estudantes Indígenas da UnB (2016) apresentou a disciplina de Saúde Indígena, ofertada pelo Departamento de Saúde Coletiva da UnB desde 2013, em razão da demanda dos estudantes indígenas da universidade. Adotando a perspectiva teórico-metodológica da Educação Popular em Saúde, a disciplina tem como eixo estruturante a interculturalidade na formação em saúde (HOEFEL *et al*, p. 230). Por meio da reivindicação dos estudantes indígenas dos cursos da saúde, questionou-se “o hiato existente entre a racionalidade dominante nas ciências da saúde e os saberes e práticas construídos pelos povos indígenas” (HOEFEL *et al*, p. 231), como pode ser visto no trecho que segue:

Os saberes e práticas tradicionais de saúde indígenas não tinham lugar e reconhecimento no espaço acadêmico de formação em saúde, fato que, em certa medida, refletia não somente a hegemonia do saber biomédico, mas também os desafios postos ao conjunto da Universidade no que se refere à construção da interculturalidade e à efetivação da inclusão dos povos indígenas no Ensino Superior. Nesse sentido, o processo de construção da disciplina representou, sobretudo, uma luta pela mudança das estruturas acadêmicas a fim de superar a histórica lógica “integracionista” dos povos indígenas à sociedade brasileira. Confrontava-se, portanto, a lógica colonialista que sempre induziu os povos indígenas a se “adaptar” ao universo não indígena. (HOEFEL *et al*, p. 231).

Destaca-se que a disciplina é ofertada como optativa e é aberta a estudantes de toda a universidade, indígenas e não indígenas, e que, atualmente, há a discussão de criação da disciplina no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. No decorrer da disciplina há participação ativa dos estudantes indígenas, lideranças indígenas ou militantes do movimento, para mediar as reflexões trazidas nas aulas a partir do protagonismo desses atores (HOEFEL *et al*, 2016, p. 232).

Abordando o ensino transcultural na Enfermagem em contexto português, José Manuel Vilelas e Sandra Janeiro (2012) destacam as alterações nos fluxos migratórios, a composição étnico-cultural no país e a sua relação com a saúde. Os autores consideram a competência cultural “como um processo contínuo de o indivíduo se esforçar para tornar-se cada vez mais autoconsciente, para valorizar a diversidade e tornar-se um perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura” (VILELAS; JANEIRO, 2012, p. 121). Vilelas e Janeiro, que destacam que profissionais da Enfermagem devem ser sensíveis “às questões relacionadas com a cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual” (VILELAS; JANEIRO, 2012, p. 121), também sublinham a necessidade de reformulação na formação em Enfermagem para incluir a

transculturalidade no currículo, de modo que esse aspecto esteja presente desde o início da formação.

A competência cultural também foi defendida por Jorge Girotti e demais (2015), com o relato de experiência do *Urban Medicine Program* (UMed), da Universidade de Illinois (EUA). O projeto fornece material complementar à formação dos estudantes de Medicina durante os quatro anos de graduação, com objetivo de formar médicos preparados com conhecimento, habilidades e atitudes para atuarem como defensores da saúde, pesquisadores e gestores, que sejam culturalmente competentes. O programa compreende que os médicos de todas as especialidades podem contribuir positivamente para o bem-estar das pessoas e que é fundamental que os graduandos entendam como os determinantes sociais de saúde podem gerar disparidades.

O currículo do curso desenvolve os objetivos educacionais por meio de quatro temas: diversidade na comunidade e comunicação intercultural; disparidades no acesso aos cuidados de saúde; pesquisa participativa baseada na comunidade, na *advocacy* e políticas. Esse currículo, ademais, preocupou-se com a formação de estudantes que sejam sensíveis e empáticos no atendimento a pessoas de diferentes origens culturais, raciais e socioeconômicas.

Linda Cushman e demais (2015) contextualizaram a recente necessidade e os benefícios de formação em competências culturais nos cursos de Saúde Pública, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Odontologia, entre outros, destacando os desafios que ainda são encontrados para a implantação dessa competência na formação. Dessarte, descreveram uma oficina realizada com estudantes de mestrado em Saúde Pública para explorar questões relativas a cultura, poder, privilégio e justiça social, incentivando a autoconsciência sobre esses conceitos, considerando como eles são fundamentais para a melhora da qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde às diversas populações.

Os autores, com base na interseccionalidade de Crenshaw – considerada por eles como uma noção importante para relacionar identidades interligadas e sistemas de poder e opressão – e também no conceito de práxis e teoria crítica de Paulo Freire, discutiram o currículo da oficina pensando, também, nas questões sobre autoconsciência. Eles, além disso, trabalharam com as noções de privilégio e poder e sua percepção nas relações profissionais. Importa destacar as limitações oriundas do fato de que apenas a definição de competências culturais no perfil dos estudantes não é suficiente para romper com o epistemicídio e com o racismo e reconhecer as interseccionalidades, o que será mais bem observado na discussão dos resultados desta pesquisa.

Finalmente, tem-se um editorial da revista *American Journal of Community Psychology*, publicado em dezembro de 2018, que teve como temática central o “Ensino para a decolonialidade na psicologia comunitária e nas disciplinas aliadas”. A edição contextualiza o ensino da psicologia comunitária e de seus campos de interesse e, também, a psicologia social aplicada à saúde pública e ao Serviço Social, em debates mais amplos sobre a decolonialidade no currículo. O editorial, nessa linha de raciocínio, procurou explorar “os processos e práticas de ensino e aprendizagem e as tensões que podem surgir em face da prática decolonial na psicologia comunitária” (CAROLISSEN; DUCKETT, 2018, p. 242).

A edição, de autoria de Ronelle Carolissen e Paul Duckett, considera a decolonialidade como um processo central de ensino e aprendizagem que deve estar inserido no contexto da formação profissional. Os autores, ademais, estabeleceram alguns marcadores centrais para o ensino da decolonialidade de acordo com a literatura, dentre os quais destacam-se: interromper o privilégio das epistemologias euro-americanas/ocidentais; recuperar e reformular o apagamento de histórias; desconstruir o discurso colonial, inserindo contra narrativas; inserir plano de indigeneidade e do conhecimento indígena no currículo; estabelecer uma política de produção de conhecimento, inserir identidades de autores e posicionalidades, como gênero, raça e etnia; realizar reflexão crítica sobre as instituições de ensino superior que ensinam nos contextos de duas relações históricas coloniais específicas; ativismo central para o continuidade pedagógica, dentro e fora das salas de aula; ferramentas pedagógicas empregadas como catalisadores para a crítica e, finalmente, ecologias de conhecimento apropriadas ao contexto. Cabe lembrar que esses marcadores não são um modelo rígido, mas sim uma ferramenta que pode fornecer uma visão prática de trabalhar a decolonialidade.

O número publicado, além disso, contextualiza o cenário global sociopolítico opressivo e a ascensão da direita radical, em que é evidente o aprofundamento das iniquidades de raça, gênero, sexualidade e classe. Enquanto os projetos coloniais negam a humanidade e a dignidade, o editorial dialoga com a interdisciplinaridade para repensar o que é ser humano. A edição, ademais, apresenta o conceito de decolonialidade, abordando a colonialidade do poder e a forma como ele está presente nos currículos. Recorre, para isso, a autores como Quijano e Maldonado-Torres, refletindo que o currículo pode ser um recurso para a dominação, mas também pode ser usado como uma ferramenta reparadora.

A seguir, os próximos tópicos serão destinados às contribuições do marco legal brasileiro, que ampara a concretização das propostas mapeadas/ produzidas pelos estudos referenciados.

2.3 Equidade racial na educação: movimentos e pensamentos emancipatórios nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico

A equidade é um princípio orientador e objetivo de políticas públicas, que tem norteado estudos de diversas áreas para o enfrentamento de iniquidades. Neste trabalho, a dimensão racial da equidade será enfatizada, com o olhar para como ela se expressa na saúde e na educação. Por onde começar quando falamos sobre equidade racial, em especial no caso brasileiro? Uma forma de adentrar ao debate é por meio da aproximação da história de lutas e resistência do movimento negro no Brasil, que será feita a seguir.

Nilma Lino Gomes (2011), intelectual negra, militante, professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ex-ministra do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e ex-reitora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), nos ajuda com algumas reflexões.

A autora, que pondera “sobre as experiências e os saberes construídos pelo movimento negro, no Brasil, tendo como foco a luta pela construção de uma educação para a diversidade étnico-racial e as ações afirmativas” (GOMES, 2011, p. 134), apresenta um relato sobre as ações e demandas do movimento negro contemporâneo. Emergido no Brasil na década de 1970, o movimento negro, enquanto movimento social, pode ser entendido como um novo sujeito coletivo e político (GOMES, 2011, p. 136). Além disso,

Enquanto sujeito coletivo, esse movimento é visto na mesma perspectiva de Sader (1988), ou seja, como uma coletividade onde se elaboram identidades e se organizam práticas através das quais defendem-se interesses, expressam-se vontades e constituem-se identidades, marcados por interações, processos de reconhecimento recíprocos, com uma composição mutável e intercambiável. Enquanto sujeito político, esse movimento produz discursos, reordena enunciados, nomeia aspirações difusas ou as articula, possibilitando aos indivíduos que dele fazem parte reconhecerem-se nesses novos significados. Abre-se espaço para interpretações antagônicas, nomeação de conflitos, mudança no sentido das palavras e das práticas, instaurando novos significados e novas ações (GOMES, 2011, p. 135).

Por meio das suas reivindicações a partir dos anos 2000, o movimento negro, enquanto sujeito social e político, conquistou espaços a partir do seu reconhecimento pelo Estado, impulsionando mudanças, por exemplo, nas universidades públicas com o processo de implantação de políticas e práticas de ações afirmativas destinadas à população negra (GOMES, 2011, p. 135).

Segundo a autora, “ao emergir no cenário nacional e político destacando a especificidade da luta política contra o racismo, o movimento negro buscou na história a chave

para compreender a realidade do povo negro brasileiro” (GOMES, 2011, p. 136). Observa-se, nesse sentido, que a organização do povo negro no período após a Abolição da Escravatura e depois da Proclamação da República tinha como pauta a educação nos debates e ações do movimento:

Quanto mais a população negra liberta passava a figurar na história com o status político de cidadão (por mais abstrato que tal situação se configurasse no contexto da desigualdade racial construída pós abolição), mais os negros se organizavam e reivindicavam escolas que incluíssem sua história e sua cultura (GOMES, 2011, p.136).

Esse aspecto também foi observado por Angela Davis (2016), discorrendo sobre o contexto dos Estados Unidos, onde os negros atuavam em prol da educação e da libertação do seu povo. Ali, no período pós-abolição, após séculos de privação educacional, os negros reivindicaram o direito de aprender mesmo com a ideologia dominante propagando a ideia de que eles seriam incapazes de ter progressos intelectuais.

Nilma Gomes (2011) cita algumas experiências a partir da trajetória de lutas do movimento negro brasileiro, como a experiência coletiva dos quilombos durante a escravidão; a Revolta dos Malês (1835); a Revolta da Chibata (1910), liderada pelo marinheiro João Cândido Felisberto; a construção da Frente Negra Brasileira (1931-1937), uma “associação de caráter político, recreativo e beneficentes” (GOMES, 2011, p. 140) e, também, o Teatro Experimental do Negro (1944-1968), que “se propunha a trabalhar pela valorização social do negro no Brasil, por meio da educação, da cultura e da arte” (GOMES, 2011, p. 140).

Essas movimentações foram duramente reprimidas no período da ditadura militar “com as perseguições às formas organizativas e a cassação de direitos políticos, [que] levaram a sair da cena pública não só a luta formal contra a discriminação racial, como, também, as demandas de outros movimentos sociais” (GOMES, 2011, p. 141). Cabe destacar, por outro lado, que, mesmo com o longo período de repressão, os movimentos sociais resistiram bravamente. Jurema Werneck (2016), tal qual Gomes (2011), destaca o Movimento de Mulheres Negras e sua intensificação na segunda metade do século XX, contribuindo, como diz Sueli Carneiro (2003), para “enegrecer o feminismo”. Gomes relembra que

A partir da experiência de reprodução das desigualdades de gênero, vividas no interior do próprio movimento negro, as mulheres negras se organizam e fundam, nos anos 80, o Movimento das Mulheres Negras, que hoje faz parte de uma articulação latino americana e internacional de mulheres negras. As mulheres negras, hoje, ocupam um espaço na militância política, atuando nas comunidades-terreiro, na articulação política, nos partidos, nas ONG’S, nos projetos educacionais. Podemos dizer que a questão de gênero só passou a ser pautada como uma forte preocupação da prática e das questões do movimento negro devido à pressão das mulheres negras. Estas têm exercido uma luta contínua não só no interior da comunidade negra, mas no debate com o Estado para a implementação de políticas públicas de saúde, emprego e educação que contemplem a articulação entre raça e gênero (GOMES, 2011, p. 133).

Outro marco histórico foi a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida (1995). O movimento reuniu mais de 20 mil pessoas de diversos segmentos em Brasília para apresentar um diagnóstico sobre as condições sociais, econômicas, políticas e educacionais vivenciadas pela população negra – resultando em um “Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial” (GOMES, 2011, p. 143) – e, também, para pressionar o governo frente à necessidade de superação do racismo e evidenciar as condições de saúde da população negra (GOMES, 2011; WERNECK, 2016).

Vale destacar, ainda, a Marcha das Mulheres Negras de 2015, que reuniu mais de 50 mil mulheres em Brasília para um ato contra o racismo, o machismo, o feminicídio negro, a cultura do estupro e a sexualização de seus corpos. Algumas demandas e denúncias dessas mulheres negras foram incorporadas a uma carta que abordava, entre outros temas, a “falência do modelo político, econômico e social” e que demandava a “urgente e necessária busca por uma vida digna, um ‘bem viver’, que só será possível através da construção de um novo pacto civilizatório” (FIGUEIREDO, 2018, p. 214).

Também tem sido pauta de reivindicação dos movimentos negros a construção e publicização de estudos sobre as condições sociais da população negra, como uma das estratégias para impulsionar políticas em direção à equidade racial e denunciar o Racismo Institucional. A educação enquanto direito para a população é outra dessas pautas, contando com atuação do movimento em várias frentes como essencial para as conquistas advindas de

questionamentos ao currículo escolar no que se refere ao material didático que apresenta imagens estereotipadas sobre o negro, pela inclusão da temática racial na formação de professores(as), pela atual inclusão da história da África e da cultura afro-brasileira nos currículos escolares e pelas políticas de ação afirmativa nas suas mais diferentes modalidades (GOMES, 2011, p.137).

Essas conquistas citadas serão contextualizadas adiante, pois entende-se que falar sobre a educação no Brasil inclui, necessariamente, tratar do projeto educativo que o movimento negro ajudou a construir partindo das discussões sobre como o nosso sistema educacional está estruturado.

A partir da leitura da particularidade brasileira, Gomes (2011) apresenta um dos questionamentos centrais feitos pelo movimento negro: a crítica ao mito da democracia racial que ainda molda o imaginário brasileiro a partir da “crença na existência de relações harmoniosas entre os diferentes grupos étnico-raciais do nosso país, fruto da relação do colonizador português com os povos por ele dominados” (GOMES, 2011, p. 138).

O mito da democracia, além disso, está presente na forma como as relações raciais no Brasil foram construídas e, por isso, também se reflete no nosso sistema educacional e de saúde.

Para Gomes, “uma das formas de superação desse mito, destacada pelo movimento negro, é a implementação de políticas de correção das desigualdades raciais, ou seja, de ações afirmativas, como estratégia de superação do racismo e de construção de uma democracia real” (GOMES, 2011, p. 138). Essas ações afirmativas

[...] trazem em si uma nova pedagogia: a pedagogia da diversidade, a qual produz saberes. Estes deveriam ser matéria de reflexão teórica, uma vez que possibilitam a construção de um diálogo epistemológico. No caso específico da educação superior, essas políticas deveriam ser entendidas como canais profícuos de chegada à Universidade de saberes produzidos não só pelo movimento negro e pela comunidade negra em geral, mas, sobretudo, pela juventude negra (GOMES, 2011, p. 138).

A autora considera a construção desses processos e projetos educativos como emancipatórios, refletindo que essa emancipação é “entendida como transformação social e cultural, como libertação do ser humano, [que] sempre esteve presente nas ações da comunidade negra organizada” (GOMES, 2001, p. 138). Ela apresenta, também, a noção de conflito que está contido em todos os projetos emancipatórios:

Essa dimensão do conflito é explicitada na ação do movimento negro brasileiro quando esse pauta a diversidade étnico-racial como uma realidade e uma questão para a sociedade e para a educação brasileira. É uma realidade, uma vez que, apesar do mito da democracia racial, a sociedade brasileira não consegue fugir da negritude conquanto diferença inscrita no seu corpo, na sua cultura, na sua história e na sua ancestralidade. É uma questão, já que qualquer discussão mais aprofundada sobre a diversidade étnico-racial tem de vir acompanhada da compreensão das desigualdades raciais. No contexto histórico e político brasileiro, as diferenças étnico-raciais foram naturalizadas, desnudadas da sua riqueza e transformadas em desigualdades. Dessa forma, quando a escola, a Universidade e a política educacional brasileira colocam em pauta a discussão, as práticas, os projetos e as políticas voltadas para a diversidade étnicoracial [sic], tendo como foco o segmento negro da população, o contexto da desigualdade é colocado na ordem do dia e, em consequência disso, medidas de superação dessa precisam ser implementadas (GOMES, 2001, p. 139).

Há inúmeras evidências de como as iniquidades já mencionadas neste trabalho afetam a vida população negra. Por isso, o início dos anos 2000 marcou “a construção de um consenso entre as entidades do Movimento Negro sobre a necessidade de se implantar ações afirmativas no Brasil” (GOMES, 2011, p. 143). A autora acrescenta que,

Reforçada pelas pesquisas oficiais realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Henriques, 2001), as quais subsidiaram o debate realizado na 3ª Conferência de Durban, a denúncia da educação como um setor que contribui para a construção de um quadro de desigualdades raciais visualizada pelas primeiras associações negras e suas lutas em prol da educação dos negros no século XIX e demandada publicamente pelo Movimento Negro no século XX ganha agora contornos políticos nacionais e internacionais no século XXI. Passa finalmente a fazer parte da agenda política e do compromisso do Estado brasileiro com todos os avanços e as contradições possíveis (GOMES, 2011, p. 143).

Nesse cenário, um importante marco legislativo foi a sanção da lei nº 10.639, de janeiro de 2003, que alterou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, incluindo no currículo oficial da Rede de Ensino – isto é, no ensino fundamental e médio, de escolas públicas e particulares

– a obrigatoriedade da temática História e Cultura-Afro-Brasileira, conforme se lê no primeiro artigo da lei:

§ 1º O conteúdo programático a que se refere o **caput** deste artigo incluirá o estudo da História da África e dos Africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição do povo negro nas áreas social, econômica e política pertinentes à História do Brasil (BRASIL, 2003).

Instituídas pela Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004, do Conselho Nacional de Educação (CNE), as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER) devem ser de conhecimento das instituições de ensino e, em especial, “por Instituições que desenvolvem programas de formação inicial e continuada de professores” (BRASIL, 2004b, p. 31). Essas diretrizes, conforme o artigo segundo da resolução,

constituem-se de orientações, princípios e fundamentos para o planejamento, execução e avaliação da Educação, e têm por meta, promover a educação de cidadãos atuantes e conscientes no seio da sociedade multicultural e pluriétnica do Brasil, buscando relações étnico-sociais positivas, rumo à construção de nação democrática (BRASIL, 2004b, p. 31).

Em 2009, como parceria do Ministério da Educação (MEC) e da Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), foi criado o Plano Nacional de Implementação das DCNERER, “um documento pedagógico com o intuito de orientar e balizar os sistemas de ensino e as instituições correlatas na implementação das leis 10.639/2003 e 11.645/2008” (BRASIL, 2009b, p. 9)⁴.

Essa última, a lei 11.645/2008, torna obrigatório o ensino da história e cultura indígena brasileira. Alguns dos eixos do plano são: eixos fundamentais; atribuições dos sistemas de

⁴ Consultar também:

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília: MEC/CNE, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 3 de 10 de março de 2004**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnicoraciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana. Brasília: MEC/CNE, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 1 de 17 de junho de 2004**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e africana. Relatora: Petrolina Beatriz Gonçalves e Silva. Ministério da Educação, Brasília, Julho de 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Res. nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

ensino; atribuições dos conselhos de educação; atribuições das instituições de ensino; níveis de ensino; modalidades de ensino e educação em áreas remanescentes de quilombo. Sobre as instituições de ensino, elas têm as seguintes ações:

a) Incluir conteúdos e disciplinas curriculares relacionados à educação para as relações étnico-raciais nos cursos de graduação do ensino superior, conforme expresso no §1º do Artigo 1º, da Resolução CNE /CP nº 01/2004; b) Desenvolver atividades acadêmicas, encontros, jornadas e seminários de promoção das relações étnico-raciais positivas para seus estudantes; c) Dedicar especial atenção aos cursos de licenciatura e formação de professores(as), garantindo formação adequada aos professores(as) sobre o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana e os conteúdos propostos nas leis nº 10.639/03 e nº 11.645/08; d) Desenvolver nos estudantes de seus cursos de licenciatura e formação de professores(as) habilidades e atitudes que permitam contribuir para a Educação das Relações Étnico-Raciais, destacando a capacitação dos mesmos na produção e análise crítica do livro, materiais didáticos, paradidáticos e literários, que estejam em consonância com as Diretrizes Curriculares para a Educação das Relações Étnico- -Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana e com a temática das leis nº 10.639/03 e nº 11.645/08; e) Fomentar pesquisas, desenvolvimento e inovações tecnológicas na temática das relações étnico-raciais, contribuindo com a construção de uma escola plural e republicana; f) Estimular e contribuir para a criação e a divulgação de bolsas de iniciação científica na temática da educação para as relações étnico-raciais; g) Divulgar junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Educação a existência de programas institucionais que possam contribuir com a disseminação e pesquisa da temática em associação com a educação básica (BRASIL, 2009b, p. 40).

O documento enfatiza que essas leis não são apenas instrumentos para orientarem sua implementação, mas são também leis afirmativas, definidas por Wilson Mattos (2018) como

[...] um conceito político e social que, em princípio, orienta medidas concretas produtoras de efeitos práticos coletivos na diminuição- no limite, até a liquidação- daquelas hierarquias sociais que se fundamentam em desigualdades e discriminações historicamente instituídas em sociedades que, contemporaneamente, têm nos princípios republicanos da democracia, da justiça social e da cidadania os fundamentos do seu desenvolvimento. Portanto, a ação afirmativa tem por objetivo instituir igualdade de oportunidades e de condições, reconhecimento social e representação política para que todos, independentemente da sua alocação em grupos étnicos, raciais, identitários, de condições físicas ou históricas relativamente desvantajosas, possam ter garantido o princípio da equidade nos processos de construção de uma vida digna, saudável e com perspectivas de um futuro, individual e coletivo, de acordo com os padrões gerais médio satisfatórios de qualquer sociedade (MATTOS, 2018, p. 320).

O Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010b), por sua vez, foi instituído pela lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010, visando “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica” (BRASIL, 2010b). O documento traz algumas definições como a de discriminação racial ou étnico-racial; desigualdade racial e de gênero, população negra e ações afirmativas. Sobre as ações afirmativas, destaca que elas são “os programas e medidas especiais adotadas pelo Estado no cumprimento de suas atribuições

institucionais” (BRASIL, 2010b) e também atribui que o poder público deverá adotar programas de ações afirmativas.

José Jorge de Carvalho (2018, p. 79) aponta as cotas raciais para negros e indígenas como um dos “movimentos de descolonização do padrão racista eurocêntrico do nosso mundo acadêmico”, assim como o papel pioneiro da Universidade de Brasília (UnB) na sua implementação, em 2003. A primeira geração de cotistas indígenas ingressou em março de 2004 e a de estudantes negros, em agosto do mesmo ano. O antropólogo destaca que

As cotas étnico-raciais ocuparam um lugar de grande destaque no cenário público nacional, até que foi aprovada, em 2012, a lei Federal n.º 12.711, que generalizou as cotas para negros e indígenas em todas as universidades federais. Iniciou-se, então, um processo intenso de dessegração étnica e racial, com reflexos imediatos no combate ao racismo institucional e na demanda por cotas na pós-graduação (movimento em plena ebulição) e na docência (batalha que deverá levar um tempo maior) (CARVALHO, 2018, p. 79).

A lei 12.711/2012, citada por Carvalho, dispõe que as instituições federais de ensino deverão destinar “no mínimo 50 % (cinquenta por cento) de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas” (BRASIL, 2012). O artigo 3º acrescenta ainda que:

Em cada instituição federal de ensino superior, as vagas de que trata o art. 1º desta lei serão preenchidas, por curso e turno, por autodeclarados pretos, pardos e indígenas, em proporção no mínimo igual à de pretos, pardos e indígenas na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No entendimento de Carvalho (2006), para compreensão do significado e da intencionalidade das ações afirmativas, é preciso analisar o topo da pirâmide escolar, já que o controle da ciência e do ensino superior tem sido historicamente dominado pela elite branca. Outro aspecto para o qual chama atenção o pesquisador é o perfil dos professores das universidades. À época, ele informou que, na UnB, de 1500 professores, apenas 15 eram negros, o que considerava uma situação “moralmente escandalosa [que] deveria motivar-nos e inspirar-nos quando começamos a pensar o que significa propor cotas” (CARVALHO, 2006, p. 5).

Outro argumento defendido pelo autor é referente a como ocorre a exclusão social do ponto de vista geográfico no Brasil. Ele relembra que, em países como Venezuela e Colômbia, formaram-se comunidades negras, o que parece tornar “mais fácil expor o problema e mais difícil para a elite branca dominante fazer de conta que ela [a segregação racial] não existe” (CARVALHO, 2006, p. 7). Porém, no caso brasileiro, os índices de exclusão estão presentes em todas as regiões brasileiras, razão pela qual Carvalho diz que “Negar a discriminação no Brasil é negar a necessidade de uma discriminação positiva, é negar a existência de uma

injustiça crônica que se instalou no país há mais de cem anos do Oiapoque ao Chui” (CARVALHO, 2006, p. 7).

Assunção e demais (2018) detalharam as mudanças ocorridas na implementação das cotas na UnB. A primeira fase consistia na inscrição presencial do candidato, quando uma foto seria tirada e anexada à ficha de inscrição e, posteriormente, passaria por uma banca examinadora. A partir de 2008, o candidato que concorresse às vagas reservadas para cotas era submetido a uma entrevista com uma banca avaliadora. Atualmente, o sistema de cotas na UnB está configurado da seguinte forma:

A Universidade iniciou a oferta de vagas para o sistema de cotas para escolas públicas em 2013, destinando 12,5% do seu total de vagas. Gradativamente, essa oferta alcançou 50% em 2016, conforme disposto em lei. No vestibular do segundo semestre de 2017, foram reservadas vagas específicas para Pessoas com Deficiência – PCD, de acordo com a norma. Mesmo após a instituição da lei de cotas sociais, a Universidade manteve o sistema de cotas para negros como ação afirmativa de sua própria iniciativa. Em julho de 2017, foi lançado o edital para o vestibular indígena, com destinação de 72 vagas para ingresso no primeiro e segundo semestre de 2018, em diferentes cursos de graduação presencial (UnB, 2018, p. 184).

Outra lei que importa mencionar é a nº 12.990 de julho de 2014, que reserva 20% das vagas oferecidas nos concursos públicos para pessoas negras em âmbito federal. As pessoas que concorrem às vagas devem se autodeclarar pretas ou pardas e, em alguns processos, são estabelecidas bancas de verificação. Nilma Gomes (2019, p. 9) destaca a importância das comissões de “heteroidentificação para a garantia e o cumprimento das políticas de ações afirmativas destinados aos negros e às negras no ensino superior brasileiro”:

Embora sejam vistas por alguns de forma simplista e equivocada como “tribunal racial”, as comissões de heteroidentificação estão longe disso. Elas são um dos recursos adotados para a garantia da lisura do processo de seleção dos candidatos que se inscrevem na política de cotas das Universidades e Institutos Federais, com base no princípio da justiça social e do cumprimento democrático do ensino superior como um direito, principalmente, aos coletivos sociais diversos com histórico de desigualdade social e racial e, ainda, sub-representados nesse nível de ensino (GOMES, 2019, p. 9).

Percebe-se que permanece uma dificuldade de compreensão sobre o conceito de ações afirmativas, sendo muitas vezes o seu entendimento limitado ao debate das cotas raciais na educação. Segundo Gomes (2011, p. 148), as ações afirmativas não são apenas “movimento de luta política pela correção das desigualdades raciais, [mas são, também, um] lócus em que confluem princípios gerais de um outro modelo de racionalidade e saberes emancipatórios produzidos pelo Movimento Negro”. Dentre esses saberes, a autora destaca os políticos, identitários e estéticos (corpóreos) – os primeiros contribuíram para que a temática estivesse presente no Estado, tocando na cultura política e nas relações de poder. As universidades públicas, com esse processo, foram tensionadas de diversas formas, principalmente com “a

chegada de sujeitos sociais concretos, com outros saberes, outra forma de construir conhecimento acadêmico e com outra trajetória de vida” (GOMES, 2011, p. 148).

Os saberes identitários da população negra trouxeram contribuições sobre os debates a respeito da categoria raça no Brasil, como, por exemplo, na padronização da utilização do quesito raça/cor, da ressignificação política e social, assim como sobre a identidade negra e a sua construção no contexto brasileiro de defesa de um mito da democracia racial. Os saberes estéticos, por fim, estão envolvidos quando, a partir das ações afirmativas, há uma mudança da lógica corporal – quando se passa, por exemplo, “a valorizar a corporeidade negra por meio de uma postura mais confiante e afirmativa no universo acadêmico” (GOMES, 2011, p. 150) ou quando as pessoas também passam a “frequentar espaços políticos, culturais e recreativos com maior incidência da população negra” (GOMES, 2011, p. 150).

É preciso, ainda, ressaltar a importância de implementação da lei 10.639 nas universidades, pois, em 17 anos de sua aprovação, são encontradas fragilidades na inclusão dos conteúdos estabelecidos nos currículos escolares. No que diz respeito aos cursos de saúde sobre as orientações das DCNERER, Rosana Batista Monteiro (2016) destaca:

As DCNERER afirmam que, prioritariamente, os cursos de formação de professores estão obrigados a incluir os conteúdos relacionados à história e à cultura afro-brasileira e africana, o que implica a atenção de alguns cursos da área da saúde, com destaque para o de Enfermagem, que se trata de uma licenciatura. Infelizmente, os cursos da área da saúde pouco ou nada têm feito no sentido de considerar o tema em questão como conteúdo pertinente à formação dos novos profissionais da saúde – curiosamente em um país com metade da população autodeclarada negra (MONTEIRO, 2016, p. 525).

Há resistências nas instituições educativas em implementarem a lei, mas Gomes (2018) reafirma os desdobramentos políticos e pedagógicos que ela implica na educação básica e superior. A revisão de literatura do período de realização deste estudo indica a incipiência de produção sobre as implicações deste marco legal na formação dos cursos de graduação em Saúde. Neste trabalho, buscarei pensar e propor estratégias da relevância da sua centralidade na formação dos profissionais da saúde.

2.4 Equidade racial na Saúde: perspectiva da justiça e dos direitos sociais e sua materialização nas políticas públicas

Um texto clássico que trata sobre equidade em saúde é o artigo de Margaret Whitehead (1991), que traz conceitos e princípios para o seu entendimento, assim como sobre o desenho e implementação de políticas. A autora inicia o texto com a seguinte pergunta: “por que a

equidade em saúde é tão importante?”. Adiante, discorre sobre evidências consistentes que apontavam que grupos em desvantagem tinham piores condições de sobrevivência. Ressalta também, a necessidade do entendimento das iniquidades no nível e qualidade de saúde de diferentes grupos populacionais e das iniquidades referentes ao fornecimento e distribuição dos serviços de saúde.

Com relação ao conceito de iniquidade, Whitehead (1991) afirma que o termo traz uma dimensão ética e moral, relacionada às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, e, ainda, que são consideradas injustas. Para que uma situação seja considerada como “iniquitável”, a causa que será identificada como injusta deve ser analisada em um contexto a partir do que está acontecendo na sociedade. Nesta dissertação, será contextualizado o cenário brasileiro do qual o racismo estrutural faz parte, para que, assim, possamos compreender como as iniquidades raciais estão situadas.

Apesar de a palavra equidade estar próxima em seu aspecto semântico à palavra igualdade (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005; ROCHA; SOUZA; CAVADINHA, 2019), é necessário fazer a diferenciação de ambos para auxiliar o debate que aqui será levantado:

O conceito de equidade é de natureza polissêmica e durante muito tempo no Brasil foi associado à igualdade. No entanto, pode-se constatar um esforço de maior precisão deste, associando-o na contemporaneidade à justiça social. Campos apud Rocha e Akerman destaca que a “Lei Orgânica da Saúde não mencionou a equidade em seu texto e que talvez a igualdade poderia facilitar mais políticas universais, apesar de que ofuscaria a resposta às distintas singularidades” (p. 735). Além de ofuscar as singularidades, trabalhar apenas com o princípio da igualdade não resolveria as questões das iniquidades sociais que fazem com que determinados grupos populacionais tenham mais barreiras. Para a igualdade ser atingida, é preciso trilhar o caminho da equidade e políticas de caráter “unitário, vertical e instáveis” (p. 298), que pressupõem que todas as pessoas são iguais, não dão conta do nosso cenário histórico de desigualdades sociais e isso deve ser levado em consideração não só na formulação de políticas públicas, mas também na implantação de serviços de saúde. (ROCHA; SOUZA; CAVADINHA, 2019, p. 2).

Whitehead (1991) sinaliza dificuldades de interpretação oriunda da tradução dos termos *inequity* (iniquidade) e *inequality* (desigualdade). A partir daí, Naomar Almeida Filho (2010) apresenta uma proposta de articulação semântica do conceito de equidade em saúde “no sentido de construir uma matriz semântica comum, passo inicial para melhores práticas de pesquisa sobre o tema das desigualdades em saúde” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 28).

Para auxiliar os estudos sobre a temática, o autor propôs um glossário com as definições de diversidade, diferença, distinção, desigualdade, inequidade e iniquidade. A diversidade, segundo ele, está relacionada à “variação em características (gênero, afiliação étnica, cultura, nacionalidade, geração) dos membros de uma coletividade ou população”; já a diferença é a

“expressão individual de efeitos da diversidade e/ou desigualdade em sujeitos tomados como isolados; a distinção faz parte da prática cultural cotidiana de agentes sociais, coletivamente organizados na construção individual e simbólica de sentidos” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30). Para facilitar a compreensão desses termos, o autor acrescenta:

A ocorrência de variação natural ou genética, expressa em diferenças individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produz diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas. Por outro lado, estruturas sociais, processos políticos perversos e políticas de governo sem equidade geram desigualdades relacionadas à renda, educação e classe social, portanto inequidades, correspondendo à injustiça social. Algumas dessas desigualdades, além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis, constituindo iniquidades que geram indignação e, potencialmente, mobilização social. Em paralelo, nos planos simbólico-culturais, ao construir identidades sociais baseadas na interação entre diferenças individuais e padrões coletivos, seres humanos afirmam, na maioria das vezes através de mecanismos não conscientes, sua distinção de outros enquanto membros de segmentos, grupos e classes sociais. (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30).

Whitehead (1991) exemplifica que determinados grupos populacionais têm acesso desigual aos serviços de saúde, e que fatores como renda, raça, etnia, sexo, idade e religião estão relacionados à forma como esses terão acesso aos serviços. Essa questão da equidade no acesso aos serviços deve implicar um direito igual aos serviços disponíveis, distribuição justa com base nas necessidades de saúde, facilidade de acesso em cada área geográfica e remoção de barreiras.

A partir de estudos sobre a lente da equidade, Ana Luiza Viana, Márcia Fausto e Luciana Lima (2003), por exemplo, analisaram a equidade nas políticas de saúde, com foco na alocação de recursos financeiros, oferta e serviços de saúde no Brasil. As autoras situaram o contexto brasileiro dos anos 1980, momento caracterizado pela “ampliação da participação democrática e da garantia dos direitos de cidadania, mediante conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista, sustentado pela idéia de justiça social” (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 58).

Considerando isso, as autoras expõem algumas dimensões das desigualdades em saúde e como elas podem ser resultantes de processos sociais, políticos e econômicos (VIANA, FAUSTO; LIMA, 2003). O entendimento da política equânime vai depender da sociedade à qual o conceito será aplicado, pois o que é considerado “injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diferentes momentos” (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 59), como pode ser visto a seguir:

Essas análises adquirem força no mundo contemporâneo porque as fragmentações e as diversidades de processos sociais verificados no mundo globalizado restringem o espaço das versões homogêneas de vida social. Dessa forma, a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se ele

não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 60).

Viana, Fausto e Lima, finalmente, relembram que, como um desafio desse cenário, as políticas ainda não conseguiram abarcar questões mais complexas como “o perfil epidemiológico das populações, condições sociais, diferentes inserções no mundo do trabalho, gênero e raça” (VIANA; FAUSTO; LIMA, p. 68). Ou seja, esse caminho de implementação do SUS rumo à diminuição das iniquidades na saúde é necessário para que se possam diminuir as desigualdades sociais.

Ainda no contexto brasileiro, Marcelo Pinheiro, Márcia Westphal e Marco Akerman (2005) estudaram como a equidade foi abordada nos relatórios das 9^a, 10^a, e 11^a Conferências Nacionais de Saúde (CNS). No trabalho, enfatizam o papel que esses eventos têm na participação social na gestão do SUS, mediados pelos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Os autores também abordam as desigualdades socioeconômicas do mundo contemporâneo, refletindo sobre como a saúde pública tem feito “a discussão sobre desigualdade justa, por meio do conceito de equidade em saúde” (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451).

No estudo apresentado, os autores seguem analisando como “o conteúdo das abordagens sobre equidade em saúde se consolida pela explicitação de parâmetros que permitam a comparação de grupos sociais em relação a dadas necessidades com repercussão no estado de saúde” (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451). Após a análise dos relatórios, eles concluíram que o termo “equidade”

[...] é utilizado inicialmente poucas vezes e até de modo indevido. O tratamento do tema é incompleto, não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde, o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas. (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 457).

Também analisando aspectos da democracia e gestão participativa, Ana Maria Costa e Tatiana Lionço (2006) verificaram “o potencial dos Comitês Técnicos de Promoção da Equidade adotados pelo Ministério da Saúde desde 2003, na efetivação de iniciativas voltadas para a ampliação da equidade na atenção e no cuidado a saúde” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 48). As autoras, adiante, resgatam elementos da noção de equidade, sendo o primeiro deles a relação desse conceito na perspectiva da justiça e dos direitos com adoção de estratégias “diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade, para cumprimento do instituído na Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 49). A

defesa da justiça, dessa forma, implicaria no “reconhecimento e denúncia de uma situação de desigualdade concreta” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 50).

Há consenso no que diz respeito às problemáticas no uso do termo equidade (COSTA; LIONÇO, 2006; PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005), como a sua utilização de forma repetida e generalizada. É possível observar sua utilização em documentos como apenas um “jargão”, sem aprofundamento sobre o que de fato significa o termo, tampouco sobre caminhos para sua real efetivação. O que se pode perceber a partir do estudo de Costa e Lionço é que,

a despeito das enormes desigualdades e iniquidades presentes na sociedade brasileira, a noção de equidade parece não estar incorporada como ferramenta operacional de uma ética prática que norteie a elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal à saúde (COSTA; LIONÇO, 2006, p.50).

A segunda perspectiva é a ideia de que equidade nasceu a partir da reivindicação dos movimentos sociais e se fortaleceu no movimento de Reforma Sanitária, que na sua base já sinalizava a necessidade de um modelo de saúde “baseado na exclusão de grupos sociais do processo de atenção e cuidado à saúde” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 50). O reconhecimento das situações de iniquidades também é mencionado pelas autoras considerando algumas características, como a identificação de grupos em condição assimétrica de poder, as relações subjetivas e intersubjetivas mediadas por valores, poderes e desejos, assim como um olhar que identifique as situações injustas decorrentes de diversas situações e condições, não se restringindo à classe social.

Ana Costa e Tatiana Lionço ainda afirmam que o SUS “sustenta um projeto contra-hegemônico em relação às políticas econômicas adotadas” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 51), situado em um terreno contraditório no qual há disputa da saúde como um direito universal e da saúde a partir da lógica do mercado. Com relação à democracia participativa e ao processo de controle social, as autoras relatam as conquistas advindas da luta da sociedade civil organizada, de trabalhadores e gestores do SUS, mas destacam os desafios que ainda estão presentes (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 51). Um deles diz respeito ao enfrentamento às iniquidades em saúde, isto é, fazer com que o debate não fique restrito ao espaço acadêmico, mas sim que seja feito em articulação com os movimentos sociais, “ampliando olhares e dando consistência política a estas [sic] desigualdades, [o que] talvez seja o caminho para a politização deste [sic] tema” (COSTA; LIONÇO, 2006, p. 51).

As autoras resgatam as contribuições dos estudos de gênero, sexualidade e da questão racial, que, associados aos movimentos de mulheres, de pessoas LGBT e da população negra,

puderam tensionar o Estado e apontar iniquidades em saúde existentes, pois as políticas não reconheciam essas condições como determinantes do processo saúde-doença. Com relação ao que ainda é muito abordado sobre a questão da igualdade, elas afirmam que a

promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinados a cada cidadão em suas necessidades. Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas (COSTA; LIONÇO, 2006, p.52).

A partir dessa reflexão, as autoras discorrem sobre o acolhimento de “segmentos populacionais que são alvo de discriminações sociais[,] reconhecendo que a ação discriminatória atravessa também a formalização de mecanismos de formação, de atenção e mesmo do trabalho em saúde” (COSTA; LIONÇO, 2006, p.53). Exemplificando isso, apresentam os Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade na Saúde, instituídos pelo Ministério da Saúde, para contextualizar o momento de abertura política e de participação social nas políticas públicas a partir do primeiro mandato do governo Lula (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017). Esses grupos “demandaram ao governo posicionamentos intersetoriais quanto à atenção a estes [sic] grupos e à reversão do quadro de exclusão social que os caracteriza” (COSTA; LIONÇO, p. 53), por meio do exercício da cidadania e na efetivação do direito à saúde.

Sandra Siqueira, Eliane Hollanda e José Motta (2017), por sua vez, abordam as Políticas de Promoção da Equidade, destacando como elas seriam parte de dois processos: o primeiro a partir da articulação e luta dos movimentos sociais e do processo democrático no Brasil e o segundo a partir do “esforço realizado pelo governo federal para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis” (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1398). A partir desse cenário existente no início dos anos 2000, foram criadas secretarias estratégicas para a promoção da equidade:

Para responder aos desafios propostos por esta matriz de desenvolvimento o governo expande o aparelho estatal. Neste contexto são criadas três secretarias, com status de Ministério, ligadas diretamente à Presidência da República. São elas: a Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) [...] Este debate e as demandas traduzem-se na área da saúde nas políticas de atenção integral direcionada a grupos específicos: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1398).

No momento em que o artigo foi publicado, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) era responsável pela articulação das políticas. Os autores explicam, por isso, que a criação das políticas não se tratava “da criação de uma política à parte para a

equidade, mas de contemplar as particularidades destes [sic] grupos no âmbito das políticas, programas e ações de natureza universal” (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1401). Eles também discorrem sobre os desafios na implementação dessas políticas tendo em vista que esses são “de natureza cultural, derivado do preconceito histórico da sociedade em relação às populações vulneráveis” (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1404).

Leo Pedrana e demais (2016) realizaram uma “*scoping review*” sobre as estruturas de monitoramento para os determinantes sociais da saúde e de equidade, a partir do reconhecimento da relevância na identificação desses com o objetivo de melhorar a equidade. Os autores situaram a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem discutido, desde 2005, a relação entre os determinantes sociais de saúde e as desigualdades – “*inequalities*” – em saúde, impulsionando o aumento de pesquisas com esse olhar. Outro momento no qual a temática foi discutida foi a Declaração Política do Rio 2011 dos determinantes sociais de saúde, com foco no balanço de sustentabilidade para uma melhor qualidade de vida e na importância do monitoramento das tendências das iniquidades em saúde e nas ações para enfrentá-las. (PEDRANA *et al*, 2016).

Dais Rocha e Marco Akerman (2014) trouxeram o debate sobre a determinação social a partir da “defesa de uma visão ampliada de saúde rompendo com a ideologia biomédica predominante” (ROCHA; AKERMAN, 2014, p. 728), criticando análises dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) “não somente para prevenir ou evitar doenças, mas, principalmente, visando a construção de planos de ações e estratégias que possibilitem uma distribuição mais justa da saúde” (ROCHA; ARKEMAN, 2014, p.728). Ou seja, compreender a determinação social implica considerar uma visão ampliada de saúde e a estrutura da sociedade enquanto fator que irá incidir sobre as condições de vida e saúde das populações.

Até aqui foi feito um exercício de compreensão do sentido do direcionamento ético-político da equidade e os movimentos de como garanti-la. A seguir, o enfoque será dado na sua materialização a partir da PNSIPN, retomando a construção da política e o entendimento da equidade racial na sua concepção. Com maior aprofundamento sobre a saúde, a temática ganhou espaço na III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatadas em 2001, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Durban, África do Sul. Conforme aponta Jurema Werneck (2016),

A realização dessa Conferência (na qual a saúde da população negra recebeu formulações interessantes, especialmente durante seu componente regional, ou seja, na Conferência das Américas realizada em Santiago, Chile) e sua Declaração e Plano de Ação criaram as condições para que se desse mais um passo em direção à construção de propostas para a atenção à saúde da população negra no Brasil. O principal exemplo foi a elaboração do documento “Subsídios para o debate sobre a

Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, resultado do trabalho conjunto de especialistas reunidos pelas Nações Unidas no Brasil em dezembro de 2001. Esse documento propôs uma definição do campo abarcado pela saúde da população negra, que incluiria “as doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra. (WERNECK, 2016, p. 537).

Iniciou-se assim, a proposta de construção de uma política nacional que deveria incluir as seguintes questões: produção do conhecimento científico, capacitação dos profissionais de saúde e informação da população e atenção à saúde (WERNECK, 2016, p.538). A partir de 2003, outras iniciativas foram essenciais para a consolidação de propostas nas áreas da saúde e educação, como a instituição da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD), em 2004, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) (GOMES, 2011). Com relação à saúde, destacam-se os seguintes acontecimentos:

a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2003 (formalizado em 2004 através da Portaria nº 2.632/2004), instância consultiva vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com papel de assessorá-lo; a organização do I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006); a inserção da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde (especialmente a partir da 11ª Conferência realizada em 2000 e as subsequentes); e a criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, após 68 anos de existência desse conselho. A participação da representação negra no CNS permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006. (WERNECK, 2016, p. 538).

Na terceira edição do documento da Política Nacional de Saúde da População Negra (BRASIL, 2017) foram introduzidos a portaria nº 344 de 2017, que aborda o preenchimento quesito raça/cor, assim como um panorama da saúde da população negra no que se refere a acesso aos serviços, saúde da mulher negra, juventude negra e discriminações nos serviços de saúde. O documento apresenta algumas informações a partir da divulgação de dados do IBGE concernentes ao aumento de pessoas no Brasil que se declaram negras, à desigualdade que ainda é expressiva nesse segmento populacional, à situação de trabalho e renda e, também, ao acesso ao ensino superior.

A PNSIPN (2017) destacou que a população negra é a maioria do público atendido pelo SUS (BRASIL, 2017; WERNECK, 2016), e, partir dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), constatou “a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde” (BRASIL, 2017, p. 15). Alguns desses aspectos são observados quando as mulheres negras e de menor escolaridade tiverem menor acesso à realização do exame de mamografia ou quando as mulheres negras e indígenas tiveram um menor número de consultas de pré-natal e maiores taxas de detecção de sífilis. Também são observados em relação à mortalidade materna, uma vez que, em 2012, 60 % dos óbitos foram de mulheres negras. Antes de explorar o texto

da PNSIPN, o documento fez a seguinte contextualização, evidenciando aspectos que devem ser mencionados na temática da saúde da população negra:

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (BRASIL, 2017, p. 23).

No Capítulo I da política são apresentados os princípios gerais que a regem, reafirmando os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade da atenção, a igualdade da atenção à saúde e a descentralização político-administrativa, bem como a participação da comunidade. A PNSIPN dá destaque para a equidade em saúde, conforme destaca o trecho:

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela lei nº 10.678/2003, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (BRASIL, 2017, p. 31).

A política considera a equidade racial como um movimento para “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, 2017, p. 31). A equidade deve ser trabalhada norteando as políticas de saúde e, dessa forma, a dimensão étnico-racial deve “ser parte de uma agenda nacional de políticas públicas orientada para a não discriminação e o respeito à diversidade da sociedade brasileira” (MONTEIRO, 2010, p. 148).

Quando me refiro à equidade racial em saúde, entendo que ela deve ser inserida no SUS por meio de algumas estratégias apresentadas nas diretrizes da PNSIPN:

As diretrizes da política abordam a necessidade de incluir a temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde e no exercício do controle social, na ampliação do movimento negro nas instâncias de controle social do SUS, em incentivos à produção de conhecimentos no campo, em reconhecimento de saberes populares, destacando-se aqueles das religiões de matriz africana, monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo e redução das desigualdades raciais em saúde e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que fortaleçam a identidade negra positiva e contribua para a redução das vulnerabilidades. (TRAD *et al*, 2012, p. 188).

Seu objetivo geral ainda indica que a PNSIPN deve “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009a, p. 31). Com relação à forma de operacionalização da PNSIPN nos estados e municípios, Daniela Marques Silva

(2017) fez um detalhamento sobre os Planos Operativos de 2008-2011 e de 2013-2015. Esses planos servem para instrumentalizá-la na prática, como destaca a autora ao explicar que as ações cotadas no plano “são possíveis de serem executadas por meio da utilização de financiamento previsto no orçamento ou que já foram pactuadas nas demais políticas de saúde das áreas respectivas do Ministério da Saúde” (SILVA, 2013, p. 43).

Sobre o primeiro Plano, Silva afirma que suas ações foram operacionalizadas por meio de fases, para as quais se estabeleceram metas específicas para um prazo de dois anos, articuladas de tal maneira que a primeira fase alcançasse condições necessárias para a consecução dos objetivos específicos da política (SILVA, 2017, p. 44). Nele, estavam definidos dois eixos incluindo ações e metas “que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade em saúde que acomete a população negra” (BRASIL, 2009b, p. 3).

O primeiro eixo seria “Raça negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social” e o segundo; “Morbidade e Mortalidade na População Negra”. Para cada um foram definidas ações, estratégias de operacionalização, recursos financeiros, indicadores e metas. Apesar dos avanços iniciais da sua implementação, a autora destaca algumas fragilidades:

Apesar das avaliações não conclusivas, no ano de 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE, (área meio responsável por coordenar a implementação da PNSIPN e por seu fomento ideológico, especialmente junto aos estados e municípios), apontou avanços como a instituição de legislação e normalização referente a saúde da população negra; maior participação do movimento negro e controle social; instituição de Comitês Técnicos, Áreas Técnicas Comissões e afins; lançamento de publicações; além de realização de eventos e capacitações. Todavia, elencou como desafios permanentes a realização de Campanha Nacional de Enfrentamento ao Racismo Institucional no SUS; implantação do Quesito Raça/Cor; estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN; e ampliação da participação e controle social dos movimentos negros. Existe uma fragilidade incontestável na institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que se percebe na não aplicação de metas diferenciadas, as quais se debruçam sobre as disparidades raciais e aos indicadores desagregados por raça/cor. (SILVA, 2017, p. 47).

O segundo Plano Operativo (2013-2015), por sua vez, tinha como eixos: acesso da população negra às redes de atenção à saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente em saúde e produção de conhecimento em saúde da população negra; fortalecimento da participação e do controle social, bem como monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra. A sua construção reuniu atores do Ministério da Saúde, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) e da SEPPIR (SILVA, 2017).

O terceiro Plano (2017-2019), finalmente, tinha como objetivo

estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, 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, para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe, bem como para a promoção da qualidade de vida de brasileiras e brasileiros (BRASIL, 2017, p. 41).

Destacam-se algumas competências das instâncias federativas, que são enfatizadas no III Plano, como do MS, com o estabelecimento de instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPN e publicação do Relatório Anual Sistematizado da situação de saúde da população negra. No âmbito estadual, municipal e distrital, estão incluídas responsabilidades para promoção das estratégias e monitoramento das ações estabelecidas no Plano.

Antes de seguir, é importante recapitular que, até o momento, resgatei as contribuições do movimento negro para o entendimento referente à equidade racial, o que se fez por meio da apresentação desses elementos a partir da PNSIPN. Para finalizar esta seção, é preciso destacar o atual contexto brasileiro e estruturação do Ministério da Saúde no que diz respeito às políticas de equidade.

Após a posse do atual presidente do Brasil, o Ministério da Saúde passou por uma reestruturação organizacional, por meio do Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019. Dessa forma, extinguiu-se a Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa, que era a principal responsável pelas Políticas de Equidade, e criou-se a Secretaria de Atenção Primária (SAPS). À SAPS vincula-se uma Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária (CGGAP), que, por sua vez, abriga uma Coordenação de Garantia da Equidade.

Apesar disso, o único momento em que o decreto menciona o que deve ser o objetivo da coordenação é no inciso VI, que diz que compete à SAPS “fomentar a implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, de forma a acolher e articular as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde para a superação de desigualdades e vulnerabilidades sociais” (BRASIL, 2019, p. 12). O que deve ser destacado é que, enquanto há na estrutura organizacional a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com competências definidas, o mesmo não é observado na Coordenação de Garantia da Equidade, sobre as outras políticas.

É preocupante que, mesmo com a manutenção da SESAI, os direitos dos povos indígenas tenham sido fortemente atacados por parte do governo, que manteve a secretaria, mas que em suas ações tem reproduzido práticas coloniais perversas. Ao longo deste trabalho aprofundarei as discussões sobre os aspectos do contexto social e político brasileiro e os

reflexos que as medidas do atual governo têm na saúde e na educação (FARIAS, 2019; BRAVO; ANDREAZZI, 2019; MIGUEL, 2016).

A partir da diversidade de entendimentos no que se refere à equidade racial, a definição que adoto aqui tem como base a PNSIPN para instrumentalizar o processo de realização das oficinas com os participantes da pesquisa.

Finalmente, relembro que esta seção inicial teve por objetivo apresentar o meu local de fala enquanto mulher negra e pesquisadora implicada, que adoto uma postura ético-política que orienta a minha visão de mundo, a partir dos ensinamentos de mulheres negras e suas contribuições no feminismo negro. Sendo assim, foi necessário refletir sobre a construção das estruturas do conhecimento e sobre como sua validação tem sido feita, sobretudo, a partir das universidades. O pensamento feminista negro guiará as análises que seguirão ao longo da dissertação, tendo em vista a sua potencialidade e legitimidade para contrapor essas “verdades” hegemônicas e de entendimento de como as relações de poder têm gerado opressões interseccionais em setores como Saúde e Educação. Ademais, foi central neste momento apresentar as interfaces da equidade racial na saúde e na educação, considerando a formação de profissionais para o SUS, que é um campo intersetorial, além de identificar experiências que têm considerado a questão racial como relevante para a formação e atuação desses futuros profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do estudo e referencial metodológico

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, tipologia que, de acordo Bridget *et al* (2014), busca explorar o “como” e o “porquê” de questões que estão relacionadas a fenômenos sociais, incluindo o entendimento dos significados das perspectivas dos participantes dessas pesquisas, como, por exemplo, de que maneira eles interpretam ou entendem um evento ou ação, ou como entendem a natureza e/ou influências do contexto em torno de eventos e ações. Podem ser utilizadas aproximações como etnografia, fenomenologia, análise do discurso, estudo de caso e teoria fundamentada, assim como metodologias como entrevistas, grupos focais, observações, análise documental, entre outras.

Para Minayo e Sanches (1993, p. 445), o objeto da abordagem qualitativa reside no “nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana”. Essa aproximação, portanto, é utilizada para a compreensão de fenômenos e das relações sociais. O uso dessa abordagem justifica-se pois o presente estudo envolveu discussões sobre as relações raciais no Brasil, considerando como essas relações estão pautadas na construção de um mito da democracia racial que mascara as dimensões do racismo e dificultam sua discussão na sociedade. Isso porque, como afirma Werneck (2016, p. 541), o racismo “penetra os diferentes campos da vida social e produz seus resultados”.

Outra justificativa refere-se à relevância social da pesquisa, que está baseada na equidade como um princípio doutrinário do SUS, considerando que ela é “estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 16) e, ainda, “levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 16). Defende-se a saúde da população negra enquanto campo de pesquisa destacando cinco aspectos:

pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, 2016, p. 539).

Esta abordagem metodológica também pode ser compreendida como do tipo pesquisa-intervenção, pois “entende-se que o processo de pesquisa, inevitavelmente, provoca

transformações e mobiliza forças no campo investigado, incluindo-se nele o próprio pesquisador” (PAULON *et al*, 2015, p. 143). Insere-se, ainda, na noção de que “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio objeto, constituir-se no caminho” (BARROS; PASSOS, 2007, p. 17).

A pesquisa-intervenção tem “um caráter participativo aumentando o grau de horizontalidade na relação de forças que permeia este campo, assim como uma maior apropriação e circulação de informações entre os diferentes atores envolvidos” (PAULON *et al*, 2015, p. 144). Assim, à luz das contribuições de mulheres negras e do feminismo negro, indo ao encontro da pesquisa-intervenção, a pesquisa buscou apoio teórico nesses para melhor compreender a complexidade da equidade racial em contexto brasileiro.

Considerando a característica do estudo como pesquisa-intervenção, ele foi construído indo além da mera inclusão dos participantes no cenário estabelecido. Houve posicionamento de uma pesquisadora implicada “que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador” (COIMBRA, 1995, p. 66). Já o compromisso ético-político da pesquisa considerou a grupalidade como essencial na construção das decisões a serem tomadas, como afirmam Rosilda Mendes e demais autoras (2016):

Trata-se de se constituir uma grupalidade para além das dicotomias e hierarquias que hegemonicamente regem as relações institucionais e intersubjetivas no âmbito da saúde, sobrepujando as fronteiras preestabelecidas das disciplinas e dos saberes dos participantes da pesquisa para que, coletivamente, seja possível compreender a complexidade da realidade investigada (MENDES *et al*, 2016, p. 1739).

A pesquisa-intervenção parte da crítica da forma de pesquisar a partir da dita “modernidade”, pois essa forma se baseia em uma primazia da racionalidade, de uma lógica reducionista, de uma negação da complexidade da realidade e da sua fragmentação, e da não interação de disciplinas. A pesquisa-intervenção necessita de compromisso social e político com a realidade com a qual se está trabalhando, resultando em uma co-produção/transformação tanto daquele que está se propondo a conhecer a realidade, quanto daquele que é conhecido (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). Uma das diferenciações é que nela não há uma coleta de dados, mas sim uma produção de dados, o que significa que “os dados são produzidos pelos diferentes dispositivos e por diferentes estratégias de pesquisa que fazem ver, ou que fazem perceber, e que fazem falar” (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016, p. 1742). Dessa forma, a grupalidade enquanto dispositivo proporcionou análises coletivas do tema estudado, tendo em vista “a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e

potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 64), a partir do ato de pesquisar “com”.

3.2 Percurso metodológico

A primeira etapa do estudo constituiu-se em uma análise documental de conteúdo, que “consistente em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 215). Os dados foram oriundos da identificação de disciplinas que, de acordo com os projetos político-pedagógicos dos cursos (PPC) de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina, incluíssem explicitamente a equidade racial, sendo descritos: o número de disciplinas, distribuição de disciplinas por semestre, conteúdos abordados, metodologias e cenários de práticas.

Os conteúdos para a análise documental foram acessados no site oficial da universidade de forma pública e gratuita. Inicialmente foi realizada a leitura dos PPCs para identificar as possíveis disciplinas; em seguida, foi feita a busca das disciplinas no sistema Matrícula Web da UnB, para leitura das ementas, e, por fim, foi feita a análise do programa de ensino-aprendizagem das disciplinas identificadas. Tanto os PPCs quanto as disciplinas do Matrícula Web estavam disponibilizadas no site dos cursos, porém, para acessar os programas de ensino-aprendizagem, foi necessário entrar em contato com os departamentos dos cursos e solicitar o compartilhamento com alunos que cursavam as disciplinas no semestre. As disciplinas, ofertadas no primeiro semestre de 2019, foram analisadas nos meses de junho e julho do mesmo ano.

A segunda etapa ocorreu mediante a realização de duas oficinas com os NDE dos respectivos cursos mencionados. As oficinas foram construídas de acordo com Spink e demais (2014) e tiveram em seu planejamento inicial duas etapas com cada um dos NDE: a primeira para investigar a visão sobre a implementação da equidade racial e a segunda para fazer a devolutiva dos principais elementos do primeiro e encontro, validar o material construído e delinear uma proposta de plano de ação. A segunda etapa ocorreu apenas com o NDE do curso de Medicina. Houve gravação e transcrição de áudio com o auxílio de um computador, fone de ouvido, do Programa *Windows Media Player* e do editor de texto *Microsoft Office Word*.

Atendendo aos critérios de qualidade para pesquisa qualitativa (BRIDGET *et al*, 2014), após transcrição e leitura do material, realizou-se uma categorização seguida por aprimoramento nas orientações conjuntas entre orientadora e estudantes de PIBIC, bem como validação do processo de categorização e reflexões conceituais e metodológicas no Grupo de

Pesquisa Promoção e Equidade em Saúde, com participação de docentes de diferentes universidades, docentes em pós-doutoramento e estudantes de doutorado, mestrado, e graduação. Sendo assim, a caminhada não se deu de forma solitária, mas, com apoio coletivo.

O critério de inclusão dos participantes das oficinas é que fossem membros do NDE⁵, pois eles compõem “um grupo de docentes com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso” (BRASIL, 2010d, p. 1). Também foi considerada a relevância da “construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 64).

A relação pesquisadora implicada-participantes foi construída continuamente, considerando o diálogo como central em todo o processo de pesquisa. Por esse motivo as oficinas foram escolhidas como estratégia metodológica, tendo em vista o fato de possibilitarem relações não hierárquicas e participativas. Foi proposto um produto ao final de cada oficina, para que tivesse significado a partir das observações, demandas, e conflitos surgidos ao longo do processo, para que assim, já na primeira oficina, fosse possível gerar um retorno aos participantes.

A primeira oficina teve como objetivo investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da equidade racial nos cursos de graduação em saúde e foi composta pela seguinte estrutura:

- **Aquecimento:** cada participante falou o nome, área de atuação no curso, tempo de participação no NDE e completou a seguinte sentença: “Pra mim, equidade racial é...”;
- **Desenvolvimento:** cada um respondeu em tarjetas à seguinte pergunta: “Considerando o contexto da reorientação da formação profissional em saúde, como você percebe a inserção da equidade racial (com foco na população negra) na formação do curso em que atua?”. Em seguida, houve leitura coletiva do produto com mediação a partir das questões norteadoras: “Qual a relevância da inserção dessa temática na formação no curso em que você atua? Algum de vocês tem trabalhado com a temática em sala de aula ou em outros espaços? Se trabalha, como percebe a recepção dos alunos sobre a temática?”;

⁵ O NDE é constituído por um grupo de 8 a 15 professores do quadro de cada departamento.

- **Momento 2:** foi apresentada a matriz de análise das disciplinas que de acordo com os PPCs e com os programas de ensino-aprendizagem das disciplinas, incluem equidade racial;
- **Avaliação da oficina:** pergunta feita aos participantes: “você consideram que podemos e devemos fazer um plano de ação para avançar na implementação da equidade racial no curso em que atuam?”.

A segunda oficina, que teve como objetivo validar o material construído na primeira oficina e delinear coletivamente uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser inserida no curso de Medicina, foi estruturada da seguinte forma:

- **Aquecimento:** foi pedido que os participantes ficassem dispostos em dois grupos para que a professora 2 e o membro do Centro Acadêmico – que participaram da primeira oficina –, pudessem lembrar e explicar para as outras participantes como ocorreu o desenvolvimento da primeira oficina e quais foram os principais debates realizados. Como material de apoio foi distribuído um consolidado das principais discussões que emergiram na oficina 1. O objetivo foi que os participantes validassem o consolidado, ficando livres para acrescentar, tirar dúvidas ou retirar algo registrado. Para auxiliar o aquecimento, entregamos – Marina, Bianca e eu – um documento com o consolidado registrado da oficina, destacando o objetivo de cada momento – aquecimento, desenvolvimento e avaliação – e apresentando a síntese de sete das oito categorias de análise. A categoria “estratégias para o plano de ação” foi objeto do desenvolvimento da oficina, sendo compartilhada a partir do que emergiu na oficina 1 e orientando o plano de ação. Após o momento inicial do aquecimento, retomamos o grande grupo para validar o material sintetizado passando por cada categoria de análise dialogando sobre as principais questões registradas e em seguida tiramos dúvidas das professoras que participavam da oficina pela primeira vez a respeito da condução e validando o material com o coletivo.
- **Desenvolvimento:** construção coletiva de uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser inserida nos cursos de graduação em saúde. Foi explicado aos participantes que a partir do que eles compartilharam no primeiro encontro havia sido possível identificar algumas estratégias para a implementação da equidade racial no curso e construção desse plano de ação. Em seguida, foi apresentada a sistematização como ponto de partida. Essas estratégias foram discutidas coletivamente. A construção do plano foi feita seguindo quatro etapas: a) principais estratégias; b) possíveis

metodologias; c) momento do curso; d) responsáveis; e) parceiros. Foi orientado que cada participante individualmente escrevesse nas tarjetas, a partir do que foi discutido, propostas, ideias e desejos de como a equidade racial poderia ser inserida na formação dos profissionais de saúde a partir dos quatro eixos indicados no papel pardo. Após a colagem, foi feita leitura coletiva do produto.

- **Avaliação da oficina:** foi distribuído um instrumento de avaliação em que cada participante deveria responder às seguintes questões: “foi possível compreender o que é equidade racial?”; “foi possível identificar formas de inserção da equidade racial na formação em saúde?”; “foi possível identificar estratégias de como o NDE pode contribuir com essa inserção?”. Ao final, foi proposta a dinâmica do cartão postal, com distribuição de cartões com imagens de personalidades negras e de marcos significativos para a população negra para a equidade racial no Brasil. Finalmente, a seguinte pergunta foi feita para os participantes da oficina: “saindo daqui, como você se compromete para contribuir na sua prática para a implementação da equidade racial no curso em que atua?”.

A análise dos dados produzida nas oficinas foi do tipo análise de conteúdo temática simples e teve como etapas: leitura flutuante; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação; análise temática das unidades de registro; análise categorial do texto; tratamento e apresentação dos resultados; discussão dos resultados e retorno aos participantes do estudo (OLIVEIRA, 2008).

A partir da análise, o material foi organizado seguindo as seguintes categorias previamente definidas: visão de equidade racial; situação da implementação; resposta/interesse dos estudantes; fatores críticos – o que facilita e o que dificulta; estratégias para o plano de ação e motivações/justificativas para ensinar a equidade. Três categorias emergiram durante a realização da oficina: vivência de docentes negros; ações afirmativas e branquitude na medicina. Em seguida, foi realizada a análise com base nas divergências, convergências e singularidades do conteúdo produzido.

Na primeira oficina, participaram duas professoras do curso de Saúde Coletiva, quatro do curso de Enfermagem e sete do curso de Medicina (sendo um discente e um técnico em assuntos educacionais), totalizando 13 participantes. Na segunda oficina, com o NDE do curso de Medicina, houve participação de cinco integrantes, sendo que uma professora e o representante do Centro Acadêmico também participaram da primeira oficina. Três professoras participaram da oficina pela primeira vez. Dos 16 participantes, 9 se autodeclararam brancos;

5 pardos; 1 preto e 1 não declarou, sendo 11 mulheres e 5 homens. As oficinas ocorreram entre os meses de setembro de 2019 e março de 2020.

Neste trabalho, os participantes não serão identificados por seus nomes por uma questão de confidencialidade. Quando houver a necessidade de menção a um participante específico, esse será identificado por um número, como, por exemplo, “Professora 1” ou “Professora 2”. Esses termos, quando oportuno, poderão ser abreviados para “P1”, “P2”, “P3” e assim sucessivamente.

3.3 Contexto da Universidade de Brasília e das faculdades de Ciências da Saúde e Medicina

Helena Bomeny (2016) abordou a criação da UnB e destacou o protagonismo de Darcy Ribeiro nessa construção. Juntamente com a construção da nova capital do país, foi pensada a criação da universidade idealizada por Darcy Ribeiro, “uma universidade modelo, à frente de seu tempo, inovadora, sintonizada com ares de refundação do país” (RIBEIRO 2016, p. 1004). Criada pela lei n. 3.998, de 15 de dezembro de 1961, a UnB foi finalmente inaugurada em 21 de abril de 1962

Outro ator que contribuiu para a sua construção foi o educador Anísio Teixeira que trabalhou em conjunto com Darcy Ribeiro. Como relembra Bomeny,

A UnB começou a funcionar no dia 9 abril de 1962, graças a Anísio Teixeira, que conseguiu duas coisas importantes: salas emprestadas pelo Ministério da Educação e verbas de emergência. Os primeiros cursos foram reunidos em três grupos chamados “cursos troncos”: letras brasileiras, coordenado por Cyro dos Anjos, que deu origem ao futuro Instituto Central de Letras; administração, direito e economia, coordenado por Victor Nunes Leal, germen do Instituto Central de Ciências Humanas; arquitetura e urbanismo, iniciado por Alcides da Rocha Miranda, posteriormente dividido em Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, coordenada por Oscar Niemeyer, e Instituto Central de Artes, coordenado pelo próprio Rocha Miranda (BOMENY, 2016, p. 1015).

A autora resgata alguns acontecimentos marcantes da universidade, como o golpe militar de 1964:

O Golpe de 1964 trouxe anos difíceis para a UnB. Mais perto, no epicentro do poder, a instituição foi das mais atingidas pela ação da repressão. Perseguição a professores e a estudantes acabou sendo rotina, alterando a vida universitária de forma aguda. A primeira invasão aconteceu em 9 de abril de 1964. O reitor e o vice-reitor, Anísio Teixeira e Almir de Castro, respectivamente, foram surpreendidos por tropas do Exército e por policiais de Minas Gerais. Há informações de que os militares invadiram salas de aula, revistaram estudantes, buscavam armas e materiais de propaganda subversiva; procuravam 12 professores que deveriam ser detidos e interrogados; interditaram a biblioteca e as salas de trabalho dos professores. Depois desta invasão, Tanto Anísio Teixeira como Almir de Castro foram demitidos (BOMENY, 2016, p. 1021).

Como resposta, o movimento estudantil se organizou em protesto frente à morte do estudante Edson Luís de Lima Souto, morto pelos militares no Rio de Janeiro, e pelo desaparecimento do líder estudantil Honestino Guimarães, desaparecido após invasão dos militares na UnB. Trazendo mais elementos sobre a criação da UnB, Adelia Miglievich-Ribeiro (2017), destaca que

No projeto da UnB, era enaltecido seu compromisso com a solução dos problemas nacionais e à missão de capacitar em nível de “primeiro mundo” os estudantes, somando-se a isto o empenho em sua formação cidadã. A exemplo, a Faculdade de Ciências Médicas havia sido estruturada, nas palavras de seu diretor, Dr. Antonio Marcio Lisboa, com proposições revolucionárias para formar um profissional capaz de atender às necessidades básicas de saúde da população – promoção, prevenção, recuperação, reabilitação – em diferentes níveis de atenção – primária (domiciliar, postos e centros de saúde), secundária (hospitais comunitários), e terciária (hospitais especializados e maternidades). Visava-se à formação integral, na unidade entre teoria e prática, em antagonismo à fragmentação do ensino provocada pela existência de inúmeras disciplinas apresentadas como isoladas e autossuficientes. A visão holística do ser humano e do paciente implicava o compromisso do médico também com as famílias e a comunidade (MIGLIEVICH-RIBEIRO, 2017, p. 516).

A autora destaca ainda que a autonomia universitária era um dos pilares da construção da UnB, juntamente com o ensino, pesquisa e extensão. Como idealizado por Darcy Ribeiro, o papel da universidade indissociava-se da criação de uma consciência crítica (MIGLIEVICH-RIBEIRO, 2017).

Durante o período do golpe militar, em 1969, aconteceu a dita reforma universitária, que, segundo Ribeiro (2017, p. 603), “fixava as normas de organização e funcionamento do Ensino Superior”. Darcy Ribeiro pensava em um projeto de universidade diferente das já existentes no país. Seria assim, uma “universidade integral, com cursos de graduação e pós-graduação (XAVIER, p. 679). A autora também resgata o pensamento de Anísio Teixeira sobre a “reforma do ensino superior” de 1968, já que ele não acreditava que essa mudança melhoraria a universidade brasileira, principalmente pela forma a qual estava sendo feita.

Com o período de redemocratização, o primeiro reitor foi eleito pela comunidade universitária em 1984, e a universidade “viu-se diante do desafio de se libertar do conservadorismo e retomar o status de instituição vanguarda” (UNB, 2020). Algumas das providências tomadas foram “a liberação da capacidade criativa de alunos e professores; quebrar a hierarquia entre as áreas do conhecimento e revitalizar o ensino, a pesquisa e a extensão” (UNB, 2020). Houve ampliação do semestre letivo, ampliação de salas de aula, aumento do número de vagas e aumento das disciplinas, aumento do número de professores; criação do primeiro curso noturno, entre outras medidas.

Outros marcos importantes merecem destaque na história da Universidade, como destacado no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI 2018–2022): para tornar mais

democrático o acesso à universidade, em 1995 foi criado o Programa de Avaliação Seriada (PAS); em 2004, deu-se a introdução do sistema de cotas para negros e inclusão de processo específico para membros de comunidades indígenas, “assumindo seu papel na luta por um projeto de combate ao racismo e à exclusão social” (UNB, 2018, p. 33)”; o período de 2003 a 2010 foi marcado pelo Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni).

Atualmente conta com quatro *campi* – Darcy Ribeiro, Faculdade UnB Planaltina (FUP), Faculdade de Ceilândia (FCE) e Faculdade do Gama (FGA) –, e tem como visão fortalecer o ensino, a pesquisa e a extensão (PDI). Possui 138 cursos de graduação, 91 de mestrado, 69 de doutorado e 13 de especialização (ANUÁRIO, 2019), 2.573 professores e mais de 50 mil alunos.

Destaca-se que a Universidade de Brasília, por meio da Diretoria da Diversidade, ligada ao Decanato de Assuntos Comunitários, tem se preocupado com a promoção dos direitos humanos no âmbito universitário. A DIV tem por objetivo “propor, desenvolver e garantir políticas educacionais e institucionais de enfrentamento às desigualdades, opressões e preconceitos contra mulheres, pessoas LGBT, negras e negros e indígenas”, portanto, considera-se essencial essa iniciativa para o desenvolvimento da pesquisa realizada.

3.3.1 Os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva

O projeto político-pedagógico do curso de Medicina resgata a criação do curso de graduação em 1966, na então Faculdade de Ciências Médicas (FCM), que em 1975 foi denominada Faculdade de Ciências da Saúde (FS), integrando os cursos de Medicina, Enfermagem (1975), Nutrição (1975), Educação Física (1975), Odontologia (1980) e Farmácia (1996). O curso de Educação Física foi transformado em faculdade e o mesmo ocorreu com o curso de Medicina, em 1999. O mais novo curso da FS, Saúde Coletiva, foi criado em 2010 (UNB, 2015; CARDOSO; DYTZ, 2008).

Desde sua criação, o curso de Medicina passou por algumas mudanças curriculares, destacando-se a renovação do projeto acadêmico-pedagógico no início dos anos 2000, para atender às normativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) publicadas pela Resolução nº 4 de 2001. As DCN também marcam orientações para os cursos de Enfermagem e Nutrição, assim como os outros cursos de graduação em Saúde também tiveram suas DCN estabelecidas ao longo da década. As DCN de 2001 foram publicadas para atender demandas como “a) habilitação do egresso para atendimento em nível de atenção primária; b) melhor

qualificação do egresso para prestação de serviços requeridos pela sociedade” (UNB, 2015, p. 10), além de alinhar a formação de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, foram lançados programas de adequação a essas mudanças, como o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com integração ensino-serviço-comunidade na regional de saúde das cidades de Paranoá/Itapoã, e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde).

Em 2011 foi criado o Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina (NDE), em conformidade com a Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, que passou a ter entre suas atribuições a revisão do projeto pedagógico do curso e a continuidade das atividades da reformulação curricular (UNB, 2015, p. 23). Desde então, o NDE realiza oficinas de trabalho envolvendo as revisões do PPC e da reforma curricular.

Tanto a FS quanto a FM passaram por processos de reforma curricular e tiveram assessoramento pedagógico com recursos do Pró-Saúde 2. No curso de Medicina, a oficina de reformulação curricular ocorreu no NDE em 2014 e envolveu participação ativa dos discentes.

O curso de Enfermagem passou por reestruturações curriculares desde 1979, mas destacam-se a reestruturação de 2010 e o PPC de 2017. Esse último, criado em 2012 para a consolidação do PPC, apresenta o NDE, “constituído por professores do curso e a coordenação pedagógica [que] acompanham o desenvolvimento da proposta curricular e junto com o Colegiado do curso promovem a permanente formação e implementação de estratégias e práticas pedagógicas” (UNB, 2017, p. 10). Desde 2006, o curso também conta com grupo de trabalho para acompanhamento e condução da implementação do PPC. Sendo assim,

As oficinas de trabalho tiveram continuidade após a implantação do currículo atual e com a instalação do NDE em 2012 as reuniões passaram a ser mais intensificadas, com a organização de oficinas e a participação de convidados externos na condução dos trabalhos. Atualmente, está em discussão a reforma das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem e o NDE tem conduzido, no âmbito do curso, uma reflexão sobre a proposta e a adequação desta, ao projeto pedagógico atual do curso. Foram realizados ao longo de 2015, 2016, 2017 encontros do NDE com o coletivo de professores e centro acadêmico para analisar a proposta pedagógica do curso. Assim como, a Faculdade de Saúde, tem promovido encontros com os NDEs dos cursos visando a integração das propostas pedagógicas (PPC, 2017, p. 105).

O curso de Saúde Coletiva teve o ingresso da primeira turma no primeiro semestre de 2010 e o seu PPC é uma construção conjunta entre o Departamento de Saúde Coletiva (DSC), o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/CEAM) e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em

Bioética (NEPeB/CEAM). Destaca-se também a criação de outros cursos de Saúde Coletiva pelo Brasil a partir de 2009, formando sanitaristas.

No curso da UnB, a orientação teórica está fundamentada a partir dos princípios da educação, a saúde em sua dimensão ampliada, o processo saúde-doença, a atenção à saúde com base nos princípios que orientam o SUS, o cuidado humano, o processo permanente de formação, EAD e novas tecnologias e, finalmente, a gestão estratégica em saúde. Vale sublinhar, ainda, que o NDE do curso, juntamente com o colegiado, integra o sistema de acompanhamento e avaliação do PPC. O regulamento do NDE, no artigo 2º, define o seu “caráter consultivo e propositivo, responsável pela consolidação, acompanhamento e avaliação, revisão e continua atualização do Projeto Pedagógico do Curso” (UNB, 2017, p. 70), sendo composto por oito professores representantes das áreas de epidemiologia, ciências sociais e humanas, política, planejamento e gestão.

Cabe destacar que no momento de realização das oficinas desta dissertação os NDEs de Saúde Coletiva e Enfermagem estavam em processo de recomposição dos membros e das presidências e, portanto, parte das dificuldades de realização das oficinas se deu por conta desse processo, pois o NDE estava em grande parte em reestruturação interna das suas atividades. O curso de Medicina estava em um momento de forte articulação, pois a reformulação curricular de 2015 ainda está em andamento e, durante a realização da pesquisa, os membros seguiam em implementação da primeira turma do novo currículo no estágio curricular obrigatório de formação em serviço-internato.

3.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, conforme número do parecer 3.387.638 (Anexo A). Os termos de consentimento livre e esclarecido das oficinas (Apêndice B) foram assinados por todos os participantes da pesquisa. Os riscos e benefícios foram explícitos nos TCLE.

4 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados da pesquisa a partir dos conteúdos da coprodução dos dados nas oficinas com os membros dos NDEs de acordo com a categorização mista “visão de equidade, situação de implementação no curso, resposta/interesse dos estudantes, ações afirmativas, vivência de docentes negros na docência; branquitude na medicina; fatores críticos e estratégias para o plano de ação”, considerando as etapas do estudo. Essa exposição é seguida por discussão apoiada na literatura.

4.1 Como a equidade racial está sendo implementada nos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina?

4.1.1 Visão de equidade racial

O aquecimento proposto tinha como objetivo conhecer os participantes da oficina 1 e fazer uma aproximação sobre o que cada um considerava como equidade racial, partindo das experiências e valorizando o conhecimento compartilhado, sem julgamento de valor ou imposição do que tem sido adotado como equidade racial na pesquisa.

No curso de Saúde Coletiva predominou a visão de equidade racial associada à intencionalidade das políticas, pois, segundo as participantes, elas podem modificar o grau das desigualdades sociais. Outra visão a entende como desdobramento do conceito de equidade, presente nos princípios do SUS, direcionada à justiça social. Dessa forma, na particularidade brasileira, como afirma a professora 2, a questão racial está relacionada a uma dívida histórica presente no país. No curso de Medicina, predominaram três visões sobre equidade racial: o debate sobre o que é equidade racial quando não há diferença entre as pessoas, equidade racial como forma de promover justiça social e, também, equidade relacionada à ideia de que todos são iguais.

No curso de Enfermagem, uma das visões associou equidade racial a igualdade, citando a Constituição Federal de 1988, no sentido de que todos devem ser tratados iguais sem distinção de raça e também que equidade racial é ter alunos negros no curso. A professora 2 trouxe a visão de que discutir “equidade é discutir toda a iniquidade no país de uma dívida de pelo menos quinhentos anos” e que, dessa forma, é preciso entender a determinação social sobre a saúde da população negra “e todo o peso histórico que é o acesso desigual de estrutura, de oportunidades,

que precisam ser definidas para a gente poder contribuir para construir essa equidade racial no tratamento, no atendimento, nas oportunidades, nas cotas...”. Ao encontro do que foi colocado, outros dois professores destacaram que oportunidades sejam garantidas para as pessoas que mais precisam e que essa questão deve ser pensada na perspectiva racial, oportunizando que tenham acesso a serviços como saúde e educação.

4.1.2 Situação da inserção da equidade racial no curso

No curso de Saúde Coletiva, as professoras apontaram que a forma com que o tema está sendo trabalhado na formação é sem ênfase específica, descontextualizada, não conectada com a realidade, abordada quando associada com as políticas de saúde e, também, de maneira implícita. A professora 1 um ressaltou que quando trabalhado em sala de aula, nem sempre há uma contextualização com o processo histórico da questão racial e que, dessa forma, o tema não fica conectado com a realidade. Nas palavras dela: “a gente não consegue trazer o mundo lá de fora para dentro da discussão”, ainda que seja um tema emergente. Com relação ao estágio, a temática encontra-se incipiente, como afirma a professora 1, quando menciona que a equidade racial não tem estado tão presente nas pautas da formação.

O PPC de Saúde Coletiva traz a equidade como princípio que orienta a visão de mundo defendida na formação e acrescenta que as disciplinas de Seminários Integradores, Práticas Integradas e Estágios Supervisionados devem acontecer por meio de cooperação com a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do DF. Como disciplina optativa, o PPC mostra que a disciplina de Saúde Indígena deve abordar a temática da educação das relações étnico-raciais e que “em outras disciplinas do curso também são abordadas as relações étnico-raciais em suas diferentes interfaces com o campo da saúde” (UNB, 2019, p. 39).

Essas observações podem ser mais bem percebidas na análise das disciplinas identificadas e que abordam a temática. Na tabela 1 é possível visualizar quatro disciplinas obrigatórias do curso de Saúde Coletiva que incluem a equidade racial, sendo três ofertadas no primeiro semestre e uma no quarto.

Tabela 1 – Quantidade de disciplinas obrigatórias que incluem a equidade racial, por semestre, no curso de Saúde Coletiva da UnB, em 2019.

Semestre	Quantidade de disciplinas obrigatórias
1º	3
2º	-
3º	-
4º	1
5º	-
6º	-
7º	-
8º	-
9º	-
10º	-
11º	-
12º	-
Total	4

Fonte: a autora⁶.

Analisando o Programa de Ensino-Aprendizagem da disciplina Ciências Sociais em Saúde, foi possível identificar a inserção da temática no Eixo III do Conteúdo Programático, denominado “Marcadores sociais da diferença”, no item B “Gênero/sexualidade; raça/etnia, deficiência e classe social como determinantes importantes no processo saúde-doença”, sendo que três referências bibliográficas indicadas explicitavam a temática.

A disciplina de Introdução à Bioética abordou a temática a partir da discussão sobre “atenção à Saúde e conflitos éticos em contextos de interculturalidade, Responsabilidade social e saúde”, especificamente com um texto de Marcia Raymundo (2013), que enfatiza a necessidade de a saúde reconhecer as particularidades dos seus usuários, fazendo também uma discussão sobre as identidades, diferenças, discursos e práticas discriminatórias que contribuíram para a construção disseminação de um racismo biológico.

⁶ Com base no PPC do curso de Saúde Coletiva (UNB, 2019) e programas de ensino-aprendizagem oficiais das disciplinas (2019).

A disciplina de Políticas Públicas em Saúde abordou no eixo SUS: “desafios e perspectivas a PNSIPN, na distribuição de seminários, com a utilização de um roteiro de análise da política, a ser realizada pelos alunos em grupos.”

No quarto semestre, a disciplina Gestão Estratégica, Participação e Controle Social em Saúde trouxe a temática dos movimentos sociais no século XXI, destacando o protagonismo dos movimentos na conquista de políticas, como por exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que está associada com o histórico do movimento negro e atuação no SUS.

Com relação às disciplinas optativas, a disciplina Ambiente, Saúde e Trabalho teve com um dos objetivos específicos “compreender as implicações do modelo de desenvolvimento para a saúde, o ambiente e o trabalho em situações de conflito, racismo e injustiça ambiental”; a disciplina Bioética e Saúde Pública trouxe o tema racismo e saúde com referência de Werneck (2016) para auxiliar na aula. Destaca-se, ainda, a disciplina de Saúde Indígena, ofertada pelo Departamento de Saúde Coletiva desde 2012, que aborda os aspectos socioculturais e históricos “para compreender a necessidade de uma atenção específica e diferenciada à saúde desse segmento populacional”, e que é conduzida com protagonismo de estudantes e lideranças indígenas durante todos os semestres.

Adiante, o quadro 1 apresenta a quantidade de disciplinas que fazem o debate da equidade racial, por semestre, quantidade de créditos e carga horária total. No primeiro semestre, foram analisadas as disciplinas de Ciências Sociais em Saúde, Introdução à Bioética e Políticas Públicas em Saúde.

Quadro 1 – Distribuição de disciplinas por semestre, tipo, quantidade de créditos e carga horária total, que incluem a equidade racial no curso de Saúde Coletiva da UnB, ofertados pela FS e FM, em 2019.

DISCIPLINA	TIPO	SEM	CRED	CH TOTAL
Ciências sociais em saúde	OBR	1º	4	60
Introdução à bioética	OBR	1º	2	30
Políticas públicas de saúde	OBR	1º	4	60
Gestão estratégica, participação e controle social em saúde	OBR	4º	4	60
Ambiente, saúde e trabalho	OPT	-	4	60
Bioética e saúde pública	OPT	-	4	60
Saúde Indígena	OPT	-	4	60
Total de disciplinas: 7	14 OBR 12 OPT			

Fonte: a autora⁷.

⁷ Com base nos dados do Projeto Político Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva (2019) e programas de ensino-aprendizagem oficiais das disciplinas (2019).

Apesar da existência das quatro disciplinas obrigatórias e das três optativas no curso de Saúde Coletiva, esse quantitativo representa apenas 6,5% do total de créditos que devem ser cumpridos pelos estudantes ao longo da formação (215 créditos). As professoras mencionaram que há outras disciplinas que discutem a temática, mas esse dado não é possível de identificar-se explicitamente nos programas de ensino-aprendizagem, o que é um fator crítico, considerando o percentual que as disciplinas identificadas ocupam. Outra observação é que a inserção ou não da equidade racial nas disciplinas tem dependido do engajamento individual de alguns professores, o que significa que, dependendo do semestre, pode haver ou não continuidade dos temas abordados.

A professora 2 exemplificou a disciplina de Políticas Públicas em Saúde, cujo desenho foi constituído por ela. A professora, quando ministrava essa disciplina, elencou como primordial a discussão de algumas políticas, sempre havendo escolha dos alunos pela PNSIPN para ser trabalhada nos seminários. A professora apontou que, no plano de ensino analisado, o desenho inicialmente proposto foi mantido e a PNSIPN continuava sendo estudada pelos estudantes. Destacou a potencialidade de imersão que o estudo da política pode ter no cenário real, vivenciando como ela se operacionaliza. Outra observação feita é que quando uma pauta está sempre implícita, a sua discussão e relevância ficam tímidas e sem produção de significado na formação.

No curso de Medicina, a partir dos resultados da oficina, verificou-se, quanto à forma como a equidade racial está inserida, que não há equidade de fato nas abordagens; que a abordagem aparece sem foco específico para a população negra; que a temática é mencionada apenas como um princípio do SUS; apresenta foco mais assistencial e menos político; é apresentada falando mais sobre as desigualdades do que de equidade. Sobre o estágio dessa abordagem, pode-se dizer que ela está iniciada, mas não completa. Uma das reflexões feitas é se de fato o tema está sendo claramente abordado no currículo, pois, como afirma a professora 1, os professores estão limitados dentro da formação a partir de conteúdos e não têm trabalhado com nenhuma das dimensões da equidade. Apareceu na fala dos participantes que o curso de Medicina tem um foco mais assistencial e menos político, enfatizando os aspectos relacionados à anemia falciforme, doenças mais prevalentes, e que a população é vulnerável por determinantes genéticos e biológicos.

O PPC do curso de Medicina inseriu o tema nos eixos “Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade” e “Conhecimento de Si e do Outro”, destacando que, juntamente com

o internato, devem “garantir a integração e a interdisciplinaridade entre os conteúdos básicos e os aplicados, visando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais e ambientais” (UNB, 2015, p. 40).

As disciplinas envolvidas de acordo com o PPC são “Saúde, Ambiente e Sociedade”, “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Epidemiologia” e “Saúde da Família e Comunidade” 1, 2, 3, 4 e 5. No Eixo “Conhecimento de si e do outro” estão as disciplinas de Psicologia Médica de 1 a 8. No que se refere à obrigatoriedade exigida pelo Ministério da Educação (MEC), o PPC coloca que a Educação das Relações Étnico-Raciais é abordada em disciplinas optativas e nas disciplinas obrigatórias de Psicologia Médica 1 e Saúde, Ambiente e Sociedade.

Quando apresentada a análise das disciplinas, foi evidente que algumas, como Atenção Primária à Saúde (APS), trabalham a questão da competência cultural como princípio da APS, mas sem especificar diretamente o que significa dizer que um profissional tenha essa competência. A partir do percentual apresentado das disciplinas analisadas, os professores fizeram a reflexão de que ela é minoritariamente abordada e, quando é, não há o devido aprofundamento teórico necessário. A influência do novo currículo da Medicina foi mencionada, pois esse incluiu mais disciplinas práticas.

A fala do professor 3 explicitou que o curso tem falado mais de desigualdades do que de equidade, como pode ser visto no fragmento a seguir:

Eu acho que a gente fala mais sobre desigualdade racial em alguns momentos do que sobre equidade, né? Então, por exemplo, para abordar o tema aborto, quando a gente vai falar das leis que protegem o aborto e tudo o mais, né? A gente ressalta que principalmente as mulheres negras, pobres, são aquelas que mais morrem, né? Em procedimentos abortivos que não são contemplados pela nossa legislação, enquanto a branca, a rica e tudo o mais, ela procura clínicas especializadas, ela viaja para fora do Brasil, ela faz procedimentos assim (Professor 3).

O diferencial da oficina do curso de Medicina é que houve participação de um estudante que integra o Centro Acadêmico (CA) do curso, que estava no sétimo semestre e compartilhou que a inserção da equidade racial foi iniciada, mas não está completa. O estudante exemplificou que no semestre houve discussão em uma disciplina sobre minorias na medicina, na análise do programa da disciplina foi identificado um texto específico que falava sobre essas minorias, dentre as quais inseriam-se os estudantes negros. O discente identificou também que nas disciplinas de Medicina Social e Saúde da Família e Comunidade 3 houve uma aula sobre saúde da população negra, mas questionou se apenas uma aula seria suficiente para abordar o debate com a profundidade que demanda.

O quantitativo de disciplinas obrigatórias do curso de Medicina que incluem o tema em questão está demonstrado, para cada semestre, na tabela 2:

Tabela 2 – Quantidade de disciplinas obrigatórias que incluem a equidade racial, por semestre, no curso de Medicina da UnB, em 2019.

Semestre	Quantidade de disciplinas obrigatórias
1º	2
2º	-
3º	1
4º	1
5º	-
6º	1
7º	1
8º	-
9º	-
10º	-
11º	-
12º	-
Total	6

Fonte: a autora.⁸

A disciplina “Saúde, Ambiente e Sociedade” explicitou na ementa a educação para as relações étnico-raciais e também a determinação social em saúde. A disciplina “Psicologia Médica 1” explicitou a educação étnico-racial na ementa, na definição das habilidades cognitivas dos estudantes, especificando que eles devem compreender as relações entre gênero, etnia, ambiente e saúde; no conteúdo programático, envolvendo um convidado para abordar o tema em uma das aulas e, também, como parte da avaliação por meio de portfólio reflexivo de aprendizagem, escrito por todos os alunos. A disciplina “Saúde da Família e Comunidade 1” envolveu a temática em uma aula com exposição dialogada chamada “Sua Consulta tem cor? Sua consulta é heteronormativa? Debates sobre raça e gênero na consulta medica”.

A disciplina de Saúde da Família e Comunidade 3, por sua vez, enfatizou na introdução o pressuposto à reflexão crítica do aluno no curso de Medicina e com foco na atenção à saúde das populações vulneráveis. Nos objetivos específicos, destacou que o estudante deve ser capaz

⁸ Com base no projeto político-pedagógico do curso de Medicina (UNB, 2015) e programas de ensino-aprendizagem oficiais das disciplinas (2019).

de saber abordar a saúde da população negra, da população em situação de rua e da população privada de liberdade. Nas referências indicadas para abordagem do cuidado às populações vulneráveis foram identificadas leituras referentes à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, sobre óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros, conhecimentos necessários aos profissionais de saúde sobre as especificidades da população negra, assim como o Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia.

Na disciplina de Atenção Primária à Saúde (APS), foram definidas habilidades cognitivas (o que é preciso saber), procedimentais (saber fazer) e habilidades atitudinais (ser), nesta última especificando que os alunos devem “identificar e respeitar a diversidade cultural, étnica, racial e social e valorizar o saber popular”. A disciplina de Psicologia Médica 7 trouxe no conteúdo programático uma aula específica sobre “minorias na medicina”, como estudantes/médicos negros, com referência a um texto que aborda o contexto nos Estados Unidos da América.

Apenas uma disciplina optativa foi identificada, Ciências Sociais em Saúde, mencionada anteriormente por enfatizar a prática de saúde com foco nos determinantes sociais da saúde a partir das categorias de classe, gênero e raça/etnia. Porém, a disciplina é obrigatória para o curso de Saúde Coletiva e tem reserva de vagas para os alunos do curso, o que na prática impossibilita que os alunos do curso de Medicina possam cursá-la. No quadro 2, a distribuição dessas disciplinas é apresentada de forma sistematizada:

Quadro 2 – Distribuição de disciplinas por semestre, tipo, quantidade de créditos e carga horária total, que incluem a equidade racial no curso de Medicina da UnB, ofertados pela FS e FM, em 2019.

DISCIPLINA	DEPARTAMENTO		SEM	CRED	CH TOTAL
Saúde, Ambiente e Sociedade	FM	OBR	1º	4	60
Psicologia Médica 1	FM	OBR	1º	2	30
Atenção Primária à Saúde	FM	OBR	3º	4	60
Saúde de Família e Comunidade 1	FM	OBR	4º	4	60
Saúde de Família e Comunidade 3	FM	OBR	6º	4	60
Psicologia Médica 7	FM	OBR	7º	2	30
Ciências Sociais em Saúde	DSC - RESERVA PARA CURSO DE SAÚDE COLETIVA	OPT	-	4	60

Fonte: a autora⁹.

⁹ Elaborado com base no projeto político-pedagógico do curso de Medicina (UNB, 2015) e programas de ensino-aprendizagem oficiais das disciplinas (2019).

No curso de Enfermagem, a forma como a equidade racial está inserida, de acordo com os professores, é por meio das abordagens feitas sobre as políticas de saúde. Ainda segundo eles, o tema tem sido abordado por alguns professores, mas precisa ser mais visualizado. Com relação ao estágio de inserção, foi identificado que o tema é mais trabalhado no início do curso.

O PPC menciona a temática na descrição do contexto histórico, quando menciona a articulação da UnB com secretarias do DF em diferentes áreas, incluindo aquelas de direitos humanos e relações étnico-raciais, com foco em questões históricas e culturais que estão relacionados ao cuidado e a educação permanente em saúde. Na descrição dos conteúdos curriculares ela é mencionada enfatizando que os programas de aprendizagem abordam conteúdos referentes as relações étnico-raciais (UNB, 2017, p. 32).

Uma das professoras citou que a abordagem tem sido feita em disciplinas que abordam as políticas de saúde, dando o exemplo da disciplina “Cuidado à Saúde do adulto e do idoso”, na qual têm trabalhado com o resgate das políticas. A docente também afirmou que a saúde da população negra é uma política discutida, pois o conteúdo programático da disciplina prevê avaliação de políticas: “quando você vai analisar o conteúdo programático da disciplina está lá a avaliação das políticas e dentro dela está, por que não tem como a gente descrever todas” (Professora 2). A professora acrescentou que as desigualdades sociais existentes no país são resgatadas quando trabalham os conteúdos em diversos momentos e também nas atividades práticas. Além disso, também mencionou que uma das formas de abordagens ocorre na discussão sobre a situação de saúde do Distrito Federal, apresentando os indicadores de desigualdade racial. Foi enfatizado pelos docentes que ao menos quatro deles, de áreas como saúde mental e saúde da mulher e criança, têm trabalhado a temática. Os docentes também frisaram a importância de descrições qualitativas do conteúdo.

O professor 4 falou sobre o estudo das políticas de saúde, que desde o início do curso é inserido na disciplina de Políticas de Saúde, e lembrou que o tema das políticas de saúde LGBT e da população negra tem sido estudado na forma de seminários, em que cada grupo de estudantes trabalha uma política específica. Ele acrescentou, ainda, que essa é uma forma de aproximação com as demais políticas, pois os alunos têm a oportunidade de se aprofundarem sobre os temas e compartilharem com toda a turma os resultados. Tratando da questão da humanização, o professor pontuou que a política deve ser transversal, identificando esses elementos dentro das políticas, como a Política de Saúde da População Negra, LGBT ou da População em Situação de Rua. Nesse momento, fiz uma intervenção sobre a análise das disciplinas que foram feitas, informando que na identificação não foram constatadas disciplinas

obrigatórias que explicitamente abordam a equidade racial nos programas analisados, o que foi confirmado pelo professor 4.

A fala da professora 1 trouxe uma observação referente à fila de cirurgia que ela tem acompanhado no Hospital Universitário de Brasília. Ela informou que há pessoas, brancas e negras, que estão há muitos anos na fila de cirurgia, e que a partir da implementação da regulação do sistema da marcação de cirurgias tem-se observado uma melhora no acesso. Segundo a professora, “há pessoas que eu sei que têm mais anos esperando exames, mas não significa que é por causa da cor nem nada” (Professora 1).

Os dados sobre as disciplinas dos três cursos, por fim, estão sistematizados no quadro 3:

Quadro 3 – Percentual de créditos de disciplinas que incluem a equidade racial nos cursos Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina na UnB, ofertadas pela FS e FM, em 2019.

CURSO	TOT. CRÉD.	% TOT AL	TIPOS DE CRÉDITO	Nº DE DISCIPLINAS	% CRÉDITOS QUE CITAM EQUIDADE DA FS/FM	SEMESTRE PREDOMINANTE*
SAÚDE COL.	215	6,5%	128 OBR	4 (14 créditos)	10,93%	1º
			53 OPT	3 (12 créditos)	22,64%	Não se aplica
ENFERM.	268	-	0 OBR	-	-	Não se aplica
			1 OPT (2cred)	1	0,74%	Não se aplica
MED.	528	3,78%	484 OBR	6 (20 créditos)	4,1%	1º
			44 OPT	-	-	Não se aplica

Fonte: a autora.

4.1.3 Resposta/interesse dos estudantes

Uma das perguntas feitas aos professores foi sobre como tem sido a resposta e aceitação dos alunos quando a equidade racial é abordada nas aulas. No curso de Saúde Coletiva, as professoras compartilharam que o Centro Acadêmico tem realizado reuniões para debater a questão racial a partir de demanda dos alunos com críticas ao posicionamento docente sobre o tema. Outra professora destacou que os alunos têm recebido o assunto muito bem e que quando tem “um aluno ou aluna que se identifica e que vivencia a questão pessoalmente, isso facilita muito mais o processo de imersão das questões” (Professora 1). Dessa forma, a docente percebe que há uma militância e que o Centro Acadêmico tem viabilizado que a pauta seja promovida, gerando uma visibilidade dos processos sociais e das desigualdades existentes. Essa sensibilização também foi identificada pela professora 2:

Os estudantes são bem receptivos e acho que inclusive, pautar essas questões, provoca uma sensibilização no grupo. Já passei por experiências nesse nível com apresentação

de seminário, quando a pessoa realmente tem aquela pauta pessoal, ela provoca sensibilizações fortes, de ter choros em sala, de colegas (Professora 2).

No curso de Medicina, o representante do CA compartilhou que percebe que grande parte dos colegas reagem bem sobre a abordagem da equidade racial, em especial os alunos negros, principalmente pela consciência da relevância. Porém, ressaltou que é possível observar que parte não recebe bem o tema e que, quando os alunos não têm essa consciência, a percepção de que a temática é importante para a formação acaba sendo dificultada. Uma das questões a se discutir, portanto, é sobre como pessoas brancas podem contribuir de forma positiva para a luta antirracista, a partir do lugar de fala que ocupam.

Outra professora também relatou que é necessário refletir sobre a produção de sentidos que a abordagem da equidade racial pode gerar nos alunos e que isso, em algum momento, pode fazer sentido. Um dos professores, autodeclarado negro, destacou que tem percebido que na maioria das vezes são os estudantes negros que têm se posicionado sobre o curso de Medicina ser elitista e também que percebe que os alunos têm se manifestado sobre essa questão.

Apenas uma professora do curso de Enfermagem contou sobre o retorno dos estudantes indígenas que se manifestam compartilhando que querem voltar às comunidades de origem para trabalhar e dar retorno das aprendizagens durante a formação universitária. A professora 3 disse que mesmo em disciplinas com turmas maiores não percebeu destaque com dúvidas ou demandas dos alunos que fossem direcionadas à população negra.

4.1.4 Fatores críticos: o que facilita e o que dificulta

Os fatores críticos foram classificados em “o que dificulta” e “o que facilita” a inserção da equidade racial nos cursos. No curso de Saúde Coletiva, alguns dos fatores que dificultam que a equidade racial seja inserida na formação dos estudantes incluem a falta de embasamento dos professores para “que dê de fato um significado como deveria ser dado” (Professora 1), o que acaba deixando a pauta solta nas disciplinas. Outros dificultadores consistem na falta de tempo que possa ser dedicado ao estudo e, também, no fato de que o debate sobre classe social tem sido mais abordado inclusive nas discussões históricas da saúde coletiva: “a pauta de gênero e raça não é tão explícita nos nossos textos tradicionais” (Professora 1).

A falta de um diagnóstico das disciplinas que estão abordando o tema também é um dificultador, bem como o fato de não estar explícito nos programas poder acabar fazendo com que a temática não seja abordada. O exemplo que a professora 1 apresenta é que nas disciplinas de estágio 1, 2 e 3, os professores têm tido um olhar para que aconteça essa interface, porém,

na análise realizada dos programas, isso não estava explícito. Outra observação é sobre “o formato quadrado do programa que você não se atém a essa importância e a gente não faz isso nas consciências, na percepção de que de fato você está invisibilizando a temática” (Professora 1).

Foi enfatizado que a baixa participação de professores em espaços como o NDE dificulta a sensibilização da temática no curso. Essa observação foi feita levando em consideração a divulgação da oficina proposta para os membros do NDE e a participação de apenas duas professoras na dinâmica proposta, mesmo sendo uma reunião periódica do NDE como espaço institucional garantido, que necessita do comprometimento dos professores. Sobre isso, a docente afirma que “tem que ser uma pauta comprometida, como que a gente como NDE faz essa sensibilização e a gente tem uma adesão muito baixa do coletivo?” (Professora 1).

A gente vive em um mundo maluco da universidade, a gente está aqui cheio de coisa assim como vocês, com a cabeça com mil coisas, assim como quem não veio. Porém, quando você entra na docência você tem que assumir isso. Ninguém gosta, acha que é super prazeroso assumir a presidência de um NDE? Não é, mas é a pauta, é o seu cargo, a instituição pede, é o seu compromisso, se ninguém fizer isso, a gente perde isso é esse governo está querendo testar a gente, pra fazer a gente perder tudo que a gente não briga por isso (Professora 1).

Outra observação feita foi sobre o sofrimento dos estudantes, o que tem gerado uma grande evasão dos discentes negros no curso de Saúde Coletiva. Esse fato é percebido a partir de uma iniciativa de acolhimento ao sofrimento mental dos estudantes, ocasião em que parte deles tem relacionado tal sofrimento ao racismo que vivenciam.

A partir da análise das disciplinas, as professoras debateram sobre os pontos positivos e negativos da transversalidade da equidade racial no curso de Saúde Coletiva. Por um lado, a transversalidade não aponta pessoas que devem ser responsáveis pela liderança do processo e, como afirma a professora 2, “a gente trabalha em um currículo que é sistema de caixinhas”, ou seja, cada professor fica responsável por uma disciplina específica e ninguém se responsabiliza para garantir a transversalidade, o que depende do engajamento de alguns docentes. Assim, o tema pode não ser pautado e não fica institucionalizado. A professora destacou como essa questão tem repercutido no percentual de disciplinas apresentadas que incluem o tema e que a concentração tem se dado no começo do curso e vai se perdendo ao longo da formação.

A professora 2 ressalta que quando se trata da equidade racial as pessoas só abordam esse tema quando ele é obrigatório, mas não há produção de um significado na formação, fazendo com que a abordagem não repercuta na prática do profissional. Para a professora, a reorientação da formação é necessária para o rompimento com uma formação tradicionalista,

para uma formação humanizada, integrada e que insira os determinantes de saúde. Ela acrescenta, ainda, que essa formação tradicionalista está presente na formação de professores.

Os fatores que facilitam que a equidade racial seja trabalhada no curso são, segundo as professoras, a própria origem do curso de Saúde Coletiva e a forma como ele tem na sua concepção a perspectiva ampliada de saúde, dos determinantes e marcadores sociais. Outro facilitador é que é necessário que os professores tenham contato com a temática durante o processo formativo para a docência, como relatado pela professora 1, que vivenciou as temáticas no mestrado e doutorado em programas de pós-graduação politizados, facilitando a incorporação do tema na atuação docente. A sensibilização dos estudantes que têm compartilhado as suas demandas sobre o sofrimento mental e racismo tem sido um facilitador. A criação de um acolhimento para que os estudantes compartilhem suas vivências tem sido, assim, um fator importante para que a temática seja visibilizada pelos docentes.

Um dos fatores que dificultam a inserção da equidade racial no curso de Medicina é que a abordagem da equidade tem foco mais assistencial que político, não incluindo a sua dimensão como direito, acesso e construção social. Outro fator que na visão de uma das professoras dificulta é que ainda há poucos estudantes negros na universidade. Sobre a análise das disciplinas, o que dificulta é que às vezes o tema é até mencionado, mas não aparece a forma de abordagem com conteúdos e referências bibliográficas. Um dos exemplos foi a disciplina de Atenção Primária à Saúde, que mencionou diversidade cultural, mas sem aprofundamento do que é a questão de raça, etnia e gênero. Segundo uma das professoras participantes, se o tema fica subentendido, não há aprofundamento teórico e nem produção de sentido para os sujeitos, o que também é acompanhado de uma descontinuidade da abordagem.

Em convergência com o curso de Saúde Coletiva, a falta de educação permanente e falta de contato com o tema durante a formação docente dos professores foi identificada como um fator que dificulta. O formato das aulas também foi identificado como dificultador, pois como relatado, há poucos professores responsáveis por turmas com muitos alunos, prejudicando uma abordagem de qualidade.

Os professores também levantaram dificuldades sobre a abordagem do preenchimento do quesito raça/cor nas atividades dos cenários de práticas. Em algumas situações, professores, alunos e profissionais dos serviços não perguntam como os usuários se autodeclaram, fazendo a heteroidentificação nas fichas de atendimento. Essa discussão foi exemplificada pela disciplina de Clínica Médica, onde são presenciadas situações em que há dúvidas em como a pessoa pode ser classificada, devido à forma como as anamneses são feitas.

Já a discussão sobre a criação de dois novos eixos inseridos no currículo do curso de Medicina identificou que eles têm abordado a temática de forma superficial. Os eixos citados são Medicina Social e Psicologia Médica, o que surpreendeu uma das professoras que participou da reformulação curricular e que esperava que esses eixos fossem responsáveis pelo conteúdo. Ao mesmo tempo que esse fator foi identificado como dificultador, ele também apareceu como facilitador.

Na minha visão, um fator que tem dificultado a abordagem da equidade racial não só no curso de Medicina, mas em outros cursos e espaços, é a percepção de que “a diferença de cor não importa”, bem como a diferença do “tom de pele”, como mencionado por uma das professoras participantes da oficina. Essas são questões relacionadas sobre ao mito da democracia racial no Brasil. Foi mencionado por um dos participantes que não é preciso especificar nas aulas que a equidade racial será ensinada e que quando todos são tratados iguais, já é uma forma da abordagem ser feita.

Como fatores que facilitam a inserção da equidade racial no curso de Medicina, foi destacado que a identificação das disciplinas que abordam a temática contribuiu de forma positiva para visualizar o cenário existente das disciplinas, pois ela, quando não aparece de forma explícita, fica subjacente, e quando apenas é mencionada em algumas disciplinas, não significa que está sendo transversalizada. A oficina realizada foi mencionada como um fator que proporcionou reflexão sobre o distanciamento do que tem sido escrito nos PPCs e do que tem sido colocado em prática no curso, gerando um movimento de identificar mudanças que são necessárias.

As atividades de integração no território, como na disciplina de Saúde, Ambiente e Sociedade, foram identificadas como uma potencialidade para abordar além dos aspectos biológicos, mas também os aspectos raciais das famílias, que podem ser trabalhados nas visitas domiciliares.

Como no curso de Saúde Coletiva, no curso de Medicina também se ressaltou que os espaços de militância fazem a diferença na atuação dos docentes, como afirmou uma das professoras, que participou de espaços da militância da saúde indígena e negra, do Conselho Nacional de Saúde (CONAS) e de grupos que faziam uma conscientização a respeito de situações cotidianas racistas, que são socialmente construídas e reproduzidas.

O professor 4, a partir da análise do seu espaço enquanto professor negro, trouxe uma reflexão que tem facilitado a discussão sobre equidade racial, mencionando que a universidade enegreceu e que, com isso, tem sido possível identificar o quanto ela era branca. Na sua visão, agora tem sido possível observar que essa questão tem sido tratada do ponto de vista social e

político. Por outro lado, se o ingresso de alunos negros possibilitou que o espaço universitário enegrescesse, ainda é preciso que o movimento também aconteça no campo docente. O membro do corpo técnico da Faculdade de Medicina, por sua vez, identificou que um processo de desconstrução e autocrítica da sociedade facilita um movimento de desnaturalizar o racismo como algo normal.

No curso de Enfermagem, um dos fatores identificados como dificultador é que o debate sobre as políticas para as “minorias” depende da iniciativa de professores específicos, como o professor 4, que ressaltou que tem trabalhado a questão da política de Nacional de Humanização e que retoma a questão das minorias, convergindo com as observações no curso de Saúde Coletiva e Medicina. A professora 1 sublinhou que o sistema não funciona e isso dificulta o acesso das pessoas à saúde, mas que “não é porque a pessoa é rica ou pobre, branca ou preta, não tem nada disso” (Professora 1).

No momento em que foi apresentada a análise das disciplinas, houve grande divergência e tensão no que foi apresentado na percepção dos professores. Não foram identificadas disciplinas obrigatórias que explicitamente abordavam a equidade racial e apenas uma disciplina optativa foi identificada. Trata-se de “Introdução à Bioética”, ofertada pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC).

O primeiro ponto de divergência é que um dos professores mencionou que houve atualização das disciplinas no sistema Matrícula Web da UnB, porém, mesmo com essa atualização, não foi identificado de forma explícita o assunto nas ementas do site, o que é um dificultador na minha visão enquanto pesquisadora, pois, como afirma a professora 3: “às vezes não se inclui na ementa o que está sendo dado, o assunto é tratado, mas ele não fica explícito”.

Outro ponto de divergência é que a professora 2 discordou da necessidade de evidência explícita do tema na análise das disciplinas como percurso metodológico para esta pesquisa, conforme a seguinte fala:

Não tem como você descrever tudo, mas quando você tá trabalhando políticas públicas considerando o referencial de determinação social, a gente tá trabalhando a política nacional de saúde da população negra, a política LGBT, então a gente trabalha a política de saúde da população indígena, então tá lá dentro. Só não tem como a gente descrever tudo (Professora 2).

A professora afirmou que o tema tem aparecido dentro do plano de aula de cada professor, mas que não é disponível para que pessoas externas tenham acesso e sugeriu que a análise fosse feita considerando as disciplinas que tratam de determinação social de saúde e políticas públicas, pois é dentro desses temas que, segundo ela, a equidade racial está inserida.

Compreendendo o que foi dito pela professora, fiz uma intervenção chamando atenção para que, de fato, quando há uma transversalização do tema é possível identificá-lo, por exemplo, na abordagem de determinação social, mas ressaltai que há evidências na literatura que existe um distanciamento no que aparece nas DCN e nos PPCs para o que é colocado em prática no cotidiano dos cursos. Indaguei ao grupo de professores se, considerando o fato de a pesquisa ter sido aprovada no comitê de ética, haveria possibilidade para que fossem analisados os planos de aulas, mas fui informada da impossibilidade de obter acesso ao plano de aula de todas as disciplinas.

Novamente, foi destacado pela professora que é necessário cuidado nas análises, pois, segundo ela, nas abordagens “você precisa considerar que dentro de alguns dos temas está incluído a questão das desigualdades sociais”. Foi mencionado que é muito difícil encontrar o tema de forma explícita, que a iniquidade racial deve ser tratada na abordagem da determinação social e que não é possível a realizar a abordagem sem considerar esse fator.

A partir das divergências geradas nesse momento da oficina, ressaltai que justamente por esse motivo deu-se a escolha da pesquisa-intervenção e a utilização de oficina para que os professores validem o material produzido. Expliquei que a escolha da oficina proporciona esse diálogo e posicionamentos dos professores frente à análise inicialmente feita das disciplinas. Dessa maneira, a partir da análise das disciplinas não foi possível encontrar explicitamente o tema abordado, mas a partir da visão dos professores foi possível identificar que há a inserção do tema. Os docentes inclusive sugeriram que em estudos futuros seja feita por exemplo, uma análise de atas de reuniões de colegiado, tendo em vista que é um documento que pode mostrar a forma com que os professores estão trabalhando o conteúdo.

Sobre os fatores que facilitam a inserção no curso de Enfermagem, a professora 1 destacou que é necessário observar a visão dos alunos sobre como a equidade racial está inserida no curso, pois para os professores pode ser que esteja “tudo bem”, mas é importante ouvir a opinião dos estudantes. Outro fator que facilita é que existam oportunidades dentro da universidade, para que os alunos negros e indígenas participem de projetos de pesquisa. Os docentes também destacaram que a naturalização do tema para que ele seja incluído nas discussões sobre as políticas de saúde é mais um facilitador, mas que, pela fala dos professores, em suas práticas eles têm trabalhado o tema considerando o referencial da determinação social.

4.1.5 Motivações/justificativas para ensinar a equidade racial

No curso de Saúde Coletiva, foram categorizadas algumas motivações para que a equidade racial seja inserida na formação. Uma das motivações é sobre a importância da análise dos indicadores sociais de violência, do preconceito, da violência institucional e de como eles mostram a questão do racismo e saúde:

Vamos pensar um pouco na questão dos indicadores sociais, de violência, de preconceito, violência institucional, como tem sido trabalhado e divulgado isso. Então eu tenho trazido muito essa coisa viva mesmo dos dados e agora muito mais quando a gente entra em uma crise social como esta que nós estamos imersos, isso aparece muito mais, a população negra desempregada, em trabalhos precários, assassinato de jovens negros, então isso é a nossa pauta, a saúde coletiva está falando disso a todo momento. Se a gente vai pensar planejamento, organização, epidemiologia, diagnóstico. Então assim, qualquer olhar que a gente vá se propor, não tem como não contemplar essas perspectivas de gênero e raça (Professora 1).

Uma das professoras comentou sobre a situação do trabalho doméstico e a questão das mulheres negras, e que o cenário contemporâneo tem sido uma escravidão moderna, que continua deixando essas mulheres na base da sociedade. Outra motivação é que, a partir da ressignificação do sofrimento que está relacionado à forma como a própria sociedade é violenta, é necessário um fortalecimento, que pode acontecer por meio da inserção nos movimentos sociais. Uma motivação também se deu pela história de envolvimento pessoal das professoras participantes da oficina com a questão de gênero e raça.

O curso de Medicina identificou a própria relevância da equidade racial e sua abordagem na oficina como fator que contribuiu para o processo de levar a discussão da temática para o curso. Por isso, a oficina foi uma potência. O membro do corpo técnico disse que no atendimento aos alunos negros é possível perceber que eles estão ocupando o espaço universitário e é importante saber, a partir da história de vida, quais são as suas demandas. Também foi enfatizado que é preciso que haja representatividade de docentes e discentes negros na comunidade acadêmica.

Outra motivação levantada no curso de Medicina, para que o tema seja abordado, é a dívida histórica existente para com a população negra e a necessidade de reverter esse processo, já que as cotas raciais são uma conquista, mas ainda há um caminho a ser percorrido nas universidades. As evidências sobre a situação de saúde da população negra também são motivações para que o curso aborde na formação. Sobre a situação de saúde, uma das professoras relatou sobre a violência contra a mulher negra e como essa violência tem sido reproduzida no sistema de saúde.

A partir da fala de uma das professoras do curso de Enfermagem, que disse que não é só a população negra que tem dificuldade de marcar procedimentos, como cirurgias, considero

relevante que seja evidenciado como tem ocorrido o acesso da população negra aos serviços de saúde em diferentes níveis.

A professora 3 considerou importante que sejam levadas em conta abordagens dos fatores de risco, da epidemiologia e da prevalência de doenças em determinada população, pois, segundo ela, dessa forma é possível pensar políticas para determinada população. Assim, no ensino, a docente enfatiza a formação de pensamento crítico que os alunos devem ter a partir desses estudos, a fim de que eles, na prática profissional, possam identificar esses fatores.

Outra motivação é a abordagem do direito social, de acordo com a professora 2:

Abordagem é direito, direito da população, ser atendido e ter sua saúde também decifrada das diferenças, porque quando você vai atrás de direito social você vê as diferenças, como as coisas estão ligadas a questão de renda, ou alguma coisa semelhante para a população pobre, mas algumas coisas são específicas para a questão do racismo estrutural no Brasil (Professora 2).

A abordagem da determinação social também foi identificada como motivação, de acordo com a seguinte fala da mesma professora:

Agora o enfoque, a determinação social, a saúde, mostrar os indicadores que mostram essa iniquidade, que está presente ali, até na expectativa de vida, as diferenças, quando você compara a mulher pobre e negra, o homem branco rico, de outra classe social. (Professora 2)

4.1.6 Ações afirmativas

Um dos momentos de discussão mais intensa na oficina do curso de Medicina foi sobre a questão das ações afirmativas, assunto que gerou algumas divergências entre os participantes. Por exemplo, uma das professoras expôs que entende as ações afirmativas no ponto de vista da relevância da inserção, porém, afirma que “Do ponto de vista conceitual eu não sou favorável à cota, porque eu acho que as pessoas têm o direito de acesso e o governo tem que prover os meios para todos. Pra mim, é mérito, tá? É mérito” (Professora 2). A professora disse que considera a política importante para diminuir as desigualdades que existem, mas que acredita que ela deva ser temporária.

Até que todo mundo tenha direito. Até que o governo pegue e invista pesado em ensino fundamental e médio e retire a pobreza. Porque se você olha, hoje mesmo em comunidades, em bairro pobres, você tem pessoas que se declaram negras, mas você também tem pessoas que se declaram brancas. E a branca que tá lá na... ela pode entrar pela cota de... escola pública, não pode? (Professora 2).

A mesma professora afirmou considerar que as cotas são um processo que permite diminuir as diferenças existentes na população, que segundo ela, são gritantes. Expôs, também, que tem visto mais alunos se afirmando enquanto negros e indígenas, e que essa afirmação tem sido importante. A professora 1 trouxe o posicionamento de que cotas são um direito:

Mas assim, tem a música, né, cota não é esmola, cota é direito adquirido das pessoas terem acesso à formação. Acho que vai demorar muito pra gente conseguir pagar socialmente o acesso pra quem mora na Ceilândia que não consegue chegar na universidade, porque assim... A cota garante acesso, não garante a manutenção, não garante percepção do docente de que aquele aluno precisa de um cuidado equânime, precisa de uma atenção diferenciada, assim (Professora 1).

O membro do corpo técnico citou um estudo que demonstrou que alunos cotistas que entram na universidade têm um desempenho superior ao dos alunos brancos. O que foi discordado pela professora 2, que citou outro estudo da UnB que fez um balanço sobre a implementação de cotas na universidade e identificou que não há diferença entre os alunos cotistas e não cotistas, e que não havia diferença entre os alunos. O membro do corpo técnico disse nesse momento que não há diferenças entre os alunos, mas o acesso não é o mesmo para todos, pois, o racismo estrutural dificulta o acesso dos alunos negros na universidade.

No curso de Enfermagem foi destacada a importância do ingresso da população negra dentro da universidade e que a construção da identidade desses alunos nos cursos também é relevante. Foi falado sobre as oportunidades de acesso à universidade e que é questão de equidade.

O professor 4 mencionou não só as cotas raciais, mas também as cotas para escolas públicas, considerando que no ensino público ainda há maioria de estudantes negros: “acho que pensando em diferenças mesmo, sociodemográficas, e até mesmo pensando na questão econômica, a população negra ainda acessa muito as escolas públicas” (Professor 2). Foi destacado que é apenas a entrada na universidade não é suficiente, sendo necessário que existam oportunidades para esses alunos nesses espaços, como por exemplo, que eles participem de projetos de extensão e de iniciação científica.

4.1.7 Vivência de docentes negros na universidade e no processo de formação

Esta categoria emergiu apenas na oficina com o curso de Medicina, a partir da vivência enquanto docente negro compartilhada pelo Professor 3. O professor compartilhou algumas situações da sua formação em medicina há 39 anos, em uma universidade federal. Contou também que naquele período as pessoas questionavam por que um negro cursava Medicina, além de ter relatado situações explicitamente racistas praticadas pelos próprios professores.

Trazendo situações vivenciadas atualmente, relatou como a sua área de atuação ainda tem poucos médicos negros. Pôde perceber essa situação quando participou de um congresso nacional da área, que reuniu cerca de quatro mil pessoas e, de negros, havia apenas ele e uma médica. Esse relato sinaliza a forte presença do racismo institucional. Cabe destacar que este

foi o único professor autodeclarado preto e que os demais, que se autodeclararam pardos, não relataram vivências.

4.1.8 Estratégias para o plano de ação

Como parte dos objetivos estabelecidos no estudo, estava prevista a realização da segunda oficina com os NDEs de cada curso para validar o material construído na oficina 1 e delinear coletivamente uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser inserida nos cursos de graduação. De acordo com o cronograma da pesquisa, desde o final de janeiro de 2020, foi retomado o contato com a presidência dos NDEs para que tentássemos realizar a segunda oficina no início do semestre (9 de março). Essa data aproveitaria a semana do acolhimento realizada nas Faculdades de Ciências de Saúde e Medicina, tendo em vista que os cursos geralmente utilizam esse momento para realizar encontro dos NDEs. No entanto, foi possível realizar a segunda oficina apenas com o NDE do curso de Medicina, no dia 11 de março de 2020.

Estávamos em diálogo com a presidência do NDE de Saúde Coletiva, que estava a ponto de confirmar a data da oficina, assim como o NDE de Enfermagem, que havia previsto o encontro para o final de março. Entretanto, no dia 23 de março de 2020, a UnB, após reunião no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE), comunicou a suspensão do calendário acadêmico do primeiro semestre de 2020 pelo tempo que durasse a situação de emergência de saúde relacionada à pandemia do novo coronavírus no Distrito Federal.

Em decorrência da pandemia, a UnB, com participação ativa da FS e FM, tem contribuído com diversas ações de ensino, pesquisa e extensão com medidas de combate à covid-19 e dando suporte ao Governo do Distrito Federal (GDF), por meio dos seus pesquisadores e professores. Considerando esse cenário de emergência em saúde pública e para atender às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), que têm orientado medidas de distanciamento social, não foi possível realizar a oficina de validação do material e construção do plano de ação com os cursos de Saúde Coletiva e Enfermagem. Entretanto, quando as autoridades sanitárias permitirem, entraremos em contato, mesmo após a defesa desta dissertação, para apresentar o material produzido na primeira oficina e entregar o consolidado com as estratégias levantadas pelos professores para melhorar a inserção da equidade racial nos cursos.

Com o material produzido nas primeiras oficinas, foi possível identificar algumas estratégias para implementação da equidade racial nos cursos e orientar a construção do plano de ação, que seria construído na oficina 2. Dessa forma, serão apresentadas as estratégias identificadas pelos cursos de Saúde Coletiva e Enfermagem sem construção do plano de ação, tendo em vista que a sua construção só poderia acontecer com participação da coletividade dos docentes dos NDEs. Já as estratégias do curso de Medicina serão apresentadas com o plano de ação construído na segunda oficina.

No curso de Saúde Coletiva, umas das estratégias pensadas pelas duas professoras é que a equidade racial deve estar presente no curso de forma transversal, ainda que tenha sido feito o debate sobre os pontos positivos e negativos da transversalidade. As professoras reconheceram que o debate tem sido feito apenas no momento inicial do curso de acordo com o interesse pessoal de alguns docentes. Complementando, a professora 2 fez uma reflexão sobre de que maneira essa transversalidade pode ser inserida em um projeto político pedagógico de um curso e de como ele pode permear várias disciplinas considerando a realidade social. A fala da professora 1 exemplifica como a transversalidade pode ser inserida:

Agora, a forma em que eu tenho trabalhado isso vem da minha história de envolvimento pessoal com essas questões de gênero e raça. Quando você trabalha com gênero você associa, e então eu tenho tentado sempre. Transversalizar em todo o momento, em todo o conteúdo que eu tenho dado, eu tenho buscado estudo de caso para trazer a questão racial, as vulnerabilidades, sempre tem um caso para a gente provocar esse olhar. Quando a gente vai para o território, em estágio ou extensão, a gente provoca também essa sensibilidade para o aluno começar a perceber. Então vai entrar uma mulher branca e uma mulher negra na consulta, vamos ver quanto tempo que cada uma vai ficar lá dentro, vamos ver a forma em que elas são chamadas, diferenças implícitas e explícitas nessa relação de tratamento (Professora 1).

A segunda estratégia é que aconteça um preparo dos professores por meio de educação permanente, para que não apenas os professores de acordo com a iniciativa pessoal ou de determinadas áreas possam abordar o tema, mas também outros docentes, evitando a descontextualização e abordagem pontual como tem sido feita.

Foi mencionada a necessidade de revisão da forma como as ementas são apresentadas e também que é preciso priorizar o tema na escrita dos programas das disciplinas. A partir da apresentação da análise das disciplinas que explicitamente abordavam a equidade racial, as professoras perceberam que é preciso realizar uma revisão da forma de apresentação dessas ementas e programas, pois, por exemplo, na disciplina de estágio ela tem sido abordada mas não está explícita e, portanto, pode não ter visibilidade.

A inserção da equidade racial como uma pauta política foi uma das estratégias levantadas, pois tem impacto no perfil do egresso do curso considerando que ela deve ser uma

pauta constante. Portanto, assim como a reforma sanitária, ela também tem que ser uma pauta prioritária.

Uma das questões discutidas pautou como é possível sensibilizar docentes que não têm a temática como parte do seu percurso formativo e pessoal. A estratégia para tanto deverá ser favorecer uma pauta de sensibilização e aproximação para que essa “janela” seja incluída nas suas disciplinas de forma contextual, de conteúdo, com caráter ético e de compromisso, considerando que não adianta sugerir uma reforma curricular se não houver adesão dos docentes.

Foi sugerida uma aproximação com algumas experiências de universidades mais jovens, construídas a partir do programa de Reestruturação e Expansão das Universidades (REUNI), como a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Uma das professoras acompanhou o primeiro ano de implementação da faculdade mencionada, que tem feito uma integração de temas e de áreas, além de ter um nivelamento da formação docente, como explicou a professora 1: “você tem uma formação do docente que chega e naquele nivelamento você coloca todas as pautas que você que são necessárias para aquela adesão temática e assim tem sido” (Professora 1).

A implementação de parâmetros avaliativos dos alunos no final do curso foi sugerida para que, antes da formação, alguns conteúdos sejam avaliados para identificar lacunas durante o processo formativo. Dessa forma, com a visualização dessas lacunas a partir de dados, poderia ser possível identificar o que está mais abstrato na formação e que poderá influenciar na atuação profissional dos egressos, e tentar sensibilizar essas pautas.

Durante a oficina, as participantes do curso de Saúde Coletiva ressaltaram que parcerias com o Centro Acadêmico são favoráveis para trabalhar o tema e reforçaram que esse é um espaço que tem potencialidades. Sobre a questão da participação discente, as professoras enfatizaram que eles devem ser ouvidos para compartilharem suas percepções sobre a forma de abordagem do tema nas aulas e sobre as metodologias utilizadas para identificar se de fato o objetivo proposto pelos professores tem sido alcançado.

Foi perceptível que uma estratégia é o fortalecimento do NDE como potência que pode dar continuidade ao debate no curso, principalmente considerando os seus movimentos e o perfil dos seus membros, que podem fortalecer a reorientação curricular. Por último, uma estratégia pensada está relacionada ao estabelecimento de mudanças que vão além da inclusão da equidade racial no currículo. Como apontou a professora 2, “tem muito a ser trabalhado nas relações”, considerando que ele ainda é um tema profundo a ser trabalhado.

Quadro 4 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Saúde Coletiva.

ESTRATÉGIAS PARA O PLANO DE AÇÃO
Transversalizar o tema no curso (pros e contras da transversalidade).
Preparar os professores por meio de educação permanente.
Revisar a forma como as ementas são apresentadas.
Priorizar o tema na escrita dos programas das disciplinas.
Inserir a equidade racial como pauta política pois terá impacto no perfil do egresso.
Favorecer momentos de sensibilização e aproximação com a temática para quem não tem o percurso formativo e pessoal, para haver maior adesão.
Conhecer experiências de universidades que têm inserido a equidade racial na formação (ex: UFSCar).
Implementar parâmetros avaliativos no final do curso: podem contribuir para gerar dados e mostrar lacunas.
Estabelecer parcerias com o Centro Acadêmico.
Fortalecer o NDE como potência para continuidade do debate.
Proporcionar espaço para conversar sobre o tema com os estudantes, para que possam compartilhar a percepção.
Estabelecer mudanças que vão além da inclusão no currículo: trabalhando nas relações.

Fonte: a autora.

No curso de Enfermagem, a primeira estratégia pensada é que a equidade racial seja discutida nos territórios a partir das atividades realizadas no campo de estágio, nas disciplinas práticas e em vivências, considerando o acolhimento das diversidades. Uma das professoras mencionou que o destaque na perspectiva dos direitos deve ser feito abordando toda a determinação que está junto à população, sem assistencialismo e paternalismo, mas sim na perspectiva dos direitos sociais.

Assim como no curso de Saúde Coletiva, no curso de Enfermagem foi destacada a necessidade de dar visibilidade aos estudantes negros para que possam compartilhar como percebem a inserção da equidade racial no curso. A partir das divergências levantadas no momento da análise das disciplinas, considero como estratégia que a equidade racial apareça de forma explícita no programa de aprendizado das disciplinas. Os professores destacaram em vários momentos que têm abordado a equidade racial principalmente no tema das políticas públicas e por meio de indicadores de desigualdade, apesar de que nos programas não esteja explicitamente destacado e, por isso, enfatizaram que no momento de análise e interpretação dos dados da dissertação esse aspecto fosse obrigatoriamente destacado.

Um dos professores sugeriu que, a partir da síntese do produto da primeira oficina, que foi bastante focada na análise das disciplinas, essa experiência fosse compartilhada com os professores do NDE, pois entendeu que esse foi um exercício de ponto de partida para identificar essas disciplinas, podendo apresentá-las aos demais membros em outra oficina. O professor ainda considerou que a partir da análise inicial foi possível perceber que ainda é necessário trabalhar melhor o tema nos programas, considerando as evidências de que a equidade racial precisa aparecer de forma explícita.

Quadro 5 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Enfermagem.

ESTRATÉGIAS PARA O PLANO DE AÇÃO
Levar as discussões para o território.
Destacar a perspectiva dos direitos.
Dar visibilidade aos estudantes negros sobre a percepção deles sobre a equidade racial no curso.
Deixar explícito nos programas.
Trabalhar melhor nos programas.

Fonte: a autora.

No curso de Medicina, uma das estratégias identificadas é que é preciso considerar as especificidades dos alunos do curso. Outra estratégia, a partir da fala do professor de clínica cirúrgica, é abordar a equidade racial a partir dos atendimentos clínicos com os pacientes e suas famílias nos ambulatórios. Foi citado um exemplo de como os estudantes indígenas têm contribuído a partir das suas vivências e compartilhando aspectos das suas identidades culturais. Portanto, outra estratégia seria oportunizar também a contribuição das vivências dos estudantes negros durante a formação.

Definir e identificar quais as habilidades e competências sinalizadas no PPC e nos programas das disciplinas estão relacionadas com a equidade racial, destaque feito pelos professores. Com ênfase para a competência cultural, uma professora mencionou a necessidade de utilização de metodologias diversas como recursos para acessar e proporcionar vivências com diferentes contextos culturais. Portanto, reconhecer a importância dos espaços de vivências nos territórios para abordar a temática é mais uma estratégia.

Foi pensada também a importância de que os professores reconheçam as fragilidades e potências existentes para melhor contemplar a equidade racial na formação, sendo necessário fazer autocrítica sobre suas práticas enquanto docentes. Pensar formas de como transversalizar

e verticalizar a temática no curso também foi mais uma estratégia identificada, tendo em vista que os professores sinalizaram a necessidade de que o tema seja integrado em todo semestre. Um exemplo foi que o professor afirmou que ética é um tema que não pode ser tratado apenas na disciplina de ética, o que deve ocorrer da mesma forma quanto à abordagem da equidade racial. Essa transversalização foi pensada conjuntamente com estratégias de sensibilização de docentes e discentes para um olhar que identifique demandas relacionadas a questão racial.

Quadro 6 – Estratégias para a implementação da Equidade Racial no curso de Medicina.

ESTRATÉGIAS PARA O PLANO DE AÇÃO
Olhar especificidades dos alunos.
Buscar estratégia para levar essa discussão para os ambulatórios.
Oportunizar contribuição das vivências dos estudantes indígenas nas disciplinas (também levar dos estudantes negros).
Definir e identificar quais as habilidades e competências sinalizadas no PPC e nos programas das disciplinas estão relacionadas com a equidade racial.
Reconhecer as fragilidades e potências existentes: enquanto curso e docentes.
Fazer autocrítica.
Reconhecer a importância dos espaços de vivências nos territórios para abordar a temática.
Pensar formas de como transversalizar e verticalizar a temática no curso.
Sensibilizar docentes e discentes para um olhar que identifique demandas relacionadas a questão racial (na cirurgia, na gineco, na pediatria, na clínica...).

Fonte: a autora.

4.2 Oficina 2 – NDE do curso de Medicina

Na oficina do curso de Medicina, quando foi apresentado o consolidado da Oficina 1, uma professora teve dúvida sobre como chegamos à análise das categorias. Expliquei que categorias como visão de equidade, situação de implementação no curso, resposta/interesse dos estudantes, fatores críticos e estratégias para o plano de ação foram pré-definidas durante a estruturação da pesquisa, mas que duas novas categorias emergiram durante a realização da oficina: vivência de docentes negros e ações afirmativas. A partir da transcrição da oficina e leitura exaustiva do material, com a equipe de apoio da pesquisa, foi realizada a análise documental, na qual consideramos as unidades de análise que emergiram de acordo com as contribuições dos participantes, seguida da categorização. Exemplificamos que a maior parte da síntese realizada foi composta pela visão dos participantes, mas que, também de acordo com

a minha análise de implicação e revisão de literatura da pesquisa, foi possível fazer a análise inicial das categorias. Sendo assim, os resultados, apresentados a partir da categorização, serão aqui compartilhados, com foco nas principais categorias reafirmadas na oficina 2.

4.2.1 Visão de equidade racial

Foi predominante na oficina 2 uma visão de equidade é relacionada à igualdade, o que já foi apontado no referencial teórico e pode ser observado na indagação da professora 2, ao analisar o consolidado da oficina 1: “Dyana, por que que pra você a visão de achar que a diferença da cor não importa é um fator que dificulta? Por que que dificulta? Na verdade, não seria legal se todo mundo se achasse igual? E não tivesse que abordar isso?”. Antes que eu pudesse responder outras professoras também comentaram essa questão, como a professora 1, que imediatamente comentou a pergunta da professora 2, dizendo que essa visão era hipócrita, sendo discordada pela professora 4, que disse que “não é hipócrita não, eu acho isso um absurdo, todos somos da raça humana. Etnia eu discuto, porque etnia é assim, etnia é cultural, aí você tem que respeitar. Mas gente, cor? Vocês me desculpem, isso pra mim... eu concordo com a [professora 5]”. A professora 4 ainda acrescentou, dando um exemplo se referindo a cor da pele do representante do centro acadêmico: “Gente, o meu filho, meu filho. Ele é da cor desse, mais branco que ele, e a avó dele era mulata, entendeu? Então, quer dizer, não tem sentido isso, gente. É socioeconômico um troço desse”.

4.2.2 Fatores críticos: o que facilita e o que dificulta

Outro ponto na validação sobre o qual as professoras fizeram observações foi quando mencionei a transversalização da equidade racial em disciplinas como a de clínica médica. Os professores que participaram da primeira oficina relataram que muitas vezes têm dificuldades de realizar o preenchimento do quesito raça/cor por receio de perguntar aos usuários ou por acharem que essa pode ser uma atitude preconceituosa. A professora 1 acrescentou que essa é uma questão a se discutir no Brasil, pois ela mesma não sabia como se autodeclarar, apesar do seu registro constar a raça/cor branca, sendo concordado pela professora 4 a partir da seguinte fala “a gente tava falando sobre isso! É miscigenação, gente, isso aqui!”. A professora 1 acrescentou:

Na minha certidão de nascimento está que eu sou branca, mas depois que eu comecei a refletir sobre essas coisas, eu pensei, eu não sou branca gente, eu sou brasileira, ninguém é branco no Brasil. Mas ao mesmo tempo que se você se autodeclara não branco, aí vem a questão também que você tá tirando os direitos de quem é menos branco, digamos assim. Então, por nós sermos tão misturados, tem o mito de somos todos iguais, mas pelo outro lado, é difícil também a autoidentificação (...) Mas assim, por ser historicamente negligenciado, ninguém quer se caracterizar como negro, entendeu? Ah não ser quando é pra pegar uma vaga na universidade (Professora 1).

Identifico tanto a questão de as pessoas terem dificuldade para autodeclararem a sua raça/cor e a questão da miscigenação no Brasil como fatores dificultadores para o debate da equidade racial no país.

A professora 3 fez uma intervenção explicando que não consegue entender esse paradoxo sobre a questão das pessoas que sofrem discriminação serem ditas como “minorias”, e ficou espantada com o fato de que no Distrito Federal a maioria das pessoas são autodeclaradas negras, e aí estaria o paradoxo, pois não são minorias. Marina, nesse momento, fez a seguinte reflexão para o coletivo, dizendo que essa questão

demonstra um sistema de poder que está oculto, por exemplo, aqui nós temos várias professoras, e quantas pessoas negras nós temos em situação de poder na medicina? Nós temos por exemplo maioria de mulheres na faculdade de Medicina que são professoras mas cadê os nossos professores negros? (Marina Moreira - Informação verbal).

Essa reflexão foi completada pela professora 1:

mas tem um viés, gente. No Brasil, ser professora sempre foi uma profissão de mulher, fora do Brasil a academia tem bem menos mulher. Fora do Brasil a gente tem bem menos mulheres. Onde eu fiz pós-doc a minha orientadora foi a primeira mulher, e olha que ela é jovem, um pouco mais velha que eu, ela foi a primeira mulher (Professora 1).

Com esse questionamento sobre onde estão professores negros no curso de Medicina, percebi que emergiu uma nova categoria “branquitude na medicina”, mais bem detalhada na discussão. A professora 1 continuou as observações falando sobre as “minorias”, que, segundo ela, “na verdade não são minorias, são majorias, né?”. A professora exemplificou que na área de neurologia básica há pesquisas que utilizam animais do sexo masculino e que alguns professores brancos justificam que preferem utilizar animais do sexo masculino para não “bagunçarem” dados com os ciclos hormonais das fêmeas. E, segundo ela, “toda a saúde da mulher foi negligenciada na pesquisa básica”, mas nas últimas décadas essa situação estaria mudando discretamente. Sendo assim, a professora acrescentou que as mulheres são maioria e que ainda lutam e trabalham em dobro, explicou que também há a questão do olhar sobre as mulheres negras nesse processo que precisa ser considerado. Considero essa observação como facilitadora para o debate, bem como outra feita pela professora 4 sobre a necessidade de conhecimento de situação de saúde da população negra.

Grande parte do diálogo das professoras ressaltou discursos de que “todos são brasileiros”, “o que existe é raça humana” e que o problema que precisa ser realmente trabalhado é “a diferença existente pela classe social”, o que são dificultadores para o entendimento da equidade racial a partir da formação sócio-histórica brasileira. A professora 5 discordou da minha fala sobre o discurso de igualdade na prática ser uma farsa, dizendo que:

Dyana, me desculpa, eu não acho que seja prática, eu acho que a gente tá num momento que você tem 3 nichos, você tem aquele que é hipócrita, você tem aquele que fala que ama e que não ama, que discrimina mesmo, mas você tem um grupo crescente, e eu vejo isso, de pessoas que não ligam pra isso, que isso é normal. Eu não conheço, eu não convivo, não tem uma pessoa que no meu convívio que diz assim “eu não gosto dele porque ele é preto”, ou porque ele é negro, ou usa qualquer outro nome, eu não tenho isso. Eu acho que eu vivo uma bolha, Dyana. (Professora 5).

A professora 3 deu um exemplo do filho e que na escola em que estuda percebe que todas as crianças brincam juntas sem distinção da cor ou da forma de vestir de cada um. Disse que há um menino negro com identidade de gênero transexual e que os alunos convivem bem com o colega e que tem esperanças de que as novas gerações não façam essas diferenças. A professora 1 concordou com a fala da colega e disse que tem netas que moram em outro país e lá convivem com naturalidade com crianças de outras nacionalidades. Nesse momento, a professora 2 fez uma afirmação de que o problema não é a questão racial, mas sim de gênero. Outro dificultador que desconsidera as interseccionalidades.

A professora 4 disse: “o quanto que isso na criança é fácil, na criança você vê, mas o quanto que essa criança quando cresce se torna sim um racista. Se torna sim, porque eu sou do Rio de Janeiro, eu sempre trabalhei em comunidade, e você vê o racismo mesmo”. Disse que na cidade é nítida a violência policial que sempre subentende que entre um jovem negro e branco, o negro sempre será suspeito, e que há um estereotipização desses jovens. A professora 3 concordou e disse que no Rio de Janeiro essa questão é gritante e a professora 4 complementou com a seguinte fala “Não tem a mínima dúvida, entendeu? E pode ser ele, que é branco. Né, quase transparente, pode ser ele. Entendeu, e por quê? Porque Rio de Janeiro é uma cidade antiquíssima (sic) e aquele asco da escravidão ainda tá lá, entendeu? Em tudo que é parte...”. Disse também que a maioria dos negros estão nas favelas e que foram renegados.

A professora 4 também fez uma observação sobre como morar em Brasília é diferente. Disse que aqui não tem muitas pessoas negras, porém, nesse momento, Marina disse que a maioria das pessoas no DF se autodeclaram negras. A professora se mostrou surpresa e disse que em Brasília não se vê. A professora 1 fez a seguinte observação:

Eu queria entrar nesse ponto, desculpa interromper, mas gente, eu já morei em vários lugares, no Brasil e fora do Brasil, e a sensação que eu tenho, é que a maior bolha que eu já vivi é aqui em Brasília. Eu moro no Plano Piloto [...] Eu trabalho aqui na UnB,

então eu acho que isso daqui é a Ilha da Fantasia, literalmente, eu adoro, não tô falando mal não. Mas isso aqui é a Ilha da Fantasia. Quando eu estudava na *[trecho omitido para preservar a identidade da participante]*, tinha uma favela atrás, eu fazia trabalho social na favela. (...) É, é uma bolha, a UnB, o Plano Piloto é uma bolha, gente. Isso daqui é a ilha da fantasia. Que nem ela acabou de falar da quantidade de negros do DF, mas tá no Plano? (Professora 1).

Onde estão as pessoas negras do Distrito Federal? A professora 2 quis saber se a professora 1 tinha falado em bolha em termos socioeconômicos e as professoras dialogaram:

— Bom eu sou filha de professor, do ensino médio, gente, então eu nunca fui elite. Eu sou elite no sentido de cultural, que eu sempre tive acesso à educação, mas eu nunca fui elite, então. (Professora 1)

— Você nunca foi rica (Professora 2).

— É, eu nunca fui rica. Então, meus pais são professores do ensino médio. Então eu tô querendo dizer assim, mas mesmo assim eu vivi numa bolha, entendeu. Eu vivi numa bolha. Então o que ela tá falando, o DF tem... não sei o número de negros, mas a bolha maior que eu vi, nem no Canadá eu não vi uma bolha dessa. (Professora 1)

As professoras se identificaram em muitos momentos, trazendo suas vivências enquanto mulheres numa sociedade patriarcal, dando exemplos de estereótipos de gênero que são impostos às mulheres, mas não fizeram uma reflexão de que são mulheres brancas e dos privilégios existentes por essa condição racial. Por isso, está explícito um dificultador pelo não reconhecimento das relações de poder e privilégio intrínsecas à branquitude.

4.2.3 Estratégias para o plano de ação

No desenvolvimento da oficina, validamos o material com as estratégias para construção do plano de ação e também apresentamos um portfólio com evidências e legislações que orientaram a pesquisa e demos esse material para o NDE, para que possam utilizar como apoio da implementação do plano no curso.

Nesse momento, foram distribuídas tarjetas para todos os participantes, orientando que individualmente escrevessem nelas, a partir do que foi discutido, propostas, ideias, desejos, de como a equidade racial poderia ser inserida na formação dos profissionais em saúde a partir de 4 etapas para orientação da construção do plano: a) principais estratégias; b) possíveis metodologias; c) momento do curso; d) responsáveis; e) parceiros. Esses dados estão esquematizados nos quadros 7, 8 e 9:

Quadro 7 – Principais estratégias levantadas a partir da oficina 2.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS
Indagar a temática durante aulas e seminários.
Introdução de temas nas atividades integradoras relacionadas à incidência e prevalência de doenças na população negra.
Inserir o tema nas disciplinas de bioquímica e biofísica. Procurar evidências, aspectos moleculares e metabólicos da população negra.
Abordar o tema durante as disciplinas levando os alunos nas comunidades.
Abordar as religiões africanas.

Fonte: a autora.

Quadro 8 – Possíveis metodologias levantadas a partir da oficina 2.

POSSÍVEIS METODOLOGIAS
Qualquer metodologia em qualquer momento.
Atividades integradoras em todos os semestres.
Roda de conversa para identificar vulnerabilidades.
Grupos de estudo diversificado.
Monografias e relatos de casos.

Fonte: a autora.

Quadro 9 – Momento do curso, responsáveis e parceiros.

MOMENTO DO CURSO	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS
Trabalhar a disciplina de educação médica, discutir estratégias da temática com alunos de iniciação científica.	Todos os professores que trabalham com as atividades integradoras.	Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina; Professora Rosana de Castro do Departamento de Antropologia.

Fonte: a autora.

Na Dinâmica do Cartão Postal, algumas mensagens foram escritas pelos participantes da oficina sobre como cada um poderia contribuir na sua prática para a implementação da equidade racial, conforme pode ser visto no quadro 10:

Quadro 10 – Como contribuir na prática docente para implementação da equidade racial?

Abordando o tema em palestras com a comunidade quando discuto sobre promoção da saúde ou rastreamento do câncer de mama.
Posso me comprometer a levar para o semestre que leciono na medicina a ideia de termos nas monografias integradoras temas relacionados ao assunto em questão (mulheres negras).
Contribuir como apoio político para colocar como pauta em diferentes cenários (aulas, discussões).
Contribuir com colegas e com a comunidade.
Relacionar a comunidade com a faculdade.
Reduzir as distâncias.

Fonte: a autora.

5 DISCUSSÃO

5.1 Oficina 1

A visão de equidade dos participantes que emergiu a partir da realização da oficina merece alguns destaques, como, por exemplo, sua relação com o grau de intencionalidade das políticas públicas e capacidade de modificação das desigualdades sociais, como mencionado no curso de Saúde Coletiva. Dais Rocha, Dyana Souza e Edu Cavadinha (2019) destacam aspectos que são de natureza injusta e desnecessária que irão refletir sobre como determinados grupos, como a população negra, têm acesso às políticas. Para analisar estes aspectos é interessante o entendimento da forma como as estruturas sociais e os processos políticos sem a dimensão da equidade são perversos e, assim, geram desigualdades (ALMEIDA FILHO, 2010) que podem se entrecruzar de forma interseccional e podem ser relacionadas a renda, educação, raça/etnia, e classe social.

A equidade racial também foi relacionada nos cursos de Medicina e Saúde Coletiva como uma forma de promover justiça social, que, de acordo com Paula Braveman (2013, p. 2) “significa justiça e equidade em saúde”. Já buscar a equidade em saúde significa “reduzir as disparidades em saúde entre grupos de pessoas que são mais ou menos favorecidas econômica ou socialmente” (BRAVEMAN, 2013, p. 2).

Essas disparidades, segundo a autora, são um subconjunto específico de diferenças de saúde que suscitam preocupações sobre justiça social, o que faz com que, por exemplo, grupos caracterizados pela sua identificação racial ou étnica, possam vivenciar discriminações e marginalizações na sociedade, como a segregação racial. Essas disparidades são injustas, mesmo quando não são conhecidas as causas, pois, segundo a autora, “colocam um grupo já economicamente/socialmente desfavorecido em desvantagem adicional em relação à sua saúde” (BRAVEMAN, 2013, p. 2).

Partindo da contribuição dos campos da ética e direitos humanos, a autora também explica que eles fornecem a base para o conceito de equidade em saúde. Uma das discussões levantadas é que os recursos necessários para a saúde não incluem apenas o cuidado médico, mas também fatores sociais como educação, condições de vida e trabalho, que influenciam profundamente a saúde. Resgatando os princípios dos direitos humanos, ela também afirma que os governos têm a obrigação de remover as barreiras no caminho de todos, principalmente de pessoas que enfrentam mais obstáculos para exercer os seus direitos. Também defende que os

governos desaprovem políticas ou estruturas sociais com intenção ou efeito de discriminação e que grupos que experimentam essas discriminações devem ser incluídos como preocupações do ponto de vistas das disparidades. Essas observações podem ser identificadas com as motivações e justificativas para o ensino da equidade racial nos cursos citadas pelos NDEs sobre a relevância do tema que deve ser associado aos direitos sociais.

A autora introduz, ainda, o conceito da perspectiva do curso de vida e como ela pode ajudar no avanço de maior equidade em saúde. Essa perspectiva sistematicamente considera fatores sociais e econômicos que em todo o ciclo de vida influenciam a saúde. Por exemplo, os fatores sociais são poderosos determinantes das disparidades pois, além de influenciarem a exposição a condições de vida e trabalho, também moldam a vulnerabilidade ou a resiliência aos efeitos na saúde (BRAVEMAN, 2013).

A abordagem do curso de vida pode ajudar no entendimento das disparidades raciais nos resultados do nascimento. Se comparadas com mulheres europeias, é mais provável que as mulheres afro-americanas não somente “tenham experimentado a pobreza e seus correlatos nas suas famílias durante a infância, mas também, devido à longa segregação racial residencial, tenham vivido em áreas com pobreza concentrada” (BRAVEMAN, 2013, p. 4). Ou seja, esse fator pode ter grandes consequências na saúde de mulheres brancas e negras antes de engravidarem, o que pode afetar os resultados das gestações, como exemplificado pela autora.

Por fim, a autora enfatiza que precisamos ser “mais explícitos e claros sobre a equidade em saúde, as disparidades em saúde e na abordagem ao longo da vida” (BRAVEMAN, 2013, p. 6) e que esses conceitos não são neutros, pois tratam especificamente da justiça social no campo da saúde. Os fatores mencionados “moldam a saúde nos estágios posteriores do curso de vida de um indivíduo e nas gerações subsequentes” (BRAVEMAN, 2013, p. 6). Braveman também alerta que, se não houver clareza sobre as intervenções destinadas à equidade em saúde, recursos valiosos podem ser destinados a outros objetivos de pouca relevância (BRAVEMAN, 2013).

Nos três cursos foi mencionada a equidade racial relacionada à dívida histórica existente no Brasil e à determinação social da população negra, nas categorias “visão de equidade” (Saúde Coletiva e Enfermagem) e “motivações/justificativas para ensinar a equidade” (Medicina), o que pode ser mais bem entendido na compreensão da colonialidade e da formação social brasileira, como destacado anteriormente por Bento (2002).

Denise Rinehart (2013) identificou a visão de gestores do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) sobre a PNSIPN, a importância de sua implementação, bem como fatores dificultadores e facilitadores para a sua implantação. Por

meio de entrevistas e análise do Discurso do Sujeito Coletivo, a autora identificou uma das justificativas que “reafirma a pertinência da política, reconhece que o processo histórico influenciou nos determinantes de saúde da população negra e que o racismo institucional dificulta o acesso às ações e serviços de saúde” (RINEHART, 2013, p. 68), dando destaque para “a dívida histórica com a população negra, excluída e marginalizada, emergindo representações que revelam a inquietação com o acesso e a garantia do direito à saúde a esta que é a maior parcela da população brasileira” (RINEHART, 2013, p. 79).

No curso de Enfermagem, foi mencionado que equidade racial está relacionada à garantia de oportunidades para quem mais precisa e também ao acesso a serviços como saúde e educação, visão que pode ser identificada na literatura (WHITEHEAD, 1991) quando tem ocorrido discussão sobre barreiras de acesso aos serviços, como raça e etnia sendo um desses fatores. Sobre a questão das oportunidades, é interessante como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS-2014) traz a equidade como um dos seus princípios, considerando-a “na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e grupos”. A igualdade de oportunidades é mencionada como objetivo das ações afirmativas (BRASIL, 2010a; MATTOS, 2018) e, como afirmado por Rocha; Souza e Cavadinha, a equidade é um caminho a ser trilhado para a conquista da igualdade. Rinehart (2013) discorre sobre o problema ainda existente no Estado brasileiro de negação de oportunidades, bens e serviços à população negra, mesmo com evidências sobre os processos discriminatórios e iniquidades raciais. Essas evidências sobre a saúde da população negra, bem como o racismo estrutural, foram motivações e justificativas que devem ser consideradas para o ensino da equidade racial referenciadas pelos NDEs.

Foi possível perceber que, nos cursos de Medicina e Enfermagem, algumas das visões de equidade compartilhada são as de que a equidade racial relaciona-se à inexistência de diferença entre as pessoas, à ideia de que todos são iguais ou, ainda, à noção de que equidade é um sinônimo da igualdade prevista na Constituição Federal de 1988, o que na minha visão de pesquisadora são fatores críticos que dificultam a abordagem da equidade racial. Com relação à visão de que “equidade racial é quando não há diferença entre as pessoas”, o texto de Almeida Filho (2010) nos ajuda a compreender esses conceitos.

O primeiro é o conceito de diversidade que se expressa na variação em características de uma população, pois a “variação natural ou genética, expressa em diferenças individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produz diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 29). De acordo com o autor, a diferença é expressa de forma individual pelos efeitos da diversidade

ou das desigualdades em sujeitos e “manifestam-se mediante complexas relações entre processos sociais e biológicos nos sujeitos individuais” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30), ou seja, equidade não é sinônimo de diferença, ela está relacionada com as estruturas sociais e com os processos políticos. Quando esses são sem equidade, geram a desigualdade, que, de acordo com o autor “pode ser expressa por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde), como evidência empírica de diferenças” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30).

Com relação à ideia ainda muito disseminada de que todos são iguais, Fernando Barros e Maria Fátima Sousa (2016) tratam do princípio da igualdade como orientadora da cidadania e, conseqüentemente, dos direitos civis, políticos e sociais, e que estão relacionados ao estado de bem-estar social e na, Constituição Federal (1988), ao disposto no artigo 5º, que estabelece que todos são iguais perante a lei:

O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas, a noção de igualdade só se completa se compartilhada com a de equidade, posto que não basta a existência de um padrão universal se não comportar o direito à diferença. O padrão passa, então, de homogêneo a equânime (BARROS; SOUSA, 2016, p.13).

Os autores reforçam que, enquanto a igualdade tem uma lógica de “distribuição homogênea: a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços”, a equidade considera que “o que as pessoas são diferentes e que têm necessidades diversas”, necessitando de políticas públicas equânimes (BARROS; SOUSA, 2016, p. 12).

Na oficina com o NDE do curso de Saúde Coletiva, foi mencionado que nem sempre a equidade racial é trabalhada considerando uma contextualização com o processo histórico da questão racial no Brasil, tornando o tema não conectado com a realidade, questão que aparece de forma semelhante no curso de Medicina, que identificou como um dificultador o pouco aprofundamento teórico quando o tema é abordado nas aulas. Essa observação chama atenção para o distanciamento que a sociedade brasileira tem com o processo histórico da questão racial do país, tratado de maneira superficial e equivocada desde as primeiras séries do ensino fundamental até o nível superior. A lógica da colonialidade foi introjetada de maneira tão eficiente que a forma como somos educados dificulta o entendimento do contexto de dominação existente, fazendo com que haja a reprodução de um ensino situado em um “sistema de ideias divorciado da realidade política e econômica” (COLLINS, 2018, p. 164).

Nilma Lino Gomes (2011) nos explica como o contexto histórico e político brasileiro transformou as diferenças étnico-raciais em desigualdades, defendendo, portanto, que as escolas, as universidades e a política pautem discussões e projetos visando medidas de superação das desigualdades oriundas desse contexto. Margaret Whitehead (1991) considera

que para que as iniquidades sejam identificadas é necessário analisá-las em um contexto, assim como Denise Reinehat (2013, p. 79), que destaca os determinantes sociais da saúde e as relações sociais racializadas determinadas pelo contexto histórico, social, cultural e econômico do país. Esses são fatores reforçados pela PNSIPN e devem considerar o racismo institucional e o processo saúde-doença da população negra e, por isso, é fundamental que a equidade seja base de políticas específicas.

A disciplina “Ciências Sociais em Saúde”, obrigatória do curso de Saúde Coletiva, abordou em uma das aulas o texto de Esther Langdon e Flavio Wiik (2010), discutindo o conceito de cultura aplicado às ciências da saúde e como ele é central para os profissionais de saúde considerando os “pacientes pertencentes a diferentes classes sociais, religiões, regiões ou até mesmo grupos étnicos” (LANGDON, WIİK, 2010, p. 174) que têm noções particulares sobre saúde e terapêutica. Essas particularidades, para os autores, advêm das diferenças socioculturais. Langdon e Wiik trabalham com a definição de cultura, que muitas vezes tem sido utilizada de forma equivocada reproduzindo um discurso de que algumas pessoas “têm cultura e outras não” ou, ainda, para inferiorizar culturas que não estão dentro do padrão eurocêntrico e “moderno” (BERNARDINO-COSTA; MALDONADO-TORRES; GROSGOUEL, 2018; GOMES, 2018; GROSGOUEL, 2018):

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON; WIİK, 2010, p. 175).

Por isso, os autores apresentam o conceito de relativismo cultural, que significa “que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos” (LANGDON; WIİK, p. 177). A partir da complexidade e do contexto brasileiro, os autores destacam que há generalizações sobre a “cultura brasileira”, mas que temos que nos atentar ao fato de que “grupos formadores da população brasileira detêm diferentes visões de mundo e percebem a realidade de maneira peculiar” (LANGDON; WIİK, 2010, p. 178) e que devemos considerá-las na inserção e atuação profissional no campo da saúde.

Diante desse cenário, Madel Luz (2011) aborda a contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde, considerando que disciplinas tradicionais da saúde, com “olhar puramente natural e técnico sobre a vida, tanto do ponto de vista

metodológico como epistemológico, são incapazes de abarcar a totalidade do fenômeno da vida humana” (LUZ, 2011, p. 25). A autora discorre sobre o campo da Saúde Coletiva, que é composto por saberes e práticas interdisciplinares e transdisciplinares, o que foi um fator identificado como facilitador na oficina do curso de Saúde Coletiva, para que o diálogo da equidade racial seja feito. A autora acrescenta que, para compreensão da totalidade da vida humana, as ciências sociais e humanas são essenciais para a análise dos determinantes sociais da saúde, também mencionados por Paulo Buss e Alberto Filho (2007), que analisaram a relação entre saúde e seus determinantes sociais, trazendo a definição da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), que considera os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007, p. 78).

Ainda no curso de Saúde Coletiva, a disciplina de Introdução à Bioética trouxe a discussão sobre a interculturalidade, abordando o tema de práticas discriminatórias e do racismo (RAYMUNDO, 2013). Como citado no referencial teórico, algumas experiências sobre o ensino da equidade racial e da decolonialidade têm mencionado currículos interculturais na formação em saúde. Mas o que significa interculturalidade e como ela pode ser inserida como eixo estruturante da formação em saúde? Como aponta Marcia Raymundo,

Neste contexto, pode-se considerar a interculturalidade em saúde como a complementaridade entre diferentes visões sobre uma mesma questão de saúde, que se estabelece a partir do diálogo e do intercâmbio. Trata-se da coexistência de distintas cosmovisões de maneira complementar, sem preconceitos ou imposição de uma sobre outra². O enfoque da atenção em saúde passa a ser não apenas biológico, não apenas sociocultural, mas biocultural ou, ainda melhor, biopsicossociocultural (RAYMUNDO, 2013, p.219).

A autora aborda a diversidade cultural existente nos cenários de atenção à saúde, mas relembra que há uma história que “foi exercida partindo do pressuposto de que as pessoas possuíam características comuns que a tornavam homogêneas, e que as questões de saúde poderiam ser abordadas igualmente” (RAYMUNDO, 2013, p. 220), defendendo, porém, que as particularidades dessas pessoas e grupos sejam consideradas na atenção em saúde. Ela exemplifica que quando uma mulher cigana procura por atendimento em uma unidade de saúde, a sua cultura precisa ser respeitada de acordo com os significados existentes no seu grupo.

Na oficina do curso de Medicina, um fator dificultador foi justamente que algumas disciplinas até mencionam a diversidade cultural, mas de forma superficial, sem reflexões profundas sobre raça e etnia no contexto brasileiro. Quando não há o respeito pela cultura dos usuários, esses encontram barreiras para o acesso à saúde, barreiras que “podem ser vencidas a partir do diálogo com o paciente, pois é a partir dele que se constroem os sentidos”

(RAYMUNDO, 2013, p. 221). A partir de alguns exemplos, a autora acrescenta que falar sobre o modelo biomédico hegemônico implica que se entendam as relações de poder e como alguns saberes foram considerados “válidos” e outros não, desqualificando e negando esse último:

Portanto, não se pode refletir sobre os vários saberes sem considerar o contexto e as relações de poder. A interculturalidade busca promover o diálogo contextualizado, a partir das experiências de cada interlocutor, tentando a comunicação efetiva, não apenas superficial. Para tal, existem fatores que contribuem para a comunicação intercultural, em seu amplo sentido, tais como conhecer a cultura do outro, reconhecer a própria cultura, eliminar ou neutralizar preconceitos, ser capaz de estabelecer relações empáticas e saber reconhecer a metacomunicação: aquela não evidente (RAYMUNDO, 2013, p.221).

A disciplina de Gestão Estratégica, Participação e Controle Social em Saúde trouxe a temática dos movimentos sociais. Como já mencionado no referencial teórico (GOMES, 2011; WERNECK, 2016; COSTA; LIONÇO,2006), eles tiveram papel central no processo de redemocratização no Brasil e na pressão ao Estado por políticas públicas e por reparação histórica a “alguns segmentos sociais, como os/as negros, os/as indígenas e as mulheres” (HEILBORN; ARAÚJO; BARRETO, p. 22) e, também, de mulheres lésbicas, de gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), e devem ser lembrados nas discussões sobre movimentos sociais.

Na oficina do curso de Medicina, a vivência de professores em espaços de movimentos sociais foi um dos fatores facilitadores para trabalhar a equidade racial na formação. Na oficina de Saúde Coletiva, esse fator foi identificado como motivação e justificativa, pois a inserção nesses espaços proporciona contato com o tema e é uma forma de, por meio das vivências, fortalecer e sensibilizar o entendimento das pessoas sobre a relevância da equidade racial.

A trajetória do Movimento Negro Brasileiro também é enfatizada por Nilma Gomes (2018) nos variados setores de resistência e no “percurso de ruptura epistemológica e política no sentido de descolonizar os currículos e o próprio campo do conhecimento” (GOMES, 2018, p. 224), surgido na periferia:

Se olharmos para a sociedade brasileira, encontraremos o protagonismo negro denunciando esse mesmo colonialismo e sua colonialidade. Ele está no clamor das negras e dos negros cujas vozes ecoaram contra a escravidão e no corpo dos que lutaram e ainda lutam pela nossa humanidade contra o racismo, as ditaduras, a pobreza, a violência racial e de gênero, a LGBTfobia, a violência religiosa, contra a hegemonia do padrão estético branco-europeu e o conhecimento eurocentrado (GOMES, 2018, p. 225).

Foi ressaltada nos cursos a necessidade de atividades de ensino que envolvam as políticas de saúde, mas também que elas sejam associadas ao cenário real, para que possam ocorrer vivências e identificação de como elas são operacionalizadas nos diferentes territórios.

Algumas evidências citadas no referencial teórico têm demonstrado como essas vivências podem ocorrer. Conceição, Riscado e Vilela (2018), por exemplo, construíram um instrumental para analisar a inserção da equidade racial no curso de Medicina de uma universidade pública de Alagoas. Uma subcategoria analisada foi a inserção de “elementos que consideram a abordagem ao perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra” (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 40).

Para contextualizar a realidade social, o estudo destaca o papel da PNSIPN como orientadora da formação e da prática dos profissionais de saúde, inserindo no PPC do curso que a formação deve incluir diferentes cenários de ensino aprendizagem. Riscado (2006) relatou a oferta de uma disciplina, no curso de Medicina da UFAL, que abordou a saúde da população negra, incluindo atividades extraclasse como visitas orientadas em Terreiros de Candomblé e Umbanda e em uma Comunidade Remanescente de Quilombo, envolvendo relatório de campo feito pelos alunos da disciplina e propostas de pesquisas e intervenções nos territórios.

Em revisão integrativa de literatura, Tamiris Rizzo e Alexandre Fonseca (2019) identificaram estudos brasileiros com foco em práticas educativas em saúde e suas abordagens na saúde da população negra, predominando achados com foco em povos e comunidades tradicionais. Um dos dados encontrados refere-se a um relato de experiência a partir da “auto-organização de 75 mulheres negras de santo que, diante das dificuldades de acesso ao e de equidade no atendimento, reivindicavam a abertura de um posto de vacinação em espaço cedido pelo terreiro” (RIZZO; FONSECA, 2019, p. 901). Os autores identificaram que a experiência proporcionou reflexão “acerca de práticas de intolerância religiosa e de racismo vivenciadas na unidade básica de referência, no território” (RIZZO; FONSECA, 2019, p. 901). Dessa forma, as lideranças conseguiram que houvesse implantação do consultório, com realização de atendimentos e oficinas educativas. Esse relato pode ser um exemplo de como integrar atividades com a parceria ensino-serviço-comunidade, considerando a observação feita nas oficinas com a preocupação do ensino das políticas associada ao cenário real.

No curso de Medicina, emergiu da produção de dados a noção de que o curso tem um foco mais assistencial e menos político, com ênfase em doenças prevalentes e determinantes genéticos e biológicos da população negra. Em estudo semelhante, Conceição e demais autores (2018) utilizaram algumas categorias para análise do PPC do curso de Medicina da UFAL. Uma delas identificava a “explicitação das relações Étnico-raciais e saúde da População Negra nos fundamentos e justificativas da formação médica” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p. 42), considerando que aspectos “do perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p. 42) fossem abordados de forma interligada.

No entanto, o PPC, anterior às DCN de 2014 – que explicitam no artigo 5º a temática racial na formação –, trata os aspectos de forma homogênea, sem contextualização “acerca das diferenças raciais e aos impactos e necessidade de saúde da população negra” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p.42). Outra questão merecedora de destaque, que está relacionada com o que foi falado na oficina, é que há uma problemática quando o tema é inserido de forma descontextualizada e há ênfase em doenças prevalentes, conforme também identificado no estudo dos autores:

No que se refere às nosologias consideradas prevalentes na população negra, apenas as de condições genéticas apareceram com abordagens pontuais, porém, nenhuma delas trouxe explicitamente o viés racial em seus conteúdos. Vale destacar que, a saúde da população negra não se limita à questão genética e os agravos que acometem essa população envolvem uma complexidade de fatores. Neste sentido, pondera-se que os discentes necessitem vivenciar uma abordagem ampla, que possibilite a compreensão e visão crítica e antirracista quanto aos fatores desencadeadores e determinantes do racismo na atenção à saúde e seus impactos nos processos de planejamento e gestão (CONCEIÇÃO; RISCADO; VIELELA, p. 52).

E o que significa quando emergiu na oficina o entendimento de que o curso de Medicina aborda a temática com foco mais assistencial e menos político? O que significa um foco político – que não é o mesmo que político-partidário – na formação em saúde?

A decolonialidade como um projeto acadêmico-político pode ajudar nessa compreensão. Segundo Bernardino-Costa e demais (2018), esse projeto considera a luta das populações africanas e das populações afrodiáspóricas, trazendo ao primeiro plano a luta política “das mulheres negras, dos quilombolas, dos diversos movimentos negros, do povo de santo, dos jovens da periferia, da estética e arte negra, bem como de uma enormidade de ativistas e intelectuais” (BERNARDINO-COSTA, 2018, p. 10).

Nilma Gomes (2018, p. 226) destaca que a decolonialidade e o pensamento pedagógico emancipatório são pautados em “uma visão emancipatória dos sujeitos, do conhecimento e das experiências sociais”, produzindo outros sujeitos políticos e de políticas, pressionando o Estado. Diante disso, a autora retoma a perspectiva negra da decolonialidade, presente nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico, em articulação com os “movimentos sociais nas lutas cotidianas e nas instituições educacionais” (GOMES, 2018, p. 227).

Em outra reflexão, Nilma Gomes (2011) apresenta o movimento negro enquanto sujeito coletivo e político, cujo caráter político possibilita “movimentos de produção de discursos, de interpretações antagônicas e de conflitos, de novos significados e ações, com foco na luta política contra o racismo” e contribui para a “construção de uma nova interpretação da trajetória dos negros no Brasil” (GOMES, 2011, p. 136). Trata-se, portanto, de colocar na pauta da

política educacional “as práticas, os projetos e as políticas voltadas para a diversidade étnico-racial”, bem como medidas para superação de desigualdades (GOMES, 2011, p. 139).

Outra contribuição diz respeito aos saberes políticos e como as ações afirmativas têm tocado na cultura política e nas relações de poder. Isso nos leva a pensar que a inserção da equidade racial nos cursos de saúde com foco político requer tocar na cultura política dessas faculdades historicamente elitizadas, inseridas em uma estrutura organizacional universitária em que as relações de poder e dominação estão presentes.

Na disciplina de Atenção Primária à Saúde (APS) é mencionada competência cultural da atenção primária. No entanto, na análise do programa de ensino-aprendizagem não foi possível identificar alguma especificação do que significa essa competência na formação dos alunos. Em estudo sobre a competência cultural nos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e que participavam do PET-Saúde Redes com foco na atenção à saúde indígena, Glaucia Moreira e Luciane Mota definem o termo:

A competência cultural é descrita como muito mais do que o conhecimento de costumes e doenças prevalentes naquela população ou comunidade, posto que também compreende habilidades de comunicação apesar das diferenças de linguagem, acessando e compreendendo o sistema de crenças e práticas dessa comunidade; tem por objetivo propiciar a comunicação efetiva entre pessoas com diferentes interpretações da realidade⁷ (MOREIRA; MOTTA, 2016).

De acordo com o estudo, um ensino voltado para a sensibilidade cultural “deve utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não podendo ser uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas sim, uma política ou postura institucional” (MOREIRA; MOTTA, 2016, p. 165). A partir de análise de conteúdo do portfólio reflexivo construído por alunos que participaram da pesquisa, as autoras identificaram algumas categorias que foram analisadas.

Na categoria “sensibilização profissional para o atendimento diante da diversidade cultural”, os estudantes destacaram que os profissionais de saúde não consideram o saber da população indígena. Na categoria “desarticulação da prática com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)”, foi mencionado que alguns princípios do SUS, como a equidade, não têm estado de fato presentes na prática profissional e no cotidiano dos serviços. A categoria “responsabilidade social e pensamento crítico”, por fim, reuniu o relato dos estudantes sobre como a vivência do PET possibilitou-lhes vivenciar a realidade com o contato com a população indígena do território, evidenciando que apenas o domínio de disciplinas clínicas não é suficiente para a formação e consequente atuação profissional.

Sorensen e demais autores (2019) estudaram a necessidade de garantir a competência cultural em cursos de Medicina em dez universidades na Europa, por meio de questionários que

identificaram questões sobre resultados de aprendizagem nos currículos, sobre alocação de recursos para desenvolvimento e manutenção de ações das competências culturais e sobre questões relacionadas a estruturas organizacionais, suporte e políticas relacionadas às competências culturais nos programas.

Os autores explicam que a garantia da competência cultural na formação médica é uma estratégia para o combate às desigualdades na saúde de diferentes grupos étnicos e a definem como um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes relacionadas ao conhecimento da epidemiologia e efeitos do tratamento em vários grupos étnicos, habilidades para lidar com a diversidade cultural e atitudes como humildade, empatia, curiosidade, respeito, sensibilidade e consciência.

Os achados dos estudos mostraram que a competência cultural não foi adequadamente incluída na participação dos programas educacionais dos cursos de Medicina, que os estudantes não são avaliados nessas competências e que a maioria não oferece treinamento para os professores e disponibiliza poucos recursos para iniciativas relacionadas. Os resultados mostraram que os cursos incorporam a competência sobre como lidar com os determinantes sociais de saúde, existindo, todavia, uma lacuna no que diz respeito aos determinantes relacionados a etnia não serem mencionados como DSS. Os autores, por fim, sinalizam que outros profissionais devem ter a competência cultural e que há desafios para fazer mudanças na formação médica, incorporando a diversidade cultural. Sendo assim, é necessário que haja mudanças nos currículos e que esses promovam uma conscientização dos alunos sobre seus preconceitos e sem estereótipos culturais.

A competência cultural tem sido incorporada no sentido de “superar as barreiras de acesso à Saúde das Populações Minorizadas” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 82) e, também, é um atributo da atenção primária à saúde. Porém, mesmo com as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, “as normativas ainda são incapazes de garantir que a cultura seja utilizada como um critério para a consolidação de práticas que valorizem as diversas interpretações e modos de intervenção na área da saúde” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 84), o que evidencia que os profissionais de saúde devem ter essa competência desenvolvida.

Os autores contextualizam um cenário em que estereótipos, privilégios e racismo estão presente na estrutura da sociedade, o que também se percebe na relação dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Dessa forma, “a competência cultural poderia ser mais bem descrita como humildade cultural” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, p. 85). Os autores destacam, ainda, que a competência cultural “visa à equidade no cuidado em saúde, tendo como

principal foco as populações minorizadas” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, p. 85) e apresentam os seus domínios:

Assim, além da habilidade de se fazer entender – reconhecendo a necessidade de aprimorar comunicação, criatividade e flexibilidade –, a competência cultural é também composta por mais dois domínios: o domínio cognitivo, que engloba conhecimento da epidemiologia e manifestações de doenças em diversos grupos e conhecimento dos diferentes efeitos que os tratamentos podem desencadear em diferentes grupos étnicos, além do conhecimento sobre a história e cultura de cada grupo; e o domínio atitudinal, relacionado à consciência de como a cultura modela o comportamento e a maneira de pensar, e reconhecer que temos o nosso próprio preconceito e tendência a estereótipos (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 86).

Segundo os autores, o processo de aprendizagem é complexo e há “resistência dos profissionais de saúde para saírem de sua zona de conforto, no sentido de desenvolverem consciência do privilégio e desvantagem, racismo e preconceito presentes nas relações” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 87). Esse é, talvez, um dos desconfortos gerados na oficina, a partir da observação que a competência cultural é mencionada na disciplina de APS, mas sem de fato haver um significado do que ela seja, entendendo o seu sentido produzido, não apenas nos alunos, mas também nos professores.

De acordo com essa professora, quem tem competência cultural deve abordar a equidade racial, mas é necessário um processo anterior, que podemos chamar de humildade cultural, como o reconhecimento dos seus privilégios – como professores, alunos e profissionais de saúde. No domínio atitudinal, apresentado pelos autores, a humildade cultural está relacionada à demonstração de “consciência de seus próprios valores, crenças e suposições” e na compreensão de como esses elementos irão impactar na sua prática profissional (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 88). Os autores, por fim, afirmam que há necessidade de treinamento para desenvolvimento da sensibilidade cultural e de aproximação teórica nos currículos para que a competência cultural seja de fato além de um conceito, mas que produza sentidos:

Para o desenvolvimento da competência cultural, a literatura sugere utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não devendo ser apenas uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma postura institucional (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 87).

Reginaldo Freitas Júnior e demais (2018) estudaram a competência cultural para a atenção à saúde materna em população quilombola na educação das profissões da saúde identificando, nas DCN do curso de Medicina, como tem sido inserida a abordagem dos temas transversais, como a educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena, bem como em que medida esses pressupostos remetem à competência cultural.

Com base em estudos internacionais, que apontam para a necessidade de a diversidade cultural ser inserida na formação das profissões da saúde, os autores concordam com a revisão dos programas e com a inserção da diversidade cultural, dos direitos humanos e da equidade nos documentos curriculares. O estudo desenvolvido incluiu duas fases, a primeira com identificação de necessidades relacionadas à saúde materna em uma comunidade quilombola e a segunda com construção “de estratégias de ensino-aprendizagem facilitadoras da aquisição, por parte dos estudantes, de competências culturais relacionadas à saúde materna das mulheres quilombolas” (FREITAS JÚNIOR, 2018, p. 103), por meio de vivência em uma disciplina eletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), envolvendo estudantes de Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Comunicação Social, trabalhou de forma integral “conhecimentos, habilidades e atitudes ao desenvolvimento de competências culturais no contexto da atenção à saúde e educação de populações etnicamente diversas” (FREITAS JÚNIOR *et al* 2018, p. 103):

No que se refere à dimensão cognitiva, abordar o conhecimento dos processos que influenciam a saúde e cuidados de saúde da população quilombola. Quanto ao componente atitudinal, estimular a capacidade reflexiva acerca dos diversos valores de saúde, crenças, comportamentos, sua própria bagagem sociocultural, a formação racista da sociedade brasileira e a consequente marginalização das comunidades afrodescendentes e a relativa invisibilidade de suas contribuições e necessidades. O elemento de habilidades se concentrou na comunicação e compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença das mulheres quilombolas (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2018, p. 103).

Alguns dos resultados da pesquisa de Freitas Júnior e demais autores mostraram que não se pode esperar que a competência cultural seja apenas uma competência de alunos que têm “sensibilidade” ou interesse pessoal pela temática e nem que seja esperada apenas daqueles que participam de projetos de extensão ou iniciação científica, mas sim que seja construído em todas as disciplinas dos cursos. A partir da interação na comunidade quilombola, alguns estudantes compartilharam que tinham uma visão colonizadora que os via como “exóticos” e que não imaginavam que existia “perto deles” e, ainda, que antes de conhecerem a comunidade imaginavam que era “apenas uma comunidade rural muito pobre”, que o continente africano era um país e que os quilombolas não pareciam com a população indígena. Por fim, os autores reforçam o quão essencial é a integração ensino-serviço-comunidade para o processo “ensino-serviço-aprendizagem no mundo real e por meio da interação pessoal do aprendiz com populações étnica e culturalmente diversas” (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2018, p. 106).

Pensando sobre o ensino superior em saúde e sobre as políticas de reorientação da formação e as urgentes mudanças na formação acadêmica, que atenda às demandas do SUS, Furlanetto (2015) buscou entender como o ensino em saúde ainda sofre forte influência de um

modelo flexneriano centrado na doença, nos hospitais, que fragmenta a atenção à saúde e não considera o indivíduo em sua integralidade. Porém, destaca que esse modelo tem sido contestado por não atender às demandas que o sistema de saúde tem, impulsionando que se tenha uma formação com novo modelo pedagógico e de um novo sistema formador:

O descompasso entre o SUS que se almeja e a formação em saúde que o país oferece não foi superado com a instituição das DCN. O ensino na saúde permanece focado em competências específicas de cada área, em detrimento de avanços no desenvolvimento de competências gerais comuns a todos aqueles que exercerão o papel de protagonistas de transformações na saúde do país. Com isso, um dos maiores desafios ainda enfrentados no Brasil, e por isso considerado como uma das principais questões na agenda das políticas de saúde, é a falta de profissionais preparados para lidar com as exigências postas a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, mesmo após mais de uma década de propostas de mudanças curriculares terem sido implementadas por meio das DCN. É necessário, portanto, que ocorram mecanismos facilitadores dessas modificações (FURLANETTO, 2015, p. 63).

Nas oficinas, foi possível perceber que os professores participantes compartilharam que o formato “quadrado” dos programas, que a lógica de “caixinhas” das disciplinas, a falta de tempo e pressão produtivista da universidade são alguns fatores presentes no modelo de ensino existente, que dificultam a abordagem de temas que “fogem” desses formatos que exigem mais do que apenas seguir os programas dessas disciplinas.

As cotas raciais emergiram na produção dos dados, tanto no sentido do reconhecimento delas enquanto reparação histórica e de direitos, quanto a partir do debate sobre o mérito para acesso às universidades. Para compreender o processo de ações afirmativas se faz necessário compreender a estrutura de dominação existente no sistema educacional. José Jorge de Carvalho (2018) falou sobre como o papel das cotas étnico-raciais foi essencial para as universidades brasileiras e “suscitou o debate sobre o caráter excessivamente eurocêntrico das nossas universidades e da sua mentalidade colonizada de origem” (CARVALHO, 2018, p. 80). Há um reconhecimento de como as cotas étnico-raciais têm sido relevantes para o ingresso de estudantes negros e indígenas nas universidades, mas outro ponto que merece atenção é como estas são estruturadas e como têm reproduzido um pensamento arrogante e colonizador. Como afirma o autor, esse questionamento é intelectual e político:

[...] não seria de modo algum satisfatório implementar ações afirmativas para jovens negros e indígenas sem paralelamente, mudar o currículo colonizado, racista e branqueado que vem se repetindo cronicamente em todas as nossas instituições de ensino superior (CARVALHO, 2018, p. 80).

A colonialidade do saber dita não só como os currículos são construídos, mas também que tipo de saber é considerado relevante e de prestígio nesses espaços. A “modernidade” definiu um padrão universal de conhecimento e de quem pode ser detentor desse saber e, assim, as universidades aparecem, como forma de reunir aqueles (em sua maioria homens) que são

aptos a adquirir e produzir esse conhecimento. Por isso, o autor defende o movimento do Encontro de Saberes, que visa à inclusão “dos mestres e mestras das comunidades dos cotistas, para que tenham o direito de ensinar os seus saberes tradicionais a todos os estudantes universitários, atuando como professores universitários” (CARVALHO, 2018, p. 80).

Pensando esses dois movimentos, as ações afirmativas e o Encontro de Saberes, Carvalho defende a centralidade da universidade e como ela tem papel fundamental na formação dos futuros profissionais das mais diversas áreas. Aqui, ressalto, ainda, a formação de profissionais da área da saúde. O autor também acrescenta:

Como pressuposto para esses diálogos, defendo, primeiramente, a centralidade da instituição universitária nas lutas pela construção de um Estado brasileiro descolonizado e que seja de fato democrático e igualitário na justiça e no acesso aos recursos materiais, plurinacional, com equidade na sua diversidade étnica e racial, e deveras pluricultural e pluriépistêmico. Afinal, das universidades saem os quadros de servidores do Estado [...]. A discriminação racial, o imaginário racista, o genocídio contra os negros e indígenas, a acumulação por despossessão e o roubo de terras dos povos tradicionais são práticas seculares que se reproduzem em boa medida pelo modo como esses profissionais foram formados nas universidades. Se de fato a formação universitária molda a mentalidade dos estudantes, então o racismo e o genocídio certamente poderão ser confrontados com maior eficácia se uma nova geração de estudantes universitários brancos adquirir uma formação antirracista, descolonizadora e sensível à diversidade dos saberes não ocidentais criados e reproduzidos pelos negros, indígenas e demais povos tradicionais (CARVALHO, 2018, p. 81).

Não basta a entrada de estudantes negros e indígenas nas universidades se o saber eurocêntrico moderno continuar a moldar o ensino. Por isso, Carvalho afirma que é necessário um movimento que venha também dos docentes, do formato institucional, no convívio e “na sua conformação epistêmica geral (cursos, disciplinas, ementas, teorias, pedagogias etc)” (CARVALHO, 2018, p. 81).

José Jorge de Carvalho também discorre sobre a mentalidade colonizada da universidade brasileira, lembrando que as escolas superiores no Brasil foram criadas no século XIX “e as universidades começaram a ser constituídas de fato na segunda década do século XX”, com destaque para a Universidade do Rio de Janeiro (1920) e para a Universidade de São Paulo (1934) (CARVALHO, 2018, p.83). Assim,

A condição de criação mesma das nossas universidades foi colonizada. Nossa elite branca trouxe uma elite acadêmica europeia branca para fundar uma universidade estritamente nos moldes das universidades ocidentais modernas. O modelo institucional foi o humboldtiano, com a separação entre as faculdades e os institutos de pesquisa, obedecendo à mesma divisão de saberes da matriz europeia e inscrevendo nossa academia como uma variante da chamada civilização ocidental (CARVALHO, 2018, p. 84).

Dessa forma, houve continuidade da reprodução de um “espaço institucional racista de base intensificou o modelo colonizado de conhecimento, e a colonização epistêmica, uma vez instalada, trouxe novo estímulo para a continuação da exclusão social” (CARVALHO, 2018,

p. 85). Nem mesmo a Universidade de Brasília, em 1961, apesar da influência de Darcy Ribeiro e Anísio Teixeira, colocou “a pertinência da presença dos saberes indígenas e africanos no ensino superior e na pesquisa” (CARVALHO, 2018, p. 86).

O autor defende a necessidade de uma atitude descolonizadora por meio de uma tomada de consciência e, segundo ele, descolonizar significa “desvincular-se do mandato introjetado de repetir o padrão epistêmico ocidental como única referência do conhecimento” (CARVALHO, 2018, p. 90). Esse processo exige um movimento de refundar a academia, por meio da “construção de um novo pacto entre todos os grupos e comunidades da nação” (CARVALHO, 2018, p. 90). Ainda que a dominação colonial, de maneira formal, tenha acabado, as suas amarras persistem e podem ser percebidas por exemplo, na forma como opera em vários espaços, e entre eles, estão as instituições de ensino (GOMES, 2018, p. 227). Nelas, a colonialidade irá operar por meio de várias estratégias, e a construção do currículo é uma delas.

Gomes (2018, p. 228) acrescenta que o currículo vai além da visão limitada de transmissão de conteúdo. Suas narrativas “contam histórias coloniais e ficam noções particulares de raça, classe, gênero, sexualidade e idade” e envolvem relações de poder forjando subjetividades por meio das práticas coloniais. É por esse motivo que a autora reafirma a necessidade de se descolonizar o currículo.

Refletir sobre a descolonização dos currículos nos faz pensar sobre as disputas que estão postas por meio de uma “resistência colonial a um currículo decolonial” (GOMES, 2018, p. 229). Como por exemplo, o Programa Escola sem Partido, que tenta alterar a lei de Diretrizes e Bases da Educação. Esse programa é

Um programa educacional e curricular retrógrado que visa impedir a liberdade de pensamento e autonomia didático-pedagógica e curricular das instituições escolares e dos docentes. Parte da ideia de que os professores e o autores de materiais didático utilizam suas aulas e obras para obter a adesão dos estudantes a determinadas correntes políticas e ideológicas, principalmente aquelas entendidas como de conduta moral e sexual. É uma das formas de se privatizar a escola por meio de um pensamento conservador, de direita e fundamentalista-religioso disfarçado pelo "zelo pela liberdade de expressão". Na realidade, é o próprio Programa Escola sem partido que partidariza a educação escolar e os currículos em uma posição à direita e fere os princípios constitucionais de liberdade e autonomia arduamente conquistados no Brasil (GOMES, 2018, p. 229).

Esse é um exemplo do desmonte que tem sido projetado por um governo que vê a educação como uma ameaça e tem tentado atacá-la de todas as formas. As universidades públicas têm sido alvo constante de ataques diversos por parte do governo, que tem caluniado e por meio de inverdades difamam pensadores que contribuíram significativamente para a educação brasileira, como Paulo Freire:

Em outras palavras, pode-se dizer que o referido Programa intenciona a restringir e proibir certos temas dos currículos, negando aos sujeitos da educação o direito ao conhecimento emancipatório. Na realidade, é uma forma atual de colonização dos currículos (GOMES, 2018p. 229)

Outro exemplo da colonização dos currículos apresentado pela autora tem sido a retirada da palavra gênero do Plano Nacional de Educação e dos Planos Estaduais, Municipais e Distrital de Educação (GOMES, 2018, p. 230). Essa tem sido uma pauta política e ideológica de “adeptos de algumas religiões pentecostais e de posturas políticas conservadoras e fundamentalista” (GOMES, 2018, p. 330).

Qual a justificativa desses grupos? Justificam que há uma imposição, particularmente da esquerda brasileira, de uma ideologia de gênero nas escolas, a qual tentaria influenciar uma doutrinação de sexualidade a crianças e adolescentes. De forma infundamentada e desconsiderando totalmente os estudos sobre sexualidade e gênero, esses grupos têm vetado que esse debate seja trabalho principalmente nas escolas. Desconsideram, por exemplo, os altos índices de violência contra a mulher e contra a população LGBT e como a reprodução de um padrão heteronormativo e patriarcal está presente no ambiente escolar. A colonialidade, assim,

[...] materializa no pensamento e na postura arrogante e conservadora de educadores diante das diversidades étnica, racial, sexual e política existentes na escola e na sociedade. Ela se torna realidade pedagógica por meio de uma seleção de mão única dos conteúdos a serem discutidos com os estudantes, os quais priorizam somente um determinado tipo de abordagem sobre as várias e desafiadoras questões sociais, políticas e culturais do país, da América Latina e do mundo, em vez de disponibilizar para os discentes e público em geral as várias e diferentes leituras e interpretações sobre a realidade (GOMES, 2018, p. 232).

Gomes nos faz pensar sobre como os currículos são enraizados pela colonialidade, ignorando “intencionalmente ou não, que a história, a cultura, a política, as artes e o conhecimento são forjados na tessitura sociopolítica” (GOMES, 2018, p. 233). Evidenciando o papel que os coletivos sociais têm pela luta da democratização das educações básica e superior, Nilma Gomes explica sobre como a representatividade desses nos espaços educacionais é necessária, pois

Esses sujeitos também forçam a instituição escolar a se repensar por dentro. Demandam outros currículos, outras pedagogias. Indagam teorias consideradas como verdades únicas, levam para as escolas outras abordagens de mundo; outros autores que não estão no cânone se interessam por outro tipo de literatura e dialogam com vários lugares e sujeitos por meio das redes sociais. Ao fazerem isso, indagam o lugar clássico do docente como detentor de todo o conhecimento. E revelam a nós, educadoras e educadores, a nossa ignorância sobre vários temas (GOMES, 2018, p. 233).

Embora haja o currículo oficial nas instituições, que não tem direcionado a uma educação emancipadora, a autora nos lembra que há um currículo vivo e dinâmico, presente nas

histórias de vida e no que está oculto. Por isso, a proposta apresentada por Gomes é a descolonização dos currículos numa perspectiva negra e brasileira, pois ela

[...] é a que busca e coloca outras narrativas no campo do conhecimento e do currículo, que dá legitimidade aos saberes acadêmicos, políticos, identitários e estético-corpóreos negros. É aquela que dá relevância aos saberes e às práticas afro-brasileiros emaranhados em todos nós, inclusive nas pessoas brancas, nos vários grupos de imigrantes e seus descendentes e nos povos indígenas brasileiros.

Essa perspectiva considera o Movimento Negro brasileiro como um produtor e sistematizador de saberes. É a que tem como característica especial o fato de os sujeitos que a produzem nunca se esquecerem do que o processo colonial fez com os seus ancestrais e do que a colonialidade ainda faz consigo (GOMES, 2018, p.245).

Gomes também enfatiza o movimento que tem ocorrido em alguns espaços universitários de inserção de autoras e autores negros brasileiros nos programas de graduação e pós-graduação, que têm contribuído com reflexões sobre o Brasil, como Clóvis Moura, Guerreiro Ramos, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro e outros, além de “autores internacionais que construíram reflexões importantes sobre as identidades, a diáspora africana e o feminismo negro” (GOMES, 2018, p. 239).

Uma das autoras lembradas é bell hooks, cuja contribuição a respeito da educação como prática de liberdade será destacada adiante. A autora menciona sua trajetória enquanto mulher negra e professora universitária, saudando àquelas professoras negras que a antecederam e a inspiraram pela busca de uma educação libertadora. Inspirada por Paulo Freire, questiona o sistema educacional, no qual há uma relação de hierarquização entre professor e aluno e, ainda, o fato de que os alunos sejam apenas ouvintes em um espaço “de exercício de poder e da autoridade (hooks, 2013, p. 30).

Ela compartilha o seu compromisso com “uma pedagogia engajada e a fazer de sua prática de ensino um foco de resistência” (hooks, 2013, p. 36), reafirmando ser necessário “transformar o currículo de tal modo que ele não reforce os sistemas de dominação [e que possa] [...] fomentar a presença e perspectiva da diversidade” (hooks, 2013, p. 37). Ela também reconhece o desafio que é a construção de universidades culturalmente diversas e que possam aprender e compartilhar saberes com movimentos de mudança social (hooks, 2013, p. 50).

Sua aproximação com Freire ajudou-a a perceber as limitações da educação que têm aprisionado os estudantes, bem como a pensar estratégias para o ensino e aprendizagem. Uma dessas estratégias é a valorização do aluno como ator ativo nos ambientes educacionais e o estímulo para que professores possam compartilhar narrativas de suas experiências. hooks sustenta a ideia de uma revolução de valores, pois eles têm contribuído para a manutenção dos sistemas de dominação – o racismo, o sexismo, a exploração de classe e o imperialismo (hooks, 2013, p. 42).

Somos ensinados que essa dominação é natural e necessária e essa prática é percebida na educação:

Se examinarmos criticamente o papel tradicional da universidade na busca da verdade e na partilha de conhecimento e informação, ficará claro, infelizmente, que as parcialidades que sustentam a mantêm a supremacia branca, o imperialismo, o sexismo e o racismo distorceram a educação a tal ponto que ela deixou de ser uma prática da liberdade. O clamor pelo conhecimento da diversidade cultural, por repensar os modos de conhecimento e pela desconstrução das antigas epistemologias, bem como a exigências concomitante de uma transformação das salas de aula, de como ensinamos e do que ensinamos, foram revoluções necessárias- que buscam devolver a vida a uma academia moribunda e corrupta (hooks, 2013, p. 45).

É preocupante o atual cenário de desmonte da educação. Percebe-se, como afirma hooks, que há um acirramento das questões sociais, políticas e culturais que têm buscado deslegitimar os saberes tradicionais e frear iniciativas que visem à transformação dos espaços educacionais. Por meio de contrarreformas, medidas verticalizadas, sem diálogo com a comunidade e que censuram têm sido aprovadas. A autora, porém, nos sensibiliza, acreditando que é possível “ensinar de um jeito que transforma a consciência, criando um clima de livre expressão que é a essência de uma educação em artes liberais verdadeiramente libertadora” (hooks, 2013, p. 63).

5.2 Oficina 2 – NDE de Medicina

Uma das observações levantadas na oficina é que, por exemplo, consideramos como um fator dificultador a visão de que “não seria preciso especificar nas aulas que a equidade racial será abordada”. Conforme enfatizado por Marina, essa visão é um dificultador, pois há evidências das iniquidades sofridas pela população negra, o que comprova a necessidade de abordar as suas especificidades, como, por exemplo, a questão da prevalência do câncer de colo de útero em mulheres negras.

Nesse momento, a professora 4 fez uma intervenção concordando com o que foi ressaltado. Acrescentou que participou de uma banca de mestrado e que o tema de estudo era sobre como as mulheres negras têm menor acesso a monografias de rastreamento e que pôde ser observado naquela pesquisa como essas mulheres estão menos assistidas. A professora enfatizou que é necessário que esses dados sejam de conhecimento dos profissionais de saúde, tendo em vista a importância para a saúde pública do país, e que quando não há rastreamento e, conseqüentemente, o prognóstico dessas mulheres será pior.

A acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico foi tema de estudo por Janaína Paulista, Paula Assunção e Fernando Lima (2019), que constataram que desigualdades

raciais “refletem nas ações de acessibilidade ao cuidado oncológico, majoritariamente na detecção precoce” (PAULISTA; CONCEIÇÃO; LIMA, 2019, p. 8). O estudo demonstra que há maior probabilidade de as mulheres negras não realizarem os exames citopatológico e de mama, o que é algo preocupante, pois o diagnóstico precoce é determinante para o prognóstico.

Os autores enfatizam que profissionais de saúde e gestores devem considerar o princípio da equidade para estabelecimento de medidas com foco na população negra e deve ser de conhecimento desses os determinantes que são estruturais de iniquidades em saúde dessa população. O representante do centro acadêmico acrescentou que o conhecimento sobre a equidade racial e saúde deve estar relacionado às questões socioeconômicas e também às epidemiológicas, para que, com essa relação, sejam evidenciadas as diferenças existentes e os problemas sejam melhor visualizados.

A contradição sobre como as mulheres são maioria no Brasil, mas minorias em espaços de poder pode ser melhor entendida por meio da relação que Djamila Ribeiro faz sobre as mulheres negras nos espaços de poder (RIBEIRO, 2018). A autora aponta que, historicamente, a população negra está de fora das estruturas de poder, uma das formas nas quais o racismo institucional opera, colocando em evidência que as contribuições de feministas negras têm ajudado no entendimento de como a linguagem dominante é uma forma de manutenção de poder. Um exemplo de como essa relação dos espaços de poder e do racismo institucional acontece em diferentes setores foi explicitada em novembro de 2019, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que lançou o informativo “Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil” (IBGE, 2019), apresentando indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

O trabalho considerou a trajetória de estudos no combate às desigualdades sociais, tendo destaque aquela “[...]por cor ou raça, [que] ocupa espaço central nesse debate [...] pois envolve aspectos relacionados às características do processo de desenvolvimento brasileiro” (IBGE, 2019, p. 1). As consequências que o estudo aponta geram, assim, “maiores níveis de vulnerabilidade econômica e social nas populações de cor ou raça preta, parda e indígena, como demonstram diferentes indicadores sociais” (IBGE, 2019, p. 1).

Com relação ao mercado de trabalho, o informativo mostrou que, em 2018, 47,3% de pessoas pretas e pardas estavam em ocupações informais, principalmente nas regiões do Norte e Nordeste. Outro destaque é referente à desigualdade salarial entre brancos e negros, sendo que em “2018 o rendimento mensal médio de pessoas ocupadas brancas era 73,9% superior. Foi possível observar que “tanto na ocupação formal, como na informal, as pessoas pretas ou pardas receberam menos que do que as de cor ou raça branca” (IBGE, 2019, p. 3); que as

mulheres negras receberam menos da metade do que os homens brancos e que “ a proporção em cargos gerenciais mostra significativa maioria de pessoas brancas” (IBGE, 2019, p. 3).

Outras evidências indicam que “a proporção de pessoas pretas e pardas com rendimento inferior às linhas de pobreza propostas pelo Banco Mundial foi maior que o dobro da proporção verificada entre as brancas” (IBGE, 2019, p. 4) e que estas desigualdades também são verificadas “nas condições de moradia, tanto na distribuição espacial dos domicílios, como no acesso a serviços, quanto nas características individuais dos domicílios”:

Indicadores relacionados a cobertura de serviços de saneamento básico também apontam uma significativa desigualdade, segundo a cor ou raça. Em 2018, verificou-se maior proporção da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca), implicando condição de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças. Condições inadequadas de saneamento básico estão entre as causas subjacentes e evitáveis de mortalidade infantil (IBGE, 2019, p. 5).

Sobre os indicadores educacionais da população negra, houve uma “trajetória de melhora entre 2016 e 2018, tanto como resultado da escolaridade acumulada ao longo das gerações, quanto em decorrência de políticas de correção de fluxo escolar e ampliação do acesso à educação” (IBGE, 2019, p. 7), embora a desvantagem em relação à população branca continue evidente. Por exemplo, houve aumento na proporção de pessoas negras entre 18 e 24 anos cursando o ensino superior, mas a taxa de jovens negros que concluíram o ensino médio (61,8%) continua menor do que a de pessoas brancas (76,8%).

Analisando a questão da violência, o informativo faz referência aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da ONU. Dentre eles, o objetivo 16, que dispõe sobre “promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis” (ONU, 2015). Porém, a realidade brasileira apresenta índices assustadores no que se refere à violência:

Em todos os grupos etários, a taxa de homicídios da população preta ou parda superou a da população branca, contudo, e preciso destacar a violência letal a que os jovens pretos ou pardos de 15 a 29 anos estão submetidos: nesse grupo, a taxa chegou a 98,5 em 2017, contra 34,0 entre os jovens brancos. Considerando os jovens pretos ou pardos do sexo masculino, a taxa, inclusive, chegou a atingir 185,0 (IBGE, 2019, p. 10).

O relatório destaca que mesmo a população negra sendo maioria no Brasil (55,8%), os negros ainda são subrepresentados na política: eles são apenas 24,4% dos deputados federais, 28,9% dos deputados estaduais eleitos em 2018 e 42,1% dos vereadores eleitos em 2016, mesmo que tenha havido historicamente a maior candidatura de pessoas negras para esses

cargos, conforme indica o boletim (IBGE, 2019, p. 10). As mulheres negras também estão em desvantagem no que diz respeito à representação política: em 2018 representaram 2,5% dos deputados federais e 4,8% dos deputados estaduais eleitos e, em 2016, 5,0% dos vereadores (IBGE, 2019, p. 12).

Identifico, a partir do debate impulsionado pelas docentes, que tanto a questão de as pessoas terem dificuldade para autodeclararem sua raça/cor como a questão da miscigenação no Brasil são fatores dificultadores para o debate da questão racial no país. É imprescindível que os profissionais de saúde sejam sensibilizados para o preenchimento quesito raça/cor.

Nesse sentido, a portaria nº 344 do Ministério da Saúde, de 1º de fevereiro de 2017, trata do preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, orientando que os profissionais de saúde devem fazer o preenchimento de acordo com a autodeclaração dos usuários dos serviços, segundo a classificação adotada pelo IBGE. O Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia, publicado em 2018 pelo Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade (Obvul), foi criado para orientar o correto preenchimento do quesito nos serviços da Secretaria de Saúde do DF. Entre os seus objetivos estão garantir a implementação da portaria e conscientizar os profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância da autodeclaração do quesito. O guia fala sobre a situação de saúde da população negra no DF, que representa, segundo o Censo do IBGE (IBGE, 2010), 56,2% da população e, segundo a Codeplan (2017), 57,93%, sendo um total de 1.360,212 habitantes. As mulheres negras também são maioria no DF, representando 53% da população.

Analisando as iniquidades vivenciadas pela população negra, o guia destaca que “a população negra do Distrito Federal é pouco descrita nos relatórios e demais documentos oficiais do setor saúde, pois há pouca ou nenhuma produção de informações sobre tais dados nos indicadores de saúde” (OBVUL, 2018, p. 8). No manual, é explicado como deve ser realizado o preenchimento, reforçando que a forma correta é pela autodeclaração dos usuários, e que em caso de dúvidas “devido ao não reconhecimento da própria origem, poderá ser solucionada com o diálogo, em que o profissional explicará à pessoa assistida as diferentes possibilidades de classificação” (OBVUL, 2018, p. 23). O profissional pode ainda explicar ao usuário sobre a importância dos dados que serão coletados e não precisa se sentir constrangido ao fazer a pergunta considerando alguns aspectos, como:

- 1) Conversar sempre é o melhor meio de se conseguir informações. A saúde também se faz com confiança mútua. A confiança começa com o olho no olho e muita conversa.
- 2) Caso seja necessário, mostrar que é uma pergunta dentre as várias respondidas para o cadastro do SUS.
- 3) Explique a importância de políticas públicas e das ações afirmativas na saúde: são elas que asseguram o direito da cidadania.
- 4) Assegurar que todos os dados fornecidos não tem por objetivo discriminar, mas de

melhorar a atenção integral e promover a equidade em saúde. 5) No caso de resistência, não se esqueça, são pessoas que já sofreram discriminação e racismo, tenha um pouco de paciência! (OBVUL, p.26).

A professora 1, em sua fala, traz uma autorreflexão. Ela considera que não é branca e que ninguém é branco no Brasil, “todos são brasileiros”. Mas demonstra compreender que esse posicionamento pode ser um fator que tira direitos de pessoas que não são brancas e que o mito de que todos são iguais é um dificultador para as pessoas se identificarem. Essa visão da professora de que o mito de que todos são iguais pode tirar direitos é um fator que facilita o debate. E ainda, quando não há o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação, é como se a população negra não existisse e, portanto, justificaria a não criação de políticas destinadas a atender as especificidades desse grupo.

Djamila Ribeiro nos ajuda a refletir sobre a miscigenação e a sua relação com a cultura do estupro e a colonização no Brasil. Segundo a autora, “é importante ressaltar que a miscigenação muitas vezes louvada no país também foi fruto de estupros cometidos contra elas. Essa tentativa de romantização da miscigenação procura escamotear a violência” (RIBEIRO, 2018, p. 78). Bento (2002) critica a ideologia do branqueamento que está associada à tão exaltada miscigenação que visava a diluição de características raciais, sendo que no período pós-abolição houve incentivo com base na lei para imigração de europeus, objetivando uma miscigenação para embranquecer o país.

No texto “Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira” (GONZALEZ, 1984), Lelia Gonzalez identifica o racismo caracterizando uma neurose cultural brasileira, tendo articulação direta com o sexismo e a questão da mulher negra a partir das noções de mulata, doméstica e mãe preta. É o discurso da miscigenação e do mito da democracia racial que moldam, dentre outras coisas, a estereotipação da mulher negra, que as exaltam na condição de mulatas no carnaval e esquecem a estereotipação que se dá em lado oposto ao do endeusamento, na condição de empregadas domésticas.

Para a autora, o mito oculta uma violência, observação feita também por Ribeiro, ao fazer uma brilhante análise sobre a origem do termo “mulata” que ainda é muito utilizado de forma naturalizada, mas que esconde tamanha violência.

A palavra, de origem espanhola, vem de “mula” ou “mulo”: aquilo que é híbrido, originário do cruzamento entre espécies. Mulas são animais nascidos da reprodução de jumentos com éguas ou de cavalos com jumentas. Em outra acepção, são resultado da cópula do animal considerado nobre (*equus caballus*) com o animal dito de segunda classe (*equus africanus asinus*). Sendo assim, trata-se de uma palavra pejorativa para indicar mestiçagem, impureza, mistura imprópria, que não deveria existir. Empregado desde o período colonial, o termo era usado para designar negros de pele mais clara, frutos do estupro de escravas pelos senhores de engenho (RIBEIRO, 2018, p. 66).

Conforme o comentário feito pela professora 4, “se isso aqui [o Brasil] é miscigenação”, temos um grande problema, pois a sua relação com a cultura do estupro é inegável e repleta de crueldade, sendo sua exaltação preocupante, pois, como indaga Ribeiro (2018, p. 67), “as pessoas que fazem a apologia da miscigenação por acaso também abrem espaço para discussão sobre racismo na sociedade?”.

Quando tenho observado esse discurso de exaltação da miscigenação no decorrer da pesquisa, noto que essa narrativa tem sido fomentada especialmente por docentes brancos que, em geral, justificam que não são racistas pois há pessoas negras em sua família, ou que o fato de ter um familiar negro e “o sangue correr em suas veias” os fazem negros. Situações como essas foram frequentes em diálogos que tive com docentes.

Eu respondi às professoras, mostrando o material de apoio da oficina, com slides de jovens e crianças negras assassinados no Rio de Janeiro nos últimos anos, a partir de estudos que falam sobre o genocídio da população negra, para exemplificar que há um discurso de igualdade, mas que, na prática, as evidências têm mostrado o contrário sobre o genocídio da juventude negra (ROCHA *et al*, 2018; RIBEIRO, 2018). Mas como indagado pela professora, se todos somos da raça humana, como justificar, por exemplo, o genocídio da população negra?

Primeiro, é preciso refletir sobre como a população negra foi destituída de humanidade, e ainda é. A idealização e romantização do discurso da igualdade dificulta muito, inclusive, que a abordagem da saúde da população negra ocorra nos serviços de saúde e na formação em saúde. Como afirmou a professora 1, “não seria legal se todo mundo se achasse igual? E não tivesse que abordar isso?”.

Gostaria de destacar uma situação que mostra que essa questão deve, sim, ser abordada. A situação que desromantiza essa fala é o assassinato do adolescente negro João Pedro, de 14 anos, que foi morto em ação da polícia quando estava em casa brincando com amigos na região do Complexo do Salgueiro, em São Gonçalo-RJ. Foi no dia 18 de maio de 2020, quando os policiais invadiram a casa em que João Pedro estava, disparando mais de 70 tiros no local, com a justificativa de que havia confronto com traficantes da região.

O corpo de João Pedro foi retirado do local pelos policiais e apenas horas depois a sua família soube do paradeiro. Romantizar uma igualdade para quem ocupa lugar de privilégio é fácil. Para nós, negros e negras, que sabemos que somos o principal alvo da polícia e que sabemos que sempre seremos suspeitos independentemente da situação, é amedrontador, pois, se para quem defende essa “igualdade” a polícia é proteção, para nós, ela é uma constante ameaça.

Sueli Carneiro (2005) faz alguns comentários sobre como a miscigenação racial no Brasil tem sido utilizada com usos políticos e ideológicos. O primeiro destaque é para como ela tem dado suporte ao mito da democracia racial como uma das grandes justificativas para uma “tolerância” racial, mas esse argumento “omite o estupro colonial praticado pelo colonizador em mulheres negras e indígenas” (CARNEIRO, 2005, p. 64). O segundo destaque feito refere-se à miscigenação atrelada a um projeto eficaz de embranquecimento no país “por meio da instituição de uma hierarquia cromática e de fenótipos que têm na base o negro retinto e no topo o ‘branco da terra’, oferecendo, aos intermediários, o benefício simbólico de estarem mais próximos do ideal humano, o branco” (CARNEIRO, 2005, p. 64). O que Carneiro nos mostra é que há impactos na identidade racial negra por meio de um imaginário social que idealiza a brancura e exemplifica a utilização do termo pardo como classificação adotada para autodeclaração:

Talvez o termo pardo preste-se apenas para agregar aqueles que, por terem a sua identidade étnica e racial destroçadas pelo racismo, a discriminação e pelo ônus simbólico que a negritude contém socialmente, não sabem mais o que são ou simplesmente não desejam ser o que são.

Portanto, essas diferenciações vêm funcionando, com eficácia, como elementos de fragmentação da identidade negra e coibindo que esta se transforme em elemento aglutinador no campo político, para reivindicações coletivas por equidade racial posto que, ao contrário do que indica o imaginário social, pretos e pardos (conforme a nomenclatura do IBGE) compõem um agrupamento que, do ponto de vista dos indicadores sociais, apresentam condições de vida semelhantes e igualmente inferiores quando comparadas ao grupo branco, razão pela qual, define-se hoje, política e sociologicamente a categoria negro, como a somatória daqueles que o Censo classifica como pretos e pardos (CARNEIRO, 2005, p. 65).

A autora acrescenta, ainda, que esse projeto de branqueamento estava atrelado a um projeto de nação. Principalmente a partir da instauração da República, “os negros são tidos, enquanto coletividade, como não-portadores dos elementos civilizatórios e raciais desejáveis para o projeto de nação” (CARNEIRO, 2005, p. 70). Dessa forma, a sua inclusão social aconteceu por meio da desassociação “das marcas sociais e simbólicas da negritude [...], [pois] desracializar-se, recusar ou camuflar a identidade racial no plano dos discursos e das práticas são condições imperativas” (CARNEIRO, 2005, p. 71).

Maria Heilborn, Leila Araújo e Andreia Barreto (2010) fizeram um detalhamento na publicação de um livro que compôs módulos de um curso de Políticas Públicas e Raça a respeito da construção histórica da ideia de raça, explicando a sua origem e principais marcos, as relações com a escravidão, com o racismo científico e envolvendo discussões sobre etnia e cultura. Especialmente sobre esse percurso no campo das relações raciais no Brasil, é situado o momento de pós-abolição no país, teorias racistas e do racismo científico oriundas da Europa, que condenavam totalmente a possibilidade de “progresso e desenvolvimento” em um país com

grande presença de pessoas negras. Sendo assim, consideram que o racismo, que é indissociado da construção de raça, abordado no texto como “um fenômeno híbrido e multifacetado, que se combina com outros fenômenos, como o nacionalismo, o imperialismo, o etnocentrismo, o classismo etc” (HEILBORN, 2010, p. 11).

A discussão de raça e do racismo é central para a compreensão de como a expansão europeia por meio da colonização de territórios utilizou-os como estratégia de dominação. A raça é uma “dimensão estruturante do sistema-mundo moderno/colonial” e está ligada ao capitalismo e suas formas de produção e reprodução da vida social; já o racismo vai estabelecer “uma linha divisória entre aqueles que têm o direito de viver e os que não o têm” (HEILBORN, 2010, p. 11). E, ainda, “o racismo também será um princípio organizador daqueles que podem formular um conhecimento científico legítimo e daqueles que não o podem” (BERNARDINO-COSTA; MALDONADO-TORRES; GROSGOUEL, 2018, p. 11).

Portanto, houve uma ressignificação da utilização do termo raça pelos setores dos movimentos negros e também no âmbito das políticas públicas (GOMES, 2011), no sentido da produção e resgate de uma identidade comum africana e da formulação dessa identidade pela revalorização de suas histórias e culturas, sendo essa ressignificação utilizada como valor positivo e símbolo de luta contra o racismo:

A raça assim foi profundamente ressignificada e transformada. Se antes foi o principal instrumento de cunho cientificista que construiu a homogeneização e a humilhação de povos e culturas e justificou a opressão sobre eles, a *raça* tornou-se um poderoso aglutinador identitário que operou a retomada de autonomia política e conscientização histórica e cultural desses mesmos povos agora dignificados (HEILBORN; ARAÚJO; BARRETO, p. 62, grifo das autoras).

Sobre a discussão da professora que acredita que etnia é uma questão cultural e pode ser discutida, mas raça não, pois o que existe é “raça humana”, vale fazer mais algumas observações. Essa mesma professora afirma que a questão a ser discutida é socioeconômica e que percebe que “nossos alunos indígenas, eu acho que são muito mais discriminados, inclusive por nós professores, do que os alunos negros” (Professora 4), fala que foi concordada pelas professoras 1 e 3, como pode ser visto na seguinte fala: é “porque aí o choque cultural deles é maior do que da população negra” (Professora 1).

É importante frisar o processo de desumanização a que a população negra também foi submetida – assim como os povos indígenas –, pois a branquitude coloca o branco como centro e modelo universal de humanidade (BENTO, 2002), tendo os negros, sua cultura e identidade inferiorizadas. Bento (2002, p. 5) fala de um processo de exclusão a partir de um descompromisso político, cuja dimensão moral “é a desvalorização do outro como pessoa e, no limite, como ser humano”, que pode implicar em formas severas, como o genocídio, ou mais

brandas, como a discriminação. Portanto, a autora enfatiza a relação dialógica que ocorre na sociedade brasileira, envolvendo a estigmatização de um grupo, a omissão diante da violência que o atinge e, por outro lado, “um silêncio suspeito em torno do grupo que pratica a violência racial e dela se beneficia, concreta ou simbolicamente” (BENTO, 2002, p. 5).

Com relação ao comentário da professora sobre etnia, Heilborn, Araújo e Barreto (2010, p. 63) explicam que um “grupo étnico pode ser definido com referência a sua autoidentificação, a partir de e em relação à identificação que dele fazem outros grupos com os quais tem contato”. Desse modo, é a percepção da diferença que define o grupo étnico e o conceito de cultura é visto como forma política e histórica:

A ideia da construção da diferença e da identidade a partir da relação com outros grupos é fundamental para compreendermos por que, com a colonização, a identidade negra surgiu primeiro no contexto escravista das Américas e só posteriormente na África. Faz compreender também por que a escolha da identidade racial como aglutinadora, posto que foi essa a forma pela qual o Ocidente impôs a sua representação da África sobre o próprio continente (...) Nesse sentido, a identidade negra assumida pelos/as africanos/as e afro-descendentes parece estar em continuidade com a forma pela qual o Ocidente a definiu, a partir de uma categoria racial. Entretanto, a diferença está na transformação operada nos novos significados atribuídos ao/à negro/a, no sentido de posituação dessa identidade (HEILBORN; ARAÚJO; BARRETO, 2010, p. 64, grifo das autoras)

As autoras colocam, ainda, que a identidade étnica está relacionada a um “sentimento de pertença a um grupo, decorrente da partilha de modos de vida e de processos históricos comuns” (HEILBORN; ARAÚJO; BARRETO, p. 64) e, que assim, são dimensões importantes a memória coletiva – crenças comuns, corporalidade e práticas coletivas –, a reconstrução dessa memória e mobilização de grupos e luta política:

O fenômeno da etnicidade nada mais é que a mobilização da identidade étnica para fins políticos (...) Essa identidade é pautada numa experiência histórica comum (a colonização ou a escravização, por exemplo) e numa origem comum (no caso, da diáspora africana). Assim, “raça”, não no sentido biológico, mas no sentido político, assume o significado de identificação étnica (HEILBORN; ARAÚJO; BARRETO, 2010, p. 65, grifo das autoras)

No documento das DCNERER menciona-se a importância de políticas públicas que tenham como objetivo “reparações, reconhecimento e valorização da identidade, da cultura e da história dos negros brasileiros” (BRASIL, 2004b, p. 13). É necessária, pois, a reeducação das relações étnico-raciais e um trabalho conjunto de articulações entre processos educativos que envolvam diversos setores.

O documento reafirma a resignificação do termo raça pelo movimento negro, ressaltando o seu caráter político e social. Diferentemente da visão que compreende o termo étnico apenas para tratar da questão dos povos indígenas, o termo também “serve para marcar que essas relações tensas devidas a diferenças na cor da pele e traços fisionômicos o são também

devido à raiz cultural plantada na ancestralidade africana, que difere em visão de mundo, valores e princípios das de origem indígena, europeia e asiática” (BRASIL, 2004b, p. 13). As DCNERER visam inserir nas instituições o ensino à valorização da história e cultura Afro-Brasileira e Africana, que têm sido historicamente desvalorizadas, bem como o entendimento de que para combater o racismo é necessário o envolvimento de todos os educadores, independente do pertencimento étnico-racial.

Sobre o sentimento mencionado pelas professoras, de que Brasília é “uma ilha da fantasia” um estudo realizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2018) sobre mulheres e desigualdades no DF mostrou que as regiões administrativas do Plano Piloto, Jardim Botânico, Logo Norte, Park Way e Sudoeste/Octogonal são consideradas no grupo de regiões com maior renda, com média domiciliar de R\$ 15.622,00.

As regiões com a renda mais baixa são Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, Estrutural e Varjão, com a renda média de R\$ 2.472,00 reais. Outro dado importante no estudo é que “dois terços (66,6%) das mulheres do grupo de RAs de renda mais alta são brancas e essa proporção diminui consideravelmente entre os grupos de RAs mais pobres. No grupo de RAs de renda baixa, 68,1% das mulheres são negras” (CODEPLAN, 2018, p. 3). Ou seja, esses dados ajudam a responder a surpresa das professoras que achavam que a maioria das pessoas no DF eram brancas.

As pessoas negras e, destacando, as mulheres negras, encontram-se nas regiões administrativas com renda mais baixa do DF, as mulheres que estão nas classes mais altas ocupam as posições de maior “prestígio no mercado de trabalho com as maiores remunerações, enquanto as de classes mais baixas ainda se encontram inseridas em ocupações de menor prestígio e remunerações” (CODEPLAN, 2018, p. 3). Também há uma diferença no que se refere ao acesso educacional, sendo que apenas 10,4% das mulheres do grupo de renda baixa possuem ensino superior, o que nos grupos de renda alta chega a 70% de pessoas.

Uma das questões que me inquietaram foi como essas professoras da área da saúde desconheciam um dado sociodemográfico basilar que é a configuração racial do Distrito Federal. De fato, considerando, por exemplo, a região do Plano Piloto, onde está localizado o *campus* Darcy Ribeiro, e conhecendo outras regiões administrativas, há um choque de realidade, não para mim, que cresci em Planaltina e conheço regiões administrativas como Itapoã, Paranoá e Ceilândia, mas para essas professoras. Para essas professoras brancas e privilegiadas foi uma surpresa descobrir que o DF tem a maioria da população negra. Destaco ainda outra fala:

deixa só eu falar uma coisa, é engraçado que o preconceito é por causa de você ser diferente do outro. Tinha a mãe de um amiguinho do meu filho, que os dois eram dos Sul, e eles são brancos do olho azul e como ele é muito branco deve sofrer um preconceito também, é aquele que é diferente. Eu já sofri preconceito também, eu já tive namorado negro mas eu sendo tão branca falavam “ah, sua branquela”, então dependendo o ser humano tem dificuldade de olhar aquilo que é diferente dele, aceitar aquilo. Então se você está entre negros e chega aquela pessoa branca de olho azul, ela vai se destoar, ela vai... eu já disse que sofri preconceito, então, como o ser humano tem dificuldade de se olhar diferente do outro né. Isso é uma coisa importante (Professora 3).

Após essa colocação eu frisei para o coletivo que quando analisamos a formação social e racial do Brasil, o racismo é estrutural. Ribeiro (2018) fala sobre como é comum em discussões sobre racismo que pessoas não negras afirmem que já sofreram racismo por serem brancas. A autora deixa bem explícito que não existe essa possibilidade, pois:

Primeiro, é necessário se ater aos conceitos. Racismo é um sistema de opressão e, para haver racismo, deve haver relações de poder. Negros não possuem poder institucional para ser (sic) racistas. A população negra sofre um histórico de opressão e violência que a exclui. (...) A estética branca não é estigmatizada. Ao contrário: é colocada como bela, como padrão. Um branco que cresceu num país onde pessoas como ele estão em maioria na mídia desde sempre teve representatividade. Ele não é discriminado por isso. O discurso de falsa simetria só mostra que algumas pessoas precisam estudar mais. Não se pode comparar situações radicalmente diferentes. Há que se fazer a diferenciação aqui entre sofrimento e opressão. Sofrer, todos sofrem, faz parte da condição humana, mas opressão é quando um grupo detém privilégios em detrimento de outro. Ser chamado de palmito não impede que a pessoa desfrute de um lugar privilegiado na sociedade, não causa sofrimento social (RIBEIRO, 2018, p. 28).

A professora 3 disse a importância de desconstruir as diferenças, havendo concordância das outras participantes:

- Professora 4: é você enxergar o outro despido, de pele, de tudo. É olhar o outro. Independente das opções, escolhas.
- Professora 2: é olhar a alma dele, gente!
- Professora 1: Mas como a gente não vive nesse mundo ainda, se Deus quiser um dia a gente vai chegar lá, mas a gente não vive nesse mundo, então a gente tem que discutir a realidade estatística, que tem mais negro morrendo, mais negro sendo negligenciado, essa é a realidade.

No plano do ideal seria ótimo sim enxergar o outro despido de pele ou olhar a alma dessas pessoas. Porém, como destacado pela professora 1, esse mundo não existe. Como Ribeiro (2018) mostra, identificar o racismo “dos outros” é mais fácil. Em situações com repercussão na mídia, é comum ver pessoas brancas se solidarizarem e repudiarem situações racistas, mas essas mesmas pessoas não se veem como racistas. Para a autora, é preciso discutir o racismo pelo viés da branquitude, é preciso que se questionem, que pensem sobre seus privilégios e práticas. Ela fala que algumas pessoas têm indignação seletiva e se comovem com situações que ganham visibilidade na mídia hegemônica, mas se calam em seus espaços de privilégio. Para Bento (2002, p. 3) “evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio”.

A oficina aconteceu com professoras autodeclaradas brancas. Durante a oficina, quando nós, mediadoras, mostrávamos as evidências sobre as desigualdades raciais e das iniquidades vivenciadas pela população negra, havia momentos de perplexidade e indignação das professoras. Entretanto, apenas algumas conseguiam fazer uma reflexão sobre o local de privilégio que ocupam. Houve identificação das professoras sobre as discriminações por serem mulheres e até mencionaram a problemática de não serem ouvidas em alguns espaços e de papéis sociais que são atribuídos por serem mulheres:

- Professora 1: e aí entra a mulher também, por que eu me sinto e quem não se sente é mentira.
- Professora 4: claro. ontem me senti na reunião de condomínio, tinha duas mulheres, quando a gente abria a boca, começavam as conversas paralelas, mas eu senti isso aqui, no Rio não é tão assim.
- Professora 1: Na hora de buscar um cafezinho vai a mulher que é mais qualificada, perguntam se não vai fazer um cafezinho, que é “mais qualificada”.

Em vários momentos da oficina foi possível identificar que as pessoas compreendiam a forma como as iniquidades em saúde atingem a população negra, mas, minutos depois as professoras reafirmavam que o problema brasileiro “é socioeconômico”, que no nosso país “é miscigenação mesmo” e que ações afirmativas devem ser apenas por questão social e não racial. Por isso, concordo com Djamila Ribeiro (2018), que ressalta a importância das contribuições do feminismo negro para o debate político, para o estabelecimento de relações das opressões que entrecruzam e para nos posicionar a partir de um modelo de sociedade que buscamos.

Quando Sueli Carneiro (2005) fala sobre a necessidade de enegrecer o feminismo, ela faz a seguinte pergunta: “de que mulheres estamos falando?”, e defende um enfrentamento a todas as formas de opressão. Foi o movimento de mulheres negras que tensionou e trouxe para a cena política as contradições existentes a partir de diferentes eixos de opressão. Ribeiro (2018, p. 84) considera que “numa sociedade de herança escravocrata, patriarcal e classista, cada vez mais se torna necessário o aporte teórico e prático que o feminismo negro traz para pensarmos um novo marco civilizatório” e que, portanto, a interseccionalidade possibilita “uma verdadeira prática, que não negue identidades em detrimento de outras” (2018, p. 83).

Há contradições existentes ao longo da oficina e, por isso, Bento (2002, p. 15) julga necessário haver estudos que procurem entender a “interferência da branquitude como uma guardiã silenciosa de privilégios”, bem como necessário destacar o lugar de onde “os estudiosos falam, de onde partem para fazer suas análises que podem orientar concepções e práticas de diversificados atores sociais” (BENTO, 2002, p. 26).

Com base nisso, Eliana Machado (2018) analisou discursos de professoras brancas acadêmicas de uma universidade federal a partir de estudos da branquitude. A autora entrevistou

professoras para compreender as suas identidades em relação às trajetórias profissionais. Constatou nos discursos das entrevistadas “a postura hegemônica no meio acadêmico acerca da prevalência do preconceito de classe sobre o preconceito racial” (MACHADO, 2018, p. 391), além da negação de conflito racial justificado pela miscigenação, não reconhecimento de ocupação de lugar de privilégios em relação a cor e ocultação do racismo no plano discursivo.

Por fim, é preciso retornar às categorias trabalhadas ao longo desta dissertação para auxiliar no entendimento das questões que emergiram na segunda oficina, principalmente com a categoria “branquitude na medicina”. Primeiro, no que diz respeito à competência cultural como uma estratégia de abordagem para a equidade racial. Alguns estudos (GREEN *et al*, 2017; MELTZ *et al*, 2018; GOUVEIA *et al*, 2019) têm evidenciado as limitações dessa abordagem, pois, tem sido trabalhada de forma implícita, por meio de comunicação interpessoal e sem a real compreensão sobre as dimensões do racismo e relações de poder e implicações na determinação social de saúde. Ficam evidentes as dimensões interpessoal e institucional do racismo nesta segunda oficina, pela sua ocultação e reafirmação de relações ditas como harmoniosas moldadas pela dominação dos colonizadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por que a epistemologia feminista negra foi adotada nesta dissertação? Primeiro, porque ela visa ao empoderamento de grupos subordinados e à justiça social. Segundo, para afirmar o local de fala de uma pesquisadora negra implicada que se recusou a assumir uma dita neutralidade científica. Portanto, a experiência vivida como critério de significação foi central neste trabalho, para legitimar os saberes e vivências de mulheres negras que muito têm contribuído para a formulação de conhecimento. O uso do diálogo para avaliar o conhecimento permitiu, por meio da pesquisa-intervenção, outra possibilidade de “se fazer pesquisa com quem pesquisa”.

Por meio da ética do cuidado, procurei evidenciar expressividade pessoal, emoções e empatia, buscando fortalecimento nos caminhos percorridos e resistências perante as situações de opressões vivenciadas. Ocupar esses espaços tem sido importante, mas a ética da responsabilidade pessoal nos coloca diante de uma dimensão que exige práticas decoloniais e comprometimento com a transformação social. É, pois, por meio dos movimentos e pensamentos emancipatórios nos campos político, cultural, pedagógico e epistemológico que podemos tensionar rupturas nas relações de poder e nas estruturas do Estado.

Com relação às dimensões do racismo, o internalizado insere em nós, pessoas negras, as dinâmicas de desempoderamento, fazendo com que desde nossa infância o sentimento de inferioridade, recusa e medo façam parte de nossas vidas. Ou ainda, nos faz acreditar que espaços como a universidade “não foram feitos para nós”. Na pesquisa, foi possível perceber a recusa que ainda há por parte da branquitude no reconhecimento “do seu racismo”, mas apenas do “racismo do outro”, inclusive colocando-se ausente nesse processo, com tentativas de reafirmação de que apenas a discussão de classe social é suficiente para abarcar as opressões, características do racismo interpessoal. Reconheço as lutas e resistências do movimento negro para conquistas na saúde e educação, sobretudo a respeito da desconstrução do mito da democracia racial e enfrentamento ao Racismo Institucional e entendimento de como as interseccionalidades precisam estar inseridas na intencionalidade das políticas públicas, não havendo hierarquização de opressões. Recomendo, assim, a continuidade e avanço de estudos a partir da lente da equidade racial nos cursos de graduação em Saúde, considerando a urgência de que o tema seja pautado na formação a partir do olhar dessas dimensões.

Partindo das experiências do estado da arte da reorientação da formação em saúde com foco na equidade racial, foi possível identificar: as responsabilidades do SUS para a formação

de recursos humanos e produção de conhecimento; que estudos das DCN e PPC têm mostrado que, apesar de ser mencionada no marco legal, a equidade racial não aparece explicitamente no cotidiano de cursos da saúde; falta reflexão crítica sobre o modo como as relações étnico-raciais têm acontecido; recomendações sobre a transversalização do tema durante toda a formação; que as instituições de ensino e de saúde podem ter papel ativo contra o racismo institucional; que as universidades têm inserido a temática em cursos de graduação e pós-graduação, por meio de disciplinas, cursos ou oficinas, apresentando o desenho de alguns dos programas de ensino-aprendizagem; bem como a urgente necessidade de educação permanente para educadores. Também foi constatado que currículos que focam apenas na equidade racial relacionada à competência cultural individualizam o debate e não abarcam as dimensões de opressão que são estruturais; verificou-se também a existência de alguns currículos que fazem referências pontuais sobre a saúde da população negra no que diz respeito a doenças prevalentes.

A metodologia de pesquisa-intervenção mostrou-se pertinente para a co-produção dos dados da pesquisa e favoreceu um ambiente dialógico e de sensibilização da temática, considerando a incipiência de pesquisas dessa natureza com predominância de estudos documentais. Um dos desafios de realização da pesquisa no cotidiano dos cursos se deu pela rotatividade dos professores e aderência à participação ao NDE, assim como a dificuldade de convergência de agendas e pouco espaço de tempo para realização das oficinas. Foi imprescindível essa abordagem considerando que as trocas foram possibilitadas pela grupalidade, possibilitando inquietações nos participantes e na pesquisadora.

Na análise documental dos programas de ensino-aprendizagem, a equidade racial apareceu no curso de Saúde Coletiva em quatro disciplinas obrigatórias (14 créditos), correspondendo a 10,93% do total de 128 créditos obrigatórios exigidos pelo curso; em três disciplinas optativas (12 créditos), correspondendo a 22,64% de 53 créditos exigidos. No curso de Enfermagem não foram identificadas disciplinas que explicitamente abordassem a equidade racial, apesar de indicado no PPC, e apenas uma disciplina optativa foi identificada (2 créditos), correspondendo a 0,74% de 268 créditos. No curso de Medicina apareceram seis disciplinas obrigatórias (20 créditos), correspondendo a 4,1% de 484 créditos e não foram identificadas disciplinas optativas. Nos cursos de Medicina e Saúde Coletiva a inserção ficou concentrada no primeiro semestre, valendo lembrar que a temática é abordada de acordo com a afinidade individual de determinados professores.

A realização da oficina proporcionou identificar a visão de equidade racial dos NDEs, evidenciando que ela está relacionada à justiça social, a uma dívida histórica que existe no

Brasil, ao acesso e utilização dos serviços de saúde, às intencionalidades das políticas públicas e ao entendimento da determinação social da saúde da população negra. No entanto, convergindo com o referencial teórico, ainda há o entendimento de que equidade “é tratar todos iguais”, percepção que ficou em evidência na segunda oficina realizada. Com relação à situação de implementação nos cursos, o NDE do curso de Saúde Coletiva identificou que há uma descontextualização da forma como ela está inserida e o seu estágio de implementação foi considerado incipiente. No NDE do curso de Medicina, percebe-se que a forma como ela aparece é sem foco específico para a população negra e que o seu estágio está iniciado, mas não completo. No NDE de Enfermagem, ela está inserida de forma implícita nas disciplinas que abordam as políticas de saúde.

Para alguns participantes, a oficina foi importante para que pudessem visualizar a inserção da temática nos cursos enfatizando os fatores que facilitam e dificultam. Destacam-se, por exemplo, o entendimento de como a padronização tradicional dos currículos dificulta transversalizar o tema na formação, como a própria oficina estava sendo um exercício para trazer a discussão grupal dos membros e de que seria necessário ouvir os estudantes para que a voz deles também fosse considerada nessa análise.

Também foi emergente o debate sobre ações afirmativas. Um grupo de professores se posicionou considerando que uma das formas de atingir equidade racial é por meio de políticas de ações afirmativas como forma de reparação histórica à população negra e indígena. Porém, também houve posicionamentos que questionaram a sua real efetividade, sinalizando que ainda há dificuldades sobre as políticas de ações afirmativas como reparação histórica. Enquanto a categoria “vivência de docentes negros” a partir do relato de um docente foi uma potência, a categoria “branquitude na medicina” ressaltou os fatores críticos que dificultam possibilidades de avanço para a implementação da equidade racial no curso, pela reprodução de discursos sobre o mito de democracia racial e ocultação do racismo.

Os participantes das oficinas sinalizaram que o perfil receptivo dos discentes pode facilitar que a temática seja trabalhada nos cursos, principalmente considerando o posicionamento e demandas levantadas por estudantes negros e indígenas e do movimento estudantil como potências para tensionar o espaço universitário.

As estratégias para o plano de ação foram construídas coletivamente e apontaram pistas que podem nortear os cursos para a implementação da equidade racial. Apenas a segunda oficina com o NDE do curso de Medicina foi realizada, pois ocorreu antes da pandemia de covid-19, fato que se configurou como uma das limitações do estudo. A partir das estratégias

propostas e das aprendizagens e produção de sentidos proporcionados, faço as seguintes recomendações:

- Que a equidade racial seja inserida como pauta política nos cursos;
- Preparo dos docentes por meio de educação permanente;
- Ações afirmativas para o ingresso de discentes e docentes negros nesses cursos;
- Estabelecimento de parcerias com o movimento estudantil;
- Fortalecimento do NDE considerando suas atribuições para implementação de mudanças curriculares;
- Reconhecimento da importância da formação a ser realizada nos espaços de vivências nos territórios para abordar a temática;
- Transversalização e explicitação da equidade racial na formação;
- Estabelecimento de rupturas no mito da democracia racial;
- Estabelecimento de parcerias com universidades que têm implementado a equidade racial;
- Indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão;
- Foco na relevância do resgate da experiência vivida e de currículos que envolvam a população negra e o movimento negro no processo de formação, com importância do diálogo e validação do conhecimento, indo além do saber científico tradicional e relação com a ética da responsabilidade;
- Formação a partir do reconhecimento da existência de matrizes epistemológicas que têm sido marginalizadas e integradas colonialmente no campo da saúde;
- Necessidade de estudos que possibilitem a operacionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER) não apenas nos cursos de licenciaturas, mas também naqueles de graduação em áreas da saúde.
- Promoção da Equidade Racial conforme indicada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua inserção de acordo com as diretrizes da política, destacando a inclusão da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde e nos processos de educação permanente, que também devem incluir os docentes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: ROBERTO, P.N (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-36. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- ASSUNÇÃO, A.V.P; SANTOS, C.A; NOGUEIRA, D.X.P. Política de cotas raciais na UnB: um estudo sobre o acesso de negros na universidade durante o período 2004 a 2012. **Rev. HISTEDBR [On-line]**. Campinas, v.18, n.1, 75, p. 212-233, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rho.v18i1.8645867>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- BAILEY, Z.; KRIEGER, N.; AGÉNOR, M.; GRAVES, J.; LINOS, N.; BASSETT, M. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **Lancet**. Nova Iorque, v. 389, p. 1453-1463, 2017.
- BARROS, C.P.F.; SOUSA, MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Revista Saude e sociedade**. [online]. 2016, v. 25, n.1, p. 9-18. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BARROS, R. B; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E. *et al.* (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2007
- BATISTA, C.B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jan./jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007. Acesso em: 25 jan. 2020.
- BENTO, M.A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARON, I.; BENTO, M.A.S (Org.) **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 25-58.
- BERNARDINO-COSTA, J. Decolonialidade e interseccionalidade emancipadora: a organização política das trabalhadoras domésticas no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, [s.l.] v. 30, n. 1, Jan./Abr., 2015.
- BOMENY, Helena. Universidade de Brasília: filha da utopia de reparação. **Soc. estado**. [online] v. 31, n.spe, p. 1003-1028, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922016.0spe0009>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2001.
- BRASIL. lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.632, de 15 de dezembro de 2004. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Parecer nº 03/2004 de 10 de março de 2004**. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Brasília/, DF: MEC/CNE, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

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

BRASIL. Ministério da educação. lei nº 11.645, de 10 de março de 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Decreto Nº 6.872, de 4 de junho de 2009. Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2009b.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, que normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Parecer da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) nº 4, de 17 de junho de 2010, sobre o Núcleo Docente Estruturante - NDE. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. **Plano nacional de implementação das diretrizes curriculares nacionais para educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro brasileira e africana**. Brasília: MEC/ SECADI/ MEC, 2013.

BRASIL. Resolução nº 02, de 02 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Portaria nº 201, de 03 de outubro de 2014. Regulamenta a coleta do quesito raça/cor/etnia nos formulários e sistemas de informação da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014b.

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: 27 abr. 2020.

BRASIL. Resolução nº 03, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de Fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2019.

BRAVEMAN, P. What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? **Matern Child Health J.** [on-line] 2014, v. 18, n. 2, p. 366-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23397099> Acesso em: 25 jan. 2020.

BRAVO, M.I.S; ANDREAZZI, M.F.S. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v.19, n.2. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27313>. Acesso em: 25 jan. 2020.

Bridget C. *et al.* Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. **Academic Medicine**. [S.l.], v. 89, n. 9, p. 1245, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. [on-line] v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CARDOSO, C. B. **Efeitos da política de cotas na Universidade de Brasília**: uma análise do rendimento e da evasão. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CARDOSO, F.A.; DYTZ, J. L.G.. Criação e consolidação do curso de Enfermagem na universidade de Brasília: uma história de tutela (1975 - 1986). **Revista Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 251-257, jun., 2008.

CARNEIRO, S. A. **A construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. Tese (Doutorado em Educação), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. 339p. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/aconstruc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneirotese1.pdf>. Acesso em: 21 maio 2020.

CARNEIRO, S.A. Mulheres em Movimento. **Estudos avançados** [on-line]. v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008. Acesso em: 25 jan. 2020.

CAROLISSEN, R.L.; L.C; DUCKETT, P. S.AUL, S.D. Teaching toward Decoloniality in Community Psychology and Allied Disciplines: Editorial Introduction. **Am J Community Psychol** [on-line]. v. 62, p. 241-249, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajcp.12297>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CARVALHO, J.J. Encontro de Saberes e cotas epistêmicas: um movimento de descolonização do mundo acadêmico brasileiro. In: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. (Coleção Cultura Negra e Identidades).

CARVALHO, J.J. O confinamento racial do mundo acadêmico brasileiro. **Revista USP**. São Paulo, n.68, p. 88-103, dez./ fev. 2005-2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13485>. Acesso em: 25 jan. 2020.

COIMBRA, C.M.B. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível. **Rev do Departamento de Psicologia da UFF**. Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 52-80, 1995.

COLLINS, P.H. Epistemologia feminista negra. *In*: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. (Coleção Cultura Negra e Identidades), p. 139-170.

CONCEIÇÃO, M.C; RISCADO, J.L.S; VIELELA, R.Q.B. Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de Medicina: análise curricular. **Revista Brasileira de Ensino Superior**. Passo Fundo, v. 4, n. 3, p. 34-56, Jul./ Set. 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/REBES/article/view/2606>. Acesso em: 25 jan. 2020.

COSTA, A.M; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para equidade em saúde? **Saude Saúde Soc**. v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902006000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2020.

COSTA, B.J; GROSGOGUEL, R. Decolonialidade e perspectiva negra. **Revista Sociedade e Estado**. [on-line], v. 31, n. 1. Jan./ Abr. 2016.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

CUSHMAN, L.; DELVA, M.; FRANKS, C.; JIMENEZ-BAUTISTA, A.; MOON-HOWARD, J.; GLOVER, J.; BEGG, M. Competency Training for Public Health Students: Integrating Self, Social, and Global Awareness Into a Master of Public Health Curriculum. **Am J Public Health**. v. 1, n. 5, p. 132-140, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339998/>. Acesso em: 10 jan. 2019.

DALLAPIAZZA, M.; PADILLA-REGISTER, M.; DWARAKANATH, M.; OBAMEDO, E.; HILL, J.; SOTO-GREENE, M. Exploring Racism and Health: An Intensive Interactive Session for Medical Students. **MedEdPORTAL**. v. 14, n. 10783, p. 1-13, 2018.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

FARIAS, L.L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil **Argum.**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 47-66, set./dez. 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/?journal=argumentum&page=article&op=view&path%5B%5D=22727&path%5B%5D=20192>. Acesso em: 25 jan. 2020.

FARRER; L; MARINETTI, C; CAVACO, Y.K; COSTONGS, C. Advocacy for health equity: a synthesis review. **Milbank**. [on-line], 2015, v. 93, 2, p. 392-437. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26044634>. Acesso em: 25 jan. 2020.

FIGUEIREDO, A. A marcha das Mulheres Negras conclama por um novo pacto civilizatório: descolonização das mentes, dos corpos e dos espaços frente às novas faces da colonialidade

do poder. In: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs). **Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 203-22.

FREITAS JUNIOR, R.A.O *et al.* Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. **Rev. bras. educ. med.** [on-line], 2018, v. 42, n.2, p. 100-109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170086>. Acesso em: 25 jan. 2020.

GIROTTI, J.; LOY, G.; MICHEL, J.; HENDERSON, V. The Urban Medicine Program: Developing Physician – Leaders to Serve Underserved Urban Communities. **Academic Medicine**. [on-line], v. 90, n. 12, dez. 2015. Disponível em: <http://portesfoundation.org/docs/UrbanMedicineProgram-DevelopingPhysicianLeaders-Girotti-AcadMed10-15.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GOMES, N. L. O movimento negro no Brasil: ausências, emergências e a produção dos saberes. **Política & Sociedade**. [on-line], v. 10, n.18, abr. 2011. Disponível em: <https://www.journal.ufsc.br/index.php/politica/article/view/19037/17537doi:10.5007/2175-7984.2011v10n18p133>. Acesso em: 25 jan.2020.

GOMES, N.L. O Movimento Negro e a intelectualidade negra descolonizando os currículos. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOGUEL, R. (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 223-246. (Coleção Cultura Negra e Identidades).

GOMES, N.L. Prefácio. **Revista da ABPN**. [on-line], v. 11, n. 29, Jun./ Ago. 2019, p. 08-14.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 225. Disponível em: <https://goo.gl/VFdjdq>. Acesso em: 25 jan. 2020.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Revista Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, v. 92, n. 93, p. 69-82, jan/jun. 1988.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afrolatinoamericano. **Revista Isis Internacional**. Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988b. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

GOUVEIA, E.A.H.; SILVA, R.O.; PESSOA, B.H.S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Rev. bras. educ. med.** [on-line], v.43, n.1, 2019. p. 82-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Aceso em: 25 jan. 2020.

GREEN, A.; CHUN, M; CERVANTES, M.; NUDE, J.; DUONG, J.; KRUPAT, E.; BETANCOURT, J. Measuring Medical Students’s Preparedness and Skills to Provide Cross-Cultural Care. **Health Equity** [online], v. 1, n. 1, p. 15-22, 2017.

GROSGOGUEL, R. Para uma visão decolonial da crise civilizatória e dos paradigmas da esquerda ocidentalizada. In: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. (Coleção Cultura Negra e Identidades).

HEILBORN, M.L; ARAÚJO,L; BARRETO, A. Unidade III. Políticas Públicas em gênero e raça. In: **Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça/GPP-GeR Módulo 4/Políticas**

Públicas e Raça. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

HOEFEL, M.G.L; SEVERO, D.O. *et al.* Disciplina de Saúde Indígena na UnB: uma conquista do Movimento Estudantil Indígena. **Tempus**, atas de saúde colet. Brasília, v. 10, n. 4, 229-234, dez. 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882240/6865-portugues.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

hooks, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

hooks, bell. Intelectuais Negras. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, n. 2, v. 3, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465/15035>

hooks, bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 16, p. 193-210, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n16/0103-3352-rbcpol-16-00193.pdf>. Acesso em: 21 maio 2020.

IBGE. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. n.41. Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 25 jan. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, , 2013.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**. Atlanta, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KARANI, R.; VARPIO, L.; MAY, W.; HORSLEY, T.; CHENAULT, J.; MILLER, K.; O'BRIEN, B. Commentary: Racism and Bias in Health Professions Education: How Educators, Faculty Developers, and Researchers Can Make a Difference. **Academic Medicine** [online]. v. 92, n.11, 2017.

LANGDON, E.J.; WIIK, F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [S.l], v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Especificidades da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 1, 2011.

MATTOS, W.R. Ubuntu: por uma outra interpretação de ações afirmativas na universidade. *In*: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. (Coleção Cultura Negra e Identidades),

METZL, J.; PETTY, J.; OLOWOJOBA, O. Using a structural competency framework to teach structural racism in pre-health education. **Social Science and Medicine**. Ontario, v. 199, p. 189-201, 2018.

- MIGLIEVICH-RIBEIRO, A. Darcy Ribeiro e UnB: intelectuais, projeto e missão. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 96, p. 585-608, set. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362017000300585&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 08 nov. 2020.
- MIGUEL, L.F. Da “doutrinação marxista” à "ideologia de gênero": Escola Sem Partido e as leis da mordada no parlamento brasileiro. **Revista Direito e Práxis**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, 2016, p. 590-621. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/25163>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitative. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MONTEIRO, R.B. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 524-534, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000300524&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2020.
- MOREIRA, G.; MOTTA, L.B. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.2, p.164-171, 2016.
- NASSER, M; UEFFING, E; WELCH, V; TUGWELL, P. An equity lens can ensure an equity-oriented approach to agenda setting and priority setting of Cochrane Reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, n. 66, p. 511-521, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477991>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- ONU. Objetivos de Desenvolvidimentos Sustentáveis. [S.l.]: Organização das Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- PAULISTA, J.S.; ASSUNÇÃO, M P.G; LIMA, F.L.T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 65, n. 4, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1048719>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- PEDRANA, L; POMPONET, M; WALKER, R; COSTA, F; RASELLA, D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. **Glob Health Action**, 2016, v. 9, p. 28831. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26853896>. Acesso em: 25 jan.2020.
- PINHEIRO, M,C; WESTPHAL, M.F; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./ abr., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200011. Acesso em: 25 jan. 2020.
- RAMOS, A.G. **A Introdução Crítica a à Sociologia Brasileira**. Rio de Janeiro. Andes. 1957.
- Raymundo, MM. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. **Revista Bioética**. v.21, n. 2, p. 218-25, 2013.
- RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017. 112 p.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RINEHART, Denise. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS**. 2013. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14421>. Acesso em: 25 jan. 2020.

RISCADO, J.L.S. A perspectiva das iniquidades da saúde, do racismo e do racismo institucional: experiências na construção e implementação de disciplinas eletivas acadêmicas na graduação e programa “stricto sensu”, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. **Laplage em Revista**. Sorocaba, v. 2, n. 3, set./ dez. 2016, p.113-121. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/196>. Acesso em: 25 jan. 2020.

RIZZO, T.P.R; FONSECA, A.B.C Concepções e práticas de educação e saúde da população negra: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 13, n. 4, p. 896-910, 2019.

ROCHA, D. *et al.* Bala Perdida: O Genocídio da Juventude Negra. In: CANAVESE, D. [org]. **Equidade étnico-racial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

ROCHA, D.G.; SOUZA, D.H.; CAVADINHA, E. Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, 18 fev. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180017.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

ROCHA, D; AKERMAN, M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUZA, M.F; FRANCO, MS.; MENDONÇA ,A.V.M. (Orgs). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 720-54.

SAFFIOTTI, H.I.B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SAMPAIO, A.S. Ecos do silêncio: reflexões sobre uma vivência de racismo. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs) **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

SILVA, D.M.M. **Cadê o SUS aqui?** Discussões da equidade em saúde para o povo negro no âmbito do conselho nacional de promoção da igualdade racial (2004-2014) da secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva), Universidade de Brasília, 2017.

SILVA, R.F; FERNANDEZ, J.C.A; BARROS, N.F; NASCIMENTO, J.L. Ciências Sociais em saúde, educação médica e a concepção intervencionista e colonial da prática médica. **Trab. educ. saúde**. [online]. 2018, v.16, n.1, p.39-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462018000100039&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2019.

SIQUEIRA, S.A.V; HOLLANDA, E; MOTTA, J.I. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc. saúde**

coletiva. [online]. 2017, v. 22, n. 5, p. 1397-1397. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002501397&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jan.2020.

SOARES, E.O. Baobá da Saúde: A Implementação da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. *In: CANAVESE, D. et al. Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 209 p.

SORENSEN, J., NORREDAM, M., SUURMOND, J. *ET AL.* Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. **BMC Med Educ.** v. 19, n. 21 (2019).

SOUZA, D.H; PEREIRA, L.L. Formação profissional e debate sobre a questão racial no curso de Serviço Social da UnB: percepção das/os formandas/os e egressas/os do curso. **EM PAUTA.** Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, 2020, p. 224 – 238. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47230/32000>. Acesso em: 21 maio 2020.

SYLVESTRE, P.; CASTLEDEN, H.; DENIS, J.; MARTIN, D.; BOMBAY, A. The tools at their fingertips: How settler colonial geographies shape medical educators' strategies for grappling with Anti-Indigenous racism. **Social Science and Medicine.** Ontario, v. 237, 2019.

TRAD, L.; MOTA, C.; CATELLANOS, M; FARIAS, V.N.; BRASIL, S.A. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. *In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F (orgs). Saúde da população negra.* 2. ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

UNB. **Anuário Estatístico.** Brasília: Universidade de Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.dpo.unb.br/images/phocadownload/unbemnumeros/anuarioestatistico/AnuarioEstatistico2019.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

UNB. **Plano de Desenvolvimento Institucional:** 2018-2022. Brasília: UnB, 2018, 368 p.

UNB. **Plano Político-Pedagógico do curso de Medicina.** Brasília: UnB/ Faculdade de Medicina, 2015.

UNB. **Plano Político-Pedagógico do curso de Enfermagem.** Brasília: UnB/ Faculdade de Saúde, 2015. Disponível em: http://fs.unb.br/images/Pdfs/Enfermagem/PPC_2017_atualizado_Enfermagem.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

UNB. **Plano Político-Pedagógico do curso de Saúde Coletiva.** Brasília: UnB/ Faculdade de Saúde, 2019. Disponível em: http://fs.unb.br/images/Pdfs/G_CS/4_PROJETO_POLITICO_PEDAGOGICO.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

UNB. Universidade de Brasília, c2020. **Redemocratização.** Disponível em: <https://www.unb.br/a-unb/historia/634-redemocratizacao?menu=423>. Acesso em: 08 nov. 2020.

VARGA, I.V.D. Saúde e sociedade: subsídios para uma estratégia de abordagem da temática étnico-racial no campo da Saúde, no Brasil. **Laplage em Revista**. Sorocaba, v.2, n.3, set.-dez. 2016, p.100-112. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6193609>. Acesso em: 25 jan. 2020.

VIANA, A.N.D; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007. Acesso em: 25 jan. 2020.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>. Acesso em: 05 jan. 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Organização Mundial da Saúde (OMS), 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507>. Acesso em: 25 jan. 2020.

XAVIER, Libânia Nacif. Universidade, pesquisa e educação pública em Anísio Teixeira. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 669-682, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2020.

APÊNDICE A – PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA EQUIDADE RACIAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNB

Autora: Dyana Helena de Souza

Co-autora: Dais Gonçalves Rocha

1 ANTECEDENTES

Movimentos nacionais e internacionais têm contextualizado a relevância da implementação da equidade racial na formação em saúde. A partir da sistematização do estado da arte sobre a temática, alguns desses serão situados no sentido de nortear este plano de ação e apresentar “pistas” para sua implementação.

Cassia Batista (2013) descreveu alguns caminhos que têm sido “percorridos para reorientar a formação de profissionais de saúde no Brasil” (BATISTA, 2013, p. 97). A autora, inicialmente, escreve sobre como a política de saúde tem demandado “transformações conceituais, técnicas e ideológicas para alterar práticas e organização do trabalho em saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro” (BATISTA, 2013, p. 98), destacando o papel da educação como ferramenta capaz de modificar tais práticas.

É preciso conhecer as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), importantes documentos para orientarem as graduações em saúde, direcionando as universidades na construção dos projetos pedagógicos e das matrizes curriculares. Também é preciso conhecer as concepções educativas – como DCN, PPC, e legislações – que fazem parte da formação desses profissionais, pois ela ajuda a compreender a direção do processo formativo. Nesse contexto, Batista aborda dois marcos centrais para consolidação desse processo: a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), vinculadas ao Ministério da Saúde (BATISTA, 2013, p. 99).

Sobre a formação de profissionais em saúde, é possível perceber que o tema tem sido discutido em Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos. Nessas oportunidades, os esforços concentram-se em identificar as situações críticas e os problemas existentes na formação e distanciamento da realidade social, o que indica a necessidade de “uma política de formação em saúde mais apropriada ao SUS” (BATISTA, 2013, p. 99). Além disso, convém destacar que tratar de política de formação implica discutir, também, sobre educação permanente, principalmente considerando a orientação das DCN de que a formação dos estudantes deve ser baseada na parceria ensino-serviço-comunidade. Isso porque, como afirma a autora, essas relações de educação e trabalho devem ter como objetivo a transformação social e devem ser realizadas a partir das necessidades dos territórios.

Como movimentos de mudança na formação em saúde, a autora aborda a integração ensino-serviço e as DCN. No que se refere à formação, tanto a Constituição Federal de 1988

quanto a lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 1990) explicitam as responsabilidades do SUS para a formação de recursos humanos e produção de conhecimento. Cabe sublinhar, também, que, desde o final dos anos 1990 e início dos anos 2000, algumas iniciativas de reorientação da formação buscaram que os estudantes da área da saúde pudessem realizar atividades de base comunitária considerando a vivência nesse espaço (BATISTA, 2013). Atualmente, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) e a sua versão de 2018 voltada à interprofissionalidade.

Percebe-se, também, que têm ocorrido movimentos de reformulação curricular para tensionar no cenário brasileiro a formação em saúde de caráter tradicional, com foco no modelo biomédico. Essas mudanças podem ser percebidas nas reformulações curriculares dos cursos, como nas graduações em Enfermagem, Medicina e Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), e podem ser estudadas especialmente nas suas DCN e PPCs. Considerando esses movimentos de reorientação da formação, cabe a pergunta: existem experiências nacionais e internacionais registradas da inserção da equidade racial em cursos de graduação em Saúde?

A resposta à pergunta anterior é positiva. Iniciamos apresentando o estudo de Maria Cristina Conceição, Jorge Luís Riscado e Rosana Vilela (2018), que verificaram como estava presente a temática étnico-racial no curso de graduação em Medicina de uma instituição pública de Alagoas a partir da análise do PPC, editado em 2013. Os autores identificaram na escrita do PPC analisado que, apesar de se basear no proposto pelas DCN do curso de Medicina e em algumas políticas do SUS, “não foi apontado explicitamente, [sic] referencial sobre as relações étnico-raciais, nem sobre a saúde da população negra” (CONCEIÇÃO, RISCADO, VILELA, 2018, p. 41). Com relação à explicitação da temática das relações étnico-raciais e saúde da população negra nos fundamentos e justificativas da formação, os autores relatam que

Para análise das justificativas para a formação médica foi considerada uma abordagem que permitisse a visibilidade do perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra na apresentação da realidade e a relevância do debate sobre a temática étnico-racial para o curso de Medicina, descritas no Projeto Pedagógico. Os dados encontrados no PPC pesquisado ressaltam aspectos sobre a geografia local, a epidemiologia e os dados sócio-demográficos populacionais, os determinantes sociais e as necessidades de saúde. No entanto, essa apresentação é feita de forma homogênea sem nenhuma contextualização acerca das diferenças raciais e aos impactos e necessidade de saúde da população negra. Possivelmente, pelo fato do PPC ter sido editado em 2013, período anterior as reformulações das DCN feitas em 2014 (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 42).

A segunda categoria analisada no estudo – aspectos étnico-raciais afro-brasileiros nos objetivos, habilidades e competências do PPC – demonstrou explicitamente a necessidade de “garantir uma formação médica voltada à cidadania, muito embora, [sic] não se tenha identificado menção à necessidade de reflexão crítica sobre o modo como as relações étnico-

raciais têm acontecido” (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 44). Sobre a terceira categoria – relações étnico-raciais na organização e no conteúdo curricular –, foi analisada a presença da temática no conteúdo programático, nas ementas e planos das 34 disciplinas presentes na matriz curricular do curso (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 46). Com a pesquisa, os autores chegaram à conclusão de que

[...] há um silenciamento no PPC, do curso de Medicina estudado, sobre a realidade da Saúde da População Negra na estrutura, organização e nas intencionalidades descritas no PPC e nos conteúdos, embora haja, [sic] algumas referências pontuais de temas sobre doenças, consideradas científica e geneticamente, prevalentes na PN, não há evidências explícitas sobre discussões que considere o viés racial. Por outro lado, foi observado que a instituição possui uma organização curricular fundamentada em paradigmas que permitem aproximações com as Relações Étnico-Raciais, com possibilidades significativas de inserção transversal da temática, necessitando adequações e ajustes na organização de sua matriz curricular, bem como nas ementas e planos das disciplinas a fim de possibilitar a integralização dessa temática em todos os eixos formativos do curso. (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, p. 53).

O estudo anterior mostrou a necessidade de a equidade racial ser trabalhada de forma transversal na graduação em Medicina, além de sugerir ajustes na matriz curricular da universidade analisada, com a sua explicitação em ementas e planos de disciplinas. Essa etapa foi realizada por Jorge Riscado (2016), que analisou a construção de duas disciplinas sobre saúde da população negra. O autor afirma que a universidade pode exercer um papel ativo contra o racismo institucional e, para exemplificar essa possibilidade, apresenta a experiência de construção e oferta de duas disciplinas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), uma ofertada na graduação – Saúde da População Negra – e a segunda na pós-graduação – Raça, Racismo, Institucional, Ensino e Práticas na Saúde. A disciplina eletiva da graduação foi ofertada pela primeira vez em 2007 e, até o momento de publicação do artigo, ainda era ofertada; participando dela, em sua maioria, alunos dos cursos de Serviço Social, Medicina e Psicologia. Explicando sobre a organização da disciplina, Riscado aponta que a matéria

[...] tem a cada assunto abordado a participação de um professor expertise, engajado na temática étnico-racial, que ficou assim acomodada: Panorama Brasileiro da Saúde da População Negra e PNSIPN, Diáspora Africana no Brasil; Violência doméstica e sexual contra a mulher; Religiosidade e práticas tradicionais de saúde da população negra; Educação Popular em Saúde, Educação e a lei 10.639/03; Doença Falciforme e Dialogando com o Grupo de Portadores de Doença Falciforme; Violência Obstétrica, Mortalidade de mulheres negras por gestação, parto e puerpério; homens jovens negros e HIV, e outras doenças prevalentes: miomatose, glaucoma, hipertensão arterial, diabetes mellitus, além das atividades extraclasse que compreendem a Visita Orientada a um Terreiro de Candomblé ou Umbanda e duas Visitas Técnicas à Comunidade Remanescente de Quilombo. Todas requerem um relatório de campo enquanto avaliações e, uma proposta de pesquisa ou intervenção na comunidade quilombola visitada. (RISCADO, 2016, p. 17).

Construída conjuntamente por meio de debates com o movimento negro, professores e pesquisadores, a disciplina de pós-graduação, do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde,

objetiva apresentar aos alunos teorias e ciências socio-humanas e aprofundar sobre as “relações étnico-raciais, racismo e racismo institucional, que venham a impactar tanto no ensino como nas práticas de saúde” (RISCADO, 2016, p. 118), com base na PNSIPN. Como parte da avaliação das disciplinas, além de artigos envolvendo a temática, foram realizadas mesas temáticas em um congresso, assim como a construção científico-literária de um livro junto às comunidades remanescentes de quilombo, do município de Taquarana, em Alagoas (RISCADO, 2016, p. 119).

Rosana Monteiro (2016), por sua vez, discorre sobre a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER). A autora assinala que poucas experiências na área da saúde têm sido identificadas para a formação de profissionais, como, por exemplo, nos cursos de Enfermagem e Psicologia, que têm a habilitação para a licenciatura. Para garantir a efetividade do que está expresso na configuração do SUS e da PNSIPN, Monteiro relembra sobre a necessidade de articulação com a educação permanente, pois

A formação dos profissionais da saúde é estratégia fundamental para se garantir a atenção à saúde da população negra, em especial, das mulheres negras como parte mais vulnerável dessa população. Para que a Educação Permanente atenda aos desafios a que é chamada pela PNSIPN ela deve considerar o exposto nos documentos relacionados às DCNERER, sem o que não se pode atuar de maneira integral frente à complexidade das relações raciais presentes na sociedade brasileira. (MONTEIRO, 2016, p. 526).

A autora descreveu o processo de realização do curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra (CESMN), que ocorreu em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e suas contribuições para a abordagem das DCNERER. Esse curso tinha como objetivo “formar especialistas em saúde da mulher negra e estimular a iniciação na investigação acadêmica em saúde da mulher negra” (MONTEIRO, 2016, p. 527). Apesar de o curso não abordar um módulo sobre formação para professores, o texto informa que houve participação de muitos deles, resultando em trabalhos finais da especialização que versaram sobre a escola como cenário potente para a atuação da saúde.

Uma experiência que também merece destaque é a oferta de duas disciplinas para o curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA: “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas” e “Saúde da População Negra”, ambas ministradas pela primeira vez em 2006 (VARGA, 2016). A segunda disciplina abordava em sua ementa:

- Conceito de raça. A questão racial como objeto de reflexão sociológica. Principais escolas do pensamento sociológico e a questão racial. Pensamento social brasileiro e a questão racial. Tendências e desenvolvimentos contemporâneos do pensamento

social sobre relações raciais. Doenças prevalentes entre grupos raciais e sua relação com o racismo institucional, com ênfase nas DSTs, Aids, anemia falciforme, mortalidade materna e neonatal. Possibilitar a compreensão do impacto do racismo na saúde, compreender os determinantes de saúde e doença com base na análise de dados relativos a morbidade e mortalidade para a população negra e não-negra. Apresentar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus instrumentos de gestão (PNS; Plano Estadual; Plano Operativo, Relatório de Gestão). (VARGA, 2016, p. 107).

István Varga (2016) afirma que a implantação dessas disciplinas advém da conquista de atores que lutaram para que esses conhecimentos habitassem o espaço epistemológico e político, especialmente pelo trabalho interdisciplinar realizado com o Núcleo de extensão e pesquisa com populações e comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas (NURUNI). Por isso, adiante, procurou descrever o programa das disciplinas ofertadas como possibilidade de sugestões para aqueles que tivessem interesse na abordagem étnico-racial em cursos de graduação e pós-graduação.

Reconhecendo alguns desafios no ensino na saúde, especialmente no curso de Medicina, Rafael Silva e demais (2018) levantaram a seguinte indagação: “como desconstruir essa concepção ‘ortopédica’ e ‘colonial’ de ‘intervenção’ dentro da qual os profissionais atuantes no campo da saúde têm sido formados?” (SILVA et al, 2018, p. 52). Algumas pistas apontam a necessidade de um maior aprofundamento sobre o “caráter intrinsecamente problemático da conformação (hegemonicamente) intervencionista da medicina institucionalizada” (SILVA et al, 2018, p. 52). Questionando a suposta neutralidade e superioridade da Medicina, os autores demarcam a necessidade de uma formação que reconheça a existência de matrizes epistemológicas que têm sido marginalizadas e/ou integradas colonialmente no campo da saúde, de outros modos de conceber e produzir saúde e da transversalidade das ciências humanas e sociais ao longo da formação médica. Essa formação, deve ser ainda, construída conforme as DCN, por meio da alteridade com multiplicidade de sujeitos e valorizando espaços não acadêmicos de saber (SILVA et al, 2018, p. 53).

A competência cultural foi defendida por Jorge Girotti e demais (2015), com o relato de experiência do *Urban Medicine Program* (UMed), da Universidade de Illinois (EUA). O projeto fornece material complementar à formação dos estudantes de Medicina durante os quatro anos de graduação, com objetivo de formar médicos preparados com conhecimento, habilidades e atitudes para atuarem como defensores da saúde, pesquisadores e gestores, que sejam culturalmente competentes. O programa compreende que os médicos de todas as especialidades podem contribuir positivamente para o bem-estar das pessoas e que é fundamental que os graduandos entendam como os determinantes sociais de saúde podem gerar disparidades. O currículo do curso desenvolve os objetivos educacionais por meio de quatro

temas: diversidade na comunidade e comunicação intercultural; disparidades no acesso aos cuidados de saúde; pesquisa participativa baseada na comunidade, na *advocacy* e políticas. Esse currículo, ademais, preocupou-se com a formação de estudantes que sejam sensíveis e empáticos no atendimento a pessoas de diferentes origens culturais, raciais e socioeconômicas.

Linda Cushman e demais (2015) contextualizaram a recente necessidade e os benefícios de formação em competências culturais nos cursos de Saúde Pública, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Odontologia, entre outros, destacando os desafios que ainda são encontrados para a implantação dessa competência na formação. Dessarte, descreveram uma oficina realizada com estudantes de mestrado em Saúde Pública para explorar questões relativas a cultura, poder, privilégio e justiça social, incentivando a autoconsciência sobre esses conceitos, considerando como eles são fundamentais para a melhora da qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde às diversas populações. Os autores, com base na interseccionalidade de Crenshaw (2002) – considerada por eles como uma noção importante para relacionar identidades interligadas e sistemas de poder e opressão – e no conceito de práxis e teoria crítica de Paulo Freire, discutiram o currículo da oficina pensando, também, nas questões sobre autoconsciência. Eles, além disso, trabalharam com as noções de privilégio e poder e sua percepção nas relações profissionais.

Finalmente, tem-se um editorial da revista *American Journal of Community Psychology*, publicado em dezembro de 2018, que teve como temática central o “Ensino para a decolonialidade na psicologia comunitária e nas disciplinas aliadas”. A edição contextualiza o ensino da psicologia comunitária e de seus campos de interesse e, também, a psicologia social aplicada à saúde pública e ao Serviço Social, em debates mais amplos sobre a decolonialidade no currículo. O editorial, nessa linha de raciocínio, procurou explorar “os processos e práticas de ensino e aprendizagem e as tensões que podem surgir em face da prática decolonial na psicologia comunitária” (CAROLISSEN; DUCKETT, 2018, p. 242).

A edição, de autoria de Ronelle Carolissen e Paul Duckett, considera a decolonialidade como um processo central de ensino e aprendizagem que deve estar inserido no contexto da formação profissional. Os autores, ademais, estabeleceram alguns marcadores centrais para o ensino da decolonialidade de acordo com a literatura, dentre os quais destacam-se: interromper o privilégio das epistemologias euro-americanas/ocidentais; recuperar e reformular o apagamento de histórias; desconstruir o discurso colonial, inserindo contra narrativas; inserir plano de indigeneidade e do conhecimento indígena no currículo; estabelecer uma política de produção de conhecimento, inserir identidades de autores e posicionalidades, como gênero, raça e etnia; realizar reflexão crítica sobre as instituições de ensino superior que ensinam nos contextos de duas relações históricas coloniais específicas; ativismo central para a continuidade

pedagógica, dentro e fora das salas de aula; ferramentas pedagógicas empregadas como catalisadores para a crítica e, finalmente, ecologias de conhecimento apropriadas ao contexto. Cabe lembrar que esses marcadores não são um modelo rígido, mas sim uma ferramenta que pode fornecer uma visão prática de trabalhar a decolonialidade.

O número publicado, além disso, contextualiza o cenário global sociopolítico opressivo e a ascensão da direita radical, em que é evidente o aprofundamento das iniquidades de raça, gênero, sexualidade e classe. Enquanto os projetos coloniais negam a humanidade e a dignidade, o editorial dialoga com a interdisciplinaridade para repensar o que é ser humano. A edição, ademais, apresenta o conceito de decolonialidade, abordando a colonialidade do poder e a forma como ele está presente nos currículos. Recorre, para isso, a autores como Quijano e Maldonado-Torres, refletindo que o currículo pode ser um recurso para a dominação, mas também pode ser usado como uma ferramenta reparadora.

Foi central neste momento apresentar as interfaces da equidade racial na saúde e na educação, considerando a formação de profissionais para o SUS, que é um campo intersetorial, além de identificar experiências que têm considerado a questão racial como relevante para a formação e atuação desses futuros profissionais

2 OBJETIVOS E DIRETRIZES

Este plano está orientado pelos pressupostos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), adota o conceito de equidade racial a partir da política e tem como objetivos:

- Apresentar ao NDE do Curso de Medicina da UnB um plano de ação para implementação da equidade racial na formação, construído de forma coletiva pelos membros que compõem o núcleo;
- Sugerir estratégias, abordagens metodológicas, momentos no curso, responsáveis e parceiros, para execução do plano de ação de implementação da equidade racial no curso de Medicina.

Contextualizando o curso de Medicina na UnB, o seu Projeto Político Pedagógico resgata a criação do curso de graduação em 1966, na chamada Faculdade de Ciências Médicas (FCM), que em 1975 foi denominada de Faculdade de Ciências da Saúde (FS), integrando os cursos de Medicina, Enfermagem (1975), Nutrição (1975) e Educação Física (1975),

Odontologia (1980), Farmácia (1996). O curso de Educação Física foi transformado em faculdade e o mesmo ocorreu com o curso de Medicina, em 1999. O mais novo curso da FS, Saúde Coletiva, foi criado em 2010 (PPC MEDICINA, 2015; CARDOSO; DYTZ, 2008).

Desde sua criação, o curso de Medicina passou por algumas mudanças curriculares, destacando-se a renovação do projeto acadêmico-pedagógico no início dos anos 2000, para atender às normativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) publicadas pela Resolução nº 4 de 2001. As DCN também marcam orientações para os cursos de Enfermagem e Nutrição, assim como os outros cursos de graduação em Saúde também tiveram suas DCN estabelecidas ao longo da década. As DCN de 2001 foram publicadas para atender demandas como “a) habilitação do egresso para atendimento em nível de atenção primária; b) melhor qualificação do egresso para prestação de serviços requeridos pela sociedade” (UNB, 2015, p. 10), além de alinhar a formação de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, foram lançados programas de adequação a essas mudanças, como o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com integração ensino-serviço-comunidade na regional de saúde das cidades de Paranoá/Itapoã, e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde).

Em 2011 foi criado o Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina (NDE), em conformidade com a Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, que passou a ter entre suas atribuições a revisão do projeto pedagógico do curso e a continuidade das atividades da reformulação curricular (UNB, 2015, p. 23). Desde então, o NDE realiza oficinas de trabalho envolvendo as revisões do PPC e da reforma curricular Tanto a Faculdade de Ciências da Saúde quanto a Faculdade de Medicina passaram por processos de reforma curricular e tiveram assessoramento pedagógico com recursos do Pró-Saúde 2. No curso de Medicina, a oficina de reformulação curricular ocorreu no NDE em 2014 e envolveu participação ativa dos discentes.

Considerando essas observações iniciais destaca-se a relevância do presente plano de ação para que se possa contribuir na efetivação do PPC do curso de Medicina de acordo com as orientações do marco legal e necessidades de formação de profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde.

2.1 A Equidade Racial a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Na seção anterior foi feito um exercício de compreensão do sentido do direcionamento ético-político da equidade e os movimentos de como garanti-la. A seguir, o enfoque será dado na sua materialização a partir da PNSIPN, retomando a construção da política e o entendimento da equidade racial na sua concepção.

Na terceira edição do documento da Política Nacional de Saúde da População Negra (BRASIL, 2017) foram introduzidos a portaria nº 344 de 2017, que aborda o preenchimento quesito raça/cor, assim como um panorama da saúde da população negra no que se refere a acesso aos serviços, saúde da mulher negra, juventude negra e discriminações nos serviços de saúde. O documento apresenta algumas informações a partir da divulgação de dados do IBGE concernentes ao aumento de pessoas no Brasil que se declaram negras, à desigualdade que ainda é expressiva nesse segmento populacional, à situação de trabalho e renda e, também, ao acesso ao ensino superior.

A PNSIPN (2017) destacou que a população negra é a maioria do público atendido pelo SUS (BRASIL, 2017; WERNECK, 2016), e, partir dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), constatou “a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde” (BRASIL, 2017, p. 15). Alguns desses aspectos são observados quando as mulheres negras e de menor escolaridade tiverem menor acesso à realização do exame de mamografia ou quando as mulheres negras e indígenas tiveram um menor número de consultas de pré-natal e maiores taxas de detecção de sífilis. Também são observados em relação à mortalidade materna, uma vez que, em 2012, 60 % dos óbitos foram de mulheres negras. Antes de explorar o texto da PNSIPN, o documento fez a seguinte contextualização, evidenciando aspectos que devem ser mencionados na temática da saúde da população negra:

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (BRASIL, 2017, p. 23).

No Capítulo I da política são apresentados os princípios gerais que a regem, reafirmando os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade da atenção, a igualdade da atenção à saúde e a descentralização político-administrativa, bem como a participação da comunidade. A PNSIPN dá destaque para a equidade em saúde, conforme destaca o trecho:

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela lei nº 10.678/2003, que criou a SEPPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (BRASIL, 2017, p. 31).

A política considera a equidade racial como 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, 2017, p. 31). A equidade deve ser trabalhada norteadando as políticas de saúde e, dessa forma, a dimensão étnico-racial deve “ser parte de uma agenda nacional de políticas públicas orientada para a não discriminação e o respeito à diversidade da sociedade brasileira” (MONTEIRO, 2010, p. 148).

Quando nos referimos à equidade racial em saúde, entendemos que ela deve ser inserida no SUS por meio de algumas estratégias apresentadas nas diretrizes da PNSIPN:

As diretrizes da política abordam a necessidade de incluir a temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde e no exercício do controle social, na ampliação do movimento negro nas instâncias de controle social do SUS, em incentivos à produção de conhecimentos no campo, em reconhecimento de saberes populares, destacando-se aqueles das religiões de matriz africana, monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo e redução das desigualdades raciais em saúde e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que fortaleçam a identidade negra positiva e contribua para a redução das vulnerabilidades. (TRAD et al, 2012, p. 188).

Seu objetivo geral ainda indica que a PNSIPN deve “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2009a, p. 31). Com relação à forma de operacionalização da PNSIPN nos estados e municípios, Daniela Marques Silva (2017) fez um detalhamento sobre os Planos Operativos de 2008-2011 e de 2013-2015. Esses planos servem para instrumentalizá-la na prática, como destaca a autora ao explicar que as ações cotadas no plano “são possíveis de serem executadas por meio da utilização de financiamento previsto no orçamento ou que já foram pactuadas nas demais políticas de saúde das áreas respectivas do Ministério da Saúde” (SILVA, 2013, p. 43).

Sobre o primeiro Plano, Silva afirma que suas ações foram operacionalizadas por meio de fases, para as quais se estabeleceram metas específicas para um prazo de dois anos, articuladas de tal maneira que a primeira fase alcançasse condições necessárias para a consecução dos objetivos específicos da política (SILVA, 2017, p. 44). Nele, estavam definidos dois eixos incluindo ações e metas “que incidem sobre os diferentes condicionantes e

determinantes que sustentam a desigualdade em saúde que acomete a população negra” (BRASIL, 2009b, p. 3).

O primeiro eixo seria “Raça negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social” e o segundo; “Morbidade e Mortalidade na População Negra”. Para cada um foram definidas ações, estratégias de operacionalização, recursos financeiros, indicadores e metas. Apesar dos avanços iniciais da sua implementação, a autora destaca algumas fragilidades:

Apesar das avaliações não conclusivas, no ano de 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE, (área meio responsável por coordenar a implementação da PNSIPN e por seu fomento ideológico, especialmente junto aos estados e municípios), apontou avanços como a instituição de legislação e normalização referente a saúde da população negra; maior participação do movimento negro e controle social; instituição de Comitês Técnicos, Áreas Técnicas Comissões e afins; lançamento de publicações; além de realização de eventos e capacitações. Todavia, elencou como desafios permanentes a realização de Campanha Nacional de Enfrentamento ao Racismo Institucional no SUS; implantação do Quesito Raça/Cor; estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN; e ampliação da participação e controle social dos movimentos negros. Existe uma fragilidade incontestável na institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que se percebe na não aplicação de metas diferenciadas, as quais se debruçam sobre as disparidades raciais e aos indicadores desagregados por raça/cor. (SILVA, 2017, p. 47).

O segundo Plano Operativo (2013-2015), por sua vez, tinha como eixos: acesso da população negra às redes de atenção à saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente em saúde e produção de conhecimento em saúde da população negra; fortalecimento da participação e do controle social, bem como monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra. A sua construção reuniu atores do Ministério da Saúde, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) e da SEPPIR (SILVA, 2017).

O terceiro Plano (2017-2019), finalmente, tinha como objetivo

estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, 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, para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe, bem como para a promoção da qualidade de vida de brasileiras e brasileiros. (BRASIL, 2017, p.41).

Destacam-se algumas competências das instâncias federativas, que são enfatizadas no III Plano, como do MS, com o estabelecimento de instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPN e publicação do Relatório Anual Sistematizado da situação de saúde da população negra. No âmbito estadual, municipal e distrital, estão incluídas responsabilidades para promoção das estratégias e monitoramento das ações estabelecidas no Plano.

3 ABORDAGENS METODOLÓGICAS

A dissertação que originou a construção deste plano de ação é um estudo de natureza qualitativa (MINAYO, SANCHES, 1993; BRIDGET *et al*, 2014), com abordagem metodológica do tipo pesquisa-intervenção (PAULON *et al*, 2015), apoiado em referenciais da epistemologia feminista negra (COLLINS, 2018), a partir da recusa das práticas colonizadoras que moldam o nosso “ser” pesquisador.

O uso dessa abordagem justifica-se pois o presente estudo envolveu discussões sobre as relações raciais no Brasil, considerando como essas relações estão pautadas na construção de um mito da democracia racial que mascara as dimensões do racismo e dificultam sua discussão na sociedade. Isso porque, como afirma Werneck (2016, p. 541), o racismo “penetra os diferentes campos da vida social e produz seus resultados”.

Outra justificativa refere-se à relevância social da pesquisa, que está baseada na equidade como um princípio doutrinário do SUS, considerando que ela é “estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 16) e, ainda, “levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 16). Defende-se a saúde da população negra enquanto campo de pesquisa destacando cinco aspectos:

pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, 2016, p. 539).

Esta abordagem metodológica também pode ser compreendida como do tipo pesquisa-intervenção, pois “entende-se que o processo de pesquisa, inevitavelmente, provoca transformações e mobiliza forças no campo investigado, incluindo-se nele o próprio pesquisador” (PAULON *et al*, 2015, p. 143). Insere-se, ainda, na noção de que “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio objeto, constituir-se no caminho” (BARROS; PASSOS, 2007, p. 17).

A pesquisa-intervenção tem “um caráter participativo aumentando o grau de horizontalidade na relação de forças que permeia este campo, assim como uma maior apropriação e circulação de informações entre os diferentes atores envolvidos” (PAULON *et al*, 2015, p. 144). Assim, à luz das contribuições de mulheres negras e do feminismo negro,

indo ao encontro da pesquisa-intervenção, a pesquisa buscou apoio teórico nesses para melhor compreender a complexidade da equidade racial em contexto brasileiro.

Considerando a característica do estudo como pesquisa-intervenção, ele foi construído indo além da mera inclusão dos participantes no cenário estabelecido. Houve posicionamento de uma pesquisadora implicada “que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador” (COIMBRA, 1995, p. 66). Já o compromisso ético-político da pesquisa considerou a grupalidade como essencial na construção das decisões a serem tomadas, como afirmam Rosilda Mendes e demais autoras (2016):

Trata-se de se constituir uma grupalidade para além das dicotomias e hierarquias que hegemonicamente regem as relações institucionais e intersubjetivas no âmbito da saúde, sobrepujando as fronteiras preestabelecidas das disciplinas e dos saberes dos participantes da pesquisa para que, coletivamente, seja possível compreender a complexidade da realidade investigada (MENDES *et al*, 2016, p. 1739).

A pesquisa-intervenção parte da crítica da forma de pesquisar a partir da dita “modernidade”, pois essa forma se baseia em uma primazia da racionalidade, de uma lógica reducionista, de uma negação da complexidade da realidade e da sua fragmentação, e da não interação de disciplinas. A pesquisa-intervenção necessita de compromisso social e político com a realidade com a qual se está trabalhando, resultando em uma co-produção / transformação tanto daquele que está se propondo a conhecer a realidade, quanto daquele que é conhecido (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). Uma das diferenciações é que nela não há uma coleta de dados, mas sim uma produção de dados, o que significa que “os dados são produzidos pelos diferentes dispositivos e por diferentes estratégias de pesquisa que fazem ver, ou que fazem perceber, e que fazem falar” (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016, p. 1742). Dessa forma, a grupalidade enquanto dispositivo proporcionou análises coletivas do tema estudado, tendo em vista “a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 64), a partir do ato de pesquisar “com”.

A primeira etapa do estudo constituiu-se em uma análise documental de conteúdo. Os dados foram oriundos da identificação de disciplinas que, de acordo com o projeto político-pedagógico (PPC) do curso de Medicina, incluíam explicitamente a equidade racial, sendo descritos: o número de disciplinas, distribuição de disciplinas por semestre, conteúdos abordados, metodologias e cenários de práticas.

A segunda etapa ocorreu mediante a realização de duas oficinas com o NDE. As Oficinas foram construídas de acordo com Spink e demais (2014) e tiveram em seu

planejamento inicial duas etapas: a primeira para investigar a visão sobre a implementação da equidade racial e a segunda para fazer a devolutiva dos principais elementos do primeiro e encontro, validar o material construído e delinear uma proposta de plano de ação.

O critério de inclusão dos participantes das oficinas é que fossem membros do NDE, pois eles compõem “um grupo de docentes com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso” (BRASIL, 2010d, p. 1). O NDE é constituído por um grupo de 8 a 15 professores do quadro de cada departamento.

Foi considerada a relevância da “construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 64).

A relação pesquisadora implicada-participantes foi construída continuamente, considerando o diálogo como central em todo o processo de pesquisa. Por esse motivo as oficinas foram escolhidas como estratégia metodológica, tendo em vista o fato de possibilitarem relações não hierárquicas e participativas. Foi proposto um produto ao final de cada oficina, para que tivesse significado a partir das observações, demandas, e conflitos surgidos ao longo do processo, para que assim, já na primeira oficina, fosse possível gerar um retorno aos participantes.

A análise dos dados produzida nas oficinas foi do tipo análise de conteúdo temática simples e teve como etapas: leitura flutuante; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação; análise temática das unidades de registro; análise categorial do texto; tratamento e apresentação dos resultados; discussão dos resultados e retorno aos participantes do estudo (OLIVEIRA, 2008).

A partir da análise, o material foi organizado seguindo as seguintes categorias previamente definidas: visão de equidade racial; situação da implementação; resposta/interesse dos estudantes; fatores críticos – o que facilita e o que dificulta; estratégias para o plano de ação e motivações/justificativas para ensinar a equidade. Três categorias emergiram durante a realização da oficina: vivência de docentes negros; ações afirmativas e branquitude na medicina. Em seguida, foi realizada a análise com base nas divergências, convergências e singularidades do conteúdo produzido.

Houve participação de 10 membros no somatório das duas oficinas, que foram realizadas em novembro de 2019 e março de 2020. Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, conforme número do parecer 3.387.638.

4 SENTIDOS E PISTAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA EQUIDADE RACIAL NO CURSO DE MEDICINA DA UNB

Com o material coproduzido na primeira oficina, foi possível identificar algumas estratégias para implementação da equidade racial no curso e orientar a construção do plano de ação como norteador dessas estratégias. Uma das estratégias identificadas é que é preciso considerar as especificidades dos alunos do curso de Medicina. Outra estratégia é abordar a equidade racial a partir dos atendimentos clínicos com os pacientes e suas famílias nos ambulatórios. Foi citado um exemplo de como os estudantes indígenas têm contribuído a partir das suas vivências e compartilhando aspectos das suas identidades culturais. Portanto, outra estratégia seria oportunizar também a contribuição das vivências dos estudantes negros durante a formação.

Definir e identificar quais as habilidades e competências sinalizadas no PPC e nos programas de ensino-aprendizagem das disciplinas estão relacionados com a equidade racial foi um destaque feito pelos professores. Com ênfase para a competência cultural, uma professora mencionou a necessidade de utilização de metodologias diversas como recursos para acessar e proporcionar vivências com diferentes contextos culturais. Portanto, reconhecer a importância dos espaços de vivências nos territórios para abordar a temática é uma estratégia.

Foi pensada também a importância de que os professores reconheçam as fragilidades e potências existentes para melhor contemplar a equidade racial na formação, sendo necessário fazer autocrítica sobre suas práticas enquanto docentes. Pensar formas de como transversalizar e verticalizar a temática no curso também foi mais uma estratégia identificada, tendo em vista que os professores sinalizaram a necessidade de que o tema seja integrado em todo semestre. Um exemplo foi que o professor afirmou que ética é um tema que não pode ser tratado apenas na disciplina de ética, o que deve ocorrer da mesma forma quanto à abordagem da equidade racial. Essa transversalização foi pensada conjuntamente com estratégias de sensibilização de docentes e discentes para um olhar que identifique demandas relacionadas a questão racial.

Quadro 1 – Estratégias para a implementação da equidade racial para o plano de ação do curso de Medicina.

ESTRATÉGIAS PARA O PLANO DE AÇÃO
Olhar especificidades dos alunos.
Buscar estratégia para levar essa discussão para os ambulatórios.
Oportunizar contribuição das vivências dos estudantes indígenas nas disciplinas (também levar dos estudantes negros).
Definir e identificar quais as habilidades e competências sinalizadas no PPC e nos programas das disciplinas estão relacionadas com a equidade racial.
Reconhecer as fragilidades e potências existentes: enquanto curso e docentes.
Fazer autocrítica.
Reconhecer a importância dos espaços de vivências nos territórios para abordar a temática.
Pensar formas de como transversalizar e verticalizar a temática no curso.
Sensibilizar docentes e discentes para um olhar que identifique demandas relacionadas a questão racial (na cirurgia, na gineco, na pediatria, na clínica etc).

Fonte: a autora.

Na segunda oficina, validamos o material com as estratégias para construção do plano de ação e também apresentamos um portfólio com evidências e legislações que orientaram a pesquisa e demos esse material para o NDE, para que possam utilizar como apoio da implementação do plano no curso. Nesse momento, foram distribuídas tarjetas para todos os participantes, orientando que individualmente escrevessem nelas, a partir do que foi discutido, propostas, ideias, desejos, de como a equidade racial poderia ser inserida na formação dos profissionais em saúde a partir de 4 etapas para orientação da construção do plano: a) principais estratégias; b) possíveis metodologias; c) momento do curso; d) responsáveis; e) parceiros.

Quadro 2 – Principais estratégias levantadas a partir da oficina 2.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS
Indagar a temática durante aulas e seminários.
Introdução de temas nas atividades integradoras relacionadas à incidência e prevalência de doenças na população negra.
Inserir o tema nas disciplinas de bioquímica e biofísica. Procurar evidências, aspectos moleculares e metabólicos da população negra.
Abordar o tema durante as disciplinas levando os alunos nas comunidades.
Abordar as religiões africanas.

Fonte: as autoras.

Quadro 3 – Possíveis metodologias levantadas a partir da oficina 2.

POSSÍVEIS METODOLOGIAS
Qualquer metodologia em qualquer momento.
Atividades integradoras em todos os semestres.
Roda de conversa para identificar vulnerabilidades.
Grupos de estudo diversificado.
Monografias e relatos de casos.

Fonte: as autoras.

Quadro 4 – Momento do curso, responsáveis e parceiros

MOMENTO DO CURSO	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS
Trabalhar a disciplina de educação médica, discutir estratégias da temática com alunos de iniciação científica.	Todos os professores que trabalham com as atividades integradoras.	Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina; Professora Rosana de Castro do Departamento de Antropologia.

Fonte: as autoras.

Na Dinâmica do Cartão Postal, algumas mensagens foram escritas pelos participantes da oficina sobre como cada um poderia contribuir na sua prática para a implementação da equidade racial, conforme pode ser visto a seguir:

Quadro 5 – Como contribuir na prática docente para implementação da equidade racial?

Abordando o tema em palestras com a comunidade quando discuto sobre promoção da saúde ou rastreamento do câncer de mama.
Posso me comprometer a levar para o semestre que leciono na medicina a ideia de termos nas monografias integradoras temas relacionados ao assunto em questão (mulheres negras).
Contribuir como apoio político para colocar como pauta em diferentes cenários (aulas, discussões).
Contribuir com colegas e com a comunidade.
Relacionar a comunidade com a faculdade.
Reduzir as distâncias.

Fonte: as autoras.

No curso de Medicina, algumas das visões de equidade compartilhada são as de que a equidade racial relaciona-se à inexistência de diferença entre as pessoas, à ideia de que todos são iguais ou, ainda, à noção de que equidade é um sinônimo da igualdade prevista na Constituição Federal de 1988, o que na minha visão de pesquisadora são fatores críticos que dificultam a abordagem da equidade racial. Com relação à visão de que “equidade racial é quando não há diferença entre as pessoas”, o texto de Almeida Filho (2010) nos ajuda a compreender esses conceitos.

O primeiro é o conceito de diversidade que se expressa na variação em características de uma população, pois a “variação natural ou genética, expressa em diferenças individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produz diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 29). De acordo com o autor, a diferença é expressa de forma individual pelos efeitos da diversidade ou das desigualdades em sujeitos e “manifestam-se mediante complexas relações entre processos sociais e biológicos nos sujeitos individuais” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30), ou seja, equidade não é sinônimo de diferença, ela está relacionada com as estruturas sociais e com os processos políticos. Quando esses são sem equidade, geram a desigualdade, que, de acordo com o autor “pode ser expressa por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde), como evidência empírica de diferenças” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 30).

Com relação à ideia ainda muito disseminada de que todos são iguais, Fernando Barros e Maria Fátima Sousa (2016) tratam do princípio da igualdade como orientadora da cidadania e, conseqüentemente, dos direitos civis, políticos e sociais, e que estão relacionados ao estado de bem-estar social e na, Constituição Federal (1988), ao disposto no artigo 5º, que estabelece que todos são iguais perante a lei:

O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas, a noção de igualdade só se completa se compartilhada com a de equidade, posto que não basta a existência de um padrão universal se não comportar o direito à diferença. O padrão passa, então, de homogêneo a equânime (BARROS; SOUSA, 2016, p.13).

Os autores reforçam que, enquanto a igualdade tem uma lógica de “distribuição homogênea: a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços”, a equidade considera que “o que as pessoas são diferentes e que têm necessidades diversas”, necessitando de políticas públicas equânimes (BARROS; SOUSA, 2016, p. 12).

Foi mencionado, ainda, foi mencionado que nem sempre a equidade racial é trabalhada considerando uma contextualização com o processo histórico da questão racial no Brasil, tornando o tema não conectado com a realidade. O pouco aprofundamento teórico quando o

tema é abordado nas aulas também se trata, portanto, de um dificultador. Essa observação chama atenção para o distanciamento que a sociedade brasileira tem com o processo histórico da questão racial do país, tratado de maneira superficial e equivocada desde as primeiras séries do ensino fundamental até o nível superior. Essa observação chama atenção para o distanciamento que a sociedade brasileira tem com o processo histórico da questão racial do país, tratado de maneira superficial e equivocada desde as primeiras séries do ensino fundamental até o nível superior. A lógica da colonialidade foi introjetada de maneira tão eficiente que a forma como somos educados dificulta o entendimento do contexto de dominação existente, fazendo com que haja a reprodução de um ensino situado em um “sistema de ideias divorciado da realidade política e econômica” (COLLINS, 2018, p. 164).

Foi ressaltada a necessidade de atividades de ensino que envolvam as políticas de saúde, mas também que elas sejam associadas ao cenário real, para que possam ocorrer vivências e identificação de como elas são operacionalizadas nos diferentes territórios.

Algumas evidências citadas no referencial teórico têm demonstrado como essas vivências podem ocorrer. Conceição, Riscado e Vilela (2018), por exemplo, construíram um instrumental para analisar a inserção da equidade racial no curso de Medicina de uma universidade pública de Alagoas. Uma subcategoria analisada foi a inserção de “elementos que consideram a abordagem ao perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra” (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018, p. 40).

Para contextualizar a realidade social, o estudo destaca o papel da PNSIPN como orientadora da formação e da prática dos profissionais de saúde, inserindo no PPC do curso que a formação deve incluir diferentes cenários de ensino aprendizagem. Riscado (2006) relatou a oferta de uma disciplina, no curso de Medicina da UFAL, que abordou a saúde da população negra, incluindo atividades extraclasse como visitas orientadas em Terreiros de Candomblé e Umbanda e em uma Comunidade Remanescente de Quilombo, envolvendo relatório de campo feito pelos alunos da disciplina e propostas de pesquisas e intervenções nos territórios.

Em revisão integrativa de literatura, Tamiris Rizzo e Alexandre Fonseca (2019) identificaram estudos brasileiros com foco em práticas educativas em saúde e suas abordagens na saúde da população negra, predominando achados com foco em povos e comunidades tradicionais. Um dos dados encontrados refere-se a um relato de experiência a partir da “auto-organização de 75 mulheres negras de santo que, diante das dificuldades de acesso ao e de equidade no atendimento, reivindicavam a abertura de um posto de vacinação em espaço cedido pelo terreiro” (RIZZO; FONSECA, 2019, p. 901). Os autores identificaram que a experiência proporcionou reflexão “acerca de práticas de intolerância religiosa e de racismo vivenciadas na

unidade básica de referência, no território” (RIZZO; FONSECA, 2019, p. 901). Dessa forma, as lideranças conseguiram que houvesse implantação do consultório, com realização de atendimentos e oficinas educativas. Esse relato pode ser um exemplo de como integrar atividades com a parceria ensino-serviço-comunidade, considerando a observação feita nas oficinas com a preocupação do ensino das políticas associada ao cenário real.

No curso de Medicina, emergiu da produção de dados a noção de que o curso tem um foco mais assistencial e menos político, com ênfase em doenças prevalentes e determinantes genéticos e biológicos da população negra. Em estudo semelhante, Conceição e demais autores (2018) utilizaram algumas categorias para análise o PPC do curso de Medicina da UFAL. Uma delas identificava a “explicitação das relações Étnico-raciais e saúde da População Negra nos fundamentos e justificativas da formação médica” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p. 42), considerando que aspectos “do perfil epidemiológico, condições de vida, e realidade social da população negra” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p. 42) fossem abordados de forma interligada.

No entanto, o PPC, anterior às DCN de 2014 – que explicitam no artigo 5º a temática racial na formação –, trata os aspectos de forma homogênea, sem contextualização “acerca das diferenças raciais e aos impactos e necessidade de saúde da população negra” (CONCEIÇÃO *et al*, 2018, p.42). Outra questão merecedora de destaque, que está relacionada com o que foi falado na oficina, é que há uma problemática quando o tema é inserido de forma descontextualizada e há ênfase em doenças prevalentes, conforme também identificado no estudo dos autores:

No que se refere às nosologias consideradas prevalentes na população negra, apenas as de condições genéticas apareceram com abordagens pontuais, porém, nenhuma delas trouxe explicitamente o viés racial em seus conteúdos. Vale destacar que, a saúde da população negra não se limita à questão genética e os agravos que acometem essa população envolvem uma complexidade de fatores. Neste sentido, pondera-se que os discentes necessitem vivenciar uma abordagem ampla, que possibilite a compreensão e visão crítica e antirracista quanto aos fatores desencadeadores e determinantes do racismo na atenção à saúde e seus impactos nos processos de planejamento e gestão (CONCEIÇÃO; RISCADO; VIELELA, p. 52).

Em outra reflexão, Nilma Gomes (2011) apresenta o movimento negro enquanto sujeito coletivo e político, cujo caráter político possibilita “movimentos de produção de discursos, de interpretações antagônicas e de conflitos, de novos significados e ações, com foco na luta política contra o racismo” e contribui para a “construção de uma nova interpretação da trajetória dos negros no Brasil” (GOMES, 2011, p. 136). Trata-se, portanto, de colocar na pauta da política educacional “as práticas, os projetos e as políticas voltadas para a diversidade étnico-racial”, bem como medidas para superação de desigualdades (GOMES, 2011, p. 139).

Outra contribuição diz respeito aos saberes políticos e como as ações afirmativas têm tocado na cultura política e nas relações de poder. Isso nos leva a pensar que a inserção da equidade racial nos cursos de saúde com foco político requer tocar na cultura política dessas faculdades historicamente elitizadas, inseridas em uma estrutura organizacional universitária em que as relações de poder e dominação estão presentes.

Em estudo sobre a competência cultural nos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e que participavam do PET-Saúde Redes com foco na atenção à saúde indígena, Glaucia Moreira e Luciane Mota definem o termo:

A competência cultural é descrita como muito mais do que o conhecimento de costumes e doenças prevalentes naquela população ou comunidade, posto que também compreende habilidades de comunicação apesar das diferenças de linguagem, acessando e compreendendo o sistema de crenças e práticas dessa comunidade; tem por objetivo propiciar a comunicação efetiva entre pessoas com diferentes interpretações da realidade⁷ (MOREIRA; MOTTA, 2016).

De acordo com o estudo, um ensino voltado para a sensibilidade cultural “deve utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não podendo ser uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas sim, uma política ou postura institucional” (MOREIRA; MOTTA, 2016, p. 165). A partir de análise de conteúdo do portfólio reflexivo construído por alunos que participaram da pesquisa, as autoras identificaram algumas categorias que foram analisadas.

Na categoria “sensibilização profissional para o atendimento diante da diversidade cultural”, os estudantes destacaram que os profissionais de saúde não consideram o saber da população indígena. Na categoria “desarticulação da prática com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)”, foi mencionado que alguns princípios do SUS, como a equidade, não têm estado de fato presentes na prática profissional e no cotidiano dos serviços. A categoria “responsabilidade social e pensamento crítico”, por fim, reuniu o relato dos estudantes sobre como a vivência do PET possibilitou-lhes vivenciar a realidade com o contato com a população indígena do território, evidenciando que apenas o domínio de disciplinas clínicas não é suficiente para a formação e consequente atuação profissional.

A competência cultural tem sido incorporada no sentido de “superar as barreiras de acesso à Saúde das Populações Minorizadas” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 82) e, também, é um atributo da atenção primária à saúde. Porém, mesmo com as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, “as normativas ainda são incapazes de garantir que a cultura seja utilizada como um critério para a consolidação de práticas que valorizem as diversas interpretações e modos de intervenção na área da saúde” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 84), o que evidencia que os profissionais de saúde devem ter essa competência desenvolvida.

Os autores contextualizam um cenário em que estereótipos, privilégios e racismo estão presente na estrutura da sociedade, o que também se percebe na relação dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Dessa forma, “a competência cultural poderia ser mais bem descrita como humildade cultural” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, p. 85). Os autores destacam, ainda, que a competência cultural “visa à equidade no cuidado em saúde, tendo como principal foco as populações minorizadas” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, p. 85) e apresentam os seus domínios:

Assim, além da habilidade de se fazer entender – reconhecendo a necessidade de aprimorar comunicação, criatividade e flexibilidade –, a competência cultural é também composta por mais dois domínios: o domínio cognitivo, que engloba conhecimento da epidemiologia e manifestações de doenças em diversos grupos e conhecimento dos diferentes efeitos que os tratamentos podem desencadear em diferentes grupos étnicos, além do conhecimento sobre a história e cultura de cada grupo; e o domínio atitudinal, relacionado à consciência de como a cultura modela o comportamento e a maneira de pensar, e reconhecer que temos o nosso próprio preconceito e tendência a estereótipos (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 86).

Segundo os autores, o processo de aprendizagem é complexo e há “resistência dos profissionais de saúde para saírem de sua zona de conforto, no sentido de desenvolverem consciência do privilégio e desvantagem, racismo e preconceito presentes nas relações” (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 87). Esse é, talvez, um dos desconfortos gerados pela professora que falou que competência cultural é mencionada na disciplina de APS, mas sem de fato haver um significado do que ela seja, entendendo o seu sentido produzido, não apenas nos alunos, mas também nos professores.

De acordo com essa professora, quem tem competência cultural deve abordar a equidade racial, mas é necessário um processo anterior, que podemos chamar de humildade cultural, como o reconhecimento dos seus privilégios – como professores, alunos e profissionais de saúde. No domínio atitudinal, apresentado pelos autores, a humildade cultural está relacionada à demonstração de “consciência de seus próprios valores, crenças e suposições” e na compreensão de como esses elementos irão impactar na sua prática profissional (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 88). Os autores, por fim, afirmam que há necessidade de treinamento para desenvolvimento da sensibilidade cultural e de aproximação teórica nos currículos para que a competência cultural seja de fato além de um conceito, mas que produza sentidos:

Para o desenvolvimento da competência cultural, a literatura sugere utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não devendo ser apenas uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma postura institucional (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019, p. 87).

Alguns dos resultados da pesquisa de Freitas Júnior (2018) mostraram que não se pode esperar que a competência cultural seja apenas uma competência de alunos que têm “sensibilidade” ou interesse pessoal pela temática e nem que seja esperada apenas daqueles que participam de projetos de extensão ou iniciação científica, mas sim que seja construído em todas as disciplinas dos cursos. A partir da interação na comunidade quilombola, alguns estudantes compartilharam que tinham uma visão colonizadora que os via como “exóticos” e que não imaginavam que existia “perto deles” e, ainda, que antes de conhecerem a comunidade imaginavam que era “apenas uma comunidade rural muito pobre”, que o continente africano era um país e que os quilombolas não pareciam com a população indígena. Por fim, os autores reforçam o quão essencial é a integração ensino-serviço-comunidade para o processo “ensino-serviço-aprendizagem no mundo real e por meio da interação pessoal do aprendiz com populações étnica e culturalmente diversas” (FREITAS JÚNIOR *et al*, 2018, p. 106).

No que diz respeito à competência cultural como uma estratégia de abordagem para a equidade racial, alguns estudos (GREEN *et al*, 2017; MELTZ *et al*, 2018; GOUVEIA *et al*, 2019) têm evidenciado as limitações dessa abordagem, pois, tem sido trabalhada de forma implícita, por meio de comunicação interpessoal e sem a real compreensão sobre as dimensões do racismo e relações de poder e implicações na determinação social de saúde.

Por fim, recomenda-se a continuidade de estudos a partir da lente da equidade racial, pois, apesar da urgência de ser pautada na formação, a saúde da população negra apresenta-se de forma tímida em alguns cursos da saúde, conforme constataram Santana e demais (2019). Os autores perceberam que a inclusão desse ponto tem sido feita para atender à obrigatoriedade do marco legal, mas sem o “reconhecimento da importância, como justificativa para a inserção do tema no currículo prescrito nos cursos” (SANTANA *et al*, 2019, p. 12), conforme pode ser visto no trecho adiante:

Já o currículo prescrito para a saúde, em seus pressupostos voltados para a formação humanista, pareceu encontrar grandes desafios à sua concretização, uma vez que uma parte significativa dos depoimentos analisados nos traz como referências mais claras os valores da universalidade e da igualdade abstrata (princípio da isonomia), mas ignora ou não compreende profundamente as referências acerca do reconhecimento da diferença. Uma hipótese explicativa de sua postura pode ser o desconhecimento da produção bibliográfica existente voltada para a análise das relações de equidade/iniquidade racial em saúde. Um efeito nefasto, contudo, da ausência de referências sobre a questão colocada é a invisibilidade do racismo como Determinante Social de Saúde. (SANTANA *et al*, 2019, p. 12),

Nesse sentido, julga necessário haver estudos que procurem entender a “interferência da branquitude como uma guardiã silenciosa de privilégios”, bem como necessário destacar o lugar

de onde “os estudiosos falam, de onde partem para fazer suas análises que podem orientar concepções e práticas de diversificados atores sociais” (BENTO, 2002, p. 26).

Com base nisso, Eliana Machado (2018) analisou discursos de professoras brancas acadêmicas de uma universidade federal a partir de estudos da branquitude. A autora entrevistou professoras para compreender as suas identidades em relação às trajetórias profissionais. Constatou nos discursos das entrevistadas “a postura hegemônica no meio acadêmico acerca da prevalência do preconceito de classe sobre o preconceito racial” (MACHADO, 2018, p. 391), além da negação de conflito racial justificado pela miscigenação, não reconhecimento de ocupação de lugar de privilégios em relação a cor e ocultação do racismo no plano discursivo. Maria Aparecida Bento (2002), por sua vez, estudou o “Branqueamento e branquitude no Brasil” para abordar algumas características das relações raciais brasileiras.

Essas observações são essenciais para entendermos como o branqueamento tem sido considerado um “problema do negro”, com destaque para a implementação de programas institucionais de combate às desigualdades, e como eles têm omitido ou distorcido o papel do branco nas relações raciais, pois só o negro “é estudado, dissecado, problematizado” (BENTO, 2002, p. 2). Outro aspecto importante mencionado pela autora é que há uma espécie de proteção da branquitude enquanto grupo, que às vezes até reconhece a existência das desigualdades raciais, mas se coloca ausente nesse processo – uma forma utilizada por esses grupos é diluir o debate sobre raça com a justificativa de que a classe social abarca todas as questões das opressões. Por isso, Bento acrescenta que “evitar focalizar o branco é evitar discutir as diferentes dimensões do privilégio” (2002, p. 3).

Para a implementação deste plano de ação é urgente o entendimento do modelo desenvolvido por Camara Phyllis Jones (2002), sobre o racismo em três dimensões: a primeira é o racismo internalizado, que é expresso por meio de sentimentos – inferioridade/superioridade – e de condutas – passividade/proatividade, aceitação/ recusa. A segunda dimensão é o racismo interpessoal, que é expresso por meio de preconceito e discriminação – falta de respeito/desconfiança/desvalorização/perseguição/desumanização – e de omissões – negligência ao lidar com o racismo e seus impactos. A terceira dimensão é o racismo institucional, traduzido por uma questão material – indisponibilidade e/ou acesso reduzido a políticas de qualidade – e por uma questão de acesso ao poder – menor acesso à informação/menor participação e controle social/escassez de recursos (WERNECK, 2016).

Jurema Werneck (2016), por exemplo, reconhece o “racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde” (2016, p. 540) e discorre sobre a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) e o modelo esquemático criado para explicar “os

determinantes sociais de saúde com um processo complexo no qual participam fatores estruturais e intermediários na produção de iniquidades em saúde” (WERNECK, 2016, p. 540).

Nesse modelo,

[...] o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito, ainda, apontava que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluíam a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população (WERNECK, 2016, p. 540).

O RI opera no Estado e sua reprodução ocorre em instituições públicas e privadas “de forma a induzir e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas” (WERNECK, 2016, p. 542). Ele ainda “equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (WERNECK, 2016, p. 543). A autora acrescenta que é necessário reconhecer outros codeterminantes que atuam ao mesmo tempo na determinação de condições de vida e saúde, e que a interseccionalidade, categoria desenvolvida Kimberlé Crenshaw, pode contribuir significativamente para o entendimento e interrelação dos sistemas de dominação (WERNECK, 2016, p. 543).

Elaine Soares (2018) acrescenta que o RI “se refere ao fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica” (SOARES, 2018, p.16). Por isso, algumas políticas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), assumem como estratégias de gestão “a implementação de ações no combate do racismo institucional e redução das iniquidades raciais” (BRASIL, 2009, p. 33). Conforme sinalizado na metodologia, pretende-se dar continuidade no acompanhamento do processo de implementação do plano, por meio de projetos de iniciação científica já aprovados para o biênio 2020-2021, seguindo com a continuidade das oficinas e diálogo com o NDE do curso.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: ROBERTO, P.N (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- BARROS, C.P.F.; SOUSA, MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Revista Saúde e sociedade**. [online]. 2016, v. 25, n.1, p. 9-18. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BARROS, R. B; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E. *et al.* (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BATISTA, C.B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jan./jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007. Acesso em: 25 jan. 2020.
- BENTO, M.A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARON, I.; BENTO, M.A.S (Org.) **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 25-58.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, que normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010a.
- BRASIL. lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Parecer da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) nº 4, de 17 de junho de 2010, sobre o Núcleo Docente Estruturante - NDE. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 2010c.
- BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). RESOLUÇÃO Nº 01, DE 17 DE JUNHO DE 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. **Plano nacional de implementação das diretrizes curriculares nacionais para educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro brasileira e africana**. Brasília: MEC/ SECADI/ MEC, 2013.

BRASIL. Resolução nº 02, de 02 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Portaria nº 201, de 03 de outubro de 2014. Regulamenta a coleta do quesito raça/cor/etnia nos formulários e sistemas de informação da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014b.

CARDOSO, F.A.; DYTZ, J. L.G.. Criação e consolidação do curso de Enfermagem na universidade de Brasília: uma história de tutela (1975 - 1986). **Revista Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 251-257, jun., 2008.

COIMBRA, C.M.B. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível. **Rev do Departamento de Psicologia da UFF**. v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

COLLINS, P.H. Epistemologia feminista negra. *In*: BERNARDINO-COSTA, J; MALDONADO TORRES, N; GROSGOGUEL, R. (Orgs.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p.139-170.

CAROLISSEN, R.L.; L.C; DUCKETT, P. SAUL, S.D. Teaching toward Decoloniality in Community Psychology and Allied Disciplines: Editorial Introduction. **Am J Community Psychol**. [S.l.]. v. 62, p. 241-249, 2018.

CONCEIÇÃO, M.C; RISCADO, J.L.S; VIELELA, R.Q.B. Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de Medicina: análise curricular. **Revista Brasileira de Ensino Superior**. Passo Fundo, v. 4, n. 3, p. 34-56, Jul./ Set. 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/REBES/article/view/2606>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CRENSHAW, KIMBERLÉ. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

CUSHMAN, L.; DELVA, M.; FRANKS, C.; JIMENEZ-BAUTISTA, A.; MOON-HOWARD, J.; GLOVER, J.; BEGG, M. Competency Training for Public Health Students: Integrating Self, Social, and Global Awareness Into a Master of Public Health Curriculum. **Am J Public Health**. [on-line] v. 1, n. 5, p. 132-140, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339998/>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FREITAS JUNIOR, R.A.O. *et al*. Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. **Rev. bras. educ. med**. v. 42, n.2, p. 100-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170086>. Acesso em: 25 jan. 2020.

GOMES, N. L. O movimento negro no Brasil: ausências, emergências e a produção dos saberes. **Política & Sociedade**. v. 10, n.18, 2011. Disponível em:

<https://www.journal.ufsc.br/index.php/politica/article/view/19037/17537doi:10.5007/2175-7984.2011v10n18p133>. Acesso em: 25 jan.2020.

GIROTTI, J.; LOY, G.; MICHEL, J.; HENDERSON, V. The Urban Medicine Program: Developing Physician – Leaders to Serve Underserved Urban Communities. **Academic Medicine**, v. 90, n. 12, 2015. Disponível em: <http://portesfoundation.org/docs/UrbanMedicineProgram-DevelopingPhysicianLeaders-Girotti-AcadMed10-15.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GOUVEIA, E.A.H.; SILVA, R.O.; PESSOA, B.H.S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Rev. bras. educ. med.** v.43, n.1, 2019, p. 82-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Aceso em: 25 jan. 2020.

IBGE. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil n. 41**. Brasília, DF: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 25 jan. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**. Atlanta, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artemed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MACHADO, E. S. . Visibilidade não marcada da branquitude: discursos de mulheres brancas acadêmicas. **Revista ABPN [S.I.]**, v. 10, p. 375-398, 2018.

MENDES, R; PEZZATO, L.M; SACARDO, D.P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.I], v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitative. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/sep, 1993.

MONTEIRO, R.B. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 524-534, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000300524&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2020.

MOREIRA, G.; MOTTA, L.B. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.2, p.164-171, 2016.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rer. enferm.** v. 16, n.4. p.569-576. 2008.

PAULON, S.M. ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em psicologia**. UERJ, RJ. Ano 10, n.1, p.85-102.

PAULON, S.M. et al. Pesquisa-Intervenção Participativa: Uma Aposta metodológica na articulação Saúde Mental-Atenção Básica. In: POLEJACK, L. et al (Org.). **Psicologia e**

Políticas Públicas em Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, v. 1, p. 139-153

RISCADO, J.L.S. A perspectiva das iniquidades da saúde, do racismo e do racismo institucional: experiências na construção e implementação de disciplinas eletivas acadêmicas na graduação e programa “stricto sensu”, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v. 2, n. 3, set./ dez. 2016, p.113-121. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/196>. Acesso em: 25 jan. 2020.

RIZZO, T.P.R; FONSECA, A.B.C Concepções e práticas de educação e saúde da população negra: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Receis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 13, n. 4, p. 896-910, 2019.

SIQUEIRA, S.A.V; HOLLANDA, E; MOTTA, J.I. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [online]. 2017, v. 22, n.5, p. 1397-1397. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002501397&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jan.2020.

SANTANA et al. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v.23, p.1-15, 2019.

SILVA, R.F; FERNANDEZ, J.C.A; BARROS, N.F; NASCIMENTO, J.L. Ciências Sociais em saúde, educação médica e a concepção intervencionista e colonial da prática médica. **Trab. educ. saúde**, [online]. 2018, v.16, n.1, p.39-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462018000100039&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2019.

SILVA, D.M.M. **Cadê o sus aqui?** Discussões da equidade em saúde para o povo negro no âmbito do conselho nacional de promoção da igualdade racial (2004-2014) da secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva), Universidade de Brasília, 2017.

SPINK, M. J., MENEGON, V. M., & Medrado, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicol. Soc.** [online]. 2014, v.26, n.1, p.32-43.

SOARES, E.O. Baobá da Saúde: A Implementação da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. *In*: CANAVESE, D. et al. **Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 209 p.

TRAD, L.; MOTA, C.; CATELLANOS, M; FARIAS, V.N.; BRASIL, S.A. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. *In*: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F (orgs). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

VARGA, I.V.D. Saúde e sociedade: subsídios para uma estratégia de abordagem da temática étnico-racial no campo da Saúde, no Brasil. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v.2, n.3, set.-dez. 2016, p.100-112. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6193609>. Acesso em: 25 jan. 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Página 1 de 2.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Como a Equidade Racial está sendo implementada na formação em saúde? Pesquisa-Intervenção Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina da Universidade de Brasília”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Dyana Helena de Souza. O objetivo desta pesquisa é: Produzir evidências sobre a implementação da lente da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação de Saúde Coletiva, Enfermagem (FS) e Medicina (FM) da Universidade de Brasília, com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de duas oficinas: a primeira para investigar a visão sobre a implementação da lente da equidade racial, e a segunda para fazer a devolutiva dos principais elementos do primeiro encontro, validar o material construído e delinear uma proposta de plano de ação. As oficinas ocorrerão na Faculdade de Ciências da Saúde e de Medicina da UnB, com duração de 2h00min cada.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são considerados baixos, e podem surgir durante o processo relacionado às questões sociais, culturais e morais dos participantes. Pode ocorrer desconforto para os participantes ao não se sentirem confortáveis em falar sobre a temática, devido a preconceitos e discriminações que envolvem o assunto. São considerados riscos também: estigmatização, devida a possíveis conflitos relacionados às divergências de pensamentos dos participantes; interferência na vida e rotina dos sujeitos; riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais. Se alguma possibilidade de dano ao participante for percebida em decorrência dos procedimentos utilizados, será discutido com os mesmos as providências cabíveis. Serão minimizados os desconfortos, garantindo local reservado e total liberdade para não responder questões que considerem constrangedoras. A equipe estará devidamente treinada para identificar sinais verbais e não verbais de desconforto. Serão assegurados a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e não estigmatização dos participantes. O respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos serão respeitados.

 Rubrica do Participante da Pesquisa
 Responsável

 Rubrica do Pesquisador

Página 2 de 2.

Para minimizar possíveis desconfortos, serão utilizados códigos na identificação dos participantes em trechos de falas utilizados na redação da dissertação. A realização das oficinas e a posterior transcrição serão de responsabilidade da proponente da pesquisa.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para trazer benefícios para a comunidade acadêmica, para os serviços de saúde e para os usuários do SUS, reconhecendo assim, a centralidade do debate sobre a equidade racial e a possibilidade de mudança no processo ensino-aprendizagem como se conhece atualmente. Aos participantes, não caberá nenhum recurso financeiro e outros benefícios diretos que não sejam a sensação de bem-estar pela contribuição com o estudo.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, nas Faculdades de Ciências da Saúde e Medicina podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dyana Helena de Souza, pelo telefone: 61-3107-1940 disponível inclusive para ligação a cobrar; e pelo e-mail: dyana_4521@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (parecer n. 3.387.638, em 12/06/19). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@umb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de _____.

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE SOM E IMAGEM



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante de pesquisa do projeto de pesquisa intitulado “**Como a Equidade Racial está sendo implementada na formação em saúde? Pesquisa-Intervenção nos cursos de graduação em Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina da Universidade de Brasília**”, sob responsabilidade de Dyana Helena de Souza vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para transcrição que subsidiará a análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas e atividades educacionais, sendo a identidade dos mesmos preservada.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem e/ou som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e ao som de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – ROTEIRO DA OFICINA 1

Objetivo: Investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da equidade racial nos cursos de graduação em saúde.

Participantes: de 8 a 15 docentes dos departamentos dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina e membros dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDEs) dos respectivos cursos.

Tempo: tempo mínimo 1h30min; tempo máximo 2h00min.

1) PREPARATIVOS PRÉ-OFICINA

1.1) Recrutar e selecionar os participantes:

1.2) Realizar o primeiro contato com os potenciais participantes (de preferência durante as reuniões dos NDEs):

- a) Entrar em contato com os potenciais participantes;
- b) Esclarecer como se obteve o contato dos participantes, explicar os objetivos e a forma de participação na pesquisa e oficina;
- c) Esclarecer possíveis dúvidas sobre a pesquisa e oficina;
- d) Orientar sobre local e horário da realização da oficina e esclarecer que atrasos superiores a 10 minutos impossibilitarão a participação na oficina;
- e) Caso haja acordo em participar, apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, se possível, já coletar a assinatura.

Observação 1: Será realizado um segundo contato com os participantes para reforçar informações do convite inicial, tais como, data, horário e local;

Observação 2: A oficina será realizada apenas quando confirmado o número suficiente de participantes.

2) PREPARAR CONTEXTO E MATERIAIS:

- 2.1) O local da oficina deverá ter as seguintes características: lugar silencioso, restrito, arejado e de fácil acesso aos participantes (preferencialmente no espaço das Faculdades de Ciências da Saúde e Medicina da UnB);
- 2.2) O local deverá contar com cadeiras em número suficiente para todos os participantes e dispostas em formato de círculo;
- 2.3) Parede ou quadro no qual se possa colar folhas e cartazes;
- 2.4) Identificação de todos os participantes (crachás);
- 2.5) Materiais: papel sulfite, canetinha, canetas, fita crepe, tarjetas, papel pardo.
- 2.6) Cópias do TCLE para todos os participantes;

Observação 3: As cadeiras da pesquisadora e apoiadores da pesquisa deverão estar também dispostas no círculo;

Observação 4: É importante que no local da oficina não haja outros estímulos, tais como: cartazes nas paredes, imagens, mesa com lanche, telefone, etc.

3) **COORDENAÇÃO DA OFICINA**

3.1) A oficina será coordenada por 2 (dois) coordenadores, ambos autor e coautor da pesquisa;

3.2) A oficina terá início apenas se todos os que confirmaram a participação estiverem presentes.

Observação 5: Caso alguém esteja atrasado, informar que todos esperarão 10 minutos para iniciar, dada a importância que todos estejam presentes desde o início. Passado este tempo, a oficina terá início com os participantes que estiverem presentes;

3.3) Apenas quando for iniciar a oficina propriamente dita, convidar os participantes para adentrarem no local da oficina;

3.4) Esclarecer que cada participante poderá se sentar no local que preferir;

3.5) Os coordenadores poderão se sentar juntos ou separados.

4) **APRESENTAÇÃO** (tempo aproximado 15 minutos)

4.1) Os coordenadores deverão se apresentar e agradecer a presença de todos;

4.2) Retomar os termos do TCLE, esclarecendo novamente os objetivos da pesquisa e as condições de participação;

Observação 6: Será distribuída uma cópia do TCLE para cada participante, este será lido conjuntamente e, caso não tenha sido realizado em contato anterior, as assinaturas deverão ser coletadas;

4.3) Informar que o gravador será ligado;

4.4) Distribuir os crachás e canetinhas e solicitar que cada participante anote seu nome;

Observação 7: Respeitar o nome social dos participantes.

4.5) Estabelecer um contrato para a oficina no qual deverá ser abordado, no mínimo, os seguintes aspectos: objetivo; duração da oficina; uso do celular (pactuar que os celulares permanecerão desligados); saída do local da oficina, como por exemplo, para ir ao banheiro; importância da participação de todos; respeito durante o momento de fala de cada um; sigilo sobre o que se vai conversar naquele espaço; guarda do material que será utilizado; esclarecer que não há respostas certas ou erradas, e perguntar se há mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva.

5) **AQUECIMENTO** (tempo aproximado 10 minutos)

5.1) Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 4 coisas:

- 1.1) O próprio nome;
- 1.2) Área de atuação no curso;
- 1.3) Quanto tempo participa do Núcleo Docente Estruturante;
- 1.4) E completar a seguinte sentença: “Pra mim equidade racial é...” ;

Observação 8: Após explicar a proposta dar um exemplo: “*Eu sou Maria, faço parte do NDE há 2 anos e para mim equidade racial é.....*”

5.2) Após dar as instruções e exemplificar, perguntar se alguém tem mais alguma dúvida e perguntar quem quer começar;

5.3) Seguir até que todos se apresentem.

6) **DESENVOLVIMENTO** (tempo aproximado 1h45min)

MOMENTO 1

6.1) Distribuir tarjetas e canetinhas para todos os participantes;

6.2) Colar na parede papel pardo com a seguinte frase: “**Considerando o contexto da reorientação da formação profissional em saúde, como você percebe a inserção da equidade racial (com foco na população negra) na formação do curso em que você atua?**”

6.3) Orientar que cada participante deverá escrever nas tarjetas como percebe a inserção da equidade racial na formação do curso em que atua;

6.4) Esclarecer que os participantes terão 5 minutos para concluir;

Observação 9: esclarecer que cada participantes poderá utilizar quantas tarjetas desejar;

6.5) Após o tempo transcorrido, a coordenadora recolherá as tarjetas para colá-las no papel pardo, tentando agrupá-las de acordo com as semelhanças.

6.6) Após a colagem, será feita a leitura das tarjetas coladas a partir da seguinte frase: “Vamos fazer uma leitura coletiva das tarjetas? O que apareceu que é semelhante? Há divergências?”

6.7) Deixar que os participantes visualizem a construção e falem livremente;

Observação 10: Tempo máximo para concluir essa etapa da oficina: 15 minutos;

6.8) Orientar que cada resposta deverá ser descrita em uma tarjeta diferente;

6.9) Perguntar se os participantes têm alguma dúvida. Caso a resposta seja positiva, esclarecer todas as dúvidas antes de iniciar efetivamente a atividade;

6.10) Os coordenadores colarão as respostas no cartaz, de forma que todos os participantes possam vê-las.

6.11) A dinâmica da oficina acontecerá desta forma, até que todas as tarjetas tenham sido observadas e as impressões iniciais compartilhadas com o coletivo;

6.12) Após a conclusão desta etapa, os coordenadores questionarão se algum participante quer incluir ou excluir respostas;

6.13) Após a conclusão desta etapa, os coordenadores deverão fazer as seguintes perguntas disparadoras: **Qual a relevância da inserção dessa temática na formação no seu curso? Alguém aqui tem trabalhado com a temática em sala de aula ou em outros espaços? Se trabalha, como percebe a recepção dos alunos sobre a temática?**

6.14) Deixar que os participantes falem livremente sobre as suas impressões;

Observação 11: Fazer a inscrição para a fala e observar que teremos aproximadamente 30 minutos para este debate.

Observação 12: Caso os participantes avaliem que esse tempo é insuficiente, repactuar mais alguns minutos, de modo que todos se sintam contemplados pelo espaço de fala e, ao mesmo tempo, não haja extensão significativa no horário de término da oficina.

MOMENTO 2- Apresentar a matriz de análise das disciplinas que de acordo com os PPCs, incluem a equidade racial e apresentar o conceito de equidade racial adotado pelo projeto.

6.15) Nesse momento será apresentada uma projeção da matriz de análise das disciplinas que de acordo com os PPCs, incluem a equidade racial.

- a) Destacar que há predominância de XXXX disciplinas obrigatórias e XXXX optativas no primeiro semestre do curso XXXXX. O que isso nos diz?
- b) Falar sobre a concentração das disciplinas nos primeiros semestres e como seria uma proposta transversal da inserção da temática;
- c) No último slide de apresentação da disciplina optativa, fazer a seguinte pergunta reflexiva: **“a partir do que vimos sobre a análise das disciplinas, como vocês percebem que esses conhecimentos sobre a equidade racial se concretizam na prática profissional dos egressos do curso?”**. Como vocês veem esses resultados? Os achados surpreenderam vocês? A quantidade e forma de distribuição é suficiente? O que nos diz da localização delas (das disciplinas) no currículo? **Como imaginam que dessa forma que está sendo ensinada (considerando período do curso, quantidade de disciplinas e forma de ensino), ela irá se expressar na prática do egresso do curso?**

6.16) Será apresentada outra projeção com o conceito de Equidade Racial adotado pelas pesquisadoras responsáveis”;

- a) Apresentar imagens e evidências (para estimular o atitudinal e cognitivo) sobre as iniquidades em saúde da população negra;

6.17) Essas serão exposições dialogadas. Inicialmente, reforçar a escolha dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina para a pesquisa .

6.18) Esclarecer que os coordenadores terão de 10 a 15 minutos para concluir;

Observação 9: os coordenadores deverão após esse momento realizar as seguintes perguntas:

a) Você já conhecia o conceito que apresentamos sobre Equidade Racial?

b) Em sua formação para a docência, qual foi a sua experiência com a equidade racial?

6.19) Após a exposição questionar se os participantes querem falar alguma coisa sobre as observações que os colegas fizeram sobre a análise da matriz e sobre os conceitos e evidências da equidade racial.

6.21) Deixar que os participantes falem livremente;

Observação 10: Tempo máximo para concluir essa etapa da oficina: 30 minutos;

6.22) Perguntar se os participantes têm alguma dúvida. Caso a resposta seja positiva, esclarecer todas as dúvidas antes de iniciar efetivamente a atividade;

6.23) O coordenador questionará quem deseja ser o primeiro a falar sobre suas respostas e orientará que o participante inicie;

6.24) A dinâmica da oficina acontecerá desta forma, até que todos os participantes tenham respondido às perguntas.

6.25) Após a conclusão desta etapa, os coordenadores deverão perguntar se algum participante quer comentar sobre as respostas;

6.26) Deixar que os participantes falem livremente sobre as suas impressões;

Observação 11: Fazer a inscrição para a fala e observar que teremos aproximadamente 30 minutos para este debate.

Observação 12: Caso os participantes avaliem que esse tempo é insuficiente, repactuar mais alguns minutos, de modo que todos se sintam contemplados pelo espaço de fala e, ao mesmo tempo, não haja extensão significativa no horário de término da oficina.

7) AVALIAÇÃO DA OFICINA (tempo aproximado 10 minutos)

7.1) Os coordenadores deverão perguntar aos participantes o que mais chamou a atenção de cada um na oficina, bem como críticas e sugestões;

7.2) Ouvir os participantes sobre as suas impressões sobre a oficina;

7.3) Convocar os participantes que porventura não se manifestaram a falar sobre as suas impressões;

7.4) Ao final, agradecer a participação de todos e dar orientações breves sobre a próxima oficina (data, local, horário e o tema da oficina);

7.5) Reforçar que na próxima oficina haverá a devolutiva com a sistematização da primeira oficina;

7.6) Apenas após o encerramento desligar o gravador;

7.7) Recolher e guardar todo o material produzido, haja vista que este material deverá ser analisado.

APÊNDICE E – ROTEIRO DA OFICINA 2

Objetivo: Validar o material construído na primeira oficina e delinear coletivamente uma proposta de plano de ação de como equidade racial pode ser inserida nos cursos de graduação.

Participantes: de 8 a 15 docentes dos departamentos dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina e membros dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDEs) dos respectivos cursos.

Tempo: tempo mínimo 1h; tempo máximo 2h00.

1) PREPATIVOS PRÉ-OFFICINA

- 1.1) Fazer novo contato com os participantes da oficina 1;
- 1.2) Explicar os objetivos da oficina 2;
- 1.3) Esclarecer possíveis dúvidas;
- 1.4) Orientar sobre local e horário da realização da oficina e esclarecer que atrasos superiores a 10 minutos impossibilitarão a participação na oficina;

Observação 1: A oficina 2 será realizada apenas quando confirmado o número suficiente de participantes.

2) PREPARAR CONTEXTO E MATERIAIS:

- 2.1) O local da oficina deverá ter as seguintes características: lugar silencioso, restrito, arejado e de fácil acesso aos participantes (preferencialmente no espaço das Faculdades de Ciências da Saúde e Medicina da UnB);
- 2.2) O local deverá contar com cadeiras em número suficiente para todos os participantes e dispostas em formato de círculo;
- 2.3) Parede ou quadro no qual se possa colar folhas e cartazes;
- 2.4) Identificação de todos os participantes (crachás);
- 2.5) Materiais: papel sulfite, canetinha, canetas, fita crepe, tarjetas, papel pardo, datashow, computador, cartões postais, cópias do consolidado da oficina 1, cópias da página 5 separadas, cópia do instrumento de avaliação das oficinas.
- 2.6) Cópias do TCLE para todos os participantes;

Observação 2: As cadeiras dos coordenadores deverão estar também dispostas no círculo;

Observação 3: É importante que no local da oficina não tenha outros estímulos, tais como: cartazes nas paredes, imagens, mesa com lanche, telefone, etc.

3) COORDENAÇÃO DA OFICINA

3.1) A oficina será coordenada por 2 (dois) coordenadores, ambos autor e co-autor da pesquisa;

3.2) A oficina terá início apenas se todos os que confirmaram a participação estiverem presentes.

Observação 4: Caso alguém esteja atrasado, informar que todos esperarão 10 minutos para iniciar, dada a importância que todos estejam presentes desde o início. Após esse tempo, a oficina deverá iniciar com os participantes que estiverem presentes;

3.3) Apenas quando for iniciar a oficina propriamente dita, convidar os participantes para adentrarem no local da oficina;

3.4) Esclarecer que cada participante poderá se sentar no local que preferir;

3.5) Os coordenadores poderão se sentar juntos ou separados.

4) REAPRESENTAÇÃO (tempo aproximado 5 minutos)

4.1) Os coordenadores deverão se reapresentar e agradecer a presença de todos;

4.2) Retomar os termos do TCLE, esclarecendo novamente os objetivos da pesquisa e as condições de participação. Os novos participantes deverão assinar o termo.

4.3) Informar que o gravador será ligado;

4.4) Redistribuir os crachás que foram confeccionados na oficina 1;

Observação 5: Respeitar o nome social dos participantes.

4.5) Estabelecer um contrato para a oficina no qual deverá ser abordado, no mínimo, os seguintes aspectos: objetivo, duração da oficina, uso do celular (pactuar que os celulares permanecerão desligados), saída do local da oficina, como por exemplo, para ir ao banheiro; importância da participação de todos; respeito ao momento de fala de cada um; respeito mútuo; sigilo sobre o que se vai conversar naquele espaço; guarda do material que será utilizado; esclarecer que não há respostas certas ou erradas, e perguntar se há mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma oficina produtiva.

5. AQUECIMENTO (tempo aproximado 20-25 minutos)

5.1) Pedir aos participantes que fiquem dispostos em duplas (ou trios) e que conversem sobre os principais pontos que marcaram a oficina 1.

Observação 6: Como material de apoio será distribuído um consolidado das principais discussões que emergiram na oficina 1. O objetivo é que os participantes validem o consolidado, podendo ficar livres para acrescentar, tirar dúvidas ou retirar algo registrado.

5.1) Cada dupla terá aproximadamente 10 minutos para contar sua experiência de aprendizado;

5.2) Após dar as instruções, perguntar se alguém tem mais alguma dúvida e esclarecer todas as dúvidas antes de iniciar a atividade;

5.3) Após as duplas compartilharem suas experiências, pedir que cada membro da dupla relate a experiência do seu companheiro;

5.4) O aquecimento encerra quando todos compartilharem seus relatos.

Observação 7- Se houver consenso da importância de aprofundar sobre as experiências no contexto da UnB, apresentar a proposta do desenvolvimento da oficina.

6) DESENVOLVIMENTO (tempo aproximado 40min)

MOMENTO 1- Construção coletiva de uma proposta de plano de ação de como a equidade racial pode ser inserida nos cursos de graduação em saúde.

6.1) Distribuir a página 5 (Estratégias para o Plano de Ação) do material de validação da oficina.

6.2) Explicar aos participantes que a partir do que eles compartilharam no primeiro encontro foi possível identificar algumas estratégias para implementação da equidade racial no curso e construção desse plano de ação. Em seguida, apresentar a sistematização como ponto de partida.

6.3) Discutir coletivamente essas estratégias e fazer relações com as evidências que serão distribuídas para o grupo (material consolidado com alguns artigos e documentos que podem orientar as ações);

6.4) Apresentar o papel pardo na parede com as 4 etapas para orientação da construção do Plano a) principais estratégias; b) possíveis metodologias; c) momento do curso; d) responsáveis; e) parceiros.

6.5) Distribuir tarjetas e canetinhas para todos os participantes.

Observação 9: Orientar que cada participante individualmente deverá escrever nas tarjetas a partir do que foi discutido, propostas, ideias, desejos, de como a equidade racial poderia ser inserida na formação dos profissionais em saúde a partir dos quatro eixos indicados no papel pardo. Destacar que

podem incluir os seguintes aspectos: principais estratégias, possíveis metodologias, em que momento do curso poderia ser inserida, e quais parceiros podem contribuir com a articulação;

6.6) Esclarecer que os participantes terão de 5 minutos para concluir;

Observação 10: esclarecer que cada participante poderá utilizar quantas tarjetas desejar e que cada resposta deverá ser descrita em uma tarjeta diferente

6.7) A medida que os participantes forem finalizando a escrita das tarjetas, a coordenadora e apoiadoras recolherão as tarjetas para colá-las no papel pardo, tentando agrupá-las de acordo com os eixos estabelecidos.

6.8) Após a colagem, será feita a leitura das tarjetas coladas a partir da seguinte frase: “Vamos fazer uma leitura coletiva das tarjetas?”

6.9) Após a colagem, questionar se os participantes querem acrescentar alguma coisa sobre as colocações feitas pelos os colegas

Observação 11: Tempo máximo para concluir essa etapa da oficina: 30 minutos;

6.10) Perguntar se os participantes têm alguma dúvida. Caso a resposta seja positiva, esclarecer todas as dúvidas antes de iniciar efetivamente a atividade;

6.11) Após a conclusão desta etapa, os coordenadores questionarão se algum participante quer incluir ou excluir respostas;

6.12) Os coordenadores deverão dar 5 minutos para os participantes fazerem as alterações que julgarem pertinentes;

6.13) Deixar que os participantes falem livremente sobre as suas impressões;

Observação 12: Fazer a inscrição para a fala e observar que teremos aproximadamente 30 minutos para este debate.

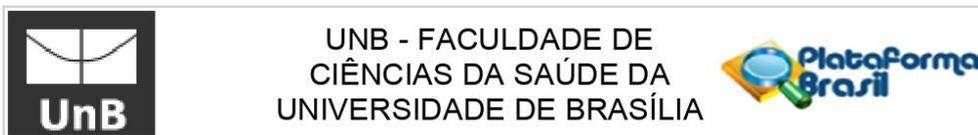
Observação 13: Caso os participantes avaliem que esse tempo é insuficiente, repactuar mais alguns minutos, de modo que todos se sintam contemplados pelo espaço de fala e, ao mesmo tempo, não haja extensão significativa no horário de término da oficina.

7) AVALIAÇÃO DA OFICINA (tempo aproximado 10 minutos)

7.1) Os coordenadores distribuirão para cada participante um papel no qual cada um deverá responder às seguintes perguntas: “Foi possível compreender o que é equidade racial?”; “Foi possível identificar formas de inserção da equidade racial na formação em saúde?”; “Foi possível identificar estratégias de como o NDE pode contribuir com essa inserção?”.

- 7.2) Haverá um campo livre para que os participantes deixem sugestões.
- 7.3) Cada participante terá 5 minutos para responder.
- 7.4) Os coordenadores deverão recolher as respostas;
- 7.5) Dinâmica do Cartão Postal: Serão distribuídos cartões com imagens de personalidades negras e de marcos significativos para a população negra. Os coordenadores orientarão que em cada cartão há pessoas e momentos que são fundamentais para a construção da equidade racial. A seguinte pergunta será feita para os participantes da oficina: “Saindo daqui, como que você, docente, se compromete para contribuir na sua prática para a implementação da equidade racial no curso de Medicina?”
 - 7.6) Ao final, agradecer a participação de todos;
 - 7.7) Apenas após o encerramento desligar o gravador;
 - 7.8) Recolher e guardar todo o material produzido, haja vista que este material deverá ser analisado.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Como a Equidade Racial está sendo implementada na formação em saúde? Estudo misto nos cursos de graduação de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina da Universidade de Brasília.

Pesquisador: Dyana Helena de Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 07853019.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.387.638

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado pela pesquisadora: “Esta pesquisa é oriunda do Programa de Iniciação Científica- PROIC, 2016-2017 da Universidade de Brasília (UNB), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A partir das constatações iniciais, identificou-se que os cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina atendem os preceitos legais nos PPC e nas DCNs, de inclusão das relações étnico-raciais no ensino. Considerando os principais achados do estudo anterior, o objetivo da atual pesquisa de mestrado acadêmico é: Produzir evidências sobre a implementação da lente da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação de Saúde Coletiva, Enfermagem (FS) e Medicina (FM) da UnB, com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação. Trata-se de um estudo de método misto do tipo explanatório sequencial a ser desenvolvido no período do segundo semestre de 2018 ao primeiro semestre de 2020. Será organizado inicialmente com a coleta e análise dos dados quantitativos, e depois com a coleta e análise dos dados qualitativos. A primeira etapa do estudo constitui uma análise documental, onde os dados quantitativos serão oriundos da identificação de disciplinas que de acordo com os PPC, incluem a lente da equidade racial, sendo descritas: o número de disciplinas, distribuição de disciplinas por semestre, conteúdos abordados, metodologias e cenários de práticas. A segunda etapa, de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

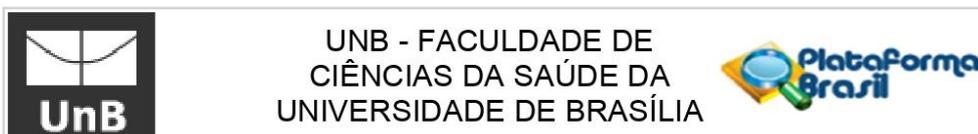
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

natureza qualitativa, será realizada por meio de 6 oficinas (sendo duas com cada NDE) para investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da lente da equidade racial nos cursos de graduação em saúde. O NDE compõe de 8 a 15 professores do quadro de cada departamento. Esta abordagem metodológica também pode ser compreendida do tipo pesquisa-intervenção, e com as contribuições dos estudos sobre a decolonialidade e do feminismo negro, a pesquisa buscará apoio teórico nestes para melhor compreender a complexidade da equidade racial em contexto brasileiro”.

Objetivo da Pesquisa:

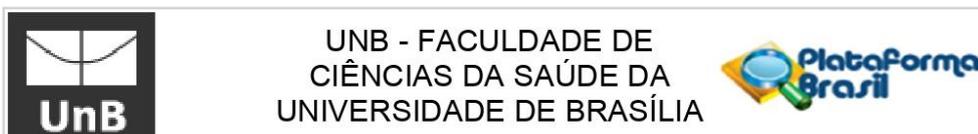
“Objetivo Primário: Produzir evidências sobre a implementação da lente da equidade racial na formação dos profissionais da saúde no cotidiano dos cursos de graduação de Saúde Coletiva, Enfermagem (FS) e Medicina (FM) da Universidade de Brasília, com foco na construção participativa de um plano de ação que possibilite a sua efetivação.

Objetivo Secundário: • Mapear as disciplinas que de acordo com o PPC incluem a lente da equidade racial; • Caracterizar as disciplinas que incluem a lente da equidade racial para a educação das relações étnicoraciais; • Investigar a visão dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina sobre a implementação da lente da equidade racial nos cursos de graduação em saúde; • Validar o material construído nas oficinas e formular coletivamente uma proposta de plano de ação de como a lente da equidade racial pode ser implementada nos cursos de graduação.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora “Por se tratar de uma pesquisa que envolverá discussões sobre as relações raciais no Brasil, devemos considerar que essas relações estão pautadas na construção de um mito da democracia racial que mascara as dimensões do racismo e dificultam sua discussão na sociedade, como afirma Werneck (2016) o racismo “penetra os diferentes campos da vida social e produz seus resultados(p.541)”. Sendo assim, os riscos são considerados baixos, e podem surgir durante o processo relacionado às questões sociais, culturais e morais dos participantes. Pode ocorrer desconforto para os participantes ao não se sentirem confortáveis em falar sobre a temática, devido a preconceitos e discriminações que envolvem o assunto. São considerados riscos também: estigmatização, devida a possíveis conflitos relacionados às divergências de pensamentos dos participantes; interferência na vida e rotina dos sujeitos; riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais. Se alguma possibilidade de dano ao participante for percebida em decorrência dos procedimentos utilizados, será discutido com os participantes as providências

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

cabíveis. Serão minimizados os desconfortos, garantindo local reservado e total liberdade para não responder questões que considerem constrangedoras. A equipe estará devidamente treinada para identificar sinais verbais e não verbais de desconforto. Serão assegurados a confidencialidade e privacidade, e serão assegurados a proteção da imagem e não estigmatização dos participantes. O respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos serão respeitados. Para minimizar possíveis desconfortos, serão utilizados códigos na identificação dos participantes ou em trechos de falas utilizados na redação da dissertação. A realização das oficinas e a posterior transcrição serão de responsabilidade da proponente da pesquisa. A pesquisa tem potencial para trazer benefícios para a comunidade acadêmica, para os serviços de saúde e para os usuários do SUS, reconhecendo assim, a centralidade do debate sobre a equidade racial e a possibilidade de mudança no processo ensino-aprendizagem como se conhece atualmente. Aos participantes, não caberá nenhum recurso financeiro e outros benefícios diretos que não sejam a sensação de bem-estar pela contribuição com o estudo".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva apresentado pela estudante de pós-graduação Dyana Helena de Souza, sob orientação da Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha.

O estudo prevê etapa quantitativa com análise documental de PPCs dos cursos, e etapa qualitativa com a realização de 2 oficinas com a participação de 32 professores, membros dos NDEs dos cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde. Orçamento detalhado no valor total de R\$ 450,00, com financiamento próprio.

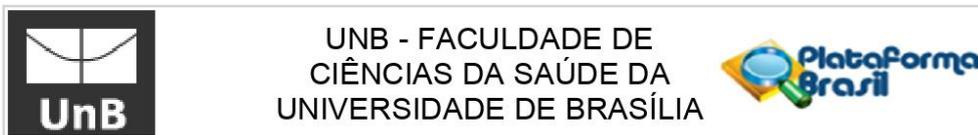
A previsão de início da fase qualitativa no cronograma de execução de atividades na Plataforma Brasil é 10/05/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1285196.pdf", postado em 23/05/2019.
2. Carta de resposta a pendências emitidas no Parecer No. 3.339.872 - "cartaresposta3DYANAHELENA.pdf", postada em 22/05/2019.
3. Projeto Detalhado - versão não editável, "projetyanapdfMAIO.pdf", e versão editável, "projetyanadocMAIO.docx", postados em 22/05/2019.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas no Parecer Consubstanciado No. 3.220.885, 3.285.792 e 3.339.872:

1- Solicita-se apresentar o documento "cronograma.docx" com informações mais detalhadas de início e final de cada etapa (mês e ano). O arquivo anexado apresenta as etapas por semestre. Uniformizar essas informações de acordo com aquelas incluídas no cronograma de execução da pesquisa do Projeto da Plataforma Brasil, documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1285196.pdf".

RESPOSTA: A partir da pendência identificada após a análise dos documentos, segue o Cronograma de Execução das Atividades detalhado por mês até o final da pesquisa de mestrado. A alteração encontra-se no arquivo anexado "cronogramaDYANAatualizado".

Destaco que no cronograma de Execução da Plataforma Brasil, ao tentar atualizar algumas informações para padronizar com o documento anexado que será analisado, alguns itens foram equivocadamente apagados. Sendo assim, as datas do atual cronograma na plataforma iniciam-se a partir de 27 de Março de 2019, tendo em vista que o mesmo não permite colocar data anterior ao dia de atualização dos dados.

ANÁLISE: o cronograma foi devidamente modificado. PENDÊNCIA ATENDIDA

2- Solicita-se retirar o vínculo da instituição coparticipante com o CEP-FM na Plataforma Brasil, visto não caber a apreciação de um protocolo de pesquisa por dois CEPs em uma mesma instituição, a Universidade de Brasília.

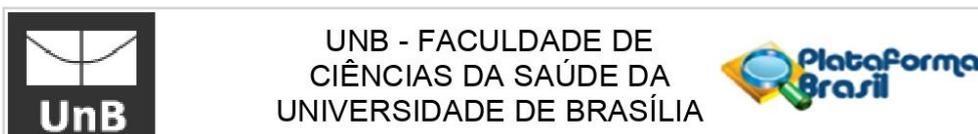
RESPOSTA: "De acordo com o solicitado, foi retirado da Plataforma Brasil o vínculo da instituição coparticipante com o CEP-FM, tendo em vista que não cabe "a apreciação de um protocolo de pesquisa por dois CEPs em uma mesma instituição". A alteração foi feita na Plataforma Brasil na Parte 5 (Outras Informações) excluindo-se a Instituição Coparticipante".

ANÁLISE: O HUB não deve ser retirado como instituição coparticipante. Somente o vínculo com o CEP-FM deve ser retirado. Solicita-se inserir novamente o HUB como instituição coparticipante, mas sem o vínculo com o CEP-FM.

PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA

RESPOSTA: "De acordo com o solicitado no segundo parecer, foi retirado da Plataforma Brasil o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

vínculo da instituição coparticipante com o CEP-FM, tendo em vista que não cabe “a apreciação de um protocolo de pesquisa por dois CEPs em uma mesma instituição”. A alteração foi feita na Plataforma Brasil na Parte 5 (Outras Informações) excluindo-se a Instituição Coparticipante. Destaco que em nenhuma etapa da pesquisa o Hospital Universitário (HUB) foi mencionado como instituição coparticipante. Como pode ser observado na Plataforma na parte 4 (Detalhamento do Estudo) e no arquivo que contém o projeto na íntegra, fica nítido que a pesquisa será realizada com os professores que compõem os Núcleos Docentes Estruturantes dos cursos de Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina. A Faculdade de Ciências da Saúde (na qual fazem parte os cursos de Saúde Coletiva e Enfermagem) foi indicada como instituição proponente tendo em vista que a pesquisadora responsável faz parte do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A Faculdade de Medicina havia sido indicada como Instituição Coparticipante pois o NDE do curso medicina fará parte das oficinas realizadas, porém, foi feita a alteração para tirá-la como coparticipante conforme indicação do parecer”.

ANÁLISE: Justificativa acatada. PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1285196.pdf	23/05/2019 16:50:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodyanadocMAIO.docx	22/05/2019 12:12:24	Dyana Helena de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodyanapdfMAIO.pdf	22/05/2019 12:11:46	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	cartaresposta3DYANAHELENA.pdf	22/05/2019 12:11:08	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	cartaresposta2DYANAHELENA.pdf	27/04/2019	Dyana Helena de Souza	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

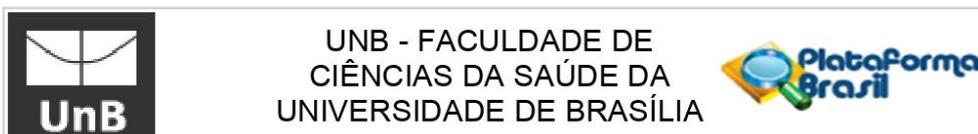
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

Outros	cartaresposta2DYANAHELENA.pdf	11:05:47	Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodyanapdfABR.pdf	27/04/2019 11:04:51	Dyana Helena de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodyanadocABR.docx	27/04/2019 11:04:14	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	cartarespostadyanaPDF.pdf	27/03/2019 08:40:56	Dyana Helena de Souza	Aceito
Cronograma	cronogramaDYANAatualizado.docx	27/03/2019 08:39:57	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	lattesdaisrocha.pdf	07/02/2019 13:21:49	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	lattesdyanahelena.pdf	07/02/2019 13:21:21	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termoconcorcoparticp.docx	07/02/2019 13:16:53	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termoutilisomdevoz.docx	07/02/2019 13:15:47	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termoconcordancia.docx	07/02/2019 13:14:26	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.docx	07/02/2019 13:13:07	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termorespons.docx	07/02/2019 13:12:28	Dyana Helena de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/02/2019 13:09:07	Dyana Helena de Souza	Aceito
Orçamento	planilhaorcamentaria.docx	06/02/2019 21:08:57	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termrespons.pdf	06/02/2019 21:02:54	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termocoparticpntePDF.pdf	06/02/2019 20:40:38	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	termoconcordanciaFSPDF.pdf	06/02/2019 20:39:25	Dyana Helena de Souza	Aceito
Outros	cartaencaminhamentoPDF.pdf	06/02/2019 20:37:43	Dyana Helena de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoPDF.pdf	06/02/2019 20:35:08	Dyana Helena de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

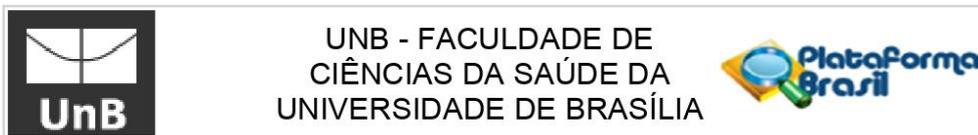
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.387.638

Não

BRASILIA, 12 de Junho de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com