



Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília
Campus Brasília
Especialização em Gestão Pública – Governança e Políticas Públicas

Contribuições da pedagogia engajada de bell hooks para o enfrentamento ao racismo na saúde

Mariana Mota da Silva^{1*}
Augusta Rodrigues de Oliveira Zana^{2**}
Nancy da Luz Davidis^{3***}

RESUMO

Este estudo qualitativo utiliza a Análise do Discurso (AD), sob uma perspectiva crítica e materialista, para investigar práticas antirracistas em saúde no Brasil. Parte-se do entendimento de que políticas sociais, como a de saúde, são atravessadas por disputas em que classe, raça e gênero importam, sendo o racismo estrutural um fator central nas desigualdades que afetam a população negra. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reconhece essas desigualdades e propõe estratégias de enfrentamento fundamentadas a partir dos princípios do SUS, da participação social e da educação popular em saúde. Este trabalho propõe que a pedagogia engajada de bell hooks — ao compreender o racismo como um fenômeno social, histórico e passível de transformação — oferece subsídios para práticas antirracistas no campo da saúde. Sua proposta de criação de comunidades de aprendizagem, baseadas na escuta, no diálogo e na expressão de todos os sujeitos, converge com os objetivos da PNSIPN para a construção de cuidados em saúde mais equânimes, humanizados e integrais. A análise aponta que enfrentar o racismo na saúde requer uma postura crítica, consciente e baseada em uma construção coletiva do conhecimento, que integre o científico e os saberes populares, rompendo com hierarquias e fortalecendo a autonomia e corresponsabilização no cuidado. Trata-se, assim, de uma leitura crítica da política pública de saúde em sua dimensão antirracista, articulada a práticas de cuidado em saúde baseadas em uma pedagogia engajada como caminho para a promoção da justiça social e do cuidado integral à população negra.

Palavras-chave: pedagogia engajada 1; antirracismo 2; saúde 3.

Data de aprovação: 16/06/2025

^{1*} Programa de Pós-graduação em Gestão Pública no Instituto Federal de Ciência, Tecnologia e Educação de Brasília — Campus Asa Norte. Bacharela em Serviço Social pela Universidade de Brasília. E-mail: marimota.1993@gmail.com.

^{2**} Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Brasília (IFB). Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie pela Université de Paris, UFR IHSS.

^{3***} Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Brasília (IFB). Mestre em Economia pela Universidade de Brasília (UnB).

1 INTRODUÇÃO

O interesse da pesquisa aqui desenvolvida se dá a partir da trajetória profissional e acadêmica desta pesquisadora, que é profissional do serviço social e atua na gestão da saúde pública no Distrito Federal. Espaço sócio-ocupacional que tem como marco político, a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde, enquanto sistema que organiza a política de saúde no Brasil.

Esse texto é apresentado como requisito para a certificação da pós-graduação em Gestão Pública do Instituto Federal de Brasília, e seu objeto de pesquisa se relaciona com a dificuldade em encontrar na literatura e nas discussões realizadas no programa análises sobre a gestão pública na perspectiva da equidade, particularmente sobre as questões étnico-raciais.

No âmbito da cidadania, os direitos sociais são os mais dinâmicos e os que têm se multiplicado e se especializado. Sendo o ser humano um ser social, as políticas públicas não podem estar apenas voltadas para as necessidades meramente biológicas (PEREIRA, 2006). O reconhecimento e a problematização da existência de necessidades humanas criadas e compartilhadas socialmente deu base à ideia de que tais necessidades sociais deveriam, em maiores ou menores proporções, ser satisfeitas pelo Estado, o que deu origem aos direitos de cidadania e às políticas públicas (PEREIRA, 2006).

A partir de uma análise histórica e materialista da sociedade capitalista, compreende-se que as formas de satisfação das necessidades sociais estão orientadas pelo modo de produção ao qual se subordinam. Portanto, a depender das forças envolvidas, as políticas públicas serão mais ou menos garantidoras de direitos da população em geral.

Dentre os direitos sociais, a saúde, em seu conceito ampliado – como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o final da década de 1940 – é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, acesso a serviços de saúde etc. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis e condições materiais de vida da população de um país em determinados territórios.

Desse modo, para entender a política de saúde na sociedade brasileira e suas correlações com o racismo, é fundamental considerar que vivemos em uma sociedade dividida em classes com interesses antagônicos (marcadas por raça/etnia e gênero) e que irão influenciar na agenda política que configura essa política pública.

Surge, nesse contexto, o movimento da saúde coletiva, que se mantém predominante no Brasil e na América Latina, como uma alternativa às abordagens assistencialistas voltadas para populações marginalizadas, características da saúde comunitária. Diferenciando-se da sociologia funcionalista, esse campo adota uma perspectiva crítica, compreendendo o processo saúde-doença dentro de sociedades marcadas por contradições e complexidade, influenciadas por práticas institucionais e pela atuação de sujeitos históricos (ALMEIDA-FILHO, N., 2004).

Dados evidenciam a correlação entre condições de saúde e marcadores de classe, raça/etnia e gênero (GALVÃO, A L M et al., 2021; SIMÕES, et al., 2021). Em grupos historicamente discriminados, por exemplo, as comorbidades fatores de risco para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis são mais prevalentes e incidentes, surgindo e progredindo de forma acelerada quando levado em consideração o perfil étnico-racial (ELSA-Brasil, 2023). O acesso a serviços de saúde, particularmente os especializados, ou seja, de maior complexidade tecnológica, é um desafio para essas populações, que podem enfrentar longas distâncias para os serviços de saúde, grandes filas de espera e a discriminação racial por profissionais de saúde, entre outros, dificultando a realização de consultas, exames, internações e o recebimento de tratamento adequado e oportuno (OLIVEIRA, G. M. M. DE et al., 2024).

Compreende-se, portanto, numa perspectiva crítica da saúde, que o racismo e a discriminação racial impactam negativamente a qualidade de vida e, desse modo, a saúde ao longo da vida desses grupos. Entretanto, apesar de sua manutenção enquanto eixo fundamental para a estratificação social, a raça foi negada e silenciada como categoria social relevante, sendo restrita a uma concepção meramente biológica em diversos países, inclusive no Brasil. Esse silenciamento refletiu-se em ignorância e invisibilidade, e culminaram, em xenofobia e discriminação racistas e naturalização de desigualdades (MILANEZI; SILVA, 2019).

No contexto brasileiro, na tentativa de contribuir para a transformação desse cenário, após muita mobilização social, instituíram-se as Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002, e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. Tais políticas reconhecem o racismo enquanto determinante social em saúde, que, como tal, deve ser observado pelos/as trabalhadores/as do SUS. Contudo, é necessário apontar a permanência da difícil e desigual realidade de vida e de saúde desses povos, assim como as dificuldades de implementação dessas legislações e normativas, que sofrem reflexos dos vazios formativos de diversos/as profissionais de saúde, como assistentes sociais, psicólogos/as, nutricionistas, farmacêuticos/as.

Considera-se que “[...] nenhuma política pública sobrevive sem práticas rotineiras, símbolos e afetos entre profissionais e usuários.” (MILANEZI; SILVA, 2019, p. 450). Entretanto, aponta-se que apesar de terem sido realizados inúmeros estudos correlacionando desigualdades raciais e a epidemiologia em saúde no Brasil “[...] poucos trabalhos analisaram como as burocracias do SUS reagiram às mudanças do Estado brasileiro ao implementar políticas afirmativas na saúde pública” (MILANEZI; SILVA, 2019, p. 447). O que se apresenta enquanto um lacuna importante na produção de conhecimento sobre a política de saúde no Brasil, uma vez que, ainda que não se fale sobre, o racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influenciando a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas, agravando as vulnerabilidades sociais às quais estão expostas as populações negras e indígenas. Para tanto, necessário se faz que a atuação profissional utilize de sua instrumentalidade enquanto mediação, porque “[...] ela permite que os sujeitos, face a sua intencionalidade, invistam na criação e articulação dos meios e instrumentos necessários à consecução das suas finalidades profissionais (GUERRA, 2007, p. 13).

Dito isso, justifica-se a necessidade de analisar as dimensões e elementos presentes no cuidado em saúde numa perspectiva racializada e de enfrentamento ao racismo a partir da atuação de profissionais de saúde.

Assim, tem-se como objetivo geral deste trabalho refletir se e como a pedagogia engajada de bell hooks pode subsidiar o enfrentamento ao racismo por profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, são os objetivos específicos: refletir sobre o racismo enquanto determinante social em saúde; apresentar a discussão sobre o enfrentamento ao racismo como prática de saúde à luz dos princípios do SUS; compreender se as interações linguísticas presentes na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reproduzem ou contestam posições de poder e as contradições sociais subjacentes; conhecer e analisar se as interações linguísticas presentes na pedagogia engajada de bell hooks reproduzem ou contestam posições de poder e as contradições sociais subjacentes; refletir como e se esses discursos podem ser articulados para orientar as práticas de profissionais da saúde no enfrentamento ao racismo.

Para o exercício crítico-reflexivo proposto adotaremos **metodologia** de natureza qualitativa, sendo utilizada a Análise do Discurso (AD), uma vez que ela permite que a pesquisadora compreenda as complexidades da realidade social de forma mais aprofundada,

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Foucault, um dos principais teóricos da Análise do Discurso (AD), compreendia o discurso como um conjunto de práticas que produzem significados e moldam o saber, destacando o papel das instituições na criação e perpetuação dos discursos (Foucault, 1969). Para o autor, os discursos não significam mera linguagem, mas práticas sociais conectadas ao poder e ao conhecimento. Assim, por meio do discurso, o poder e o saber se entrelaçam, e é no discurso que se estabelecem os parâmetros sobre o que é socialmente considerado "normal" ou "patológico", "saudável" ou "doente".

Consideramos a Análise do Discurso (AD) como possibilidade de captar o sentido não explícito no discurso, portanto como forma de aproximação do processo saúde-doença por meio da interpretação da linguagem, pois é no terreno da linguagem que explicamos a determinação de vários fenômenos e conceitos, sendo a palavra uma espécie de ponte lançada entre um ou mais locutores e um ou mais interlocutores. (MACEDO, L C, LAROCCA, M L, CHAVES, M M NOLASCO, MAZZA, V A, 2008, p. 649).

Justifica-se a escolha desta metodologia de pesquisa, uma vez que permite examinar como os significados e as relações sociais são produzidos através da linguagem, especialmente em contextos complexos, como o da saúde, em que as representações de doenças, tratamentos e práticas de cuidado estão em disputa. Contudo, partiremos de uma teoria crítica e materialista da linguagem, compreendendo-a como um fenômeno essencialmente social e, uma vez que essa é uma teoria crítica da linguagem, ela é articulada a um complexo social formado e constituído por uma estrutura econômica, que forma uma totalidade, composta por múltiplas determinações (relações sociais) que não podem ser analisadas isoladamente. Essa é uma abordagem que se opõe às perspectivas lógico-formalistas, na qual compreendemos a linguagem como um fenômeno integrado às relações sociais e econômicas, “[...] enquanto imersa em um contexto sócio-histórico, a linguagem evolui em estreita relação (dialética, e não mecânica) com as relações sociais” (COSTA, 2000).

Para tanto, compreende-se a linguagem a partir de cinco dimensões que se relacionam e são indissociáveis: social, laborativa, interativa, ideológica e histórica (COSTA, 2000). Nesse sentido, o discurso pode ser compreendido no seguinte pensamento:

Falando, o falante trabalha ideologicamente por um projeto social explícito ou implícito que pode ser conservador ou revolucionário. Assim agindo, ele se insere em um lugar no sistema social ou reitera uma posição que ele já ocupa. O receptor, por sua vez, não ouve o que quer, nem exatamente o que o falante quer que ele ouça. Sua recepção é, da mesma forma, condicionada. Portanto, a idéia de que a linguagem serve à sociedade como um todo indiferentemente é pura abstração. Esta tese é, ela própria, ideológica, no sentido em que procura ocultar as reais contradições existentes nos processos lingüístico-interacionais da sociedade. (COSTA, 2000, p.49-50)

Nesse sentido, a partir da **Análise do Discurso** como metodologia do estudo e da compreensão de que, embora as classes sociais compartilhem a mesma língua, os discursos variam de acordo com as posições sociais e ideológicas (Pêcheux, 1988 apud COSTA, 2000)

dos sujeitos, apresentaremos a pedagogia engajada de bell hooks⁴ e os seus principais elementos para que possamos compreender se e como o enfrentamento ao racismo, enquanto prática de saúde, pode ser orientado por essa pedagogia. O que se justifica, mais uma vez, pela compreensão de que a produção e a recepção de discursos não são neutras ou universais, como no caso de profissionais de saúde. Portanto, esse é um exercício que busca realizar aproximações aos elementos que constituem determinações sociais, ideológicas e históricas em que se produz o discurso sobre o enfrentamento ao racismo na saúde com base nas seguintes questões:

1. Se as interações linguísticas presentes na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reproduzem ou contestam posições de poder e as contradições sociais subjacentes;
2. Se as interações linguísticas presentes na pedagogia engajada em bell hooks reproduzem ou contestam posições de poder e as contradições sociais subjacentes;
3. Em que medida, e se, esses discursos podem ser articulados para orientar as práticas de profissionais da saúde no enfrentamento ao racismo.

Foram escolhidos três textos de bell hooks para o estudo da pedagogia engajada: 1. A pedagogia engajada, capítulo 1 do livro *Ensinando a Transgredir: A Educação como Prática da Liberdade*; 2. ensinamento 3: conversa sobre raça e racismo, capítulo do livro *Ensinando a comunidade: uma pedagogia da esperança* e; 3. ensinamento 3: pedagogia engajada, capítulo do livro *Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática*.

Essa escolha foi feita com o objetivo de compreender os elementos constitutivos do discurso da autora, localizando o seu posicionamento sobre determinações sociais, ideológicas e históricas que produzem e reproduzem as relações raciais nesta sociedade, uma vez que a autora compreendemos o racismo enquanto elemento estruturante das relações sociais. Para que possamos apontar as possíveis contribuições do seu pensamento para o enfrentamento ao racismo no contexto da prática profissional em saúde, e que o antirracismo deve ser práxis cotidiana, cujo objetivo seja a transformação da realidade e, portanto, da sociedade e suas desigualdades.

As etapas do estudo consistiram: coleta do material; identificação dos temas; exame das relações de poder; interpretação; e, por fim, escrito do artigo contendo a revisão de literatura, os resultados alcançados, as discussões e as considerações finais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Formação social brasileira: imbricações de raça, classe e gênero

O Brasil é um país historicamente colonizado, o que fundamentou sua formação socioeconômica e sua condição de país periférico no capitalismo⁵. Seu processo de colonização foi sustentado pelo genocídio de povos indígenas e pela massiva escravização de povos provenientes principalmente do continente africano. As pessoas escravizadas trazidas

⁴ bell hooks é o pseudônimo adotado pela escritora, ativista e feminista estadunidense Glória Jean Watkins em homenagem a sua bisavó materna. A escrita de seu nome em letras minúsculas é escolha da própria autora e tem o objetivo de enfatizar suas ideias, não sua identidade pessoal.

⁵ “Nos países de economia dependente, portanto, mais um fator se vem acrescentar aos já típicos de uma economia de mercado. Eis por que se impõe uma análise das condições de existência da mulher na sociedade brasileira do presente e do passado, numa tentativa de fornecer subsídios à plena compreensão dos papéis femininos tal como são desempenhados nas sociedades capitalistas e, simultaneamente, evidenciar as características próprias da constituição da sociedade de classes no Brasil, cuja economia sempre esteve na dependência das deliberações do centro de dominância do conjunto de países integrado pelas democracias ocidentais.” (Saffioti, 1976, p. 137-138).

da África, assim como os povos indígenas, fundamentam substancialmente a identidade étnico-racial da população brasileira.

Conforme os dados do Censo 2022 (IBGE), a população negra representa 55,5% dos brasileiros, sendo 45,3% pardos e 10,2% pretos; já os brancos correspondem a 43,5% e os indígenas, a 0,8%. Mulheres negras são o maior grupo populacional do país, totalizando mais de 57 milhões de pessoas, das quais quase 47 milhões são pardas e aproximadamente 10 milhões, pretas.

Contudo, apesar de presente no senso comum, esta não é uma convivência harmoniosa e livre de conflitos, mas marcada por contradições e disputas. Carneiro (2001) apresenta como parte dessas contradições presentes no discurso sobre a miscigenação étnico-racial do povo brasileiro, e que forja a identidade nacional, os múltiplos e históricos processos de violência que a forjaram, como a violência sexual contra mulheres negras e indígenas escravizadas, por exemplo.

A autora argumenta que essa narrativa, sustentada pelo mito da democracia racial, mascara as profundas desigualdades que estruturam a sociedade brasileira e impactam diretamente o acesso aos direitos e à cidadania. Gonzalez (2020, p. 234) concorda com essa análise, apontando que cidadania e identidade “são questões profundamente interligadas”. Segundo a autora,

[...] no Brasil da República vamos perceber que a cidadania que nos foi dada é uma cidadania formal, de papel; [...]. Em termos de uma cidadania social, de uma cidadania civil e de uma cidadania política, temos um longo caminho a percorrer. Nós, os chamados cidadãos negros. (GONZALEZ, 2020, p. 235).

Segundo um dossiê publicado pelo IPEA (FRANÇA et al., 2013), entre 1995 e 2009, as mulheres negras continuavam ingressando mais cedo no mercado de trabalho, apresentando as maiores taxas de desocupação e ocupando, proporcionalmente, os postos mais precarizados, especialmente no trabalho doméstico. Enquanto apenas 1,4% das mulheres negras eram empregadoras, esse percentual era de 3,5% entre homens negros, 3,8% entre mulheres brancas e 7,9% entre homens brancos.⁶ No campo da saúde, essa ausência na garantia de direitos à população negra é denunciada por Werneck (2016), que aponta o protagonismo das mulheres negras na formulação de políticas de saúde para essa população. O que, segundo ela, se deve, em parte, à presença significativa de mulheres negras nas ocupações da saúde e ao seu conhecimento cultural e histórico acumulado sobre as práticas de cuidado.

As desigualdades observadas na lacuna do Estado na garantia de uma cidadania plena à população não branca como confirmado por diversos estudos, como os dados do IBGE, por exemplo, se manifesta na precarização do trabalho, na desigualdade de renda e na exclusão dos espaços de poder, evidenciando a continuidade das hierarquias raciais e de gênero na sociedade brasileira e contribuem para o desvelamento das relações sociais brasileiras, assim como de seus elementos estruturantes. De acordo com Werneck (2016), as diferentes dimensões do racismo atuam de forma interligada, afetando indivíduos e grupos e contribuindo para a naturalização das iniquidades em saúde⁷, por exemplo.

Portanto, compreende-se que os processos históricos que formaram a sociedade brasileira a partir de relações sociais em que se imbricam raça/etnia, gênero e classe são marcados por disputas e contradições que definem o acesso a oportunidades, serviços e

⁶ As porcentagens são em relação ao total da população do país (100%), não em relação ao total de empregadores do país (assim, a soma das porcentagens de cada categoria por raça/cor dá 16,6% da população total do país).

⁷ Segundo Werneck (2016, p. 443): “Ainda que o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante reconhecer, também, a existência de codeterminantes, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos.”.

distribuição de recursos, sustentando e gerando desigualdades persistentes, e em consequência, determinam as condições de vida da população brasileira.

Nesse sentido, torna-se essencial analisar como a política de saúde passa a considerar essas relações para a produção de cuidado das diversas populações no Brasil, tema que será abordado no próximo tópico.

2.2 A política de saúde no Brasil e os determinantes sociais em saúde

A saúde integra a seguridade social brasileira, como resultado de lutas políticas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) de meados dos anos 1970 que, junto a outras organizações populares e sindicais, conseguiram garantir que a Constituição Federal de 1988 reconhecesse a política de saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado.

Como estabelecido na Constituição Federal de 1988 e reforçado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸ tem como objetivo fornecer uma atenção integral e o acesso gratuito e universal à saúde, com foco na qualidade de vida, com oferta e integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para isso, adota um modelo descentralizado, democrático e solidário de gestão e prestação de serviços, com participação da comunidade nos processos decisórios.

A perspectiva da saúde pública no Brasil, conforme delineada na Constituição Federal de 1988, não é um conceito abstrato. Ela se define no contexto histórico de uma sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento⁹. Tal compreensão é resultado de movimento político e teórico que ganhou força a partir da década de 1970 diante das mudanças no perfil de morbimortalidade, caracterizadas pela redução de doenças infecciosas, aumento de doenças crônico-degenerativas e surgimento de novas enfermidades, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Essas transformações estavam associadas a fatores como urbanização, globalização e impactos ambientais. Nesse contexto, emergiram estudos em saúde pública motivados por uma crise na ciência epidemiológica, que já não conseguia explicar plenamente essas mudanças.

Um exemplo relevante dessa mudança de perspectiva é a influência de Milton Santos. Seu pensamento geográfico contribuiu para superar a visão reducionista e positivista da epidemiologia. A concepção de espaço geográfico de Santos, ao integrar determinantes naturais e sociais, trouxe à epidemiologia uma visão mais ampla e contextualizada dos fenômenos biológicos (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A., 2009), permitindo compreender o processo saúde-doença em relação à estrutura espacial e às condições históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais.

Nessa direção de reflexão sobre os modelos de cuidado em saúde, em 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe uma definição que reconheceu os determinantes sociais da saúde como um processo complexo, envolvendo fatores estruturais e intermediários que geram desigualdades em saúde. Essa abordagem destacou a necessidade de ações voltadas para as chamadas “populações vulneráveis”¹⁰, a redução de disparidades entre

⁸ “O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM *et al*, 2011, p. 20).

⁹ Os estudos que abordam a saúde como um fenômeno social, enfatizando que ela não é um conceito abstrato e que suas definições e práticas estão condicionadas pelo contexto histórico e socioeconômico de uma sociedade, são amplamente influenciados por perspectivas teóricas interdisciplinares, incluindo a sociologia, a saúde coletiva e a antropologia. Destaca-se o pensador Milton Santos, que, embora geógrafo, sua visão crítica sobre o território e a territorialização contribui para os estudos em saúde ao destacar que os fenômenos sociais, incluindo a saúde, são profundamente influenciados pelas condições materiais e históricas do espaço onde ocorrem.

¹⁰ No âmbito da saúde, são chamadas populações vulneráveis aquelas que, diante das desigualdades determinadas socialmente, possuem necessidades distintas para a garantia do direito à saúde.

grupos e medidas amplas para toda a população. Também enfatizou a importância da utilização de dados desagregados e de decisões que desafiem o status quo, incluindo o enfrentamento de fatores estruturais como racismo e sexismo, responsáveis pela hierarquização social e pelas vulnerabilidades em saúde (Werneck, 2016).

Diante da importância para a constituição da estrutura social brasileira e para o estudo aqui proposto, destaca-se a análise sobre a relação entre o racismo e as iniquidades em saúde¹¹.

2.3 Racismo e iniquidades em saúde

O Boletim Epidemiológico nº 1 da Saúde da População Negra do Ministério da Saúde (2023) analisou dados sobre a mortalidade materna e a realização de consultas de pré-natal no Brasil. O documento mostrou que, em 2020, mulheres brancas tiveram cerca de 80,9% de acesso ao pré-natal, enquanto mulheres pretas e pardas registraram taxas de 68,7% e 66,2%, respectivamente. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) revelam que, entre 2009 e 2020, as maiores vítimas da mortalidade materna foram mulheres negras.

No caso das mulheres indígenas, um estudo publicado no *International Journal of Gynecology and Obstetrics* apontou que, entre 2015 e 2021, esse grupo enfrentou índices mais elevados de mortalidade durante a gravidez e o puerpério em comparação com mulheres não indígenas. Além disso, a taxa de mortalidade infantil indígena foi de 34,7 mortes por mil nascidos vivos em 2022, mais que o dobro da taxa da população geral, que foi de 14,2 por mil (Agência Brasil, 2022). Esses dados evidenciam uma disparidade significativa nos indicadores de saúde materno-infantil, impactados por desigualdades estruturais de classe, raça e gênero.

Estudos também têm se dedicado às mais diversas análises sobre a ocorrência de condições crônicas de saúde, suas correlações com aspectos biológicos, sociais e culturais, destacando o perfil étnico-racial da população. Segundo o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil, 2023), um grande estudo de coorte que acompanha desde 2008 a saúde de mais de 15 mil adultos e idosos em seis capitais brasileiras, a população negra é a mais acometida pela condição de multimorbidade, ou seja, a presença simultânea de várias doenças crônicas. O estudo indica que, para cada pessoa branca convivendo com seis ou mais condições crônicas, havia aproximadamente 13 pessoas pardas e 15 pessoas pretas na mesma situação.

Pesquisas realizadas com indígenas aldeados, por exemplo, indicam hábitos alimentares prejudiciais à saúde, sedentarismo, alta porcentagem de sobrepeso e hipertensão arterial nesse grupo, fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (Soares et al., 2018; Chagas et al., 2020; Francisco et al., 2024).

Um estudo publicado em outubro de 2024 na revista *The Lancet Regional Health - Americas*, conduzido pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), investigou os riscos de doença renal crônica em 1.715 adultos indígenas de Pernambuco. O estudo demonstrou que a crescente prevalência da doença renal crônica, globalmente impulsionada por mudanças no estilo de vida e pelo aumento das doenças não transmissíveis, afeta de forma desproporcional comunidades socioeconomicamente vulneráveis, como as indígenas (GOMES et al., 2024).

¹¹ Segundo a OMS (2018), “As iniquidades em saúde são diferenças sistemáticas no estado de saúde de diferentes grupos populacionais. Essas desigualdades têm custos sociais e econômicos significativos tanto para os indivíduos quanto para as sociedades. As iniquidades em saúde são diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. As iniquidades em saúde são injustas e poderiam ser reduzidas com a combinação certa de políticas governamentais”.

Os dados da Estatística Cardiovascular reforçam a desigualdade da população negra em diversos indicadores de risco para as doenças renais, são eles, maior incidência de hipertensão, maior probabilidade de multimorbidade, mais hospitalizações por hipertensão ou suas complicações, maior limitação funcional, menor probabilidade de controle da pressão arterial, maior prevalência de hipercolesterolemia familiar, menor probabilidade de controle glicêmico e maiores percentuais de sobrepeso e obesidade.

Percebe-se, assim, que a saúde das populações negras e indígenas é influenciada pelos efeitos conjugados de diversas relações sociais que determinam e organizam as desigualdades presentes na sociedade capitalista, como o pelo racismo estrutural¹², e que vem impactando significativamente os processos de saúde dessa população. Essa realidade justifica a equidade como um valor moral e ético fundamental para a justiça social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como fruto de décadas de mobilização dos movimentos negro e feminista — que denunciaram o racismo como fator determinante no adoecimento e na morte precoce de pessoas negras —, importantes avanços foram conquistados na saúde pública brasileira e que antecederam a publicação da PNSIPN. Segundo Jurema Werneck (2016), a relação entre racismo e vulnerabilidades em saúde ganhou maior visibilidade na gestão pública após a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995. Esse marco resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI) e, em 1996, na realização de uma mesa-redonda que discutiu a saúde da população negra, com destaque para temas como o quesito raça/cor e a doença falciforme.

Após isso, em 2001, o Ministério da Saúde publicou um documento importante voltado às doenças genéticas de maior relevância para a população negra: o *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente*. O documento reconhecia que:

[...] doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil. (Brasil, 2001, p. 9-10)

Destacam-se também a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2003, a realização dos I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006), a inclusão do tema nas Conferências Nacionais de Saúde, a destinação inédita de uma vaga ao movimento negro no Conselho Nacional de Saúde em 2005, e, finalmente, a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2006.

Como estratégia de Análise do Discurso da Política, destacam-se os principais temas presentes na versão atualmente vigente da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

Quadro 1 - Temas elencados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

TEMAS
Equidade; Racismo Institucional;

¹² “As evidências disponíveis indicam que as desigualdades de saúde refletem as desigualdades mais abrangentes na sociedade. Raça, posição socioeconômica e gênero influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas a depender da pergunta que se deseja responder.”. (CHOR, D., 2013, p. 1274).

Determinantes Sociais da Saúde;
Participação Social;
Integralidade;
Universalidade.

Fonte: elaborado pela autoras.

2.4 Aproximações entre pedagogia engajada de bell hooks e o antirracismo como prática profissional de saúde

Ao longo de sua trajetória, bell hooks publicou três obras centrais que compõem a chamada trilogia da pedagogia: “Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade” (publicado originalmente em 1994 e traduzido para o português em 2013), “Ensinando a comunidade: uma pedagogia da esperança” (2003; edição brasileira de 2021) e “Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática” (2020). Na primeira obra, hooks apresenta, no capítulo inaugural, os fundamentos da pedagogia engajada, que articula a educação como prática de liberdade e transformação. No segundo livro, ainda que não haja um capítulo específico sobre o tema, a pedagogia engajada permeia toda a obra, sendo especialmente relevante o capítulo “Ensino 3: conversa sobre raça e racismo”, por dialogar diretamente com os desafios enfrentados pelos/as profissionais de saúde no combate ao racismo institucional. Já no terceiro volume da trilogia, a autora retoma de forma mais direta a pedagogia engajada, no capítulo homônimo, reafirmando a importância da construção de comunidades de aprendizagem baseadas na confiança, no compromisso mútuo e na partilha de saberes.

bell hooks (2017) apresenta a pedagogia engajada como um processo educativo progressivo e holístico que integra mente, corpo e espírito, promovendo a autoatualização de educadores/as e estudantes. Nesse contexto, constrói uma perspectiva pedagógica cuja prática tem por finalidade a transformação social. Em seus escritos, hooks adota uma postura crítica diante dos discursos sociais que instrumentalizam a diversidade para justificar desigualdades e hierarquias. Assim, sua concepção de pedagogia engajada aproxima-se da proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), ao reconhecer o racismo como um fenômeno histórico, cultural e social que estrutura desigualdades e impacta diretamente as condições de vida da população negra. A pedagogia proposta por hooks visa à transformação social e, portanto, possui potencial para enfrentar essas estruturas, desde que sua aplicação ocorra de maneira crítica e fundamentada em elementos essenciais de consciência e ação.

A partir de suas reflexões, compreendemos que para transformar as relações sociais exige-se a construção de uma consciência crítica sobre o sistema de supremacia branca em que vivemos, e que para isso é imprescindível **reconhecer que a raça importa para as condições de vida e de saúde das pessoas**. A autora defende que a superação das desigualdades raciais exige a construção de uma consciência crítica acerca do sistema de supremacia branca. Nesse sentido, resgatamos Werneck (2016, p. 539) quando ela argumenta que a implementação insuficiente da PNSIPN decorre, em parte, de uma “profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias”.

Segundo Milanezi e Silva (2019, p. 445), a implementação de políticas públicas não se reduz à execução de normas, mas resulta de ações difusas influenciadas por diversos/as agentes. As autoras argumentam que, embora o Estado estabeleça diretrizes por meio de suas materialidades e crenças, ele se concretiza nas práticas cotidianas de seus/suas agentes. Assim, esses/essas profissionais, ao interagirem com os/as usuários/as, incorporam e reproduzem as políticas públicas a partir de suas decisões e das dinâmicas sociais que permeiam seu trabalho.

Batista e Barros (2017) destacam que tanto os/as profissionais quanto a população em geral demonstram desconhecimento sobre os impactos do racismo no acesso aos serviços e na qualidade da atenção prestada. Milanezi e Silva (2019) reforçam que o silenciamento ocorre de forma material — ao ignorar os efeitos do racismo nas condições de saúde — e simbólica — ao perpetuar estereótipos racistas. Essa omissão contribui para a manutenção das desigualdades, como apontam estudos sobre a distribuição dos cuidados em saúde, que privilegiam, por exemplo, pessoas brancas com maior renda (Barber et al., 2017; Bortz et al., 2015 apud MILANEZI; SILVA, 2019, p. 455). Tal silenciamento sobre as determinações raciais gera, ainda, impactos como o reforço de estereótipos, a invisibilidade da branquitude e o bloqueio de discussões significativas (Vittrup, 2018; Acosta & Ackerman-Barger, 2017; Sue, 2013 apud MILANEZI; SILVA, 2019, p. 455), e a descontinuidade da PNSIPN, nesse contexto, intensifica desigualdades nos indicadores de mortalidade e morbidade por raça/cor (BATISTA; BARROS, 2017).

Para a construção de uma consciência crítica sobre o racismo enquanto determinante social em saúde, é necessário um resgate histórico sobre os processos que estruturam a organização social brasileira. Tal reconhecimento exige romper com a lógica naturalizada da hierarquia racial, questionando tanto o mito da democracia racial quanto a ideia universalizante da branquitude, o que, conforme denunciado por Sueli Carneiro (2001), perpassa pelo desmascaramento dos processos violentos que forjam a identidade nacional brasileira.

Aqui, a transversalidade¹³ é evocada como um princípio estruturante das práticas de saúde, conforme preconizado pela PNSIPN. Ela exige a integração de iniciativas dos vários níveis de atenção à saúde sob o prisma do ciclo de vida, gênero, orientação sexual, condição de saúde, entre outros marcadores sociais, e a valorização dos saberes populares, como os das religiões de matriz africana, em um movimento de ressignificação da identidade negra na saúde para a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação.

A visibilização das desigualdades étnico-raciais no acesso aos cuidados em saúde exige o fortalecimento da formação profissional, capacitando trabalhadores/as para atuar de forma técnica, crítica e propositiva diante das estruturas de exclusão, discriminação e opressão. Como alertam Milanezi e Silva (2019, p. 450), sem a institucionalização cotidiana de práticas equitativas, as políticas públicas tendem a não se consolidar, permanecendo restritas a iniciativas isoladas. Além do mais, aponta para a necessidade de investigação aprofundada do recorte racial/étnico por meio, por exemplo, da coleta adequada do quesito raça-cor, processo que precisa ser qualificado e fortalecido, particularmente junto aos agentes comunitários de saúde que são os principais responsáveis pelo cadastro da população usuária do SUS.

Reconhece-se, contudo, que o campo das políticas sociais é também um campo de disputas. Assim, a implementação da PNSIPN pode tanto reproduzir a ordem dominante quanto favorecer a emancipação dos sujeitos, dependendo das práticas profissionais e das disputas em torno do reconhecimento do racismo como um determinante da saúde. Milanezi e Silva (2019) ressaltam que a efetivação de políticas públicas não se restringe à aplicação

¹³ Significa que “Esta Política abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se, portanto, de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. Segundo a Política Nacional de Humanização “ Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.” (Brasil, 2013, p. 7)

normativa, mas envolve múltiplos agentes que, a partir de suas práticas cotidianas, conferem sentido e direção às diretrizes do Estado.

Nesse sentido, a pedagogia de bell hooks propõe uma abordagem educativa que articula o individual e o coletivo, concebendo o espaço da aprendizagem como lócus de produção, reprodução e transformação das relações sociais. Assim, propomos que as práticas antirracistas no campo da saúde sejam fundamentadas em comunidades de aprendizagem diversas, nas quais o aprendizado se construa por meio da escuta, do diálogo e da valorização da experiência de todos os sujeitos envolvidos, tal como aponta hooks em sua construção metodológica.

Em “Ensinando pensamento crítico”, hooks (2020) destaca a importância da interação entre educadores/as e aprendizes para criar um ambiente de aprendizagem significativo, que transcenda os limites do conhecimento acadêmico e promova uma educação em saúde mais humanizada e cooperativa. Tal proposta converge com os princípios da educação popular em saúde defendidos pela PNSIPN, e se mostra potente para práticas de cuidado antirracistas.

Entretanto, hooks diz que é necessário atentar para as contradições entre uma prática genuinamente libertadora e outra que simula o diálogo sem permitir o questionamento da realidade concreta. Associada à pedagogia crítica, de base materialista e histórica, que pressupõe que a formação do sujeito ocorra em processo dialético com o social, exigindo que a aprendizagem esteja ancorada nas condições concretas da existência e não apenas em dimensões subjetivas do autoconhecimento apontamos mais um elemento de contradição a ser observado na atuação dos/as profissionais de saúde, uma vez que ela não é meramente técnica, mas também política.

Essa perspectiva exige a retomada dos princípios da participação popular e do controle social, como previstos na PNSIPN, fortalecendo espaços de organização coletiva para a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde que dialoguem com as necessidades da população negra. Atenta-se para a questão de que a adoção de práticas participativas e antirracistas requer intencionalidade. Se orientadas por modelos hierárquicos e tradicionais, essas práticas correm o risco de serem esvaziadas de sentido, tornando-se apenas dispositivos formais sem real impacto na produção de cuidado.

Há também o compromisso da PNSIPN com o desenvolvimento de processos educativos e comunicacionais em saúde que desconstruam estigmas e fortaleçam uma identidade positiva, combatendo vulnerabilidades sociais às quais estão submetidas a população negra usuária do SUS. Nesse sentido, para que o racismo possa ser enfrentado na saúde é fundamental compreender outro elemento apontado por bell hooks: **há uma reprodução automática de comportamentos racistas, mesmo por aqueles/as que se opõem ao racismo em teoria, e que esses comportamentos reforçam a opressão estrutural.** Além do mais, suas decisões diárias (dos/das profissionais de saúde), ao representarem o Estado, desempenham um papel central na efetivação ou na limitação do acesso à saúde. Para enfrentar o racismo na saúde, é preciso reconhecer, como alerta bell hooks, que atitudes racistas podem ser reproduzidas mesmo por aqueles/as que se consideram antirracistas, o que demanda vigilância constante sobre as próprias práticas e relações.

Profissionais de saúde devem refletir criticamente sobre como internalizaram preconceitos desde a infância e como esses se manifestam nas interações cotidianas. Isso implica assumir uma postura de vulnerabilidade, partilhar experiências e construir, com os/as usuários/as, um ambiente de aprendizado mútuo, no qual o conhecimento se traduza em potência de transformação social.

Para hooks (2021), a prática antirracista deve ultrapassar o discurso e materializar-se na ação, na forma como nos relacionamos com a diversidade e utilizamos a linguagem. Assim, o cuidado em saúde deve partir das necessidades reais dos/as usuários/as, respeitando

seus projetos de vida, ainda que estes divirjam das concepções hegemônicas dos/as profissionais de saúde.

Outro elemento central na proposta de bell hooks é a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Essa autonomia implica no fortalecimento da capacidade crítica, da tomada de decisão informada e da construção de vínculos horizontais que respeitem o corpo, os saberes e os desejos dos sujeitos. Tal postura é, ao mesmo tempo, ética e política: rompe com a lógica sujeito-objeto, reconhecendo usuários/as e trabalhadores/as como interlocutores/as legítimos/as. Busca-se, assim, a construção de práticas de cuidado mais horizontais, humanizadas, equânimes e potencialmente transformadoras da realidade dos sujeitos historicamente marginalizados.

Como destaca a PNSIPN, fomentar a produção de conhecimento sobre racismo e saúde é uma estratégia fundamental para transformar a cultura institucional e reduzir iniquidades históricas. Milanezi e Silva (2019) alertam que o racismo "color-blind" se manifesta na recusa da raça como categoria analítica, mascarando a desigualdade sob a aparência de neutralidade. Portanto, também é urgente uma revisão crítica dos processos de trabalho em saúde, desmistificando a suposta neutralidade da ciência e reconhecendo que parte da produção científica sobre a saúde tem como base a mentalidade colonial destituiu de humanidade os sujeitos que não se enquadram no padrão branco, cis-heteronormativo e burguês.

Importantes e necessárias são as contribuições sobre as relações entre a determinadas prevalências do ponto de vista de morbidade e/ou da mortalidade, diante das singularidades genéticas e biopsíquicas da população negra, o que já vem sendo afirmado por intelectuais negras, como Sueli Carneiro (2023) e o próprio Ministério da Saúde, no "Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente", do Ministério da Saúde (2001, p. 9).

Segundo Fátima Oliveira (2004, p. 59-60):

No caso da população negra, há vários estudos que corroboram que o recorte racial/étnico na saúde é um componente essencial para a compreensão do que chamamos predisposição biológica, a qual, como tenho afirmado em vários escritos, significa a maior ou a menor capacidade de um ser vivo responder às complexas interações solicitadas pelo meio ambiente físico, e, no caso de humanos, também pelo meio ambiente cultural em que vive. A predisposição biológica resulta e refere-se a um longo processo evolutivo da humanidade, é o binômio indissociável: constituição hereditária + meio ambiente. O que quer dizer que o caráter social e histórico das doenças é amplamente demonstrado através da história de vida das pessoas, e esta está intimamente vinculada ao sexo (ao privilégio ou desprivilégio de gênero); à raça/etnia (à vivência ou não do racismo).

A produção e apropriação do saber sobre saúde sob a perspectiva étnico-racial constituem dimensões centrais para a qualificação da atenção à saúde da população negra. Para isso, é necessário evitar uma abordagem reducionista que isole os fatores étnico-raciais de seus determinantes sociais mais amplos. O/A profissional de saúde, comprometido com uma atuação ética e qualificada, deve estar atento às evidências que associam aspectos biológicos a contextos étnico-raciais, empregando esse conhecimento para um diagnóstico, manejo clínico eficaz e um cuidado integral e humanizado. Conforme orientações do Ministério da Saúde (2001), compete também ao Estado e à sociedade civil intervir sobre os determinantes estruturais que contribuem para os agravos, promovendo a saúde dessa população de forma equitativa.

Para tanto, a **produção de conhecimento em saúde deve estar conectada à vida concreta, às experiências e às lutas dos sujeitos**. Deve-se evitar que o saber técnico se sobreponha ao saber popular, criando barreiras entre o conhecimento científico e a

experiência cotidiana. Essa é a síntese da proposta de hooks: aliar consciência crítica à prática transformadora.

Os saberes produzidos no cuidado em saúde, a partir de uma perspectiva antirracista, devem ser fruto de um processo coletivo e participativo, no qual se rompe com a ideia de que os/as profissionais sabem, isoladamente, o que é melhor para os/as usuários/as. Contudo, alerta-se para os desafios postos ao processo, já que muitas vezes não há respostas prontas na literatura técnico-científica hegemônica para as complexidades da vida real e sob uma perspectiva racialmente crítica.

Para as práticas aqui propostas, exige-se compromisso ético e político cotidiano com a justiça social. Este deve ser um cuidado que cuja base é a coletividade, a autonomia e o diálogo, no qual impescinde o reconhecimento, o respeito e a valorização de todos/as os/as sujeitos, particularmente, as pessoas negras como protagonistas de sua própria saúde.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das aproximações entre a pedagogia engajada de bell hooks e o antirracismo como prática profissional em saúde, evidenciou-se que o enfrentamento ao racismo no campo da saúde pública exige mais do que a implementação normativa de políticas: demanda uma práxis transformadora, crítica e comprometida com a justiça social. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), ao reconhecer o racismo como determinante social das condições de vida e saúde, oferece um marco político que converge com os princípios ético-pedagógicos de bell hooks, especialmente no que se refere ao reconhecimento da existência de fatores sociais, econômicos e políticos que estruturam a sociedade em que vivemos e se refletem em desigualdades na vida dos diversos sujeitos.

Entretanto, “A ação do Estado em torno das desigualdades raciais, por meio da institucionalização da focalização, ressalta sua dimensão unitária – mas ele não é um agente coerente ou homogêneo” (MILANEZI; SILVA, 2019, p. 444), uma vez que a política de saúde é um campo de disputas no qual se manifestam interesses contraditórios. Desse modo, as práticas profissionais e a cultura institucional refletem as dinâmicas da sociedade em que vivemos, caracterizada por estruturas burguesas, cis-hetero-patriarcais, capacitistas e racistas, entre outras formas de opressão. Nesse sentido, “A literatura sobre o Estado enfatiza cada vez mais a heterogeneidade, as incongruências, os conflitos e as diferenças de poder entre suas “burocracias” (MILANEZI; SILVA, 2019, p. 444).

Para tanto, a atuação dos/as profissionais de saúde é parte fundamental na garantia de uma abordagem antirracista e equitativa, tornando imprescindível a reflexão sobre suas práticas e responsabilidades na redução das iniquidades em saúde, uma vez que “Se as leis revelam produções políticas advindas da relação entre os movimentos sociais e o Estado, as reações e reflexões dos profissionais que atuam por ele devem ser consideradas, também, como produtoras da política” (MILANEZI; SILVA, 2019, p. 456).

A pedagogia engajada propõe uma transformação nas relações de poder a partir do reconhecimento da experiência vivida como fonte legítima de saber. Isso se alinha à necessidade de práticas de cuidado que valorizem a autonomia dos sujeitos, rompam com a lógica da hierarquia racial e desnaturalizem desigualdades historicamente construídas. A construção de comunidades de aprendizagem no campo da saúde, baseadas na escuta ativa, na corresponsabilização e no compartilhamento horizontal de experiências, pode potencializar a formação e a intervenção de profissionais mais sensíveis às questões étnico-raciais, contribuindo para a produção de cuidado mais humanizado, integral e equânime.

Nesse sentido, a produção do cuidado em saúde deve ser compreendida como processo político, relacional e situado historicamente e territorialmente, reconhecendo e enfrentando as

desigualdades raciais estruturais. A superação do racismo institucional requer não apenas formação técnica, mas também engajamento ético e político dos/as profissionais de saúde, que devem refletir criticamente sobre suas práticas, seus saberes e os efeitos simbólicos e materiais de suas decisões cotidianas nas condições de saúde da população e da comunidade usuária dos serviços.

Entretanto, o compromisso com o antirracismo no âmbito da saúde não pode se restringir a um único ponto de atenção ou nível de cuidado na rede de saúde, devendo, ao contrário, estar transversalizado em todas as ações e serviços, desde a promoção e proteção até a recuperação da saúde. Para que o enfrentamento ao racismo seja efetivado, é fundamental que a gestão da política de saúde assuma como prioridade a educação permanente e continuada dos profissionais, garantindo formação crítica e sensível às desigualdades raciais e ao enfrentamento do racismo institucional.

Nesse sentido, destacam-se as fundamentais contribuições de Lélia Gonzalez, Fátima Oliveira, Jurema Werneck, Sueli Carneiro, entre tantas outras, que vem desvelando e denunciando as relações estruturais racistas que sustentam a cidadania brasileira e perpetuam as desigualdades de vida e, portanto, de saúde da população negra. Tais autoras devem ser incorporadas aos cursos de graduação, pós-graduação e formação permanentes dos/das agentes que atuam nas políticas públicas, seja no atendimento direto aos usuários, seja na gestão dessas políticas.

Por fim, conclui-se que a pedagogia engajada oferece subsídios importantes para a construção de uma prática antirracista no campo da saúde, ao propor uma abordagem pedagógica comprometida com a transformação das estruturas opressoras e cujos elementos podem apontar caminhos para isso. A articulação entre os princípios do SUS, a PNSIPN e a pedagogia engajada de bell hooks mostra-se com grande potencial para a consolidação de políticas públicas efetivas e equitativas, que reconheçam a diversidade como potência, promovam a participação popular e assegurem o direito à saúde da população negra como caminho para a transformação social e o cuidado integral à população negra.

REFERÊNCIAS

- Agência Brasil, 2022. Mortalidade de crianças indígenas é mais que o dobro das não indígenas. Reportagem. Acesso em 22 abril 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2024-04/mortalidade-de-criancas-indigenas-e-mais-que-o-dobro-das-nao-indigenas>
- Almeida-Filho, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):865-884, 2004. Acesso em: 22 fev 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>
- Batista, Luis Eduardo.; Barros, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-5, 2017. Acesso em: 25 jan 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>
- Brasil. Congresso Nacional. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: CN; 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

Brasil. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 80 p.

Borghi, Carolina. M. S. de O.; Oliveira, Rosely. M. de .; Sevalho, Gil.. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869–897, set. 2018. Acesso em 23 jan 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>

Carneiro, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

Carneiro, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: A construção do outro como não ser como fundamento do ser/ Sueli Carneiro. 1ª edição - Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

Chor, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1.272-1.275, jul. 2013. Acesso em: 25 jan 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700002>

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS; 2010.

Costa, Nelson Barros da. Contribuições do marxismo para uma teoria crítica da linguagem. **D.E.L.T.A.**, Vol. 16, N. 1, 2000 (27-54). Acesso em: 23 jan 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/delta/a/4FT5T4zmf4wrFBbrnjbLzDd/?format=pdf&lang=pt>

ELSA Brasil. **Boletim do Dia da Consciência Negra**. Acesso em: 23 jan 2025. Disponível em: <http://elsabrasil.org/boletim-do-dia-daconsciencianegra/#:~:text=No%20ELSA%2DBrasil%2C%206%25,p%C3%BAblicos%20ou%20na%20escola%2Ffaculdade>.

Faria, Rivaldo Mauro de; Bortolozzi, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA'E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR. Acesso em: 22 abril 2025. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf.

França, Damires; Marques de Macedo, Jussara. (2022). Desigualdade social e racial na política de ação afirmativa no ensino superior brasileiro: a questão indígena. **RTPS - Revista Trabalho, Política e Sociedade**, 7(12), e–641. Acesso em: 22 abril 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.29404/rtps-v7i12.641>

Fleury, Sonia; Teixeira, Paulo. **Políticas públicas e desigualdades sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Foucault, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

Galvão, Anna Larice Meneses et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2021. Acesso em: 8 fev 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>.

Gomes, Orlando Vieira et al. Prevalence and associated factors of chronic kidney disease among Truká Indigenous adults in Cabrobó, Brazil: a population-based study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 38, p. 100882, 2024. Acesso em: 22 abril 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00209-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00209-6/fulltext)

Gonzalez, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Org. Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

Guerra, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Belo Horizonte: CRESS-MG, 2007.

hooks, bell. **Ensinando a Transgredir**: A Educação como Prática da Liberdade./ bell hooks; tradução de Marcelo Brandão Cipolla. - 2. ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

hooks, bell. Educando Mulheres: uma agenda feminista. **Teoria Feminista**: da Margem ao Centro. Trad. de Patriota, Rainer. . São Paulo: Perspectiva, 2019,p. 163-174.

hooks, bell. **Ensinando pensamento crítico**: sabedoria prática / bell hooks; trad. Bhuvi Libanio. São Paulo: Elefante, 2020. 288 p.

hooks, bell. **Ensinando a Comunidade**: uma pedagogia da esperança. / bell hooks; tradução Kenia Cardoso. São Paulo: Elefante, 2021. 296 p.

Macedo, Laura. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, v.12, n.26, p.649-57, jul./set. 2008. Acesso em 22 abril 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>

Milanezi, Jaciane; Silva, Graziella Moraes, 2019, p. 450. Silêncio – reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. **Implementando desigualdades**: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas / Roberto Rocha C. Pires. Organizador. - Rio de Janeiro : Ipea, 2019, p. 441-461.

Minayo, Maria Cecília de S. M ; Sanches, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, volume 9, número 3, páginas 239–262, 1993. Acesso em 22 abr 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>

Oliveira, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estud av** [Internet]. 2004 Jan;18(50): 57–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142004000100006>. Acesso em: 26 jun. 2025

Oliveira, Gláucia. M. M. de et al.. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 2, p. e20240079, 2024. Acesso em 23 jan 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/jzFMcdN5y3w6CtjVgdJdSdR/?lang=pt>

Paim, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Acesso em: 22 abril 2025. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

Pereira, Potyara. A. Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero. **Sociedade Em Debate**, 12(1), 67-86, 2006. Disponível em <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/437/391> Acesso em 24 maio 2025.

Saffioti, Heleieth. **A Mulher na Sociedade de Classes**. Mito e Realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

Simões, Taynãna César et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 09 [Acessado 8 Fevereiro 2025] , pp. 3991-4006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>.

Quintino, Thiago Dias et al. As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades. **Rev APS**. 2012 jul/set; 15(3): 345-355.

Werneck, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Acesso em: 26 jan 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt>