

Clistenis Clênio Cavalcante dos Santos

Racismo Institucional: do ensino superior aos serviços de saúde

LISBOA

2020



Instituto Superior de Gestão, Departamento de Mestrados, Pós-Graduações e
Formação de Executivos

Racismo Institucional: do ensino superior aos serviços de saúde

Clistenis Clênio Cavalcante dos Santos

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Gestão,
Departamento de Mestrados, Pós-Graduações e Formação de
Executivos para obtenção do Grau de Mestre em Gestão do
Potencial Humano.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Magella Teixeira.
Coorientador: Prof. Dr. Miguel Varela.

LISBOA

2020

ÍNDICE

1	Introdução.....	12
1.1	As origens da pesquisa.....	12
1.2	Contextualização do objeto.....	14
2	Referencial teórico.....	19
2.1	Racismo: do passado ao presente.....	20
2.2	Racismo Institucional (RI) no ensino superior.....	25
2.3	Avanços do ensino superior na saúde e sua relação racial.....	35
2.4	Racismo Institucional (RI) nos serviços de saúde.....	46
2.5	Produção científica acerca do tema.....	57
3	Objetivos.....	66
3.1	Objetivo geral.....	66
3.2	Objetivos específicos.....	67
4	Metodologia.....	69
4.1	Fundamentação metodológica.....	69
5	Resultados e discussão.....	72
6	Considerações finais.....	81
7	Referências.....	84

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados pesquisadas (Elaboração própria).....	70
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Acervo em cada base de dados científicos (Elaboração Própria).....	72
Quadro 2 - Sinopse dos 15 estudos incluídos nesta revisão (Elaboração Própria).....	73

RESUMO

Introdução: Com a modernização dos tempos, o racismo apresenta uma nova dimensão, denominado por racismo institucional, inserindo-se nos espaços acadêmicos e nas instituições de saúde, desencadeando vulnerabilidade na oferta de serviços voltados à população negra. Logo, este trabalho buscou realizar o levantamento bibliográfico a respeito das concepções publicadas sobre o racismo institucional no ambiente acadêmico do ensino superior e seus reflexos nos serviços de saúde prestados à população negra. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa exploratório-documental com abordagem quantitativa, tendo como método científico a revisão sistemática e sendo utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS, PubMed, SciELO e Periódicos CAPES. Ainda, utilizou-se como estratégia de busca os seguintes descritores: racismo, raça, educação superior e saúde, incluindo a variação da denominação do descritor “racismo” para “racismo institucional”, de forma distinta e em conjunto; inseridos artigos científicos a partir do ano de 2002. **Resultados:** utilizaram-se setenta e oito artigos na composição deste trabalho, os quais correspondem à proposta de elucidação do racismo institucional nos espaços do ensino superior e na oferta de serviços de saúde. **Conclusão:** ainda que as políticas de ações afirmativas e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra objetivem a redução dos casos de racismo institucional e melhoria na oferta de serviços para o público étnico-racial, identifica-se a necessidade de discutir a existência do racismo institucional no ambiente acadêmico, a fim de reduzir/eliminar os atos praticados pelos profissionais e gestores de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo; Racismo Institucional; Raça; Educação Superior; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: With the modernization of the times, racism presents a new dimension, called institutional racism, inserting itself into academic spaces and health institutions, triggering vulnerability in the provision of services aimed at the black population. Therefore, this work sought to carry out, the bibliographic survey on the published conceptions about institutional racism in the academic environment of higher education and its reflections on health services, provided to the black population.

Methods: this is an exploratory-documentary research, with quantitative approach and as a scientific method the systematic review, using the following databases: LILACS, PubMed, SciELO and CAPES Journals, it was also used as a strategy of search, the descriptors: Racism, Race, Higher Education and Health, including the variation of the denomination of the descriptor "racism" to "institutional racism", distinctly and together; scientific articles from 2002.

Results: seventy-eight articles were used in the composition of this work, which correspond to the proposal to elucidate institutional racism in the spaces of higher education and in the provision of health services.

Conclusion: even if affirmative action policies and the National Policy of Integral Health the Black Population seek to the reduction of cases of institutional racism and improvement in the provision of services to ethnic-racial audiences, the need to discuss the existence of institutional racism in the academic environment is identified, to reduce/eliminate the acts practiced by health professionals and managers.

KEYWORDS: Racism; Institutional Racism; Race; Higher Education; Health.

AGRADECIMENTOS

REFLETIR PARA RETRIBUIR

Não há como olhar para trás e não lembrar que, um dia, enquanto criança/jovem, sonhei em ser profissional da saúde e ainda realizar um mestrado. Hoje, paro e penso que sonhos podem se tornar reais; sonhos acontecem, são eles que nos movem a acreditar que somos dotados de capacidades e que Deus, a família, os amigos, os professores e amigos de profissão são alicerces na construção dos caminhos e trilhas, pois sozinho não chegaria a lugar nenhum.

Meu muito obrigado, minha eterna gratidão, meu sincero respeito e agradecimentos à minha família Cavalcante e Aristides, que sempre me motivaram e constituíram minha base, base esta que levo e levarei em meu coração por toda a eternidade.

Estendo, também, minha sincera gratidão ao meu grande doutor orientador Professor Geraldo Magella Teixeira, pois o que seria de mim, deste trabalho, sem ele? Foi através deste grande homem que aprendi, além dos caminhos acadêmicos científicos, valores de vida e lições que me emocionam, pois, em meio aos momentos de reunião para a construção desta pesquisa, sempre me contava um pouco de sua história de vida, e isso me fazia aprender algo que ia além dos muros acadêmicos. Eu poderia até, humildemente, citar que poderia estar, naquele momento, aprendendo lições da disciplina chamada “o que a vida ainda tem para ensinar”. Obrigado, meu grande orientador e amigo.

Sabendo que Deus nunca nos dá um fardo que não possamos carregar, temi, diversas vezes, pelo peso que carregava, e eventualmente minha mochila pesava tanto que me impedia de continuar minha jornada. A Deus e a toda a minha religião, eu agradeço por todas as dificuldades que passei; momentos de angústia, sofrimento e medo, mas alegrias também. Tudo isso contribuiu e contribui para o meu crescimento.

A caminhada tem sido árdua e, em minha jornada até aqui, tive a felicidade de encontrar pessoas que me deram as mãos e disseram: “Não desista, conte comigo! Estou aqui para te ajudar!”. E frases e palavras como essas acalmaram meu coração,

que diversas vezes estive tão machucado e despedaçado. Então, me agarrei sabendo que precisava seguir e aqui estou, por isso também retribuo lembrando de todos estes que contribuíram com energias positivas, palavras e atitudes motivadoras durante esta jornada. À Professora Fátima Lippo e ao Professor Mário Cesar Jucá, que estenderam a mão e deram-me a oportunidade de eu estar dentro do programa, e aqui me encontro em fase de conclusão, meus sinceros agradecimentos e gratidão.

Ao grande amigo e companheiro de todas as horas que tanto admiro, o “Gera”, que sempre estive pronto para me ajudar, dando-me forças, emanando boas energias e incentivando-me a continuar tornando este percurso mais leve. Gratidão pelo tempo a mim disponibilizado. A ti, toda a felicidade por mais uma etapa de vida concluída!

Aos queridos amigos: Priscilla Vasconcelos, Juliana, Renata, Gilson, Dayane, Tarcísio, Amanda, Daniel, Moises, Wellington e Dan. Saibam que, ainda hoje, lembro-me de cada palavra de força e superação que me fizeram erguer e seguir a caminhada.

Finalizo agradecendo aos amigos do programa de Mestrado, ao Professor Doutor Miguel Varela, funcionários e colaboradores. Com vocês, aprendi que, com gentileza, educação, atenção e humildade todos os momentos tornam-se mais leves.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNS: Conselho Nacional de Saúde
COL: Colaboradores
DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENADE: Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
FNB: Frente Negra Brasileira
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES: Instituição Superior de Ensino
LDB: Lei de Diretrizes e Bases para a Educação
ONU: Organização das Nações Unidas
PCRI: Programa de Combate ao Racismo Institucional
PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPC: Projeto Pedagógico de Curso
PVNC: Pré-Vestibular para Negros e Carentes
RI: Racismo Institucional
SEPIR: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência
SGEP-MS: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Ministério da Saúde
SIM: Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAES: Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINASC: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SUS: Sistema Único de Saúde
UENF: Universidade Estadual do Norte Fluminense
UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA: Universidade Federal da Bahia
UFMA: Universidade Federal do Maranhão
UFPR: Universidade Federal do Paraná
UnB: Universidade de Brasília
UneB: Universidade do Estado da Bahia
UNESP: Universidade Estadual Paulista
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

USP: Universidade de São Paulo

UFU: Universidade Federal de Uberlândia

www: World Wide Web.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. AS ORIGENS DA PESQUISA

Almejando entrar no grupo de Mestrado, aproximei-me mais da academia científica, e esta aproximação levou ao despertar sobre o que a ciência estava pesquisando na atualidade em saúde, ensino e gestão. Uma enxurrada de temáticas, áreas e projetos foi tomando conta de meus pensamentos, porém, até então, nada havia me despertado tanta paixão, e só ao deparar-me com o tópico destinado à saúde da população negra foi que as coisas começaram a tomar forma.

Ingressei-me numa disciplina direcionada a um programa de Mestrado cujo um dos seminários destinava-se à abordagem da população negra sob o aspecto da saúde, ensino e tecnologia. O que me permitiu adquirir os primeiros conhecimentos, aprendizados e ideias acerca do tema. E só estava começando.

Marcando presença em debates e conversas entre profissionais da saúde voltados à saúde da população negra, o interesse em compreender esse setor especializado que necessita de profissionais qualificados para a oferta de serviços de saúde fez-me perceber que, enquanto fisioterapeuta e docente, era a minha vocação exercer tal atividade. Logo, devia mergulhar na literatura do meio a fim de adquirir mais conhecimento.

Minha sede por conhecimento foi se tornando cada vez mais insaciável, fazendo-me ler cada vez mais sobre a temática, com o objetivo de refletir, aprender e compreender, para que, assim, pudesse encontrar um caminho de contribuição relevante à saúde da população negra. Também, somando à academia com dados científicos, a fim de difundir, através de minha pesquisa, meus conhecimentos entre o meio acadêmico, bem como os profissionais e a comunidade, objetivando desmitificar a afirmação de que o racismo é algo do passado e que ele não está presente na saúde.

Durante minha passagem por esta temática, percebi o quanto se tem a discutir no âmbito das graduações em Saúde a fim de preparar/ensinar os acadêmicos sobre as comorbidades que afetam a saúde desta população, a qual compõe um grande grupo étnico-racial em nosso país. Com base no conhecimento adquirido, busco quebrar estigmas raciais e até mesmo reduzir as disparidades existentes no racismo institucional.

A ciência despertada pela temática, destinada à saúde, gestão e ensino superior, amplia o espaço para maiores discussões científicas, desejando produzir dados para a comunidade acadêmica e sociedade. Ao desenvolver esta dissertação, eu quis reunir informações referentes à literatura do meio e produzir um artigo centralizado com o intuito de expor o que se tem descoberto e debatido até o presente momento.

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

O racismo possui precedentes fundamentados no período da Guerra Fria, baseados no reflexo emitido pelos países vencedores da Segunda Guerra Mundial, os quais reproduziram práticas racistas através do holocausto e regime antidemocrático (Araújo, 2019). Logicamente, tal ato remonta épocas muito mais longínquas, levando-nos aos tempos de evidência financeira e marítima da Europa, quando o homem da raça branca, durante o século XVI, passou a ocupar os espaços da América, que até então eram dominados pelos índios, inserindo a estes no formato de trabalho considerado escravo (Kalckmann, 2007).

Os colonizadores, visando à ampliação das terras e da mão de obra, promoveram o tráfico da população africana, retirando os filhos negros de sua terra natal, a África, levando-os a atravessar mares para, enfim, forçosamente, trabalharem no sistema produtivo da América; predispondo, assim, o homem negro a trabalhos degradantes e humilhantes na condição de escravo. A justificativa para a escravidão partia do princípio de que o povo negro apresentava, culturalmente, uma inferioridade racial em detrimento de sua cor e fenótipos (Assis, 2018; Kalckmann, 2007).

Esse evento foi diversamente forte no Brasil Colônia, a ponto de Eurico (2018) descrever que, durante o século XVI, havia, no Brasil, predomínio do racismo baseado no processo de escravidão, em que a população negra estava submetida aos rigores da supremacia branca a ponto de a ausência de opinião, direitos e deveres tornar a população negra meros corpos para a realização de trabalhos em agricultura, retirada de minérios, entre outros.

Pensando em anular práticas de escravidão, o Brasil promulgou, no dia 13 de maio de 1888, a Lei Áurea, porém não foi o bastante para eliminar as práticas discriminatórias que consideram o homem negro inferior e, por isso, excluído (Kalckmann, 2007). Corroborando com a questão, Araújo (2019) afirma que a abolição da escravidão não foi capaz de promover diferenças significativas na vida do homem negro e que, apesar da promulgada lei, este continua ainda submetido a trabalhos braçais e à desvalorização.

As cicatrizes deixadas pelo racismo tornam-se evidentes por meio de inúmeros casos de violência urbana, enfermidades que evoluem para o óbito e a violência obstétrica, incluindo situações de assassinato (Eurico, 2018). Há, portanto, uma demarcação dos ambientes sociais por causa dos traços físicos visíveis no homem negro (Assis, 2018).

A população negra, ao longo dos anos, passou por inúmeras restrições, incluindo o acesso à educação superior, pois esta era espaço restrito para os “dotados de habilidades e competências intelectuais”, política que deliberada e equivocadamente excluía o homem negro. Em função disso, a população negra teve de lutar para garantir maiores espaços e conquistas (Silva & Euclides, 2018).

No tocante à saúde, notam-se dissemelhanças na tratamento dispensado ao público negro quando comparado ao branco; tal dissemelhança é identificada nas decisões das gestões em saúde ao não considerar a existência dessa disparidade, caracterizando-se, assim, a presença do racismo institucional, lapidado em práticas de exclusão, fazendo-se presente nas instituições públicas e privadas de modo a firmar a existência de hierarquia racial, tornando vulnerável o grupo populacional exposto ao racismo perante ações e políticas institucionais (Werneck, 2016).

O termo “Racismo Institucional” (RI) foi utilizado pela primeira vez em 1960, nos Estados Unidos da América, objetivando inserir as políticas afirmativas para a população negra. A partir daí, expandiu-se para diversos países. Em 1980, observamos sua inserção na Inglaterra, fundamentado em certas políticas públicas, e, por fim, nos anos 1990, deu início no Brasil, com políticas de equidade racial. O racismo ainda presente no século XXI, exposto por meio de gestos e atitudes desumanas, praticados no interior das instituições, é ainda mais agressivo e fortalece o RI (Eurico, 2013).

Presente em todos os cantos do país, ainda que muitas vezes de maneira sutil, o racismo marca o homem negro durante todas as etapas de sua vida, desde as esferas educacionais até os níveis socioeconômicos, revelando, assim, a existência das iniquidades em saúde. As diferenças na abordagem ao racismo e RI nos fazem compreender que o primeiro está condicionado à abordagem direta entre as pessoas, baseado na discriminação e comportamentos preconceituosos; e que o segundo

destina-se ao tratamento desigual perante a estrutura e organização na oferta de serviços ao público, seja com baixa qualidade ou indisponibilidade, com abordagens divergentes e até mesmo diminuição/restrição na aproximação das informações e serviços (Werneck, 2016).

O conceito foi cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras [...] 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” (Werneck, 2016).

Esta complexa e conflituosa temática suscitada por Assis (2018) nos permite constatar a existência de diversas falhas nas áreas da formação em saúde, inserindo na sociedade profissionais com capacidade deficitária em ofertar os serviços de saúde aos usuários. Logo, é necessário direcionar o olhar na busca por resolutividade para os conflitos gerados.

Substanciando o preconceito racial e a discriminação por questões étnicas, opera-se nas dessemelhanças, seja individual ou coletivas, ao pensar e realizar comportamentos baseados no quesito raça (Eurico, 2013). O comportamento demonstrado por meio de atitudes de discriminação racial por parte dos profissionais de saúde evidenciam sua falta de contato com a temática durante a graduação, posto que não compreendem quais as doenças e comorbidades são comuns a esta população (Kalckmann, 2007).

As práticas retrógradas presentes na rotina do profissional da área da saúde delimitam as fronteiras pautadas em estereótipos, e isso sugere a necessidade de se questionar e refletir acerca da formação desse profissional; tal necessidade objetiva o combate ao RI, seja nas universidades privadas ou públicas, despertando o interesse e compromisso profissional com a população negra (Eurico, 2013).

As disparidades existentes na oferta de serviços de saúde e nas desigualdades sociais para a população negra são identificadas em diversos estudos nacionais e internacionais (Kalckmann, 2007). Logo, torna-se necessário estabelecer medidas que proporcionem a redução de tais disparidades, facilitando o acesso aos serviços de saúde por parte do grupo étnico-racial, a fim de se superarem as limitações produzidas ao longo dos anos (Werneck, 2016).

Como diferentes estudos apontam, há forte correlação no Brasil entre raça, racismo, discriminação racial (incluindo suas interseccionalidades) e renda, cabendo aos grupos racialmente discriminados ocupar patamares inferiores e estando sujeitos a ofertas de ações de saúde pública ou privada precárias (Werneck, 2016).

Diante do exposto, justifica-se a feitura deste trabalho, que intenta discutir a questão do Racismo Institucional (RI) nos espaços do ensino superior, na saúde e nos serviços ofertados em saúde para o público étnico-racial negro. Visto que a presente temática se encontra em amplos debates na comunidade científica, seja a nacional ou a internacional, fazendo-nos refletir sobre essa nova roupagem do racismo presente no século XXI, ainda que de modo sutil, expresso em atitudes, gestos, pensamentos e comportamentos a nível acadêmico ou profissional.

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do referencial teórico ocorreu com base no levantamento da produção científica do objeto pesquisado, estruturando-o nos tópicos descritos abaixo:

- Racismo: do passado ao presente;
- Racismo Institucional (RI) no ensino superior;
- Avanços do ensino superior na saúde e sua relação racial;
- Racismo Institucional (RI) nos serviços de saúde; e
- Produção científica acerca do tema.

2.1. RACISMO: DO PASSADO AO PRESENTE

No Brasil, a presença da população negra iniciou-se no período colonial, tornando os negros vítimas de um modelo perverso e escravista (Jesus & Monteiro, 2016). Durante este período, Henriques (2017) relata que o direito à educação era exclusivo aos indivíduos de etnia branca, deixando à margem da sociedade os habitantes mestiços e os escravos. Somente após a abolição da escravidão, durante o período republicano, é que os cidadãos negros passaram a ter acesso aos serviços de saúde e educação, porém com grandes restrições.

Como uma das estratégias para eliminar a população negra, surgiu a teoria do “branqueamento” populacional. Após o término da escravidão, buscou-se desenvolver no Brasil o predomínio de habitantes brancos em detrimento dos negros, que eram vistos sob a ótica de fenótipos negativos, através de políticas centralizadoras, em meio à imigração em larga escala dos europeus (Brandão & Marins, 2007).

Com o início da fase de libertação dos escravos, iniciou-se uma nova era na história deste povo, com os negros passando a sobreviver e trabalhar, porém relegados às divisas da sociedade. A liberdade negra não foi aceita pela elite branca, que passou a articular diversas estratégias (sem sucesso) para aniquilar este público, o qual se apresentava em expansão — dentre os subterfúgios da pseudo superioridade branca, destacamos o aprisionamento e a internação de cidadãos negros em asilos psiquiátricos (Lages, Silva, Diego, Damas, & Jesus, 2017).

No ano de 1889, Domingues (2007) descreve que, no Brasil, que vivia a fase de proclamação da República, a população negra era destinada ao estado de marginalização perante a sociedade. Destacando que, ao longo deste período, a prioridade na oferta de emprego era dada aos imigrantes europeus.

No decorrer dos anos, a população negra apresenta-se marcada por uma negatividade política, social e econômica, predispondo falta de oportunidade e espaço para crescimento social, estigmatizada pela exposição sob a ótica de submissão e derrotas. O preconceito enfatizado nos fatores étnico-raciais demonstra-se principalmente através da linguagem disseminada entre os homens, em meio à

locução de palavras desdenhosas, que promovem a desvalorização da imagem do homem negro (Martins & Geraldo, 2013).

O idealismo da existência da superioridade racial, do homem pertencente à pele branca, reflete na desvalorização da cultura africana e negatividade da imagem do homem negro em detrimento dos estereótipos surgidos (Castelar, Lemos, Khouri, & Andrade, 2015). Sabendo que após o fim da escravidão as desigualdades existentes entre brancos e negros tiveram continuidade, importante é destacar que não havia legislação, conceitos ou pensamentos sobre raça (Brandão & Marins, 2007).

Ao refletir sobre o termo “raça”, diversos pesquisadores afirmam que se torna impossível promover delimitações à população humana baseado em diferenças biológicas. Porém, como esta palavra transcende séculos e séculos, objetivando segregar a população em hierarquias pertencentes a determinadas classes sociais e semelhanças físicas, continua sendo difundida até os dias atuais (Nunes, 2014).

[...] o conceito de raça como uma construção social, que se opera por meio da racialização e hierarquização de grupos e pessoas, com base no reconhecimento de variações fenotípicas e históricas [...] (Santos, Coelho, & Araújo, 2013).

Ao comparar os primeiros passos do racismo no Brasil com África do Sul e Estados Unidos, identifica-se que estes países obtiveram caminhos legalizados, com sistema classificatório da população, buscando não deixar indícios de hesitação perante os grupos raciais. Estes ideais foram abolidos inicialmente em 1960, nos Estados Unidos, e depois nos demais países (Brandão & Marins, 2007).

No caso norte-americano, a regra era que uma gota de sangue negro definia um indivíduo como negro independente de seus traços físicos (Brandão & Marins, 2007).

Objetivando a produção de medidas que promovessem melhorias aos grupos étnico-raciais, foram implantadas em 1960, nos Estados Unidos, ações afirmativas baseadas em leis antissegregacionistas, servindo como modelo para outras partes do mundo. No Brasil, as ações afirmativas tiveram início na década de 80, baseadas nas pressões ao governo, através de organizações negras (Marques & Santos, 2015).

Diversas dificuldades se fizeram presentes para a população afro-brasileira que buscava espaços no mercado de trabalho, ocorrendo o surgimento do Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial, no ano de 1978, com objetivos centrados na descrição da cor como fator de preconceito. A discriminação racial então se amplia, trazendo prejuízos ao desenvolvimento desta comunidade, indo além do preconceito mascarado pela “democracia racial”, baseado nas condições inferiores de educação e remuneração (Guimarães, 2003).

Segundo Gonçalves (2017), o racismo é descrito como um conjunto de ideias, ações e práticas sociais, predispondo a inferiorização racial, independente dos meios comparativos; estando interligado à descrição da raça, devido à cor da pele, crenças e estereótipos associados aos atributos físicos dos indivíduos, por causa de diferenças nas descrições anatômicas. Identifica-se a presença da pigmentação (melanina) envolvida na distinção dos sujeitos, promovendo uma imensa dimensão social eurocêntrica, perfazendo caminhos preconceituosos.

As ações discriminatórias refletem em atitudes de restrição do indivíduo e até mesmo exclusão social. Estão associadas ao aspecto visual, herdado ao indivíduo através de sua fisionomia detentora de lábios mais volumosos, cabelos cacheados e coloração de sua pele, comparando-os às pessoas branca e suas características europeias (Batista, 2016).

O senso comum nacional tende a utilizar a expressão ‘cor’ e não a expressão ‘raça’ para qualificar diferenças fenotípicas entre os indivíduos. [...] Cor, portanto, não se refere à origem, mas sim à marca fenotípica que o indivíduo carrega (Brandão & Marins, 2007).

O termo “raça” busca promover uma autoclassificação da sociedade brasileira, servindo como sistema de classificação pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde o censo de 1940 (Osório, 2009). A cor da pele passa a definir o modelo de classificação racial criado pelo IBGE, fundamentado nas declarações mais descritas pela população. Assim, possui as seguintes classificações: branco, pardo, amarelo, preto e indígena (Ministério da Saúde, 2017).

O racismo no Brasil é visto por Farias, Sousa, Lima, Santos e Ferreira (2017) como um problema social decorrente do fato de a etnia racial deparar-se passivamente com atitudes complexas e preconceituosas devido a fatores histórico-culturais. Ainda que se observem as transformações dos costumes e ações sociais, o preconceito brota em atitudes sutis de desvalorização do grupo social promovendo julgamentos negativos quanto à sua raça. As atitudes racistas, presentes na sociedade, constata-se através de abordagens renovadas constantemente na sociedade (Gomes, Damasceno, Nery, Filho, & Vilela, 2017).

A existência do termo “etnia” destina-se ao público que partilha de fatores histórico-culturais destinados a fenótipos, ancestralidade, valores e território. A identidade racial branca propõe-se ao imaginário de privilégios herdados pelas histórias do país (Santos et al., 2013).

O preconceito é descrito por Farias et al. (2017) como sendo atitudes de desvalorização a um grupo social baseado em seu pertencimento racial, crenças negativas e até mesmo o gênero ao qual determinado indivíduo possa pertencer, demonstrando-lhe em atos e ações negativas. O comportamento preconceituoso encontra-se em constante transformação, havendo registros seus desde os primeiros estudos realizados após a Segunda Guerra Mundial, residindo no racismo e no preconceito e alimentando-se das expressões verbalizadas.

O racismo passa a ser descrito na Constituição Federal de 1988 como crime inafiançável; na ocasião, a Carta Magna brasileira torna a abominar práticas de terrorismo aliadas ao racismo. Tal fato busca repudiar o termo “raça” como critério de segregação, buscando promover o bem e a igualdade sem preconceitos e

discriminações, estando todos esses objetivos descritos nos artigos III, IV e V da referida Constituição (Maggie & Fry, 2004; Guimarães, 2003).

Devido à discriminação racial, foram criadas políticas de ações afirmativas, inicialmente nos Estados Unidos, servindo de referência para o Brasil, o qual propôs ações adequadas para a proteção à população negra, aliadas ao direito à educação, por meio da Secretaria de Direitos Humanos (Marques & Santos, 2015). Através do Grupo de Trabalho Interministerial, iniciaram-se em 1990, no mundo, as políticas públicas voltadas à valorização étnica, porém, a consolidação só ocorreu em meados de 2011, através da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada na África do Sul (Tavares, Oliveira, & Lages 2013; Maggie & Fry, 2004; Lages, et al., 2017).

Ações afirmativas são definidas por oferecerem a partilha para os grupos populacionais vítimas de exclusão no passado e no presente. Além das políticas de ações afirmativas, observa-se a existência de “políticas antidiscriminatórias” surgidas no Brasil através do processo de redemocratização, as quais se destacam por apresentarem ações em busca de melhorias e prevenções, bem como a distinção aos grupos populacionais inferiorizados, através de ações punitivas (Daflon, Feres, & Campos, 2013).

Políticas antidiscriminatórias puramente punitivas só se preocupam em coibir comportamentos e práticas que promovam discriminação, sem, contudo, cuidar da elevação das condições de vida de grupos e indivíduos discriminados (Daflon et al., 2013).

A soma das políticas de ações afirmativas e antidiscriminatórias levam o país a enfrentar os casos de racismo sob diferentes visões e formas de resolutividade.

Estaríamos retrocedendo a todas as conquistas ao afirmar que nos dias atuais o racismo se encontra fora das nossas realidades e que as políticas de igualdade resultam de pensamentos equivocados. Do mesmo modo, entendemos que a sociedade estaria promovendo atitudes discriminatórias ao afirmar que estas políticas não buscam promover igualdade entre os civis (Santos & Santos, 2013).

2.2. RACISMO INSTITUCIONAL (RI) NO ENSINO SUPERIOR

Durante o século XX, constatam-se as dificuldades e restrições existentes para a inserção de grupos étnico-raciais no processo educacional, observando as proibições através das legislações educacionais ao longo dos anos. As barreiras impostas sempre foram motivos de superação, identificados através de associações e irmandades que ofertavam o ensino a esta comunidade, sendo as despesas pagas por algumas pessoas pertencentes à elite branca e familiares negros (Barros, 2016).

As limitações educacionais impostas à população negra serviram como tema para a produção de jornais descritos por negros, denominados de imprensa negra, abordando, também, as diversas temáticas problematizadoras pela sociedade que os grupos étnico-raciais enfrentavam. Estima-se que somente em São Paulo foram observadas 31 imprensas de jornais no ano de 1930 (Domingues, 2007).

[...] a batalha contra o “preconceito de cor”, como se dizia na época. Surgiram jornais dessa mesma natureza em outros estados, como a Raça (1935), em Uberlândia/MG, o União (1918), em Curitiba/PR, O Exemplo (1892), em Porto Alegre/RS, e o Alvorada, em Pelotas/RS. Este último – publicado com pequenas interrupções de 1907 a 1965 – foi o periódico da imprensa negra de maior longevidade no país (Domingues, 2007).

A associação negra que mais se destacou no Brasil teve origem em São Paulo no ano de 1931. Nomeada de “Frente Negra Brasileira” (FNB), possuía mais de 20 mil associados distribuídos pelo país e com filiais nos diversos estados brasileiros (Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul). A FNB desenvolvia atividades que proporcionavam conhecimento educacional, lazer e serviços de saúde à população negra. No ano de 1937, assim como todas as

organizações étnico-racial, acabou sendo extinta, devido à opressão do Estado (Domingues, 2007; Batista, 2016).

O processo de desenvolvimento da população brasileira é fortemente marcado pela presença da educação ofertada, sobretudo, à classe média e alta em detrimento da população negra que, historicamente, encontrava-se distante do processo educacional; tal distanciamento é devido à imposição de restrições legais e culturais associadas aos costumes de uma sociedade majoritariamente branca (Barros, 2016).

Buscando reivindicar por espaços nas esferas educacionais e culturais, nasceu o “Movimento Negro” no ano de 1889 e perdurou até 2000, destinado a enfrentar os problemas sociais marcados pela discriminação e preconceito racial. Dotado de princípios, objetivos, liderança e doutrina, os grupos de movimentos sociais visavam a uma mudança positiva para os problemas enfrentados, por pertencerem aos grupos étnico-raciais (Domingues, 2007).

Na busca por espaços no cenário educacional, os trabalhadores de etnia negra reivindicavam por igualdade ao acesso à educação superior no Brasil. Acabaram deparando-se com a resistência do poder público em promover pré-vestibulares comunitários para os trabalhadores negros (Henriques, 2017).

O acesso restrito aos negros nas universidades públicas destaca-se como ponto de partida para a nova luta realizada pelos jovens em 1960, alegando a exploração e opressão a que esta comunidade encontra-se exposta mesmo após a escravidão. A discriminação racial no quesito educacional, no ano de 1970, dada a dificuldade do acesso ao ensino superior nas universidades públicas do Brasil, e atrelada ao processo de preparação nas escolas (o qual privilegiava as famílias que tinham maior poder aquisitivo), fez a juventude estudantil denunciar esse formato que lhe implicava prejuízos, restando-lhe apenas a educação através do ensino superior privado, que, na época, tinha um olhar de desvalor (Guimarães, 2003).

Com o olhar voltado à inserção da comunidade negra no ensino superior, ressalta-se o trabalho voluntário no desenvolvimento de cursinhos preparatórios para o vestibular, ofertados exclusivamente a esta comunidade em diversas cidades do país, a citar como exemplo Rio de Janeiro e São Paulo. Com cerca de 800 locais

distribuídos no Brasil, as aulas, eram realizadas em espaços cedidos por centros comunitários e religiosos (Guimarães, 2003).

Almejando a democracia na educação superior, Henriques (2017) descreve que em 1990 os movimentos negros, passaram a realizar no Rio de Janeiro e Bahia um ensino preparativo aos jovens e adultos negros para ingressar nas universidades públicas brasileiras, assim como na carreira militar, incluindo temáticas pertinentes à raça, educação e prática laboral. O primeiro exame ofertado aos negros, descrito como “Pré-Vestibular para Negros e Carentes” (PVNC), no município de São João de Meriti – RJ, foi liderado por militantes negros e religiosos da Pastoral Negra, contando com insuficientes recursos financeiros, somados à colaboração de docentes voluntários.

As políticas voltadas à população negra tiveram continuidade no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, que, no ano de 1996, descreveu um capítulo destinado a esta população, inserindo-o no Programa Nacional de Direitos Humanos. Citamos, ainda, atos voltados à inserção do termo “cor” nos documentos oficiais e ações afirmativas para estimular a inserção da comunidade negra nas universidades e cursos profissionalizantes (Maggie & Fry, 2004).

A III Conferência Mundial das Nações Unidas de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, que teve lugar em Durban, na África do Sul, em 2001 [...] a delegação oficial brasileira encaminhou uma proposta que rompeu com esta tradição, propondo “ações afirmativas” em favor da “população afro-descendente”, entre elas o reconhecimento oficial da legitimidade de reparações para com a escravidão e cotas para negros nas universidades públicas (Maggie & Fry, 2004).

A primeira alteração no sistema do processo seletivo nas universidades brasileiras voltada à inserção de cotas raciais consta na Lei federal nº 3.524/00, a qual

vigorou a partir do ano de 2003, com 90% de vagas destinadas a estudantes vindos da rede pública de ensino e às cotas raciais. Surgiram algumas críticas à lei supracitada e, com o objetivo de saná-las, foram criadas, no estado do Rio de Janeiro, as Leis estaduais nº 4.151, de 2003, e nº 5.074, de 2007 (Daflon et al., 2013; Velloso, 2009).

[...] alteraram a proporção e distribuição das vagas reservadas, instituindo 20% para alunos oriundos da escola pública, 20% para “candidatos negros” [...]. Inicialmente a UERJ e a UENF não exigiam que os candidatos que concorriam pelas cotas para “negros” comprovassem baixa renda, e isso suscitou críticas em torno da possibilidade de o sistema beneficiar uma “classe média negra” (Daflon et al., 2013).

No dia 9 de novembro de 2001, foi aprovada, também no Rio de Janeiro, a Lei estadual nº 3.708, descrevendo a seleção de cotas para o acesso à Universidade Estadual do Norte de Fluminense e do Rio de Janeiro, com no máximo de 40% das vagas destinadas aos pardos e pretos (Maggie & Fry, 2004; Guimarães, 2003). Posto que obteve repercussão positiva, serviu como base para a resolução n. 196/2002, da Universidade do Estado da Bahia (UneB), no dia 20 de julho de 2002, reservando 40% de suas vagas destinadas à população negra (Guimarães, 2003; Daflon et al., 2013).

Referente ao ano de 2001, a partir de informações de Guimarães (2003), temos um vislumbre do número de jovens que se declararam como “negros (pardos ou pretos)” e “brancos” inseridos nas universidades brasileiras, representados por instituições de ensino: em São Paulo – USP (8,3% de “negros” e 78,2% de “brancos”, com 27,4% de negros no estado); no Paraná – UFPR (8,6 % de “negros” e 86,5% de “brancos”, com 20,27% de negros no estado); no Rio de Janeiro – UFRJ (20,3% de “negros” e 76,8% de “brancos”, com 44,63% de negros no estado); em Brasília – UnB (32,3% de “negros” e 63,7% de “brancos”, com 47,98% de negros no Distrito Federal); na Bahia – UFBA (42,6% de “negros” e 50,8% de “brancos”, com 74,95% de negros

no estado); e no Maranhão – UFMA (42,8% de “negros” e 47% de “brancos”, com 73,36% de negros no estado).

Diniz, Batista, Kalckmann, Schlitz, Queiroz e Carvalho (2016) relataram que o IBGE identificou um expressivo crescimento positivo do número de jovens negros com idades variando de 18 a 24 anos inseridos no ensino superior, ao comparar o ano de 2001 (com cerca de 10,2%) ao ano de 2011 (com 35,8%).

Atendendo à reivindicação do movimento negro, foi criada a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência (Sepir), pela Medida Provisória nº 111, de 21 de março de 2003, convertida na Lei nº 10.678. Além disso, a discussão sobre as iniquidades sofridas pela população negra tem ocupado a grande mídia, com a adoção das cotas nas universidades e nos concursos públicos (Diniz et al., 2016).

O sistema de ampliação das reservas de vagas para o público de etnia negra, indígenas e egressos provindos de escola pública teve continuidade no ano de 2004, ao ser implantado na Universidade Nacional de Brasília (UnB) e, assim, disseminou-se pelas universidades brasileiras. Servindo, inclusive, como base para o surgimento de um projeto de lei distrital datado de novembro de 2008 que reserva 50% das vagas aos indivíduos negros e indígenas e oriundos de escolas públicas, em detrimento dos esforços da Câmara dos Deputados (Velloso, 2009).

Com o olhar voltado às políticas de ação afirmativa para as universidades brasileiras, foi aprovada, em 29 de agosto de 2012, a Lei de nº 12.711, cujo objetivo é distribuir homoganeamente e gerar reservas de vagas para alunos negros provindos de escolas públicas, incluindo os indígenas, em todo o território nacional. Tais políticas, desde 2002, obtiveram, em segundo lugar, a contemplação do alunado negro, distribuído nos programas de seleção ao ensino superior das 40 universidades espalhadas pelo Brasil, e em primeiro, estando as políticas direcionadas aos alunos

provindos de escolas públicas em 60 das 70 universidades brasileiras (Daflon et al., 2013; Silva, 2017).

[...] No Nordeste, ainda que o maior foco das políticas seja o aluno de escola pública, há uma preocupação em beneficiar estudantes nativos dos estados em que as universidades se localizam, bem como candidatos pretos e pardos, indígenas e quilombolas. Trata-se da região que pratica a ação afirmativa para o mais diverso repertório de beneficiários (Daflon et al., 2013).

Baseado nas políticas de ações afirmativas, identifica-se a existência de um grande número de discentes pertencentes a grupos étnico-raciais com oportunidades para adquirir uma formação profissional no âmbito do ensino superior, em paralelo às pesquisas e extensões acadêmicas. As políticas sociais buscam reduzir o ciclo de desvantagem produzido ao longo dos anos entre os indivíduos brancos e negros (Silva, 2017).

A partir das políticas de cotas, o fenótipo africano traz, ao indivíduo negro, vantagens inerentes ao processo seletivo para acesso ao ensino superior; por outro lado, amplia os processos discriminatórios (Brandão & Marins, 2007); sendo assim, as “políticas de ação afirmativa” apresentam-se como um desafio de ruptura das fronteiras culturais de desvalorização da população negra, herdadas pela matriz francesa, buscando construir o Brasil com o olhar de igualdade (Maggie & Fry, 2004).

As discussões sobre as ações afirmativas no interior das universidades, mediante o sistema de cotas direcionadas aos modelos sociais (indivíduos provindos de escolas públicas e de baixa renda), indígenas ou raciais provocam longos debates, direcionados a refletir sobre a ausência das cotas raciais, evidenciando que a sociedade brasileira não está apta a promover oportunidades na oferta de bens e serviços à população étnica e promovendo um retrocesso no cenário de igualdade.

Torna-se, pois, perceptível a necessidade da combinação de cotas sociais e raciais para o alcance da equidade (Osorio, 2009).

Com base nas políticas de cotas, observa-se que houve um aumento da inserção da população negra no ensino superior, ainda que as políticas de ações afirmativas apresentem um papel simbólico na busca por valorização da comunidade negra, contribuindo para solucionar as desigualdades sociais (Daflon et al., 2013).

As práticas de negação e desqualificação racistas ocorrem com frequência por parte dos profissionais de educação, dos colegas e até da própria família [...] o seu processo de aprendizagem e socialização comprometidos por estigmas variados, que as fazem sofrer desde cedo (Castelar et al., 2015).

Atualmente, os candidatos que se inscrevem para concorrer a uma vaga no ensino superior através das cotas raciais estão sendo submetidos a diversos procedimentos (incluindo análise fotográfica) adotados pelas universidades por meio das comissões de verificação criadas por elas, com o objetivo de evitar fraudes, ao verificar a veracidade da identidade racial do candidato, podendo até indeferir sua inscrição sob a alegação de que o candidato não pertence ao grupo beneficiário (cotas raciais). Porém, observa-se que este procedimento infringe o direito dado ao indivíduo de autoidentificação de seu pertencimento racial (Daflon et al., 2013).

[...] no Brasil, diferentemente dos Estados Unidos e da Índia, adotam-se frequentemente combinações de critérios de classe e raça na mesma instituição. Em um grande número de universidades, essas duas modalidades são combinadas, de maneira a contemplar tanto beneficiários de baixa renda e/ou provenientes do ensino público, como também candidatos pretos, pardos e indígenas – ainda que

atualmente o percentual total de vagas reservadas segundo o critério de classe supere aquelas alocadas de acordo com o critério de cor (Daflon et al., 2013).

A inserção das cotas raciais nas universidades justifica-se pela existência das desigualdades sociais (Brandão & Marins, 2007). A comunidade negra ainda relata situações de desigualdades na oferta de oportunidades (Maggie & Fry, 2004). Com ênfase no aspecto educacional, a pobreza se destaca como fator limitante no desenvolvimento educacional, agregando diversos problemas estruturais, socioeconômicos, baixa autoestima e motivação, em detrimento da ausência de reversibilidade do papel de subordinação enfrentados na sociedade, delineando a presença do RI, devido à inferioridade na execução de atividades, pelos grupos de etnia negra, ao serem comparados com as diversas classes sociais (Guimarães, 2003).

As desigualdades voltadas ao acesso ensino superior demonstram que, em 2015, os indivíduos negros com idade entre 18 e 24 anos eram representados por cerca de 12,8% da população brasileira, em paralelo aos de etnia branca, que há 10 anos já possuíam cerca de 17,8%. Observando a faixa etária descrita, cerca de 29,1% dos alunos de raça/cor branca estudavam em níveis abaixo do ensino superior, comparados aos 53,2% dos alunos pretos ou pardos (Ministério da Saúde, 2017).

Em detrimento da desvalorização da herança cultural africana, torna-se perceptível o surgimento de estereótipos voltados à desqualificação da população de pele negra, proporcionando aspectos negativos em sua percepção. Tais tratamentos podem partir de familiares, amigos e professores, predispondo déficits de aprendizagem e socialização, perante situações vivenciadas com diversos estigmas sociais (Castelar et al., 2015).

A inserção da população negra nas universidades é diretamente incentivada pelos familiares devido ao fato de muitos destes sujeitos não terem obtido oportunidades no acesso ao ensino. Porém, as dificuldades associadas à classe social, privações, raça e instabilidade causam insegurança e isolamento, dado esses

indivíduos serem representados pela minoria frente aos autores da discriminação que pode surgir (Martins & Geraldo, 2013).

Osorio (2009) identifica que a igualdade na oferta de vagas para o ensino superior entre brancos e negros é algo fora da realidade, ainda quando se compara em meio às classes sociais. Percebe-se que o negro apresenta um déficit ao comparar-se com o homem branco e que a existência de cotas exclusivas aos negros favorece aqueles pertencentes à classe média e alta. Ademais, os modelos atuais da administração do sistema de cotas fazem refletir sobre qual modelo utilizar na busca por ofertar a quem ou quais grupos mais necessitam.

Não há que se decidir por quotas puramente sociais ou puramente raciais. Se o objetivo é atacar a desigualdade de oportunidades no acesso à universidade, é preciso haver simultaneamente quotas sociais e raciais (Osorio, 2009).

O progresso da educação superior, somado às políticas públicas e sociais existentes no Brasil, impulsionou o aumento do número de vagas, elevando o somatório de estudantes negros a estarem matriculados em Instituições de Ensino Superior – IES (Henriques, 2017).

Nos últimos dez anos, o perfil étnico-racial dos brasileiros acadêmicos de nível superior encontra-se em fase de transformação, devido às políticas de ação afirmativa e associado ao sistema de cotas no ensino superior público e bolsas de estudos em instituições privadas, além da expansão da educação em modalidades de ensino presencial e a distância. Porém, as desigualdades entre brancos e negros ainda se fazem presentes quando observado o conjunto geral da população (Artes & Ricoldi, 2015).

A temática enfatizada no racismo em virtude das relações étnico-raciais vem ganhando espaço através de pesquisas científicas envolvendo as desigualdades raciais em detrimento das humilhações e sofrimentos vivenciados pela população

negra, impedindo-a de usufruir de oportunidades e direitos perante a sociedade, gerando atos discriminatórios. Somados a outras dificuldades, esses fatores predisõem uma redução da democracia racial presente na realidade brasileira, e tais desordens podem contribuir para o déficit do processo de aprendizagem destes estudantes, incluindo sofrimento psicológico e conflitos raciais (Martins & Geraldo, 2013).

Nunes (2014), ao analisar dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com estudantes universitários, residentes na cidade de São Paulo, abordando a temática racismo no Brasil, constata que o problema ainda existe no país.

A consciência de que o racismo existe e que faz parte do nosso cotidiano tem estado cada vez mais próximo de todos, porque tem sido mais debatido na mídia, nas escolas, universidades e assim por diante (Nunes, 2014).

Destacando sua existência, ao longo da organização estrutural da sociedade e instituições, ainda que de modo não intencional, o racismo se moderniza ao ponto de existir o denominado racismo institucional, na medida que também produz desigualdades nas esferas educacionais com ênfase no ensino superior, saúde, justiça, entre outros. O RI está instaurado através de atitudes discriminatórias aos grupos étnicos, preconceito racial e comportamento marcado por atitudes de ignorância e estereótipos racistas (Cruz, 2006; Silva, 2017).

Além das dificuldades vigentes no acesso aos serviços ofertados pelo Estado, os autores também constataam a existência de entraves no interior das universidades ao identificarem a presença do RI, com base nas limitações para o acesso às oportunidades para pesquisa e extensão acadêmicas. Em particular, Silva (2017) cita como exemplo a existência de indícios de exclusão aos discentes negros(as), amparada no RI, no interior da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), durante seu período de graduação (entre 2014 e 2015), no âmbito das dificuldades ao acesso às oportunidades acadêmicas.

2.3. AVANÇOS DO ENSINO SUPERIOR NA SAÚDE E SUA RELAÇÃO RACIAL

Nesta seara, o século XIX foi marcado pela influência do Relatório de Flexner, elaborado para a formulação do ensino em saúde pelo médico Abraham Flexner. Ganhando espaço nos Estados Unidos e iniciando no Brasil no ano de 1940, o relatório aborda uma organização curricular baseada em ciclos de ensino básico e profissional, estruturando a formação acadêmica das profissões existentes na época, como enfermagem e medicina, por exemplo. À época de seu surgimento, críticas foram lançadas ao modelo proposto, razão pela qual buscaram-se propostas inovadoras (Silveira, Rodrigues, Shishido, & Moraes, 2015).

Durante o período de 1960 a 1970, o ensino superior em saúde apresentava o formato de transmissão do conhecimento sobre o poder do professor, tornando-o agente ativo no processo de difusão de conteúdos e formas avaliativas. Visando o processo evolutivo nas formas de ensinar, surgiu a reforma universitária brasileira, com discussões direcionadas a promover produtividade e eficácia para a formação profissional em todo o Brasil e América Latina (Pereira, Areco, Tarcia, & Sigulem, 2016; Hermann, Lacerda, Maftum, Bernardino, & Mello, 2017).

O modelo de ensino para formação em saúde, fundamentado exclusivamente no modelo clínico, já se tornava ultrapassado para as décadas de 1980 e 1990 (Ribeiro & Júnior, 2016). Tal fato se intensifica devido à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que relatou a necessidade de reformulação do modelo de ensino tradicional, em busca de tecnologia no auxílio para o processo de ensino e formação de profissionais em saúde, voltados à realidade de cada local (Santos et al., 2018; Chaves, 2014).

Objetivando mudanças na formação do ensino superior e uma reestruturação no ensino brasileiro, com currículos mais moldáveis e adaptados à realidade regional, surgiu a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Brasileira (LDB). A partir de 1996, a também chamada Lei nº 9.394/96 oferta uma nova direção aos cursos de graduação em saúde, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), iniciadas em 2001, direcionando o ensino através da relação direta entre o objeto e o sujeito (Ribeiro &

Júnior, 2016); (Veras, Coelho, Teixeira, & Traverso-Yepez, 2018); (Santos, Otani, Tonhom, & Marin, 2019).

Originalmente, a LDB tinha o formato voltado ao desenvolvimento do ensino em paralelo à sociedade, objetivando tornar o ensino superior capaz de avançar no tempo em meio aos fatores histórico-sociais, apresentando diversos elementos dedicados à formação profissional e crescimento com a comunidade (Cavalcante et al., 2018). A LDB transpôs o modelo conservador determinado pelo sistema educacional, e foi responsável por expandir o ensino superior sob a ótica de princípios e tecnologias, produtoras de conhecimento na solução de problemas sociais, e políticas de saúde da atualidade (Silva & Pinto, 2019).

Franco e Poz (2018) descrevem que, no Brasil, o aumento do número de vagas e matrículas nos cursos de saúde está associado ao desenvolvimento do ensino superior em meio à ampliação do quantitativo de instituições. Enquanto no período de 1993 a 2013 o ensino superior brasileiro apresentava crescimento de cerca de 286%, os cursos da área de saúde ampliavam o quantitativo de matrículas efetivadas para um total de 372% entre as instituições públicas e privadas.

Em seu bojo, a LDB destaca a necessidade de estimular o conhecimento dos acadêmicos com relação aos problemas presentes na sociedade, contribuindo na formação de profissionais das diversas áreas (Cavalcante et al., 2018). O ensino descrito por Ribeiro e Júnior (2016) aborda que não podemos estar limitados às técnicas, é necessário abranger as habilidades, atitudes e valores, além das estratégias do trabalho de conclusão de curso e de projetos de pesquisas. O professor torna-se o mediador na oferta de conhecimento ao discente, ofertando novos saberes em paralelo à adequada estrutura da Instituição Superior de Ensino (IES).

Durante o processo de construção da formação profissional, novas práticas pedagógicas precisam ser inseridas, em busca de promover uma visão mais atenciosa para o aprendizado teórico. A busca pelo saber alcançado pelas vivências práticas permite ao alunado uma participação ativa durante o processo de aprendizagem devido ao contato com a realidade local, tornando os conteúdos teóricos mais aproveitáveis (Lima, Reibnitz, Kloh, Silva, & Ferraz, 2018).

Hermann e col. (2017) relatam que as exigências frente à demanda de novas formas de aprendizagem ampliam os campos de conhecimento, indo além do formato hospitalar para incluir as unidades básicas de saúde, através da inserção de novas disciplinas direcionadas para a comunidade. Por isso, as reformas educacionais visam o rompimento da formação profissional, marcada pelo cenário hospitalocêntrico com conteúdos fragmentados e em busca de estratégias pedagógicas pautadas na composição do saber coletivo (Moraes & Costa, 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) descritas por Cavalcante e col. (2018), promulgadas em 2001, reafirmam as definições da legislação brasileira, posto que o artigo 207 da Constituição Federal trata do processo de transformação das universidades, o qual deve estar pautado nos três pilares que regem o eixo das universidades do Brasil: ensino, pesquisa e extensão. Além de compor o processo de organização dos cursos de graduação, as DCNs buscam um ensino reflexivo em meio à evolução epistemológica proporcionada pelos diferentes ambientes do processo de ensino-aprendizagem.

Durante o exercício de formação dos profissionais em saúde, observa-se que as IES iniciaram-se com a elaboração do Projeto Pedagógico de Curso (PPC). No PPC, constam informações gerais voltadas a fatores histórico-sociais das IES, somados ao conhecimento e prática de saberes pautados na metodologia do ensino e avaliação para a formação profissional (Moraes & Costa, 2016). Winters, Prado, Lazzari e Jardim (2018) descrevem que a construção de profissionais éticos e qualificados se dão por meio da elaboração de um PPC desde que sua representação seja direcionada à formação crítica do homem e seu profissionalismo.

O PPC se constitui no principal instrumento político e técnico e deve ser elaborado de forma coletiva no âmbito da instituição. Ele tem que ser político, pois define as escolhas do acadêmico na sua formação, e deve ser pedagógico, pois precisa definir as ações metodológicas para levar o estudante a alcançar a aprendizagem desejada [...] (Winters et al., 2018).

O ensino superior em saúde descrito por Ribeiro e Júnior (2016) busca, através dos PPCs, promover uma relação direta entre o ensino, a pesquisa e a extensão, procurando aproximar os discentes com seu futuro local de desempenho profissional. Ainda, almeja a formação crítico-reflexiva dos alunos em paralelo à necessidade da sociedade e proporciona, através das universidades, conhecimento primordial para a resolutividade das questões pertinentes à comunidade.

Em consonância com as DCNs e políticas indutoras de reorientação da formação em saúde desenvolvidas em 2003 pelos ministérios da Saúde e da Educação, os PPCs passaram a ser produzidos e moldados para a produção de formação humanizada com cuidado integral, deixando no passado o perfil curativista (Moraes & Costa, 2016). Para Lima et al. (2018), a universidade representa um campo de transmissão de conhecimento prático-reflexivo aos discentes sob a ótica da observação das adversidades em saúde presentes na sociedade, em busca de solucioná-las através de sua formação profissional.

Quando se pensa no ensino superior, supõe-se que a extensão universitária cumpre preponderante papel de interagir ensino, pesquisa e sociedade. Assim, a extensão universitária parece ser o caminho para mudanças nos perfis das universidades, buscando, dessa forma, ofertar à sociedade uma devolutiva por meio daquela parcela minoritária que se encontra inserida neste eixo científico, agregando o conhecimento dos graduandos, docentes e comunidade, com vistas a produzir novos saberes e, por conseguinte, gerando produtos científicos para a construção profissional (Silva, Almeida, Martins, Gamba, Alves, & Junior, 2016).

Para Chaves (2014), o exercício de implementação das DCNs promoveu um novo formato ao modo de refletir e agir sobre a formação acadêmica em paralelo às realidades regionais e frente às disparidades políticas, sociais e culturais. Também, buscando propostas baseadas em autonomia e flexibilização e tornando o caminho acadêmico rico em possibilidades para educar e conhecer. A contribuição das bases epistemológicas descritas por Bahia e col. (2018) revela que o ensino em saúde, ao apresentar metodologias contextualizadas mediante as novas ações pedagógicas, garante uma formação com maior qualidade e resolutividade para os problemas presentes na sociedade.

Com este novo olhar sobre o discente, as DCNs almejam a construção da identidade profissional, com habilidades e competências, aliada à qualidade na oferta

de conteúdo, compatíveis com a realidade atual a nível nacional e internacional (Moraes & Costa, 2016). Segundo Hermann e col. (2017) e Chaves (2014), estes avanços no processo de formação acadêmica promovidos pelas políticas de educação em saúde direcionadas pelas DCNs destinam-se à construção do profissional no modelo atual do sistema de saúde.

Contribuindo com o atual modelo de prestação de serviços de saúde e ensino, citamos a interdisciplinaridade, descrita pelos autores Toassi e Lewgoy (2016) como oportunidades baseadas em trabalhos interligados entre as diversas profissões da saúde na busca pela resolutividade dos problemas sociais e institucionais, respeitando os fatores socioculturais da comunidade e dos profissionais envolvidos. Incorporando ao ensino a busca pela qualidade contextualizada em detrimento do exercício, da capacidade e habilidade exercitada pelos discentes (Moraes & Costa, 2016).

Já para Veras e col. (2018), as DCNs buscam a aproximação do processo de ensino-aprendizagem do serviço de assistência em saúde pública, com ênfase na formação interdisciplinar. Ao passo que se observa que cerca de 65% dos profissionais em saúde atuantes no Brasil se encontram inseridos no serviço público, distribuídos no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando em caráter interdisciplinar.

Nesse sentido, percebe-se que a interdisciplinaridade na formação colabora mais para uma atuação interprofissional, que é resultado de competências baseadas no trabalho em equipe, discussão de papéis profissionais, compromisso na solução de problemas e negociação na tomada de decisão. Para tanto, é necessário que a educação pautada na interdisciplinaridade resgate, nos currículos, os conteúdos educativos das diversas culturas humanística, artística e científica, os métodos, os contextos culturais, as redes de comunicação, a distribuição dos espaços e tempos educativos [...] (Veras et al., 2018).

Portanto, a interdisciplinaridade constitui uma formação profissional dotada de novas competências pedagógicas para atender as finalidades atuais dos serviços de saúde, dada a oferta de uma formação baseada em princípios humanísticos e sociais, na medida em que, nela, se faz uso do ensino baseado na integralidade, com teoria e prática, pertinente a promover uma aproximação dos serviços de saúde ao processo de formação e atuação profissional (Lima et al., 2018). Segundo Pereira e col. (2016), o novo processo de formação educacional objetiva o alcance do aprendizado mais independente, visando transformar a realidade *in loco*, com base nas características da sociedade, seus avanços e necessidades.

Os currículos dos cursos de formação superior em saúde representam, através das DCNs, uma visão de ensino direcionada ao Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para uma formação do egresso com perfil generalista (Lima & Vilela, 2014). São direcionados à formação acadêmica alinhada ao enfrentamento das barreiras impostas pelo processo saúde-doença, desenvolvendo nos acadêmicos um processo formativo contextualizado, para a resolutividade das necessidades da comunidade (Hermann et al., 2017). Tal processo ocorre ao longo da aplicabilidade do ensino, serviço e sociedade, a fim de ofertar qualidade na formação em saúde (Bahia, Haddad, Batista, & Batista, 2018).

O caminho do aprendizado reflexivo, articulado entre teoria e prática, elimina o conhecimento adquirido apenas no formato teórico-tecnista e, assim, oferta domínio para lidar com as circunstâncias conflitantes presentes nos serviços de saúde (Lima et al., 2018). Para Fonsêca e col. (2014), a vivência dos acadêmicos nos serviços de saúde interligados às universidades proporciona aprendizado baseado nas necessidades populacionais e culturais, dada a forte influência no processo saúde-doença.

Com a visão de ensino pautada numa abordagem problematizadora, o estudante passa a aprender na prática sobre o SUS, com proporcionalidade transdisciplinar, devido ao contato com as diversas equipes em saúde, na busca pela integração de conhecimentos para uma finalidade em comum (Fonsêca, Junqueira, Zibovicius, & Araujo, 2014).

Confrontando as definições de que o termo saúde referia-se apenas à ausência de doença, os autores Rios, Sousa, e Caputo (2019) relatam o surgimento da ampliação do conceito, descrevendo o processo saúde-doença associado ao surgimento da saúde pública, que permite observar alguns paradigmas atrelados a diversas dimensões compostas por fatores culturais, biológicos, sociais, entre outros, com o intuito de construir a percepção do alunado sobre o mundo ao seu redor, devido à intercomunicação entre comunidade e sociedade, para promover a troca de saberes.

As novas propostas pedagógicas relatadas por Pereira e col. (2016), por sua vez, descrevem ao alunado uma inserção crítica da realidade em meio a uma educação problematizadora, sob a ótica da humanização, desafiando a produzir uma formação profissional dotada de qualidades para o atendimento integral, trabalho em equipe, prevenção e promoção em saúde.

Nesta perspectiva, propostas inovadoras no cenário acadêmico em saúde promovem uma formação profissional apta a promover modificações através das experiências vividas (Veras et al., 2018).

O processo para aquisição de conhecimento relatado por Santos e col. (2018) inicia-se no local em que o homem se encontra inserido. Diante do aprendizado adquirido socialmente, ocorrerão as transformações pertinentes ao ensino-aprendizagem, por meio da interação discente e docente. A luz do processo de aprendizagem está pautada nas diversas maneiras de promover o ensino, como conteúdos abordados e condições psíquicas dos discentes.

O dinamismo presente na formação das graduações em saúde, atrelado ao processo histórico-cultural dos cursos, docentes e discentes, contribui para novos métodos de ensino-aprendizagem, buscando uma formação crítica e reflexiva, na medida em que se emprega a construção profissional pautada no modelo contextualizado, frente à realidade político-cultural e social (Cavalcante et al., 2018).

O processo de ensino-aprendizagem deve promover ao alunado estímulo para o desenvolvimento de competências e habilidades com ênfase na educação intermediada pelas necessidades populacionais e pelas propostas da política nacional de saúde (Lima et al., 2018). Ainda, deve se dar através de metodologias e currículos recomendados pelas DCNs, formulados em busca de formação pautada numa

atuação em todos os níveis e em caráter humanístico, crítico, generalista e reflexivo (Rios, Sousa, & Caputo, 2019).

[...] são citados pelos estudantes participantes da pesquisa: uma maior aproximação deles com a comunidade; uma maior capacidade de escuta, de se colocar no lugar do outro; maior contato com a realidade e com os problemas sociais; reconhecimento do seu papel de cidadão e de agente transformador da sociedade; capacidade de dialogar e trabalhar com diferentes atores sociais; interação da teoria com a prática, de modo que os conhecimentos adquiridos na universidade sejam usados para garantir respostas às demandas sociais; e planejamento e desenvolvimento de novas metodologias de trabalho e ensino (Rios, Sousa, & Caputo, 2019).

Práticas de ensino baseadas nas competências e firmadas pelas DCNs promovem o dinamismo durante a aprendizagem, por associarem o ensino à problematização, somando as experiências educacionais presentes no contexto em que se encontra inserida. Tais práticas têm, também, o intuito de solucionar os problemas emergentes identificados, através da prática de ensino e serviço, posto que estão integradas a uma reflexão crítica sobre os déficits observados e, portanto, oferecem à sociedade um olhar integral sobre suas reais necessidades, com o objetivo de saná-las (Lima & Vilela, 2014).

O ensino representa o modo como ocorrerá a transmissão de conhecimento, seja este através do formato expositivo, trabalhos parcialmente independentes, trabalhos em grupos ou produção conjunta com formato dialogado entre ambas as partes (Santos et al., 2018).

No método de exposição, os conhecimentos, as habilidades e as tarefas são apresentadas, explicadas ou demonstradas pelo professor. O método de trabalho independente consiste de tarefas dirigidas e orientadas pelo professor para que os alunos se resolvam de modo independente e criativo. Método de elaboração conjunta baseia-se na interação ativa entre o professor e os alunos visando à obtenção de novos conhecimentos, habilidades e atitudes. O método de trabalho em grupo consiste na distribuição de temas de estudo para grupos de alunos, com o objetivo de obter a cooperação dos alunos entre si na realização de uma tarefa (Santos et al., 2018).

Evidências descritas por Custódio e col. (2019) identificam que o processo de aprendizagem vivenciado pelos discentes deve ser incentivado ao formato de busca ativa, a fim de integrar novos conteúdos, centrados em práticas didático-pedagógicas das mais variadas habilidades e competências. A pluralidade deste processo pode ser demonstrada através das mesas redondas, relatório de aula de campo ou seminários teóricos e práticos, incluindo a problematização, com o objetivo centrado de promover ao alunado uma melhor assimilação de conteúdos.

A veracidade do ensino em que o aluno se encontra inserido promove o desenvolvimento do estado de consciência crítica *in loco*. A formação profissional em saúde propõe uma nova direção na busca por mover-se no atendimento além do foco hospitalar e atenção à doença (Santos et al., 2019). Winters e col. (2018) descreve que novas propostas no ensino em saúde ainda são vistas como um grande desafio pelas instituições de ensino, ao tentar formar profissionais com formato crítico-reflexivo para atuarem de acordo com as políticas de saúde vigentes.

Apesar de todos os atos realizados em busca do avanço no ensino superior em saúde, ainda se observa a prática do conservadorismo, pautado no modelo engessado de formação profissional para atuar nas práticas de saúde e atenção ao SUS (Custódio, Peixoto, Arruda, Vieira, Sousa, & Ávila, 2019). Conforme o

pensamento de Chaves (2014), a inquietação das universidades em assegurar uma formação acadêmica com qualidade não permite a construção de currículos inovadores, ainda que sejam permitidos pelas DCNs.

[...] Cabe salientar que a imposição das DCN de romper a perspectiva medicalizante, biologicista, tecnicista e hospitalocêntrica não está superada, quando as próprias DCN, ao elencarem “competências e habilidades” comuns à área da saúde, pouco inovam (Chaves, 2014).

Com o propósito de avaliar os cursos de graduações que estavam sendo ofertados e aprimorar a qualidade do ensino, passou a existir no Brasil o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), amparado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. O SINAES é composto por três objetivos principais: avaliar o desempenho dos discentes, as instituições e seus cursos ofertados (Winters et al., 2018). O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) compõe o SINAES, objetivando avaliar o estudo qualitativo dos acadêmicos dos cursos de graduação que estejam em fase de conclusão (Noro & Moya, 2019).

Com o olhar voltado ao processo de autoavaliação do desempenho dos cursos de ensino superior, foi que surgiu o ENADE, de modo a somar-se às DCNs na missão de estimular resultados satisfatórios em toda a comunidade acadêmica que compõe os cursos avaliados com base nas provas realizadas pelos discentes (Noro & Moya, 2019). O conceito ENADE observa, através do exame, o grau de atualização do discente com a realidade do país em que ele se encontra inserido e até mesmo com o mundo, com base nas habilidades e competências e conteúdos programáticos almejados pelas DCNs (Brasil, Gomes, & Teixeira, 2019).

[..] Tal exame é constituído por 40 questões das quais dez referem-se à formação geral (comportamento ético, compromisso social, espírito científico, humanístico e reflexivo, capacidade de análise crítica e

integrada à realidade e a capacidade de socializar o conhecimento em vários contextos). As outras 30 são relativas à formação específica, baseada nas competências e habilidades previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação (Noro & Moya, 2019).

Atualmente, enfrentamos dificuldades sociais causadas pelas desigualdades no acesso à educação superior, bem como pelo abismo de concentração de renda entre as famílias. Isso acarreta o surgimento de variações nas expectativas quanto ao interesse de jovens estudantes de escola pública quanto ao ingresso no ensino superior, ao mesmo tempo que observamos a presença de diversos fatores, como a autodeterminação de sua classe social, sua raça e a atividade laboral dos pais, os quais influenciam diretamente nas escolhas do alunado (Noro & Moya, 2019).

Durante o período de 2006 a 2011, identificamos a implementação das cotas raciais e sociais nas universidades federais de todo o Brasil. A política de cotas dá causa, no ano de 2012, à Lei nº 12.711, a qual delibera acerca das vagas nas universidades federais do ensino superior direcionadas às cotas étnico-raciais e sociais (Marques, Ximenes, & Ugino, 2018).

Em síntese, o ENADE possui o objetivo de identificar o desempenho dos acadêmicos do ensino superior, ao passo que associa tal desempenho a fatores socioeconômicos e rotinas de estudos. Noro e Moya (2019), em sua pesquisa, identificam que os cotistas submetidos ao ENADE no ano de 2013 não apresentaram diminuição no rendimento acadêmico, mas sim um aumento, quando comparados aos não cotistas, indicando que a política de cotas utilizadas para a redução da desigualdade raciais apresenta resultados positivos, constados durante o processo do ENADE.

2.4. RACISMO INSTITUCIONAL (RI) NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o fim da abolição da escravatura, o racismo perpetuou de modo silencioso no país ao encontrar terreno na existência das iniquidades em saúde reveladas pelo elevado número de óbitos e altos índices de mortalidade materna e infantil entre a população negra, bem como discriminações na oferta dos serviços de saúde, em reflexo das condições históricas (Gomes et al., 2017). Somam-se a isso as diversas enfermidades e agravos surgidos por fatores genéticos, doenças contraídas pelas práticas sexuais e delimitadas por questões de invisibilidade e vulnerabilidade social (Jesus & Monteiro, 2016).

A iniquidade configura-se como ato circunstancial passível de bloqueio perante atos injustos expostos à sociedade. Significa a realização de atos que infringem os direitos dos grupos étnicos. Ao longo dos últimos anos, tem se buscado reconhecer este tipo de injustiça a fim de reduzir e até mesmo eliminar as iniquidades existentes (Cruz, 2006). No ano de 2011, o governo federal aprovou um documento emitido pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial informando que o racismo configura-se como determinante social de saúde, apresentando-se como fator potencial de desigualdade nesse aspecto (Lages et al., 2017).

A política da população negra destaca as condições injustas que são impostas pela história do país associadas à sua cultura, fatores sociais e econômicos, levando a população negra ao declínio na expectativa de vida, baixo acesso aos serviços de saúde e educação e, assim, permitindo identificar a presença da pobreza através da cor (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013).

Os processos discriminatórios limitam a oferta dos serviços de saúde, conhecimento educacional e espaço no mercado de trabalho, afetando diretamente os jovens negros presentes em nossa sociedade. A soma das desvantagens enfrentadas por esta população, ao longo dos anos, induz ao surgimento de diversas doenças, sejam elas físicas ou psicossociais (Santos, 2016).

[...] O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial (Ministério da Saúde, 2017).

Informações populacionais sobre a raça/cor são coletadas desde 1996, com base nos Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e IBGE. Atualmente, serve como quesito para acompanhamento das políticas de saúde ofertadas pelo SUS à comunidade negra (Batista, Monteiro, & Medeiros, 2013; Santos, 2016).

Braz e col. (2013) identificaram que o campo de preenchimento de raça/cor, entre os anos de 2010 e 2012, sofreu uma redução de 41,1% em 2011 e 3,5% em 2012. Vale lembrar que este quesito iniciou a ser preenchido em 1996, registrando 1,3% em seu primeiro levantamento, e obteve um pico de 95,6% em 2010.

Na análise da cor/raça, o termo negro se enquadra como pardo ou preto, demonstrando números crescentes, em meio à autoclassificação (Artes & Ricoldi, 2015). Em 2015, cerca de 53,9% afirmaram-se com cor/raça preta ou parda, estando, assim, representada mais da metade da população brasileira (Ministério da Saúde, 2017). Para além da aparência física e valores sociais somados à origem histórico-cultural, surgiu o termo “etnia”, com definição voltada às informações gerais para este grupo populacional (Santos, Coelho, & Araújo, 2013).

Ainda com base no campo de raça/cor, constatam-se as disparidades entre homens e mulheres ao observar que, nos anos 2000, as mulheres negras apresentavam uma expectativa de vida próxima aos 69,5 anos, enquanto as mulheres brancas, cerca de 73,8 anos. Ao observar o público masculino, constata-se a expectativa de 62,3 anos para o homem negro e de 68,2 anos para o homem branco. Atribui-se a longevidade a fatores socioeconômicos, doenças genéticas, entre outros,

que, numa perspectiva negativa, induzem a redução da qualidade de vida (Jesus & Monteiro, 2016).

Em meio à percepção da delicada situação social e de saúde ocasionada pelo racismo, foi aprovada, no dia 10 de novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), representada pela portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde. Enfatizando de forma integral a promoção de saúde a esta população, que sofreu processos injustos quanto à sua cor/raça, somando à garantia de ações e serviços ofertados pelo SUS baseados nas necessidades populacionais do país (Monteiro, 2016; Ministério da Saúde, 2017; Gomes et al., 2017; Santos & Santos, 2013).

A implantação da PNSIPN tinha a finalidade de destacar a importância do racismo como determinante social da saúde. A responsabilidade por sua implementação coube às diversas Secretarias Estaduais e Municipais e órgãos do Ministério da Saúde, sob a coordenação-geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS) [Batista et al., 2013].

Esta política de saúde cita a inserção das temáticas com abordagem à saúde e racismo na comunidade negra, priorizando minimizar as desigualdades étnico-raciais, garantir a capacitação de profissionais de saúde e ofertar práticas de educação permanente em consonância com o SUS. Ainda, desenvolvendo a reflexão aos cidadãos sobre uma sociedade multicultural, no caminho de um processo de construção de sociedade democrática (Monteiro, 2016; Santos, 2016).

A falta de conhecimento e experiência pode apresentar resultados desastrosos em casos que necessitem da intervenção do profissional de saúde, a fim de eliminar ou reduzir as diversidades surgidas, fazendo surgir um terreno propício para as discriminações raciais ou até mesmo o preconceito (Neta, 2012).

Lages e col. (2017), ao realizarem uma pesquisa na cidade de Belo Horizonte, em um centro de saúde pública, investigando a percepção da existência do preconceito como determinante de saúde direcionado à população negra, entre funcionários e pacientes, constataram que 14% dos profissionais de saúde não acreditam existir racismo no Brasil e que não há diferenças no atendimento ao grupo étnico-racial, comparando aos 86% que relatam existência do racismo, assim como divergências no atendimento. Em perguntas realizadas sobre a existência de doenças direcionadas à população negra, 43% informaram que tinham conhecimento, contrapondo 57% que relataram desconhecimento.

Os autores Batista et al. (2013) descreveram, em sua pesquisa durante a inserção do PNSIPN no estado de São Paulo, a necessidade de atualizar os indicadores de saúde existentes, os quais são utilizados no campo da saúde coletiva, em busca de poder comparar os resultados obtidos entre os municípios e estados do Brasil.

A PNSIPN tem como objetivo promover a assistência integral à saúde da população negra, combatendo o racismo e as desigualdades étnico-raciais nos locais que ofertam atendimento e serviços de saúde na esfera do SUS ao público discriminado. O Ministério da Saúde, em parceria com o PNSIPN, busca promover a equidade racial em saúde, nivelando as disparidades ao público que historicamente se encontra à margem da sociedade (Braz, Oliveira, Reis, & Machado, 2013).

Pautadas em princípios, diretrizes e estratégias, a PNSIPN apresenta ações direcionadas à educação em saúde ofertada aos trabalhadores, promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças presentes na comunidade, e representa 53,1% da população negra brasileira (Gomes, et al., 2017).

Considerando a saúde como direito universal, podemos observar a carência destes serviços associada ao ensino e trabalho, dentre outros direitos que se encontram ocultos em detrimento da democracia racial, fazendo surgir diversas pesquisas sobre as desigualdades que a sociedade brasileira atravessa, a ponto de originar debates e intervenções quanto à saúde da população negra, que se encontra marcada por desvantagens (Lages et al., 2017).

É sabido que a criação dessa política surge como uma medida compensatória, a fim de minimizar os efeitos da discriminação e exploração sofrida pelos negros ao longo da história, motivados pelos movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida, principalmente a partir década de 80 (Gomes, et al., 2017).

Ao avaliar a presença da equidade étnico-racial no âmbito do SUS, através dos sistemas de informação para os atributos de raça/cor, Braz e col. (2013) identificaram falhas na atuação do SUS quanto à oferta do princípio de equidade à saúde da população negra. Assim, destaca-se a importância do desenvolvimento de competências para o preenchimento no campo de raça/cor, nas bases dos sistemas nacionais do SUS, almejando obter informações pertinentes à saúde e estilo de vida e monitoramento da existência do RI no alcance de políticas frente às necessidades mais realistas para a equidade em saúde da população negra (Santos, 2016).

As alterações físicas e emocionais, potencializadas pela falta de informação, orientação e assistência adequadas, intensificam problemas associados, por exemplo, ao crescimento e à qualidade nutricional, saúde sexual, gravidez, parto e envelhecimento (Jesus & Monteiro, 2016).

A persistência das dificuldades observadas pela população afro-brasileira torna-se identificável através das elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, o crescente número de doenças crônicas, parasitárias e infecciosas Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e tuberculose e doenças cerebrovasculares; além das causas externas, como: acidentes de trânsito, homicídios, suicídio, afogamento, entre outras (Lages et al., 2017; Santos, 2016). Sem falar nas diferenças sociais,

reconhecidas oficialmente no Brasil, com base nos aspectos de cor e raça, atreladas ao local de moradia, educação e desemprego, entre outros (Brandão & Marins, 2007).

Os agravos na saúde da população negra são inumeráveis, e diante disto, na busca por um quadro sintético, pode-se, então, apresentar.

1. Doenças causadas por condições adquiridas, derivadas das condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis e de intensa pressão social: alcoolismo; toxicomania; desnutrição; mortalidade infantil; abortos sépticos; DST/Aids; transtornos mentais.
2. Doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais indicadas: hipertensão arterial; câncer; insuficiência renal crônica; miomas.
3. Processos de enfermidade em razão das condições fisiológicas que sofrem interferências das condições ambientais de desigualdades: crescimento; gravidez; parto e envelhecimento (Lages et al., 2017).

Atualmente, a população continua enfrentando dificuldades, sobretudo na utilização de direitos considerados essenciais, fato que pode influenciar negativamente na qualidade de vida dessa classe. Aliado a esta questão, historicamente, escasseia-se para a comunidade negra brasileira o acesso às condições socioeconômicas e educacionais de tal modo a favorecer o surgimento de comorbidades físicas e cognitivas (Jesus & Monteiro, 2016).

O racismo institucional, compreendido como o fracasso coletivo no atendimento com qualidade aos grupos sociais estigmatizados pela cor ou pela etnia, afeta, de forma significativa, a população negra no campo da saúde. [...] (Tavares et al., 2013).

Com foco nas discriminações raciais sofridas pelos profissionais de saúde, relatadas pelo sujeito que procura os serviços de saúde e identificadas por Lages et al. (2017), surge a capacitação para os profissionais de saúde, objetivando minimizar a existência do RI. Gomes e col. (2017) relatam a existência, em 2008, no estado da Bahia, do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) em cooperação com o Ministério da Saúde.

Cruz (2006) e Santos (2016) suscitam a discrepância nas abordagens ao público étnico durante o tratamento para a hipertensão arterial em comparação aos pacientes de cor/raça branca, posto que ambos os públicos são atendidos na mesma instituição de saúde. A partir deste ponto de vista, ampliam-se as ideias de que o RI está além da oferta de serviços de saúde sem qualidade ou reduzida; podemos citar como exemplo a comunidade negra que se encontra à margem dos serviços de saúde ofertados pelo Estado através do SUS e as diversas instituições.

[...] dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, no ano de 2012, que as proporções de internação por doenças infecciosas, entre as quais se inclui a AIDS, são muito maiores para a população negra (39,3% para homens e 40,3% para mulheres) do que para a população branca (23,5% para homens e 23% para mulheres) (Santos, 2016).

Citamos como exemplo as práticas destinadas ao controle reprodutivo das mulheres negras, muito comuns no Nordeste do país durante o período de 1980 a 1990, promovendo o crescente número de casos dos procedimentos de laqueadura e esterilização. Tal prática de extermínio da comunidade étnico-racial foi denunciada por diversas instituições e grupos de movimentos étnicos distribuídos pelo país (Jesus & Monteiro, 2016).

Planejando a redução das disparidades étnico-raciais, com enfoque para a anemia falciforme, que incide com maior prevalência sobre a população negra da Bahia, com cerca de 15 mil portadores, realizam-se ações destinadas a este público, baseadas na PNSIPN. Com o olhar direcionado às necessidades desta população, em 2009 foram realizadas capacitações a 133 profissionais de saúde do estado da Bahia (Gomes et al., 2017).

O imperceptível racismo refletido pela sociedade nos serviços de saúde demonstra a existência de baixa qualidade na oferta de tais serviços à comunidade de etnia negra, a citar, como exemplo, na assistência gestacional, parto e puerpério. Para quantificar e solucionar tais abusos em saúde, com enfoque na resolutividade, os sistemas de saúde coletam informações destinadas à raça/cor (Batista, Rattner, Kalckmann, & Oliveira, 2016).

No aspecto saúde da mulher negra, identifica-se o baixo acesso a medicações anticoncepcionais, com representação de 8,3% de mulheres negras do estado de São Paulo que nunca utilizaram tais métodos, em comparação aos 4,1% de mulheres brancas. Também podemos identificar o elevado índice de mulheres negras que não realizaram o pré-natal, de acordo com as definições descritas pelo Ministério da Saúde (Batista et al., 2016).

Na sociedade brasileira, há uma correlação entre etnia racial e classe social (Braz et al., 2013). Correlação esta que retira os cobertores jogados para encobrir o RI, pois denuncia descasos nos serviços de saúde ofertados às mulheres negras tendo como único critério a cor da pele. Isso chega a ser negligência, e citamos como exemplo a diminuição da probabilidade de assistência anestésica durante o trabalho de parto e transtornos na admissão na primeira maternidade, necessitando ir à procura de outras (Diniz et al., 2016; Batista et al., 2016).

Em São Paulo, no ano de 2005, foi registrado um número de óbitos de mulheres negras maternas acima da média estadual: 6,4 para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2007, observou-se um aumento no número dessa mesma estatística: 7,5, frente a 8,5 das mulheres brancas (Batista et al., 2016).

Batista e col. (2016), ao debaterem sobre “mortalidade materna de mulheres negras” e a relação entre racismo e saúde, concluíram que as desigualdades raciais

vão além da relação entre negros e brancos: agregam toda a sociedade, desde crianças, adultos e idosos, até transexuais, gays e transgêneros, incluindo indivíduos religiosos ou não.

A relação pobreza e comunidade negra foi estabelecida através da pesquisa realizada por Cruz (2006), ao descrever a existência da vulnerabilidade para o surgimento de doenças e as dificuldades existentes no acesso ao tratamento e medicação gratuita, ofertada pelo SUS. Também, foi notada por Santos (2016), ao descrever o comportamento sexual da população negra, pontuando 66% de homens negros solteiros que relataram utilizar preservativos, frente aos 45% das mulheres negras solteiras, o que aponta para uma vulnerabilidade às DSTs por parte do público feminino, destacando a necessidade de maiores trabalhos educativos em saúde.

Um estudo qualitativo com mulheres de 16 a 55 anos de idade de comunidades remanescentes de quilombos em Alagoas apontou que um acentuado número de mulheres é submetido à violência doméstica em diversos níveis, incluindo físico e sexual. As mulheres quilombolas relataram ser vítimas de preconceito racial, sofrendo humilhação na rua, na escola, em festas e inclusive no atendimento em postos de saúde (Santos, 2016).

Sabendo que atitudes desrespeitosas geram situações de adoecimento e morte, podemos afirmar que esse fator compromete a saúde da população negra (Monteiro, 2016). Inclusive, um maior número de óbitos de forma mais violenta e situações inusitadas acomete a comunidade negra (Santos et al., 2013).

O racismo direcionado aos fins saúde evidencia o descontentamento quanto à oferta de cuidados ao público étnico-racial, nos permitindo concluir que esta comunidade apresenta maior predisposição ao surgimento de hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitus, ansiedade, depressão e problemas renais e cardiovasculares. Portanto, é urgente a necessidade de profissionais de saúde

capacitados a ofertar orientações destinadas a este público em caráter preventivo visando ao combate de possíveis comorbidades (Diniz et al., 2016; Cruz, 2006).

Em meio às teorias envolvendo as atitudes discriminatórias, observa-se que o RI também aborda o déficit de conhecimento sobre os comprometimentos que afetam a saúde e educação desta população. Inclui-se nesta temática a latência de debates envolvendo a população de etnia negra durante a formação profissional, o que ocasiona, de forma sutil, a falta de atenção centrada a este público em meio a visões preconceituosas, em consequência da falta de conhecimento (Tavares et al., 2013).

O fracasso na oferta de serviços de saúde com qualidade ao grupo populacional étnico-racial o põe em desvantagem por pertencer a classes não-hegemônicas e, sobretudo, o põe em risco de vida. As instituições de saúde, objetivando minimizar a presença do RI, buscam identificar as limitações decorrentes de fatores histórico-culturais (Cruz, 2006). Considerando a saúde como determinante social, admitem a existência de desigualdades devido à cor da pele e práticas racistas presentes nas instituições, as quais são passíveis de punições (Gomes et al., 2017).

Investigando a discriminação racial, observa-se que os prejuízos marcados por ela levantam barreiras para o alcance nos espaços da saúde e educação, restringindo a vida da população negra (Jesus & Monteiro, 2016).

Considerando que o racismo apresenta origem histórico-cultural, é necessário promover discussões, a fim de enfrentar as possíveis atitudes racistas surgidas por meio de ações conscientes ou inconscientes, mesmo que, ainda, a sociedade negue a existência da discriminação racial, no que pese compreender a política da população negra como ato discriminatório, fazendo surgir a denominada intolerância social (Santos & Santos, 2013).

Torna-se necessário reconhecer a existência do racismo em busca de entender quais impactos são gerados por sua existência. Como estratégia de combate ao racismo, utilizam-se as áreas da educação e saúde observadas ao longo da história da sociedade brasileira, traçando reflexões sobre quais são os conflitos deixados pelo racismo no quesito saúde e seus fatores determinantes e desencadeadores (Monteiro, 2016).

Há imensuráveis barreiras que evidenciam as desigualdades raciais, predispondo disparidades e discriminação, em paralelo ao déficit no acesso aos benefícios educacionais. Logo, é preciso prover-se de compreensão e estabelecer detalhamento acerca da problemática com o intuito de enfrentá-la (Artes & Ricoldi, 2015).

Destacamos a importância dos estudos destinados à saúde da população negra, comprovada através de diversas pesquisas científicas, e reafirmamos a necessidade de profissionais de saúde capacitados para o desenvolvimento de práticas destinadas a esta população, assim, buscando quebrar o paradigma de que a política de saúde da população negra consiste em promover discriminação racial para a atualidade (Santos & Santos, 2013).

As informações aqui descritas objetivam direcionar o olhar dos profissionais de saúde para a atenção à população negra, que representa mais da metade da população do país por meio das políticas de ações afirmativas, que ainda têm muito o que avançar no tocante às áreas da saúde, educação, direitos, entre outras (Monteiro, 2016).

2.5. PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO TEMA

Conforme contam Maia e Zamora (2018), os portugueses foram os pioneiros no processo de colonização brasileira, trazendo para o Brasil a mão de obra escrava, a fim de empregá-la nos trabalhos braçais, que contribuíram para o crescimento do país até o começo da era industrial. Para que o Brasil não se tornasse um lugar de miscigenação racial, entre os séculos XIX e XX o Estado traçou várias estratégias para controlar o desenvolvimento da população negra, porém todas sem sucesso, deixando clara a existência do racismo.

Lima e Vala (2004) definem o preconceito étnico-racial como comportamentos inflexíveis impostos a um grupo ou indivíduo pertencente ao público negro. Preconceito e racismo são termos que andam lado a lado, porém o segundo apresenta um significado ainda mais abrangente, indo além da antipatia, representando atos de exclusão e hierarquia motivados pelos traços físicos, conhecidos como fenótipos.

A escravidão trouxe ao Brasil a hierarquia racial e, nos dias atuais, opera de modo inconsciente, sob influência do Estado; a discriminação racial modifica seu formato com o passar dos séculos, passando a atuar sob o molde de RI. Estando presente de modo intrínseco na estrutura das instituições, o racismo se solidifica através de comparativos de superioridade do público considerado branco, levando a comunidade científica a buscar compreender as dimensões ocasionadas por estes conflitos, provocados pelas desigualdades sociais/raciais (Silvério, 2002).

Por influência do Estado, o RI objetiva minimizar os efeitos provocados por si mesmo, criando as políticas de ações afirmativas visando à redução das dissemelhanças e negatividade que a população negra sofreu pela segregação realizada pelo próprio Estado (López, 2012).

Na área da educação superior, Silvério (2002) aborda a primeira discussão sobre as ações afirmativas implantadas na década de 60 para a população negra no ensino superior, que se tornou pública nos Estados Unidos no ano de 1978 e envolvia a faculdade de medicina da Califórnia, provocando, assim, um repensar e um vislumbre de novas direções para as ações afirmativas.

O Brasil do século XX passou por um processo de modernização, amplificando os espaços da educação superior, porém, ainda não permissivo ao público étnico-racial, como se esperava. As desigualdades raciais continuavam a crescer, levando ao caminho do RI, devido à participação do Estado (López, 2012).

A formação profissional em saúde também se insere no contexto do RI, ao passo que proporciona uma construção acadêmica deficitária nos aspectos raciais, distanciando a temática RI na saúde e suas reflexões do universo acadêmico. Matos e Tourinho (2018) ainda citam a falta de debates nos espaços universitários, o que fortalece a existência do racismo em saúde.

O preconceito racial nos serviços de saúde emerge das limitações educacionais, culturais e miséria às quais o público negro foi submetido durante anos ao ser relegado à margem da comunidade, lutando por direitos e espaços na sociedade (Trad, Castellanos, & Guimaraes, 2012). Maia e Zamora (2018) descrevem a existência de limitações para a inserção do negro no mercado de trabalho, no desempenho escolar e no acesso aos serviços de saúde, pois os efeitos provocados pelo racismo influenciam em sofrimento psicossocial.

Buscando amenizar os fenômenos sociais provocados pelas desigualdades raciais, ao abordar as políticas afirmativas presentes no seio da sociedade brasileira, López (2012) cita como exemplo:

[...] políticas de acesso e permanência de estudantes negros nas universidades [...] a reserva de vagas para negros no mercado de trabalho; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [...] (López, 2012).

Ao analisar os segmentos educacionais e raciais, Goes e Nascimento (2013) os associam às desigualdades arraigadas nos serviços de saúde, o que limita os cuidados para com a saúde, predispondo iniquidades raciais provocadas pelo RI.

O preconceito em saúde opera nos moldes do RI, ou seja, através de atos e comportamentos dos profissionais de saúde em serviço, que reduzem a qualidade e eficiência do serviço prestado (Guimarães, Cavadinha, Mendonça, & Sousa, 2017). Os profissionais de saúde também são seres humanos, portanto, dotados de preceitos e concepções, e isso, ainda que infrinja o código deontológico das profissões e os direitos humanos, acaba influenciando indiretamente na atenção à saúde, predispondo a desigualdades (Cruz, 2004).

Porém, para que esta ação seja também afirmativa, torna-se necessário que a formação dos profissionais de saúde contemple o debate sobre o racismo, sua forma de atuação e as estratégias de neutralização. Igualmente é importante desenvolver nos profissionais a sensibilidade em relação à diversidade de culturas e visões de mundo (Cruz, 2004).

Mediante a amplitude da dimensão do RI, baseado nas práticas deficitárias de oferta dos serviços de saúde, estes podem ser acusados de crime ético, por displicência ao público étnico-racial (Cruz, 2004).

Os primeiros passos do Ministério da Saúde destinados à saúde da população negra se deram com a resolução 196/96, que inseriu, nos sistemas de nascidos vivos e mortalidade, o tópico cor, para o desenvolvimento de pesquisas destinadas a seres humanos ligadas à saúde da população negra (López, 2012).

Ao longo da história da saúde da população negra, em 2009, o Ministério da Saúde reconheceu a existência do RI, criando, naquele ano a Portaria 992, que visa acolher e dar atenção ao racismo e busca nivelar as disparidades ocasionadas pelo RI na área da saúde a fim de produzir equidade, estando todos estes ideais inseridos na política afirmativa da PNSIPN (Matos & Tourinho, 2018).

A desvantagem no acesso aos serviços é fruto das desigualdades, e impacta nos direitos garantidos por lei ao público estigmatizado devido ao seu pertencimento

étnico-racial, limitando a aproximação dos serviços de saúde e educação, entre outros (Goes & Nascimento, 2013).

A estruturação do RI expressa uma discriminação executada por profissionais de saúde, gestores e sociedade, ao passo que promove a estratificação da população para o uso de bens e serviços garantidos por lei de modo igualitário. Realizando um papel de desconhecimento e abandono, a organização do RI apresentará finalidade de exclusão de uma parcela da comunidade estigmatizada racialmente (Santos et al., 2013).

A inutilidade tarjada à população negra demonstra o preconceito de modo indireto, representado pelo RI, ao identificar práticas cotidianas que colocam este público em desvantagem tomando como base única e exclusivamente ações e estereótipos, observadas e reconhecidas durante o exercício profissional em saúde (Cruz, 2004).

Na grande maioria das vezes, por não estar descrito de modo claro e objetivo, Pereira e Santos (2018) lembram que o RI também pode ser denominado “discriminação indireta”, permitindo-se quase sempre passar despercebido, por não ser facilmente evidenciado.

Silvério (2002) aborda concepções equivocadas de que os brasileiros, por serem mestiços, compõem uma nação sem preconceitos, e este pensamento simplista esbarra nas denúncias que relatam a ocorrência de discriminação racial nas instituições. Desejando minimizar os efeitos provocados pelo racismo, as ações afirmativas são resultados de práticas que resultem em incentivo/vantagem ao público discriminado, conduzidas para os setores privados ou públicos. Banindo as iniquidades provocadas pela discriminação, através de uma organização igualitária na oferta de serviços à comunidade.

Constatamos que as limitações ao acesso nos serviços de saúde e educação produzem desvantagem para a inserção no mercado de trabalho e melhores condições de saúde. O abalo à saúde física e cognitiva da população negra travado pelo racismo ao longo dos séculos levou os profissionais de saúde a buscar compreender e traçar medidas para sua resolutividade, baseados em novas formas

organizacionais na oferta de serviços de saúde, intervindo, assim, nesta população carente (Cruz, 2004).

Visando o combate ao RI na oferta de serviços de saúde, os gestores precisam, primeiro, reconhecer a existência do racismo no interior das instituições para que, ao elaborar o planejamento institucional dos serviços de assistência, consigam detectar as situações de tratamento ofensivo ou indiferente e, desse modo, reduzir as disparidades na oferta de serviços humanitários (Cruz, 2004).

Investigando a extensão do RI na saúde, nota-se a necessidade de o trabalho das gestões da área incluírem em seus planejamentos o quesito cor, para que, assim, seus sujeitos possam compreender a dimensão de tal política, rumo à redução das iniquidades (Volocho, 2006). Também, almejando o alcance de condutas assertivas, através de ações destinadas ao acesso e qualidade de serviços ofertados pelos profissionais, gestores e instituições em saúde, e buscando reduzir as iniquidades em saúde praticadas aos grupos étnicos raciais (Cruz, 2004).

A redução das disparidades provocadas pelo RI está diretamente relacionada às políticas de ações afirmativas presentes no ambiente acadêmico e institucional e destinadas à inserção do público negro nas universidades (Silvério, 2002).

No Brasil, a população negra se depara com barreiras no acesso aos serviços de saúde, tornando-a vulnerável sob a ótica social e epidemiológica ao refletir o racismo ali existente implantado pelo preconceito racial (Trad et al., 2012). A vulnerabilidade contempla o RI ao público étnico-racial que se encontra exposto, dada a deficitária assistência em saúde, seja por questões socioeconômicas ou estado de saúde (Volocho, 2006).

O RI citado por Trad et al. (2012) está presente no município de Salvador, acometendo os negros por doenças falciformes, demonstrando o descaso frente a esta enfermidade para com o público étnico-racial. O autor identificou que usuários de serviços de saúde relatam que, por serem negros e pobres, apresentam maiores limitações na hora de acessar os serviços de saúde.

Pereira e Santos (2018) avaliaram o impacto ocasionado pelo racismo no binômio saúde/doença sobre o público materno-infantil, destacando as disparidades nos cuidados ao pré-natal, parto, morbimortalidade infantil, desnutrição, entre outros.

Observa-se que o RI reflete nas causas de morte entre jovens negros e na elevada taxa de óbito materno-infantil, dadas as várias ocorrências de suicídios, homicídios, atropelamento, afogamento, doenças infectoparasitárias etc., de modo que se torna necessário repensar em medidas preventivas para reduzir o quantitativo de obtidos desta população (Volochko, 2006; Matos & Tourinho, 2018).

Goes e Nascimento (2013) mencionam uma maior facilidade das mulheres brancas na hora de acessar os serviços preventivos de saúde quando comparadas às mulheres negras. Esta disparidade amplia-se à medida que se analisa o nível de instrução, pois quanto menor o nível de escolaridade, maiores são as limitações, ainda que comparadas no âmbito do pertencimento racial.

Analisando as condições de saúde e o nível de instrução educacional da população negra no município de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, Matos e Tourinho (2018) informam que 49,68% da população considerada preta e 45,34% de pardos apresentam nível escolar com ensino fundamental completo ou superior, em comparação aos 60,18% da população considerada branca.

López (2012) cita que as pesquisas recentes na área acadêmica envolvendo a saúde da população negra apresentam foco nos impactos causados pelas iniquidades ao longo dos anos, colocando o RI como objetivo de reflexão a fim de produzir estratégias baseadas em evidências, para intervir na saúde do público étnico-racial.

Gestores municipais de saúde relatam os desafios para reduzir os casos de RI com a consolidação da PNSIPN, afirmando o conhecimento deficitário dos profissionais de saúde com relação à existência da política. Este apontamento nos faz perceber o quanto à educação/conhecimento estrutura socialmente, moldando a formação profissional para refletir sobre sua atuação e para lidar com as barreiras presentes na sociedade (Matos & Tourinho, 2018).

Na saúde, devido às suas inúmeras formas de exposição na sociedade, o RI está interligado às diretrizes das instituições, diferenciação, omissão e medidas

resolutivas das gestões. O que nos faz refletir sobre a estruturação e o fluxo de funcionamento dos locais de serviços de saúde, se eles estão reproduzindo atitudes e comportamentos ligados às suas diretrizes que remetam a atos de exclusão (Santos et al., 2013).

Buscando detectar a ocorrência do RI, salientamos que o PCRI realizou oficinas com gestores e servidores de serviços públicos em diversas cidades, para que assim se pudessem traçar medidas resolutivas (CRI, 2006). Ao longo das oficinas, o programa identificou a existência das discrepâncias na abordagem ao público negro em comparação ao branco, discriminação racial ao público considerado usuário dos serviços ofertados, dificuldades na produção de dados epidemiológicos sobre a saúde da população negra, entre outros. Tornando o PCRI, um instrumento de grande valor para a detecção e prevenção de condutas racistas, na esfera das instituições e organizações em saúde (Santos et al., 2013).

As barreiras presentes no RI devem ser rompidas, trabalhando, nos profissionais de saúde, suas crenças e valores morais, com o intuito de rompê-los, ao passo que reconheça a existência de estigma racial (Guimarães et al., 2017). Matos e Tourinho (2018) consideram que é um grande desafio reduzir a ocorrência de RI, mas que deve se dar através da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a PNSIPN, sabendo que muitos destes não têm conhecimento de sua existência.

Desigualdades raciais brasileiras operam sob atos de discriminação indiretos no interior das instituições, que se tornam coniventes a tais atos (López, 2012). Por essas e outras questões, o racismo institucional representa:

[...] o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de

grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 22).

As universidades e faculdades representam a estrada trilhada para a produção de conhecimento destinado às diversidades culturais, porém necessitam ter o olhar conduzido à produção de conhecimento, combatendo a opressão e a distorção presentes em sala de aula, devido aos preceitos acumulados durante o convívio familiar (Silvério, 2002).

Com o propósito de desconstruir o RI, López (2012) descreve sobre a necessidade de promover políticas públicas com enfoque na desracialização, pautadas em pesquisas científicas destinadas a observar a condução dos mecanismos condizentes.

Observado através de indicadores sociais, ao constatar a existência de desigualdades nos postos de trabalho, com reflexo no processo educacional e participação restrita nas esferas políticas, tal fenômeno restritivo reduz a gama de direitos existentes aos grupos étnicos, especialmente na oferta das ações em saúde (Batista et al., 2013).

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura científica em busca de sintetizar informações pertinentes à existência do racismo institucional na educação superior em saúde, que reflete em atos de discriminações na oferta de serviços de saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elucidar a existência do racismo institucional na educação superior em saúde e nos serviços de saúde prestados ao público étnico-racial;
- Agregar informações públicas sobre o racismo institucional na educação superior em saúde e nos serviços de saúde, realizados pelos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Com o olhar destinado a alcançar o objetivo proposto pela presente pesquisa, optou-se por uma metodologia exploratório-documental baseada em uma abordagem quantitativa, utilizando como método científico a revisão sistemática. A justificativa do presente método se deve ao fato de a revisão sistemática ser considerada um método de integração de estudos realizados desassociados e com resultados relevantes para a comunidade científica e para a sociedade. Contribuindo, assim, para os espaços científicos, na medida em que guia o horizonte de estudos ao identificar a existência de temas que precisam de elucidação científica (Linde & Willich, 2003; Sampaio & Mancini, 2007).

Na composição do presente estudo, foi realizado um levantamento literário nas bases de dados das seguintes revistas científicas eletrônicas: LILACS, PubMed, SciELO e Periódicos CAPES. Com período de busca entre janeiro a junho de 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: racismo, raça, educação superior e saúde; assim como variação da denominação do descritor “racismo” para “racismo institucional”. Sendo encontrados estudos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol; realizando-se, então, a combinação dos descritores com as respectivas línguas, sendo eles: “racismo, racism e racismo”, “raça, breed e carrera”, “educação superior, college education e educación universitária”, “saúde, cheers e salud”, e “racismo institucional, institutional racism e racismo institucional”.

Durante a construção desta pesquisa, optou-se como critérios de inclusão: artigos publicados em períodos ou *online*, de revisão ou originais, resumos publicados em anais de eventos, *e-books*, teses e dissertações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, ao passo que contivessem informações sobre o tema proposto e um dos descritores em seu título, estando descartados aqueles que não abordassem o racismo institucional ou o ensino superior. Localizando cerca de 499.546 artigos que

foram agrupados utilizando o cruzamento dos descritores, através do uso do operador booleano “AND”, de acordo com cada descritor.

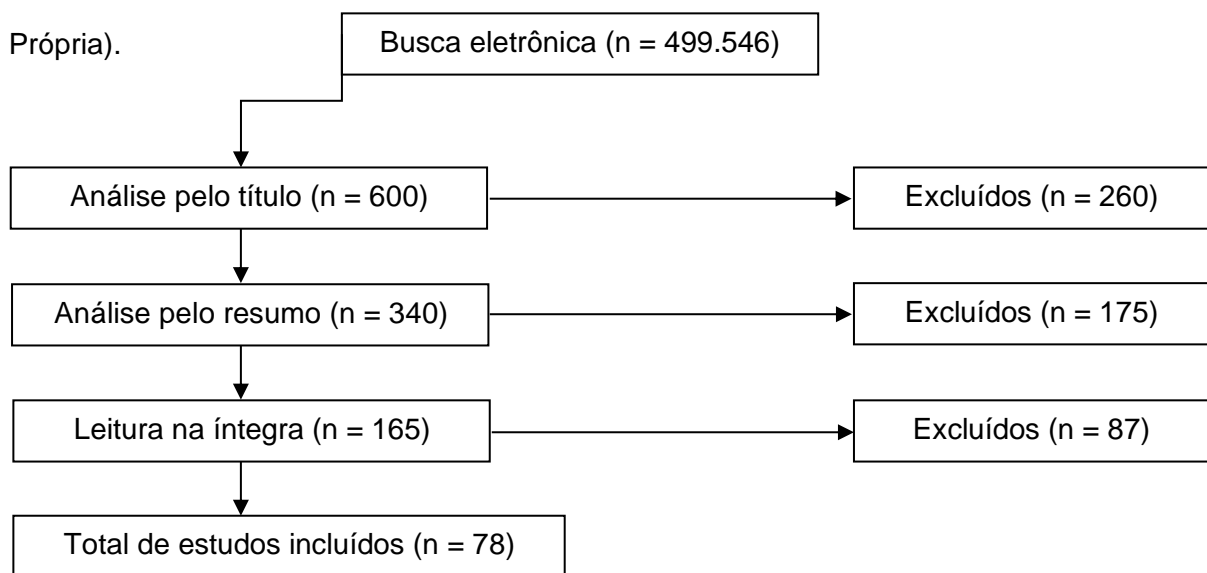
Sob o critério de elegibilidade, a busca foi realizada inicialmente com a seleção dos artigos pelo título e leitura do resumo, optando por aqueles que se enquadravam no objetivo deste estudo. Na primeira etapa de análise, realizou-se o pareamento dos estudos encontrados pelo pesquisador, eliminando as duplicidades para, posteriormente, aplicar os critérios de inclusão.

Após a etapa de pareamento dos artigos selecionados que apresentaram informações pertinentes ao tema proposto, passou-se a realizar a segunda etapa, representada pela leitura na íntegra de cada artigo, para a composição de evidências da existência do racismo institucional no âmbito do ensino superior em saúde que reflete nas práticas dos profissionais de saúde. Sendo realizada, nesta fase, uma análise que resultou na descrição e sistematização das pesquisas selecionadas.

Ao fim da análise, apurou-se um quantitativo de 78 estudos, que foram aproveitados na construção desta dissertação, sabendo que estes passaram por uma análise e sintetização em busca de captar elementos consistentes de modo reflexivo.

Em busca de sintetizar os trilhos construídos para a composição deste trabalho (Evans, 2003) até a fase de análise dos artigos apurados, foi produzido o fluxograma abaixo (Figura 01), relatando, de modo sintetizado, o processo construtivo para a seleção dos artigos que compõem a presente revisão.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados pesquisadas (Elaboração Própria).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento da literatura científica, foi identificado um quantitativo de 499.546 artigos, conforme descrito no Quadro 1 abaixo, utilizando as seguintes palavras-chave: racismo, raça, racismo institucional, educação superior e saúde.

Quadro 1 - Acervo em cada base de dados científicos (Elaboração Própria).

Palavras-chave	SciELO	PubMed	LILACS	Periódicos CAPES
Racismo	228	4.662	378	6.208
Raça	4.843	82	6.169	14.263
Racismo Institucional	10	90	33	1.210
Educação Superior	617	168	4.996	19.901
Saúde	60.134	68	198.430	177.056

Do total de 499.546 artigos identificados, foram utilizados cerca de 78, devido estes apresentarem informações pertinentes sobre a temática desta pesquisa, bem como se enquadravam nos critérios de inclusão, ao passo que melhor descreveram o racismo institucional na educação superior em saúde, abordando também a presente forma de racismo no interior das instituições de saúde, executado pelos profissionais de saúde. Os artigos utilizados foram publicados nos seguintes países: Brasil, Portugal e Alemanha; a partir do ano de 2002.

Todo o processo descrito culminou na produção de um quadro sinóptico (Quadro 2), o qual contém informações relativas aos seguintes aspectos: autor, ano, palavras-chave e sinopse.

Quadro 2 - Sinopse dos 15 estudos incluídos nesta revisão (Elaboração Própria).

Autor	Ano	Palavras-chave	Sinopse
ARAUJO, Danielle Pereira de.	2019	Ações afirmativas; Paradigma da Integração; Racismo institucional; Universidade.	A realização de debate com os docentes sobre a introdução de cotas étnico-raciais no interior das universidades estaduais de São Paulo desvendou o funcionamento do RI no interior das universidades.
ARTES, Amélia; RICOLDI, Arlene Martinez.	2015	Negros; Ensino Superior; Desigualdades Raciais; Índice de Paridade Racial.	Discutiu sobre a presença do homem negro no ensino superior, destacando o perfil dos estudantes de graduação em meio às mudanças ocorridas.
ASSIS, Jussara Francisca de.	2018	Interseccionalidade; Direitos Humanos; Racismo institucional; Cidadania. Insurgente; Mulheres negras.	Debateu sobre a existência do RI, envolvendo a saúde de mulheres negras.
SILVA, Leonardo Barbosa e.	2017	Racismo Institucional; Ensino superior; Ações Afirmativas; Oportunidades Acadêmicas.	Realizou uma pesquisa documental, identificando a existência do RI no interior da universidade no que remete às limitações para o alunado negro acessar as oportunidades acadêmicas.
BATISTA, Luís Eduardo et al.	2016	Racismo; Humanização da Assistência; Políticas de Saúde; Saúde Reprodutiva; Pesquisa-Ação; Saúde da Mulher.	Propõem intervenção humanizada para sensibilizar os profissionais de saúde do hospital sobre a mortalidade de mulheres negras, gênero e raça/cor baseados no relatório da gestão.
BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana	2013	Iniquidade Social; Política de Saúde; Saúde da População Negra; Racismo.	Descreve sobre os desafios para gestores de saúde, a fim de reduzir as iniquidades raciais.

Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo.			
BRANDAO, André Augusto; MARINS, Mani Tebet A. de.	2007	Ensino Superior; Cotas; Classificações Raciais.	Discute a política de cotas para negros nas universidades, utilizando um questionário para classificação racial.
DAFLON, Verônica Toste; JUNIOR, João Feres; CAMPOS, Luiz Augusto.	2013	Ação Afirmativa; Desigualdades Raciais; Ensino Superior; Políticas Públicas.	Busca refletir sobre a existência de leis e resoluções de ações afirmativas raciais nas universidades públicas brasileiras, com ênfase nas disparidades dos processos seletivos dos cursos ofertados.
KALCKMANN, Suzana et al.	2007	Racismo Institucional; Saúde da População Negra; Discriminação Racial.	Discorre sobre o RI nos serviços de saúde, demonstrando sua existência e ampliação das barreiras pelos profissionais de saúde.
LAGES, Sônia Regina Corrêa et al.	2017	Saúde da População Negra; Racismo Institucional; Preconceito; Anemia Falciforme.	Buscou investigar a existência do preconceito como fator determinante em saúde, através dos profissionais de saúde e usuários.
NUNES, Sylvia da Silveira.	2014	Raça; Racismo; Preconceito Racial; Negro; Psicologia Política.	Foram realizadas entrevistas com estudantes universitários de modo a evidenciar o racismo no Brasil, observando um raro posicionamento não racista.
OSORIO, Rafael Guerreiro.	2009	Raça; Ensino Superior; Pobreza; Acesso à Educação.	Retrata a necessidade das políticas de cotas sociais e raciais para a redução das desigualdades no acesso às universidades.
SANTOS, Naila Janilde Seabra.	2016	Mulher Negra; HIV/AIDS; Violência; Vulnerabilidade; Racismo Institucional.	Descreve sobre a existência do RI e as desigualdades socioeconômicas como preditoras para o elevado número de casos de mulheres negras com HIV/AIDS.

SILVA, Joselina da; EUCLIDES, Maria Simone	2018	Racismo institucional; Docentes Negras: Universidades Públicas.	Relata a existência do RI envolvendo professoras doutoras negras nos espaços acadêmicos.
TAVARES, Natália Oliveira; OLIVEIRA, Lorena Vianna; LAGES, Sônia Regina Corrêa.	2013	Psicólogos; Racismo institucional; Saúde; População Negra.	Investigou a percepção dos psicólogos sobre o RI, realizando uma entrevista semiestruturada, observando a ausência de ações para a equidade nas relações étnico-raciais.

Eurico (2018) cita a existência do racismo com relação ao homem de origem étnico-racial desde que este foi retirado do seu continente e trazido para o Brasil, a fim de realizar trabalhos braçais, estando exposto a situações degradantes. Tal fenômeno é descrito como tráfico humano. A ideologia racista sistêmica persistiu no Brasil após cerca de três séculos, fazendo saltar aos olhos o fato de que este país foi considerado o último a abolir a escravidão. E, por persistirem as práticas de escravidão e racismo ao longo de tanto tempo, podemos considerar que este país foi modelado e dominado pela escravidão (Kalckmann, 2007).

Portanto, o racismo institucional possui duas dimensões interdependentes e correlacionadas: a político-programática, e a das relações interpessoais. Quanto à dimensão político-programática podemos dizer que ela compreende as ações que impedem a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas eficientes, eficazes e efetivas no combate ao racismo, bem como a visibilidade do racismo nas práticas cotidianas e nas rotinas administrativas. A dimensão das relações interpessoais abrange as relações estabelecidas entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores, entre trabalhador e usuário, e entre usuário e trabalhador, sempre pautadas em atitudes discriminatórias (Eurico, 2013).

Kalckmann (2007) descreve sobre a desvalorização da população negra, destacando que não é algo que ficou no passado, mesmo com a existência de leis antidiscriminatórias, podendo ser identificada no cotidiano por meio de atos de discriminação, pela sociedade brasileira.

O pesquisador Werneck (2016), por sua vez, cita a existência do RI até no quesito acesso a transplantes, pois, ao comparar o fator raça/cor, identifica-se o favorecimento ao homem branco comparado com o negro. Também é notável ao identificar a redução da oferta de medicações analgésicas ao homem negro, ao comparar com o enfermo de raça branca (Assis, 2018). Já Werneck (2016) evidencia a necessidade dos profissionais de saúde e gestores refletirem sobre seus comportamentos e atitudes, a fim de não reforçar a existência de atitudes preconceituosas e discriminatórias, promovendo barreiras entre profissionais e usuários, assim como nos serviços ofertados pelo sistema de saúde.

Investigando a prestação de serviços de saúde para as mulheres negras, Assis (2018) observa que estas são as mais prejudicadas no quesito assistencial, por receber atendimento com tempo reduzido, falta de informação sobre o pré-natal e aleitamento materno pelos profissionais de saúde, ao comparar com as mulheres consideradas brancas.

Pensando em levar a sociedade a refletir sobre o racismo, no dia 15 de novembro de 2015, foi realizado a I Marcha Nacional das Mulheres Negras, ressaltando as barreiras em seu acesso à saúde, o déficit na qualidade de atendimento e capacitação profissional e, não esquecendo, a destacada taxa de mortalidade materna entre mulheres negras.

Um marco que também merece destaque, descrito por Werneck (2016), consiste na realização do documento produzido pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o apoio de diversos especialistas no ano de 2001, abordando a política de saúde da população negra no Brasil. Este documento vai além da atenção à saúde, incluindo a necessidade de capacitação dos profissionais que lidam diariamente com este público, prevenção dos casos de discriminação e racismo em busca de reduzir os casos de enfermidades e óbitos precoces.

[...] novos passos foram dados, que culminaram com: a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2003 (formalizado em 2004 através da Portaria nº 2.632/2004) [...] 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 11^o 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 a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006 (Werneck, 2016).

O anonimato produzido pelo RI apresenta destaque na fala de Eurico (2018) ao discorrer sobre as barreiras presentes no acesso às escolas, assim como nos obstáculos impostos para as políticas públicas. Um exemplo claro é quando ofertamos, nos espaços do trabalho, serviços reduzidos ao público de ascendência negra, caracterizando tal atitude como RI.

Silva e Euclides (2018), ao descreverem sobre os trilhos e dificuldades de nove mulheres negras em busca de espaços como docentes e na obtenção do título de doutoras em três universidades públicas dos estados do Ceará e Rio de Janeiro, com base em um questionário semiestruturado, identificaram a existência de uma pequena parcela deste público no ambiente acadêmico; porém, ainda é perceptível uma parcela maior comparada ao gênero feminino com relação ao masculino negro. Também se observa a presença do racismo sofrido pelas docentes através dos discentes e demais professores pertencentes às universidades descritas.

Com a finalidade de estimular a reflexão sobre a existência ou não da democracia racial, docentes do ensino superior reconhecidas como mulheres negras, descritas na pesquisa de Silva e Euclides (2018) estimulam o alunado negro a explorar os ambientes acadêmicos, transpassando estereótipos racistas. Reverenciando o mito de democracia racial, utiliza-se no Brasil o registro das informações destinadas

à cor/raça, buscando quebrar os paradigmas de uma sociedade racista, ainda que opere com a presença forte do RI.

Importante assinalar que os cotistas têm que passar por alguma seleção e atingir notas mínimas, ou seja, eles não estariam isentos de passar pela suposta comprovação dos conhecimentos necessários para entrar na universidade que é feita via vestibular geralmente (Araújo, 2019).

Observa-se o quantitativo de alunado negro e indígena inserido, no ano de 2012, na USP, em cerca de 14%, enquanto na UNICAMP e na UNESP a soma ficou em 16%. Ao analisar a soma de docentes das universidades estaduais de São Paulo autodeclarados indígenas ou negros, encontra-se um total de 15% distribuídos em 2% na USP, 4% na UNICAMP e 7% na UNESP. Lembramos que, em 2017, a UNICAMP e a USP passaram a aderir à política de cotas para indígenas e negros, devido à forte pressão dos movimentos sociais. De modo que é imperativo compreender que o processo de inserção e integração não é uma simples missão: as políticas destas universidades almejam reduzir as disparidades, integrando as minorias da população negra, para reduzir o racismo presente na moderna sociedade (Araújo, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizamos este trabalho concluindo, a partir da literatura científica do meio, que a história da população negra é caracterizada por prejuízos em todos os espaços pertencentes à sociedade; demonstrando a existência de grandes lutas para que obtivesse inserção no mercado de trabalho, educação superior e serviços de saúde. Tais condições injustas praticadas pelo racismo e preconceito contribuíram para que as desigualdades étnico-raciais originassem as políticas de ações afirmativas, almejando reparar os danos causados a este público.

As políticas de igualdade racial representam um marco histórico para a evolução dos avanços e garantia de direitos a este grupo populacional, ainda que o racismo esteja intrínseco na sociedade. (Co)existindo na maioria das vezes de modo impercebível, o racismo assume, cada vez mais, roupagens diversificadas, através de linguagens, atitudes e comportamentos diversificados. Fatores que deram origem ao RI, com serviços de saúde de baixa qualidade e profissionais não dotados de conhecimento acerca das políticas de saúde destinada ao público étnico-racial.

Ambicionando buscar caminhos resolutivos para o preconceito e discriminação, o RI opera na desconstrução das barreiras impostas pela sociedade ao público étnico-racial, identificadas através do déficit de serviços educacionais e de saúde. Esses caminhos têm sido alinhados às políticas de ações afirmativas, na busca da promoção de igualdade no ensino superior, com acesso às oportunidades no meio acadêmico, indo além da oferta de cotas raciais.

Os espaços educacionais representam um local de grande importância para refletir sobre as diversidades culturais e produção de conhecimento, em meio às buscas pelo combate ao preconceito. O caminho trilhado pela modernização do racismo entrelaçou o ensino-serviço-aprendizagem, para que pudesse romper as correntes do preconceito impostos desde o ambiente familiar.

Destaca-se a necessidade, durante a graduação em saúde, de os discentes adquirirem o conhecimento sobre a existência do RI e as doenças e agravos comuns ao público étnico-racial, visando diminuir ou eliminar as diversidades advindas do preconceito ou discriminação racial nos ambientes que ofertam serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- Araújo, Danielle Pereira de. (2019). “Inclusão com mérito” e as facetas do racismo institucional nas universidades estaduais de São Paulo. *Revista Direito e Práxis*, 10(3), 2182-2213. Epub September 16, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2019/43879>.
- Artes, Amélia, & Ricoldi, Arlene Martinez. (2015). Acesso de negros no ensino superior: o que mudou entre 2000 e 2010. *Cadernos de Pesquisa*, 45(158), 858-881. <https://dx.doi.org/10.1590/198053143273>.
- Assis, Jussara Francisca de. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, (133), 547-565. <https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>.
- Bahia, Silvia Helena Arias, Haddad, Ana Estela, Batista, Nildo Alves, & Batista, Sylvia Helena Souza da Silva. (2018). Health teaching as an object of research in academic graduate programs: an analysis of the Pro-Ensino na Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 1), 1425-1442. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0192>.
- Barbosa e Silva, L. (2017). Racismo institucional e as oportunidades acadêmicas nas IFES. *Revista Brasileira de Ensino Superior*, 3(3), 80-99. <https://doi.org/10.18256/2447-3944.2017.v3i3.2028>.
- Barros, Surya Pombo de. (2016). Escravos, libertos, filhos de africanos livres, não livres, pretos, ingênuos: negros nas legislações educacionais do XIX. *Educação e Pesquisa*, 42(3), 591-605. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201609141039>.
- Batista, Adriano dos Santos. (2016). A invisibilidade do racismo de negritude na escola: um estudo com professores brasileiros. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Batista, Luís Eduardo, Monteiro, Rosana Batista, & Medeiros, Rogério Araujo. (2013). Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*, 37(99), 681-690. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>.
- Batista, Luís Eduardo, Rattner, Daphne, Kalckmann, Suzana, & Oliveira, Maridite Cristóvão Gomes de. (2016). Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde e*

Sociedade, 25(3),
12902016146290.

689-702. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104->

- Brandão, André Augusto, & Marins, Mani Tebet A. de. (2007). Cotas para negros no Ensino Superior e formas de classificação racial. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 27-45. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022007000100003>.
- Brasil, Brunah de Castro, Gomes, Erissandra, & Teixeira, Maria do Rocio Fontoura. (2019). O ENSINO DE FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL: RETRATO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(3), e0021443. Epub July 04, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00214>.
- Braz, Rui Moreira, Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de, Reis, Afonso Texeira dos, & Machado, Nadia Maria da Silva. (2013). Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 37(99), 554-562. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400002>.
- Castelar, Marilda, Lemos, Flávia Cristina Silveira, Khouri, Jamille Georges Reis, & Andrade, Thaís. (2015). Brinquedos e brincar na vida de mulheres educadoras negras. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 595-602. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193911>.
- Cavalcante, Ana Suelen Pedroza, Vasconcelos, Maristela Inês Osawa, Lira, Geison Vanconcelos, Henriques, Regina Lucia Monteiro, Albuquerque, Izabelle Napoleão MontAlverne, Maciel, Gabriel Pereira, Ribeiro, Marcos Aguiar, & Gomes, Diógenes Farias. (2018). As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 199-206. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170081>.
- Chaves, Simone Edi. (2014). Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: no ensino de graduação em Enfermagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 325-336. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0715>.
- CRI. (2006). *Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional*. Brasília: CRI.
- Cruz, Isabel Cristina Fonseca da. (2004). A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 448-457. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>.

- Cruz, I. (2006). Health and racial inequities in Brazil: the Black population - a literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2). doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.2006400>.
- Cruz, I. (2006). Racial Discrimination - risk factor for high blood pressure? a survey study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(1). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.2006274>.
- Custódio, Jéssica Bezerra, Peixoto, Maria das Graças Barbosa, Arruda, Carlos André Moura, Vieira, Daniele Vasconcelos Fernandes, Sousa, Maria do Socorro de, & Ávila, Maria Marlene Marques. (2019). Desafios Associados à Formação do Médico em Saúde Coletiva no Curso de Medicina de uma Universidade Pública do Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 114-121. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180118>.
- Daflon, Verônica Toste, Feres Júnior, João, & Campos, Luiz Augusto. (2013). Ações afirmativas raciais no ensino superior público brasileiro: um panorama analítico. *Cadernos de Pesquisa*, 43(148), 302-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742013000100015>.
- Diniz, Carmen Simone Grilo, Batista, Luís Eduardo, Kalckmann, Suzana, Schlitz, Arthur O. C., Queiroz, Marcel Reis, & Carvalho, Priscila Cavalcanti de Albuquerque. (2016). Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, 25(3), 561-572. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>.
- Domingues, Petrônio. (2007). Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, 12(23), 100-122. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-77042007000200007>.
- Eurico, Márcia Campos. (2013). A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. *Serviço Social & Sociedade*, (114), 290-310. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200005>.
- Eurico, Márcia Campos. (2018). A luta contra as explorações/opressões, o debate étnico-racial e o trabalho do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, (133), 515-529. <https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.157>.
- Evans D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating health care interventions. *J Clin Nurs*, (12), 77-84.
- Farias, J. W. F., Sousa, R. S., de Lima, T. J. S., dos Santos, W. S., & Ferreira, S. C. (2017). Racismo e julgamento social na internet: crianças e jovens negros como alvos. *Revista De Psicologia*, 8(2), 119-128. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/20107>.

- Fonsêca, Graciela Soares, Junqueira, Simone Rennó, Zilbovicius, Celso, & Araujo, Maria Ercilia de. (2014). Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(50), 571-583. Epub May 09, 2014. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0598>.
- Franco, Thais de Andrade Vidaurre, & Poz, Mario Roberto Dal. (2018). A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1017-1037. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>.
- Goes, Emanuelle Freitas, & Nascimento, Enilda Rosendo do. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37(99), 571-579. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>.
- Gomes, Iracema Costa Ribeiro, Damasceno, Rudson Oliveira, Nery, Adriana Alves, Filho, Ismar Eduardo Martins, & Vilela, Alba Benemérita. (2017). Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev. baiana enferm.*, v. 3, julho.
- Gonçalves, M. M. (2017). *Raça e saúde: concepções, antíteses e antinomia na atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://dx.doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-07022018-122142>.
- Guimarães, Antonio Sérgio Alfredo. (2003). Acesso de negros às universidades públicas. *Cadernos de Pesquisa*, (118), 247-268. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742003000100010>.
- Guimarães, Rita de Cássia Passos, Cavadinha, Edu Trute, Mendonça, Ana Valéria Machado & Sousa, Maria Fátima. (2017). Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 11(1), 121-139, mar. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>.
- Henriques, Cibele da Silva. (2017). Do trabalho doméstico à educação superior: a luta das mulheres trabalhadoras negras pelo direito à educação superior. *O Social em Questão - Ano XX - nº 37- Jan a Abr*.
- Hermann, Ana Paula, Lacerda, Maria Ribeiro, Maftum, Mariluci Alves, Bernardino, Elizabeth, & Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. (2017). O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2383-2392. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.23672015>.
- Jesus, Maria Lucia Gato de, & Monteiro, Rosana Batista. (2016). Jovens, negras e estudantes: aspectos da vulnerabilidade em São Luís do Maranhão. *Saúde*

e *Sociedade*, 25(3), 652-663. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162598>.

- Kalckmann, Suzana, Santos, Claudete Gomes dos, Batista, Luís Eduardo, & Cruz, Vanessa Martins da. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, 16(2), 146-155. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.
- Lages, Sônia Regina Corrêa, Silva, Ariane Macthelly da, Silva, Diego Patrick da, Damas, Júlia Martins, & Jesus, Mariana Augusto de. (2017). O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 109-122. Recuperado em 28 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Lima, Bárbara Patrícia da Silva, & Vilela, Rosana Quintella Brandão. (2014). Características e desafios docentes na supervisão de estágio em fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, 16(6), 1962-1971. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201417413>.
- Lima, Marcus Eugênio Oliveira, & Vala, Jorge. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 401-411. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300002>.
- Lima, Margarete Maria de, Reibnitz, Kenya Schmidt, Kloh, Daiana, Silva, Kênia Lara da, & Ferraz, Fabiane. (2018). THE PEDAGOGICAL RELATIONSHIP IN PRACTICAL-REFLEXIVE EDUCATION: CHARACTERISTIC ELEMENTS OF TEACHING INTEGRALITY IN NURSE EDUCATION. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e1810016. Epub May 03, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001810016>.
- Linde K, & Willich SN. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*; 96:17-22.
- López, Laura Cecilia. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121-134. Epub March 20, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>.
- Maggie, Yvonne, & Fry, Peter. (2004). A reserva de vagas para negros nas universidades brasileiras. *Estudos Avançados*, 18(50), 67-80. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000100008>.
- Maia, Kenia Soares, & Zamora, Maria Helena Navas. (2018). O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. *Psicologia Clínica*, 30(2), 265-286. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n02A04>.

- MARQUES, ROSA MARIA, XIMENES, SALOMÃO BARROS, & UGINO, CAMILA KIMIE. (2018). Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Brazilian Journal of Political Economy*, 38(3), 526-547. <https://dx.doi.org/10.1590/0101-35172018-2784>.
- Marques, T., & Santos, B. (2015). Um estudo sobre o pensamento social de jovens universitários acerca da justiça e das cotas raciais. *Psicologia e Saber Social*, 4(1), 108-125. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2015.17559>.
- Martins, Edna, & Geraldo, Aparecida das Graças. (2013). A Influência da Família no Processo de Escolarização e Superação do Preconceito Racial: um estudo com universitários negros. *Revista Psicologia Política*, 13(26), 55-73. Recuperado em 28 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Matos, C. C. de S. A., & Tourinho, F. S. V. (2018). Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 13(40), 1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1706](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1706).
- Matos, C. C. de S. A., & Tourinho, F. S. V. (2018). Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 13(40), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712).
- Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS. 3. ed. Brasília.
- Monteiro, Rosana Batista. (2016). 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 e Sociedade*, 25(3), 524-534. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-1290201612600>.
- Moraes, Bibiana Arantes, & Costa, Nilce Maria da Silva. (2016). Understanding the curriculum the light of training guiding health in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(spe), 9-16. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300002>.
- Neta, Vanilda Souza Sales. (2012). Uma reflexão para a desconstrução do racismo em saúde: relato de experiência. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 26, n. 3, p. 647-651, set./dez.
- Noro, Luiz Roberto Augusto, & Moya, José Luis Medina. (2019). CONDIÇÕES SOCIAIS, ESCOLARIZAÇÃO E HÁBITOS DE ESTUDO NO DESEMPENHO ACADÊMICO DE CONCLUINTEs DA ÁREA DA SAÚDE. *Trabalho*,

Educação e Saúde, 17(2), e0021042. Epub May 06, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00210>.

- Nunes, Sylvia da Silveira. (2014). Racismo contra negros: sutileza e persistência. *Revista Psicologia Política*, 14(29), 101-121. Recuperado em 28 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000100008&lng=pt&tling=pt.
- Osorio, Rafael Guerreiro. (2009). Classe, raça e acesso ao ensino superior no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 39(138), 867-880. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742009000300009>.
- PEREIRA, Lucélia Luiz, & SANTOS, Leonor Maria Pacheco. (2018). Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 2, p. 203-219, maio./ago. <http://10.18315/argumentum.v10i2.18737>.
- Pereira, Teresa Avalos, Areco, Kelsy Catherina Nema, Tarcia, Rita Maria Lino, & Sigulem, Daniel. (2016). Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação por Professores da Área da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 59-66. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01482015>.
- Ribeiro, Iramara Lima, & Medeiros Júnior, Antônio. (2016). GRADUAÇÃO EM SAÚDE, UMA REFLEXÃO SOBRE ENSINO-APRENDIZADO. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 33-53. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00099>.
- Rios, David Ramos da Silva, Sousa, Daniel Andrade Barreto de, & Caputo, Maria Constantina. (2019). Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180080. Epub August 05, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.180080>.
- Sampaio, RF, & Mancini, MC. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
- Santos, Andreia Beatriz Silva dos, Coelho, Thereza Christina Bahia, & Araújo, Edna Maria de. (2013). Identificação racial e a produção da informação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 341-356. Epub June 14, 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000003>.
- Santos, José Luís Guedes dos, Souza, Carla Simone Bittencourt Netto de, Tourinho, Francis Solange Vieira, Sebold, Luciara Fabiane, Kempfer, Silvana Silveira, & Linch, Graciele Fernanda da Costa. (2018). DIDACTIC STRATEGIES IN

THE TEACHING-LEARNING PROCESS OF NURSING MANAGEMENT. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e1980016. Epub May 03, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001980016>.

- Santos, Josenaide Engracia dos, & Santos, Giovanna Cristina Siqueira. (2013). Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde em Debate*, 37(99), 563-570. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400003>.
- Santos, Maria Zilma dos, Otani, Márcia Aparecida Padovan, Tonhom, Silvia Franco da Rocha, & Marin, Maria José Sanches. (2019). Graduação em enfermagem: ensino por aprendizagem baseada em problemas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1071-1077. Epub August 19, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0298>.
- Santos, Naila Janilde Seabra. (2016). Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 602-618. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627>.
- Silva, Joselina da, & Euclides, Maria Simone. (2018). Falando de gênero, raça e educação: trajetórias de professoras doutoras negras de universidades públicas dos estados do Ceará e do Rio de Janeiro (Brasil). *Educar em Revista*, 34(70), 51-66. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.58760>.
- Silva, Patrick Leonardo Nogueira da, Almeida, Sibelle Gonçalves de, Martins, Aurelina Gomes e, Gamba, Mônica Antar, Alves, Elaine Cristina Santos, & Silva Junior, Renê Ferreira da. (2016). Práticas educativas sobre violência contra a mulher na formação de universitários. *Revista Bioética*, 24(2), 276-285. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242128>.
- Silva, Vinício Oliveira da, & Pinto, Isabela Cardoso de Matos. (2019). Produção científica sobre docência em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(spe1), 134-147. Epub September 16, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s112>.
- Silveira, João Luiz Gurgel Calvet da, Rodrigues, Karla Ferreira, Shishido, Mônica, & Moraes, Patrícia. (2015). Pesquisa e Extensão em Saúde e a Aprendizagem nos Níveis Cognitivo e Afetivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 550-557. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02852014>.
- Silvério, Valter Roberto. (2002). Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, (117), 219-246. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000300012>.
- Tavares, Natália Oliveira, Oliveira, Lorena Vianna, & Lages, Sônia Regina Corrêa. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde

pública. *Saúde em Debate*, 37(99), 580-587. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>.

- Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti, & Lewgoy, Alzira Maria Baptista. (2016). Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 449-461. Epub January 22, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>.
- Trad, Leny Alves Bomfim, Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer, & Guimarães, Maria Clara da Silva. (2012). Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1007-1013. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>.
- Velloso, Jacques. (2009). Cotistas e não-cotistas: rendimento de alunos da Universidade de Brasília. *Cadernos de Pesquisa*, 39(137), 621-644. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742009000200014>.
- Veras, Renata Meira, Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas, Teixeira, Carmen Fontes, & Traverso-Yépez, Martha Azucena. (2018). A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de Educação Interprofissional. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 23(2), 294-311. <https://dx.doi.org/10.1590/s1414-40772018000200002>.
- Volochko, Anna. (2006). Desigualdades Raciais na Mortalidade de Adolescentes: determinação biológica, social ou racismo institucional. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 40, p. 7-9.
- Werneck, Jurema. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.
- Winters, Joanara Rozane da Fontoura, Prado, Marta Lenise do, Lazzari, Daniele Delacan, & Jardim, Vanessa Luiza Tuono. (2018). A formação superior em enfermagem no MERCOSUL: um estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 4), 1732-1739. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0405>.

