



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

RODRIGO ANTONIO LIMA DA ROCHA

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ESTUDO DE CASO DA CAMPANHA “NÃO
FIQUE EM SILÊNCIO: RACISMO FAZ MAL À SAÚDE” NO
FACEBOOK**

Brasília
2016

RODRIGO ANTONIO LIMA DA ROCHA

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ESTUDO DE CASO DA CAMPANHA “NÃO
FIQUE EM SILÊNCIO: RACISMO FAZ MAL À SAÚDE” NO
FACEBOOK**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão da Comunicação nas Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Gimenes Giugliano.

Brasília
2016

RODRIGO ANTONIO LIMA DA ROCHA

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ESTUDO DE CASO DA CAMPANHA “NÃO
FIQUE EM SILÊNCIO: RACISMO FAZ MAL À SAÚDE” NO
FACEBOOK**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de Pós-
graduação *Lato Sensu* em Gestão da
Comunicação nas Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Gimenes
Giugliano.

Brasília, 27 de setembro de 2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nome completo

Prof. Dr. Nome completo

Prof. Dr. Nome completo

**Para os profissionais de Comunicação
que tem nas mãos todos os dias não apenas a
oportunidade, mas o dever de dar a sua
contribuição para o enfrentamento ao racismo.**

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado a todos os colegas do Ministério da Saúde que me deram a oportunidade de trabalhar com temas tão importantes e ricos como a promoção da equidade em saúde para populações vulneráveis como a população negra, LGBT, em situação de rua e tantas outras.

Registro aqui meus sinceros agradecimentos a Lia Maria dos Santos de Deus, Rui Leandro da Silva Santos, Kátia Maria Barreto Souto e Michely Ribeiro da Silva, que gentilmente concederam entrevistas e tornaram esse trabalho possível. Obrigado também aos amigos comunicadores Aedê Cadaxa e Antônio Ferreira, pelas dicas de leitura e apoio na busca por referências bibliográficas.

A amiga Kadydja Albuquerque, obrigado por compartilhar mais essa etapa comigo. Estudamos juntos a graduação em Sergipe e as duas pós-graduações, primeiro na Bahia e agora no Distrito Federal. Há 18 anos estamos nas vidas um do outro e não tenho dúvidas de que seguiremos assim.

Aos novos amigos e companheiros do curso de pós-graduação Maíra Andrade, Caio Nantes, Ana Flávia Flôres, João Freire, Camila Benac e Elton Pacheco, obrigado por tonarem essa jornada mais prazerosa e, certamente, inesquecível.

Ao irmão que ganhei em Brasília, Bruno Aguiar, minha gratidão pela disponibilidade para me ajudar a organizar as ideias quando achei que não conseguiria.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Rogério Giugliano, pelos ensinamentos, apoio e provocações.

A minha família, especialmente minha mãe, Neyla Rocha, minha irmã, Ana Paula Soares, e meu cunhado, Jorge Soares, obrigado pelo amor incondicional e pelo apoio que tantas vezes torna a rotina menos pesada.

“E os pobres são como podres e todos sabem como se tratam os pretos”.

Caetano Veloso

RESUMO

O objetivo desse trabalho é investigar se o racismo é reconhecido como um determinante social em saúde que interfere diretamente na qualidade dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população negra no Brasil. Para isso, inicialmente são conceituados os termos “equidade” e “racismo institucional”, essenciais ao desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, contextualiza-se o enfrentamento ao racismo no SUS, a relevância da rede social Facebook no Brasil e na comunicação realizada pelo Ministério da Saúde. Por meio da análise quantitativa e qualitativa das interações feitas pelos usuários do Facebook que interagiram com o Ministério da Saúde em sua página intitulada ‘SUS Sem Racismo’, destinada à veiculação de informações integrantes da campanha publicitária “Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde”, e de entrevistas com participantes de todas as fases desta campanha, esta pesquisa conclui que a hipótese apresentada de não reconhecimento do racismo como determinante social em saúde pela maioria da amostra populacional estudada é verdadeira.

Palavras-chave: Equidade. Racismo Institucional. Facebook. Saúde. População Negra.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate whether racism is recognized as a social determinant of health that directly affects the quality of services offered by the Unified Health System (SUS) to the black population in Brazil. For this, the terms "equity" and "institutional racism", essential to the development of the research, are initially conceptualized. Then, the study contextualizes the efforts to fight against racism in SUS, the relevance of the social network Facebook in Brazil and in the communication processes conducted by the Brazilian Health Department. Through quantitative and qualitative analysis of the interactions made by Facebook users with the Brazilian Health Department's page entitled 'SUS Without Racism', used to post information of the advertising campaign "Do not Stay Silent: Racism is bad for health", and through interviews with participants in all stages of this campaign, this research concludes that the hypothesis presented for non-recognition of racism as a social determinant of health for the majority of the population sample studied is true.

Key words: Equity. Institutional racism. Facebook. Health. Black Population.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGAGPCS	Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
ONU	Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 EQUIDADE E RACISMO INSTITUCIONAL	15
2 O ENFRENTAMENTO AO RACISMO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE	21
3 A CRIAÇÃO DA CAMPANHA	26
4 A CAMPANHA NO FACEBOOK	31
5 ANÁLISE DAS INTERAÇÕES	35
6 ALCANCE DOS RESULTADOS	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A Coleta de Dados	50
APÊNDICE B Questionário das entrevistas	71
ANEXO A Briefing da campanha	73

INTRODUÇÃO

A diversidade de raças, classes sociais, orientações sexuais, percepções de gênero, localizações geográficas e de níveis de acesso à informação não devem ser impeditivos para o direito universal e integral à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, principais marcos legais da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O direito universal e igualitário à saúde é uma das principais conquistas da população brasileira expressas na Constituição 88. Nela, a saúde como direito aparece explicitamente pela primeira vez no Art. 6º, que trata dos Direitos Sociais dos cidadãos brasileiros. “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte [...] na forma desta Constituição”. Antes disso, porém, essa garantia já se encontra implícita no Art. 5ª, que garante, entre outros, o direito à vida.

No texto constitucional, a saúde é destacada como um dos três itens que a compõem a seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. E é no artigo 196 da Constituição que ela é definida enquanto direito de todos, na medida em que deve ser universal e igualitária.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Todavia, a garantia constitucional não assegura, apenas pela existência da letra no papel, que o direito integral à saúde seja ofertado de forma equânime a todos os grupos sociais. Isso poderá ser constatado nas estatísticas que serão apresentadas no decorrer deste trabalho para comprovar a existência de diferenças segregadoras na qualidade da assistência à saúde oferecida pelo Sistema Único de Saúde aos cidadãos e cidadãs brasileiros.

A partir da definição dos conceitos de equidade e racismo institucional utilizados pelo governo federal, especialmente o Ministério da Saúde (MS), este

trabalho contextualiza a inclusão da população negra nas políticas públicas de saúde para buscar responder o seguinte problema de pesquisa: a partir do estudo de caso da campanha publicitária de enfrentamento ao racismo institucional 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde', lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em novembro de 2014 com grande apelo nas mídias sociais, e tomando como base a quantificação, classificação e análise dos comentários feitos pela população nas postagens produzidas e veiculadas pelo Ministério da Saúde na página 'SUS Sem Racismo', criada e administrada pela instituição na plataforma online Facebook¹, qual a percepção dos usuários que interagiram com o Ministério da Saúde nas postagens feitas na página especificamente criada para disseminar a campanha a respeito da existência e consequências do racismo institucional como determinante social em saúde?

A investigação parte da hipótese de que o racismo institucional não é reconhecido pela maior parte da amostra estudada como um problema que existe no SUS e que precisa ser enfrentado. Para verificá-la, serão utilizados como indicadores a classificação positiva, negativa e neutra dos comentários feitos diretamente em cada postagem, além de quatro entrevistas realizadas com atores diretamente envolvidos no processo de criação e produção da campanha. A principal finalidade deste trabalho é analisar os impactos de recepção desta campanha para, a partir daí, auxiliar a compreensão de como a Comunicação pode contribuir para a promoção da equidade no SUS.

Para isso, é importante adotar o entendimento de que o princípio da equidade é um dos norteadores das políticas públicas de saúde que integram o SUS. Mesmo não estando explicitado na Constituição Federal, nem na Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o termo é adotado pelos gestores do Sistema para nortear o atendimento em saúde ofertado, tomando como ponto de partida uma diretriz explícita: oferecer mais a quem mais precisa, de acordo com as suas especificidades e características.

Citada 20 vezes Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (Brasil, 2009), a equidade é tratada no documento como uma

1 Mídia social lançada nos Estados Unidos em 4 de fevereiro de 2004, que permite o compartilhamento de informações em diversos formatos – imagem, textos, vídeos, gifs – e que, em 2012, já havia atingido mais de 1 bilhão de usuários em todo o planeta. Pode ser acessada por qualquer dispositivo conectado à Internet, móvel ou não.

meta que deve ser incorporada pelas políticas públicas para viabilizar a ampliação da cobertura de serviços de saúde com qualidade e de modo universal para alcançar com políticas de promoção da saúde as populações em situação de vulnerabilidade, dentre elas, a população negra.

Neste sentido, o trabalho de análise da campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’ utiliza as expressões do racismo no Sistema Único de Saúde – especialmente os dados em saúde que embasaram e justificaram a ação publicitária – para, a partir da adoção dos conceitos de ‘equidade’ e ‘racismo institucional’, explicar o conceito da campanha e as origens do seu surgimento; revelar como se deu o desenvolvimento da campanha desde o seu lançamento até a sua interrupção; e avaliar a recepção da campanha por parte da sociedade, tomando como público estudado a parcela da população que se manifestou via Facebook em interação com o canal da campanha, criado pelo Ministério da Saúde nesta rede social.

Considerando a relevância da tarefa da Comunicação Social para o alcance da equidade no atendimento ofertado pelo SUS à população negra brasileira, este trabalho pode ser considerado indispensável na medida em que busca averiguar como a campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’ no Facebook serviu ao propósito de provocar conversas e debates nessa rede social sobre o racismo institucional como determinante social da saúde da população negra.

Do ponto de vista social, o trabalho visa a contribuir para mapear o entendimento existente na sociedade – aqui representada pelo público usuário do Facebook que interagiu com o Ministério da Saúde durante o período da campanha – acerca desse racismo institucional e suas implicações para a saúde da população negra.

Além disso, o presente estudo tenciona auxiliar a construção de conhecimento acerca da Comunicação em Saúde com foco na promoção da equidade em saúde, assim como ampliar o debate sobre a comunicação pública e de interesse público a partir da utilização das mídias sociais e da Internet.

Metodologicamente, este trabalho adotou a análise quantitativa das interações com o Ministério da Saúde na página ‘SUS Sem Racismo’, espaço oficial da campanha ‘Racismo Faz Mal à Saúde’ no Facebook. Foram entendidas como positivas as interações de apoio explícito à campanha que reconheceram a sua

existência como necessária; como negativas as mensagens de repúdio à campanha que desqualificaram sua existência e as informações que a compuseram, e como neutros os comentários que não deixaram explícita a posição do usuário sobre o assunto.

Além desta pesquisa, faz parte da metodologia adotada para o trabalho uma análise qualitativa realizada a partir de entrevistas com quatro dos participantes da concepção e criação da campanha que, à época, ocupavam os seguintes cargos: Kátia Maria Barreto Souto, diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (DAGEP/SGEP/MS); Rui Leandro da Silva Santos, coordenador-geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social do mesmo Departamento; Lia Maria dos Santos de Deus, consultora técnica da mesma Coordenação, e Michely Ribeiro da Silva, conselheira nacional de Saúde na cadeira do movimento negro na instância de controle social Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Também estão inclusas na metodologia adotada uma revisão bibliográfica sobre o racismo institucional e suas expressões dentro do Sistema Único de Saúde e a apresentação de dados oficiais a respeito do atendimento do acesso e da qualidade do atendimento recebido pela população negra no SUS.

Para dar conta desta tarefa, o estudo está dividido em seis etapas. Na primeira, são apresentados os conceitos adotados para tratar os temas equidade e racismo institucional. A abordagem considera as definições e critérios adotados pelo governo federal, em especial pelo Ministério da Saúde, e traz dados sobre a saúde da população negra utilizados no briefing de criação da campanha e coletados em áreas estratégicas do Ministério da Saúde.

A segunda etapa contextualiza o tema dentro do Ministério da Saúde, trazendo um histórico dos principais marcos do enfrentamento ao racismo nas políticas públicas de saúde ao longo dos últimos 20 anos, apresentando mais dados sobre atendimento e discutindo a transversalidade de ações como aspecto fundamental para o sucesso do enfrentamento ao racismo institucional no SUS.

A terceira etapa é dedicada à explicação sobre a construção da campanha, os aspectos considerados na escolha e formatação de todas as peças que a compõem, além da definição do plano de mídia adotado. O capítulo seguinte, de número quatro,

contextualiza a relevância do Facebook como um dos canais de comunicação escolhidos para disseminar a campanha, destaca sua abrangência no mundo e no Brasil e explica a relação e o uso que o Ministério da Saúde faz dessa rede social.

Em seguida, o capítulo cinco se debruça sobre a metodologia de avaliação da recepção da campanha, comenta os métodos de análise quantitativa e qualitativa de informações e descreve o processo de categorização e classificação das interações feitas pelos usuários com o Ministério da Saúde na página 'SUS Sem Racismo' para, por fim, apresentar e avaliar os dados coletados. O capítulo seis avalia o alcance dos resultados pretendidos e demonstra os primeiros impactos produzidos direta ou indiretamente pela campanha dentro do próprio Ministério da Saúde e em outros espaços do governo federal. Ao final, as considerações finais trazem um breve resumo do trabalho, avaliam se todos os objetivos pretendidos foram alcançados, explicam o estado atual do tema em discussão e oferecem sugestões de caminhos a seguir para dar continuidade ao assunto dentro das ações de comunicação do MS.

1 EQUIDADE E RACISMO INSTITUCIONAL

Apesar de não existir com esta denominação na Constituição Federal de 1988, o conceito de 'equidade' que permeou a construção da Carta Magna brasileira pode ser diretamente relacionado à necessidade de direitos e garantias cidadãs a partir da retomada democrática do Brasil. No momento em que o país deixava para trás os tempos sombrios da ditadura, o clamor dos movimentos sociais organizados e da sociedade em geral por um debate qualificado em torno dos direitos humanos deu a tônica da elaboração do texto constitucional para a valorização das minorias e a promoção da justiça social, com igualdade de direitos. O artigo 196 é reflexo direto disso.

Naquele período, todavia, o entendimento desta justiça social estava mais relacionado às especificidades regionais, à divisão territorial e à distribuição dos recursos públicos. Tanto que os três maiores e mais detalhados dos cinco artigos constitucionais que tratam especificamente do tema Saúde – os artigos 198, 199 e 200 – estão destacadamente voltados à descrição de uma rede regionalizada e hierarquizada para a oferta de serviços à população (art. 198), à saúde suplementar (art. 199) e à descrição das competências dos integrantes do Sistema Único de Saúde (art. 200).

Ainda que o que hoje é entendido como equidade possa estar contido dentro do conceito de universalidade e igualdade trazido pela Constituição, o respeito às individualidades e características específicas não está dado como algo certo. A sua garantia precisa ser conquistada diariamente por meio de políticas afirmativas que expressem de forma mais direta e precisa as necessidades de grupos sociais historicamente marginalizados, como os negros.

Para Duarte (2000), autora do artigo científico "Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?", a igualdade aparece na Constituição Federal como sinônimo de 'equidade', aqui entendida em dois sentidos: o da oportunidade de acesso e o das condições de saúde da população.

Assim, a legislação sanitária brasileira atual é avançada no conceito de equidade que incorpora, pelo menos no que se refere a dois eixos: o acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e a ação sobre os

determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições). (DUARTE, 2000, p.447).

Mas, afinal, o que é equidade? Por que ela é relevante no contexto do presente estudo? Para Rita Barradas Barata, autora do livro *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*, “equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social” (BARATA, 2009, p.55). Isso significa, antes de mais nada, que ela é um construto social e, por isso, é subjetiva. No contexto da saúde da população negra, a expressão da iniquidade que gera desigualdade está muito associada ao preconceito e à discriminação baseados na cor da pele. Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso ajudam a precisar ainda mais. “De um modo simples, o princípio da equidade aponta para diferenças, por exemplo, nas condições de vida e saúde, necessidades e possibilidades das pessoas e a necessidade de tratar diferentemente os desiguais”. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 64)

O princípio da equidade é um dos norteadores das políticas públicas de saúde que integram o SUS. Mesmo não estando explicitado na Constituição Federal, nem na Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o termo é adotado pelos gestores do Sistema para nortear o atendimento em saúde ofertado aos cidadãos e cidadãs brasileiros: oferecer mais a quem mais precisa, de acordo com as suas especificidades e características.

A Lei Nº 8.080 foi sancionada pouco mais de dois anos depois da Constituição para explicitar as condições necessárias para garantir a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a sua organização e funcionamento dos seus serviços. Nela, além da universalidade da cobertura e do atendimento, já mencionados na Carta Magna, incorporou-se também o conceito de integralidade, "entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema". (BRASIL, 1990)

A palavra 'equidade' aparece incorporada explicitamente pela primeira vez na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009), aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, como uma meta que, para ser construída pelas políticas

públicas, deve viabilizar a ampliação da cobertura de serviços de saúde com qualidade e em nome da universalidade, atendendo com políticas de promoção da saúde as populações em situação de vulnerabilidade, dentre elas, a população negra.

A garantia da equidade passaria, então, pelo reconhecimento e respeito às diferenças entre os grupos sociais, e pela criação de mecanismos para assegurar que essas características orientem as políticas públicas, de modo que elas sejam universais e integrais. “Igualdade é fazer com que todas as pessoas sejam atendidas. Já o conceito de equidade tem como base a justiça social. E, com base nisso, não há possibilidade de atender universalmente a população brasileira sem reconhecer que ela está estruturada de forma diferente”, afirma a ex-conselheira nacional de Saúde na cadeira do movimento negro, Michely Ribeiro, representante da Rede Lai Lai Apejo – população negra e DST/Aids.

Na avaliação da ex-consultora técnica da Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (GGAGPCS/SGEP/MS), Lia Maria dos Santos de Deus, a promoção da equidade surge na contramão da proposta inicial do SUS. “A maior parte das políticas públicas brasileiras é construída com perfil universalista, generalista. Mas, somente a partir do momento que vivenciamos a política pública no campo, é possível entender que na porta de entrada existem várias identidades e vulnerabilidades que devem ser levadas em consideração. Por isso, temos que dialogar mais na perspectiva de gestão estratégica e participativa, que coaduna o trabalho e a expertise da gestão ao diálogo com a Academia e com os movimentos sociais, que devem ser os reais protagonistas dessas políticas”, enfatiza.

Esta visão considera que a universalidade das políticas públicas tende a dificultar o entendimento dos gestores e da sociedade em geral sobre a equidade, na medida em que aquilo que é para todos não pode – ou não deveria – ser especialmente destinado a ninguém. Surge aí uma disputa conceitual que, conforme pontua Silva Júnior (2008) no primeiro capítulo do livro Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial, uma coletânea de artigos publicada pelo Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), pode fazer parecer que há uma antítese entre os dois termos.

Há aqui uma armadilha conceitual: o engodo segundo o qual uma política universalista não poderia ser calibrada para equalizar as desigualdades de natureza racial. Referimo-nos ao pressuposto de que o universal resulta de um conjunto de especificidades, de modo que a questão não reside no embate entre universal versus específico, mas sim no grau de comprometimento do universal com as diversas especificidades. (SILVA JÚNIOR, 2008, p. 16).

Para ele, não há contradição, mas complementariedade entre os termos. Somadas, universalidade e integralidade seriam, portanto, suficientes para garantir a equidade do atendimento em saúde? Não. Prova disso é que o preconceito e a discriminação historicamente fomentados e reproduzidos contra a população negra desde o período da colonização brasileira, no século XVI, ainda repercutem até os dias atuais e tem, na saúde, algumas de suas principais expressões, como veremos a seguir.

É exatamente o reconhecimento do preconceito e da discriminação, ou seja, da existência do racismo na sociedade e dos seus reflexos no Sistema Único de Saúde – o racismo institucional –, que marca a criação, em 2006, e a luta pela publicação, em 2009, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Mas de que racismo estamos falando? Como ele está presente no SUS? É preciso, aqui, delimitar o campo de estudo ao racismo institucional, como bem fez Jaccoud (2008 apud BATISTA; LOPES; WERNECK 2004).

O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública. (JACCOUD, 2008, p. 5)

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os negros – soma das pessoas que se declararam como tendo pele preta ou parda – correspondem a 52,9% da população brasileira. No ano de 2010, a mesma pesquisa mostra que o analfabetismo atingia 41,9% dos negros e 14,6 % dos brancos, o que pode impactar diretamente o acesso à informação em saúde e dificultar, por exemplo, o uso correto de medicamentos prescritos.

Segundo a publicação Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, lançada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2011, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS no ano de 2008. Todavia, a quantidade maior de pessoas negras entre a população brasileira e os usuários do SUS não significa mais atendimento a este público.

Uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 revela, por exemplo, que o percentual de mulheres brancas que realizaram uma consulta médica nos 12 meses anteriores à realização da pesquisa chegou a 74,8%. Já entre as pretas, o índice foi de 69,5%, e entre as pardas, 67,8%. A mesma PNS estimou em 60% o índice de mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, que realizaram exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa. Este cuidado com a saúde foi mais observado entre as mulheres brancas (66,2%) e com nível de escolaridade superior completo (80,9%). As menores proporções foram observadas entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com nível fundamental incompleto (50,9%).

Os dados reforçam o que, para López (2012), pode ser chamada de falsa ideia de democracia racial disseminada entre os brasileiros.

Esta idealização esconde que a 'harmonia racial' tinha como pressuposto a manutenção das hierarquias vigentes no país, na qual o segmento branco da população foi tido como principal e dominante, constituindo o ideal a ser alcançado pela nação. (LÓPEZ, 2012, p. 122)

O preconceito e a discriminação, contudo, estão vinculados à cor da pele, mas também a valores imateriais e intangíveis que podem ser associados a ela como cultura e religião. Estudos científicos já comprovaram haver mais variação genética entre indivíduos integrantes de uma mesma raça do que entre pessoas pertencentes a diferentes grupos raciais. Assim, a adoção do conceito de etnia tem sido mais aceita no sentido antropológico do acesso à saúde.

[...] compreenderemos o racismo institucional, também denominado racismo sistêmico, mecanismo estrutural que garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados – negr@s, indígenas, cigan@s, para citar a realidade latino-americana e brasileira da diáspora africana – atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeit@s nestes grupos. Trata-se da forma estratégica como o racismo garante a apropriação dos resultados positivos da produção de riquezas pelos segmentos raciais

privilegiados na sociedade, ao mesmo tempo em que ajuda a manter a fragmentação da distribuição destes resultados no seu interior. (WERNECK et al., 2013, p. 17)

Entendido como a soma das características físicas genéticas às características socioculturais que identificam grupos sociais (ainda que eles estejam geograficamente afastados), o conceito de grupo étnico engloba noções de religiosidade, práticas culturais, situação econômica e outras variáveis que precisam ser consideradas como componentes importantes para a formação do preconceito que adoece a população negra na medida em que a discrimina de forma sistêmica, como definiu Werneck (2013) na publicação *Racismo Institucional: uma abordagem conceitual*.

2 O ENFRENTAMENTO AO RACISMO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Uma longa trajetória foi percorrida até que se chegasse à elaboração e veiculação, no segundo semestre de 2014, da campanha de enfrentamento ao racismo no SUS intitulada 'Não Fique em Silêncio: Facismo Faz Mal à Saúde'. Para entender a ação publicitária, é preciso contextualizá-la historicamente e o capítulo que se segue é dedicado a este objetivo.

Depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, que incluiu a saúde como um dos três itens de seguridade social a partir da demanda popular e do ativismo dos movimentos sociais negros, especialmente durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi a Marcha Zumbi dos Palmares, em 20 de novembro de 1995, que forçou o governo federal a incluir em suas agendas o debate racial nas políticas públicas.

Criado no governo do então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra abriu diversas frentes de atuação para a promoção da igualdade de direitos para a população negra brasileira. Em 1996, esse GTI apresentou seus primeiros resultados, entre os quais um dos mais importantes foi a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos.

No Ministério da Saúde, o pioneirismo na implantação do recorte étnico-racial para o acúmulo de informações e dados foi o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que conseguiu incorporar em suas pesquisas, no início dos anos 2000, o recorte de raça/cor para mapear a quantidade de pessoas negras infectadas pelo vírus HIV. "Existia no Departamento um comitê para discutir a feminização da epidemia da aids no final da década de 90 e início dos anos 2000. Lá, uma das grandes questões levantadas pelo movimento de mulheres negras era necessidade de inclusão do quesito raça/cor na coleta de dados. Assim, o Ministério da Saúde foi, dentro do governo federal, o pioneiro neste sentido. O quesito raça/cor orienta o gestor a nortear sua ação de planejamento, prevenção e assistência, de promoção à saúde

como um todo”, relembra a ex-diretora do DAGEP/SGEP/MS, Kátia Souto, que também é ex-integrante do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Já no primeiro governo do ex-presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a criação, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) pela Lei 10.678, de 23 de março de 2003, representou uma nova fase na promoção da equidade em saúde para a população negra. Como indutora de políticas públicas que transversalizassem o entendimento sobre as necessidades da população negra, a Secretaria possuía status ministerial e assinou, em 18 de agosto de 2004, um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde para aprofundar esse debate dentro do Sistema Único de Saúde. No mesmo mês, o MS havia instituído o Comitê da Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004, com o objetivo de assessorar a gestão federal na sistematização de propostas que visassem à “promoção da equidade racial na atenção à saúde”.

A criação da Seppir aconteceu no mesmo ano da criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde e contribuiu muito para o avanço de políticas promotoras de saúde da população negra dentro do Ministério da Saúde, que, naquele momento, já possuía um corpo técnico composto por pessoas negras junto ao Gabinete do Ministro Humberto Sérgio Costa Lima.

A presença destas pessoas contribuiu decisivamente para que começasse a discussão sobre a saúde da população negra no MS. Criou-se um comitê formado praticamente por acadêmicos, alguns de notório saber e a maioria negros e negras, mas ainda com pouca representação dos movimentos sociais, apesar da forte atuação dos movimentos negros na 11ª e na 12ª Conferências nacionais de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente. O Comitê se debruçou sobre a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra porque naquele momento havia, além da incidência da Seppir no MS, uma capacidade de articulação que favorecia esse trabalho. A coordenação do grupo estava a cargo do DAGEP/SGEP/MS.

Como resultado dos esforços do Comitê Técnico, composto por diversas áreas do Ministério da Saúde, pela Seppir, por pesquisadores e ativistas da luta contra o racismo nos espaços de promoção da saúde, e a partir da realização de seminários e eventos para debater o tema, foi escrita a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

A aprovação do texto pelo Conselho Nacional de Saúde aconteceu de forma unânime no ano de 2006. Apesar de ter sido uma vitória, a validação do CNS era apenas a primeira etapa no processo de tramitação da política, que precisava, assim como todas as políticas públicas de saúde brasileiras pós Constituição Federal de 1988, ser pactuada entre os gestores das esferas de poder – federal, estaduais e municipais – na instância batizada Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A Comissão é presidida pelo Ministro da Saúde e integrada pelo governo federal, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A aprovação da PNSIPN na CIT levou quase três anos. Para a ex-conselheira nacional de Saúde, Michely Ribeiro, o tempo foi excessivo e uma expressão do racismo institucional no âmbito do SUS. “A Política coloca como marca o reconhecimento do racismo enquanto determinante social de saúde, o que é algo muito positivo porque envolve apenas os processos de adoecimento conhecidos pela ciência, mas coloca o racismo enquanto uma perspectiva que também determina este adoecimento, que mobiliza a doença. Mas, para os movimentos sociais, um tema aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde demorar 3 anos para ser levado à CIT e aprovado foi como um retorno do racismo institucional”, pondera.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é a única entre as políticas promotoras de equidade em saúde a possuir o status de lei, já que encontra-se quase que integralmente no texto do Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei Nº 12.288, de 20 de Julho de 2010.

Com a pactuação da PNSIPN, outro desafio estava posto: operacionalizá-la para que saísse do papel. Isto significava que, além de cuidar de questões que atingem mais a população negra, como a doença falciforme, era preciso fazer com que os gestores, trabalhadores, pesquisadores e usuários do SUS conhecessem o documento e pudessem agir para que o recorte racial fosse transversalizado dentro de todas as políticas públicas, de saúde ou não.

Em vez de haver programas de saúde especificamente voltados para o atendimento da população negra, era necessário fazer o caminho inverso: as questões relativas à população negra deveriam ser contempladas em quaisquer programas e ações promovidas pelo SUS.

Na prática, era urgente, por exemplo, incluir as comunidades negras em programas de reforma e construção de unidades básicas de saúde; ofertar, em programas como o Farmácia Popular, os medicamentos adequados a problemas comuns entre a população negra, como a hipertensão arterial; e preparar os profissionais de saúde para as questões que mais atingem as mulheres negras para que, quando grávidas, elas e seus bebês recebessem atendimento adequado durante o pré-natal, entre outras questões. Em todos estes processos, cabia à Comunicação um papel fundamental.

Duas tentativas de visibilizar a PNSIPN foram concretizadas a partir de então. Com menor força, a primeira campanha interna sobre o assunto aconteceu para os trabalhadores do MS no ano de 2010. Porém, segundo a consultora técnica do Ministério, Lia Maria dos Santos de Deus, sem sucesso ou grande repercussão. “Tentou-se dar visibilidade aos dados que o Comitê Técnico já discutia. Mas o trabalho não teve o fôlego que nós queríamos e nem força para ficar na memória das pessoas, para que elas se lembrem hoje dessa campanha”, revela, ao lembrar daquilo que gosta de chamar de “enegrecimento” da pauta. “Quando começamos a colocar a negritude como centro do discurso, percebemos como nossas falas e posturas tendenciam o pressuposto de poder do branco, do claro”, explica.

A experiência adquirida em 2010, contudo, foi a base para que uma outra campanha interna ganhasse fôlego em 2012 e, desta vez, alcançasse a repercussão desejada. A meta era com e para os trabalhadores da saúde sobre o enfrentamento ao racismo, o respeito à diversidade religiosa e cultural dentro do Ministério da Saúde, e fazer esse trabalho repercutir por toda a Esplanada dos Ministérios.

Para isso, uma equipe do DAGEP/SGEP/MS percorreu as unidades do MS em Brasília abordando pessoas negras para convidá-las a participar da campanha e falar sobre o assunto, discutindo o racismo em seus espaços de trabalho. “Perguntávamos: o que é ser negro para você? Como o seu orgulho de ser negro se manifesta? Muitas gente gaguejava e não sabia o que era esse orgulho”, relembra Lia Maria.

As pessoas que aceitaram participar da campanha foram fotografadas para a exposição feita no túnel que liga o edifício sede do Ministério da Saúde na Esplanada dos Ministérios ao anexo A. Junto a isso, dados do IPEA com um retrato de raça, cor e gênero foram apresentados para explicar como vive a população negra brasileira,

em que espaços ela se encontra, e que acesso ela tem a direitos constitucionais como educação, saúde e trabalho, entre outros.

Um fato inédito na história do MS marcou a campanha lançada na gestão do então ministro Alexandre Padilha. Ali, pela primeira vez, a população dos terreiros de candomblé e umbanda, expressões religiosas do povo negro africano escravizado no Brasil, ganhou visibilidade institucional. Isto porque, no lançamento da exposição 'Igualdade Racial no SUS é pra valer', em 20 de novembro de 2012 (aniversário do Dia da Consciência Negra), 100 representantes de comunidades de terreiros do Distrito Federal e entorno, vestidos com suas roupas de nação - as mesmas que vestem em seus terreiros - cantaram para os 16 orixás cultuados no Brasil, fizeram uma lavagem simbólica do túnel e deixaram uma mensagem de respeito à diversidade e contra o racismo que, muitas vezes, vem impregnado de xenofobia contra a origem africana.

O lançamento, também em 2012, da 2ª edição do livro 'Saúde da População Negra', parceria entre o Ministério da Saúde e Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), também foi um marco importante para o fortalecimento da luta contra o racismo institucional no âmbito do Ministério da Saúde. A publicação aglutina uma série de artigos e dados científicos que podem embasar a tomada de decisão e orientar a construção e implementação de políticas públicas voltadas à busca da equidade em saúde para a população negra brasileira.

Neste contexto histórico surge, em 2014, uma nova campanha publicitária para dar voz ao enfrentamento ao racismo no Sistema Único de Saúde, batizada de 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde'. É sobre ela que falaremos no capítulo a seguir.

3 A CRIAÇÃO DA CAMPANHA

Quando começou a ser gestada em parceria com o Gabinete do Ministro em 2014, a campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’ tinha alguns objetivos muito bem definidos. O principal deles, o objetivo geral, guarda-chuva que abrigaria todos os objetivos específicos, estava completamente fundamentado na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: dar visibilidade ao fato de que o Ministério da Saúde reconhecia no texto da PNSIPN o racismo como um dos principais, senão o principal determinante social em saúde da população negra brasileira.

No texto da Portaria GM/MS Nº 992, expedida pelo Gabinete do Ministro da Saúde em 13 de maio de 2009, a marca da política não deixa dúvidas: ela explicita o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2010, p.18). O mesmo pode-se dizer do seu objetivo geral: “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”. (BRASIL, 2010, p.19)

Tomando estas afirmativas como ponto de partida e considerando todo o histórico de enfrentamento ao racismo institucional dentro do SUS apresentado no capítulo anterior, era chegada a hora de avançar na construção de uma nova comunicação institucional sobre o tema.

Naquele momento, o Ministério da Saúde recebia inúmeras críticas por conta dos relatos de violências urbanas, de jovens negros sendo assassinados, da violência social, dos ataques racistas aos médicos cubanos que vieram trabalhar no programa Mais Médicos² e até de casos de racismo em espaços como o esporte. “Em 2014, estávamos num estágio tal de maturidade de discussão política dentro do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra, que tínhamos que nos

² Programa federal criado pela Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para estimular a fixação de profissionais médicos nas unidades básicas de saúde brasileiras, especialmente em localidades de difícil acesso e afastadas de centros urbanos.

posicionar publicamente e dizer que a marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o reconhecimento do racismo enquanto determinante social em saúde, ainda era um lema e ainda era uma das pautas prioritárias para a implementação de política dentro do SUS”, relembra a ex-consultora técnica da CGAGPCS/DAGEP/SGEP/MS, Lia Maria dos Santos de Deus.

De acordo com ela, também era fundamental que a palavra ‘racismo’ fizesse parte do nome e do slogan da campanha, e estivesse presente em todas as suas peças. “Porque a gente não fala de racismo. A gente diz que é necessária uma política, diz que a população negra é vulnerável, que é marginalizada, mas ninguém diz que existe racismo. E esse racismo institucional é, na verdade, a institucionalização das nossas práticas de preconceito e discriminação. No centro, a necessidade era deflagrar que o racismo faz mal à saúde, não fique em silêncio, não importa de que lado você esteja: usuário, profissional. Você tem o direito de reagir a essa violência, denunciar”, frisa.

A contribuição histórica do movimento social negro para o enfrentamento ao racismo, especialmente nas áreas inclusas explicitamente no conceito constitucional de seguridade social – saúde, previdência e assistência social – e o acúmulo de conhecimentos conquistado ao longo desta trajetória foram fundamentais para que a gestão pudesse formatar a campanha publicitária. Todavia, esta participação foi limitada na avaliação da ex-conselheira nacional de saúde Michely Ribeiro da Silva, que ocupava uma vaga no Conselho Nacional de Saúde à época. Para ela, o governo federal apropriou-se do slogan criado pelo movimento social negro ‘Racismo Faz Mal à Saúde’ sem dar a ele a oportunidade de participar de modo mais incisivo da construção da campanha.

Segundo Michely, o slogan veio da criação do próprio movimento social quando foi criada, em 2007, a Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra, que estabeleceu o 27 de outubro como o dia D de mobilização para este objetivo em todo Brasil. “A campanha foi em retorno àquilo que o movimento social apresentava. No entanto, a reclamação é de que as redes que dialogavam sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não foram chamadas para dialogar sobre a construção dessa campanha”, afirma Michely, ao ressaltar que a participação do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra não era suficiente, ainda que ele fosse uma instância legítima de diálogo entre a gestão, a

Academia e os movimentos sociais. “O Comitê era um espaço de diálogo, mas dada a amplitude da campanha, o movimento sempre considerou que deveria haver uma outra chamada”, acrescenta.

Para o então coordenador do CGAGPCS/DAGEP/SGEP/MS, Rui Leandro da Silva Santos, a primeira experiência de racismo institucional vivida na fase de elaboração da campanha aconteceu nas negociações internas para que ela fosse realizada. “A parte mais difícil desse processo foi a relação com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro, o convencimento daquele grupo sobre o quanto era importante e necessário darmos esse passo. Ali, vimos muito nitidamente o racismo institucional porque as pessoas não entendiam qual era a necessidade de fazer uma campanha daquelas. E as pessoas não são ruins ou más, elas apenas refletiam o que a sociedade pensava”, pondera.

Já para a diretora do DAGEP/SGEPM/MS no momento de elaboração da campanha, Kátia Souto, esse diálogo não foi tão complicado e, uma vez vencida a etapa de negociação interna, a prioridade política necessária e possível foi dada ao tema. Segundo ela, desde o começo do processo o ministro Alexandre Padilha, que estava à frente do Ministério da Saúde quando a discussão para realizar a campanha começou, apoiou a sua realização. Este apoio teve sequência com o ministro Arthur Chioro, que sucedeu Padilha na pasta e comandava o MS no lançamento da campanha.

Superada esta fase, questões de ordem prática se impuseram para que o material publicitário fosse produzido. Era preciso construir um briefing embasado em dados epidemiológicos e pesquisas científicas que demonstrassem as diferenças entre o atendimento ofertado pelo SUS à população negra e à população não-negra. E aí uma dificuldade se impôs: a carência de dados gerada por fatores como a imprecisão na coleta de informações do quesito raça/cor ao longo dos anos e a descontinuidade de análises epidemiológicas que consideravam o recorte de raça. Essa falta de informações, por si só, pode ser considerada uma expressão do racismo institucional.

Os objetivos específicos da campanha, destrinchados a partir do guarda-chuva da visibilidade ao reconhecimento do racismo como determinante social em saúde, incluíam quatro aspectos centrais: incentivar o protagonismo da população negra no cuidado com sua saúde; informar a população em geral sobre os motivos e

agravos que dificultam o acesso integral da população negra aos serviços de saúde; conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência do racismo institucional no SUS e a importância de enfrentá-lo; e promover a ruptura de estigmas recorrentes que disseminam ideias como as de que os negros são mais resistentes à dor, mais sujos, têm cheiro forte e estética diferente e duvidosa, o que se reflete em discriminação.

Para atingi-los, a equipe definiu a necessidade de uma campanha ampla, com alcance nacional e propagada de diversas formas: por meio de cartazes e pôsteres afixados e distribuídos em todas as unidades de saúde que ofertassem atendimento pelo SUS no país, da veiculação de vídeos no horário nobre das emissoras de televisão aberta e de spots em emissoras de rádio – inclusive as comunitárias e as que fossem ouvidas nos locais mais afastados dos grandes centros –, e com ações nas mídias sociais.

Nas TVs, para além das questões técnicas de alcance massivo da população para a propagação da mensagem, havia uma simbologia muito forte: era preciso falar sobre racismo no intervalo do Jornal Nacional, um dos programas de maior audiência da Rede Globo. “Nós sempre estamos nas matérias do Jornal Nacional nos dados de quem morre, mata, da marginalização e vulnerabilidade. Nós somos a cara da miséria, de tudo o que se repudia. Os lugares mais perigosos do Brasil são sempre as comunidades negras. Não existe uma comunidade periférica que as pessoas não associem a comunidade negra porque preto e pobre, para o JN, é quase a mesma coisa, se não for a mesma. Nós precisávamos estar lá por 30 segundos. Existia uma carência histórica de visibilidade, uma fome histórica de representatividade, de aparecermos na TV humanizados”, contextualiza Lia Maria dos Santos de Deus.

O Ministério da Saúde destinou R\$ 2,5 milhões à campanha publicitária, o que correspondeu a 50% do orçamento pleiteado inicialmente pela equipe técnica do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS). O enxoval incluiu a produção, veiculação e distribuição de cartazes, folders, um VT de 30 segundos, um spot de rádio de 30 segundos, baneres, anúncios para revistas impressas e ações nas redes sociais Twitter e Facebook, este último objeto de estudo deste trabalho. A criação do site institucional sobre a saúde da população negra foi estimulada e demandada pela

campanha, mas não inserida nos seus custos porque a página foi produzida internamente.

Para ganhar força e abrangência, a campanha precisava também de outros parceiros estratégicos, como a Seppir e a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), ambas vinculadas à Presidência da República, além de organismos internacionais como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a ONU Mulheres, braço Organização das Nações Unidas (ONU). Entretanto, esses parceiros foram convidados a integrar a campanha apenas no momento em que o material estava em sua fase final de aprovação para dar mais relevância política e abrangência institucional ao trabalho.

O viés de denúncia de situações de racismo expresso nas peças veio acompanhado também de ações educativas, como a capacitação de 300 profissionais do atendimento telefônico da Ouvidoria-Geral do SUS (Disque Saúde 136) e o incentivo à criação e disponibilização gratuita para todos os interessados, especialmente os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, do módulo de saúde integral da população negra produzido em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Era preciso que os profissionais da saúde se apropriassem mais do processo e, com informações teóricas somadas a situações-problema extraídas do cotidiano do atendimento do SUS nas cidades brasileiras, compreendessem mais nitidamente de que maneiras o racismo institucional pode incidir como determinante social em saúde.

A escolha dos personagens que representaram a população negra em todo o material da campanha também foi muito discutida e, com base nos dados estatísticos e no pleito do movimento negro, os modelos selecionados tinham fenótipo acentuadamente negro, com pele preta, cabelos crespos, nariz não afilado e lábios grossos, entre outras características. Isto foi considerado uma vitória, na medida em que esses atributos trouxeram para as peças o aspecto da representatividade desejada, sem o chamado “embranquecimento” da pauta.

4 A CAMPANHA NO FACEBOOK

Em 27 de abril deste ano, o Facebook anunciou que havia atingido a marca de 1 bilhão de usuários por dia. Segundo um levantamento da própria empresa realizado no primeiro trimestre de 2014 e divulgado na página 'Facebook Para Empresas', aproximadamente 92 milhões de brasileiros acessavam a plataforma online todos os meses naquele período, o que correspondia a 45% da população do país. Deste total, 62 milhões de pessoas acessavam o Facebook diariamente, 50 milhões o faziam por meio de dispositivos móveis. Também naquele momento, segundo os dados da empresa, 2,1 milhões de pequenas e médias empresas tinham páginas na rede para anunciar seus negócios e vender seus serviços. (FACEBOOK, 2014)

O Ministério da Saúde possui, desde 1º de janeiro de 2008, uma página oficial no Facebook. Atualmente, ela conta com mais de 1,8 milhão de fãs. No espaço são publicadas informações sobre todos os assuntos de interesse dos usuários do SUS, especialmente informações em saúde voltadas à população em geral. Uma equipe própria de profissionais de mídias sociais atua dentro da instituição e é responsável pela condução do perfil oficial do MS nas redes sociais - inclusive o Facebook. Ela pode atuar, sob demanda, em parceria com as equipes de comunicação das Secretarias ministeriais e seus departamentos.

O MS não possui uma política de comunicação aprovada e publicada por meio de portaria para determinar como deve se dar a presença da instituição neste espaço. Por isso, além do perfil oficial, boa parte de suas Secretarias, a exemplo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que demandou e realizou, junto com a Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro, a campanha 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde', também possuem perfis nesta e em outras redes sociais. Áreas específicas, como a Saúde do Homem e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, ambos alocados dentro da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), também possuem perfis próprios e atuam com certa independência nas redes sociais.

Para alcançar a amplitude que se desejava, a opção feita pelas equipes de comunicação da SGEP e do Gabinete do Ministro foi criar uma página específica no

Facebook destinada exclusivamente à veiculação das peças da campanha 'Não Fique em Silêncio, Racismo Faz Mal à Saúde'. Desta forma, seria possível reunir todo o material num único espaço, concentrar as informações e, conseqüentemente, alimentar a conversa entre os usuários que realmente estivessem interessados no tema.

Esta escolha pode ser avaliada de duas maneiras. Criar uma página nova específica para a campanha no Facebook pode ser interpretado tanto como uma demonstração da importância dada ao tema pelo Ministério da Saúde, quanto como uma tentativa de diminuir a sua exposição, considerando que lançar esse debate na página oficial do Ministério da Saúde na rede social poderia gerar mais visibilidade e mais debates do que a instituição estava disposta ou tinha capacidade de enfrentar. Se, por um lado, a estratégia parecia adequada sob o ponto de vista de organização do discurso e das informações, por outro demonstrava a necessidade de controle mais profundo sobre a conversa que seria gerada.

Apesar disso, a inserção da campanha nas redes sociais representava também a garantia a continuidade da discussão, já que os investimentos feitos em outras mídias, como a TV e o rádio, eram muito mais caros e foram executados de forma pontual na semana de lançamento da ação publicitária.

Levar uma campanha, seja ela qual for, às redes sociais tem sido uma prática do Ministério da Saúde desde a criação de seus perfis nessas redes. E não é difícil entender os porquês. A 'Pesquisa Brasileira de Mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira, realizada pela Secretaria de Comunicação da Presidência da República (Secom/PR), apontou que 48% dos brasileiros e brasileiras entrevistados utilizam a internet, enquanto 42% disseram que ela é o meio de comunicação que mais utilizado. Os números mostram ainda que entre esses usuários, 76% das pessoas costumam acessá-la diariamente para buscar informações (67%), diversão e entretenimento (67%), passar o tempo livre (38%) e realizar atividades relacionadas à estudos e aprendizagem (24%). Já entre as redes sociais mais utilizadas pelos 42% de usuários da internet, o Facebook aparece em primeiro lugar disparado, com 83% da preferência, seguido pela plataforma de conversação on-line Whatsapp (58%), pela rede de vídeos YouTube (17%) e pela plataforma de compartilhamento de imagens e vídeos Instagram (8%). (Brasil, 2015)

Apesar dos argumentos numéricos, o modo como esta ação nas redes sociais é realizada nem sempre leva em consideração questões importantes como a produção de uma campanha que considere todas as características do meio e não seja apenas uma derivação de algo pensado para outras mídias. No caso específico da campanha 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde', a chegada tardia da equipe de mídias sociais do Ministério da Saúde ao debate é uma prova disso.

Envolvido na discussão apenas em sua fase final, depois que o conceito e as diretrizes centrais já haviam sido estabelecidos e acordados entre a Divisão de Publicidade da Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro e a SGEP/MS, o grupo de mídias sociais teve pouco tempo para se apropriar das informações, compreender as nuances e o contexto político e social da campanha, interferir na criação das peças e conceber, juntamente com toda a equipe, a linha de discurso a ser adotada no Facebook. O que aconteceu, neste sentido, foi a criação de uma campanha pensada para a TV e meios off-line, como os cartazes e folders afixados e distribuídos em unidades de saúde e eventos por todo o país, e apenas adaptada para os canais do Ministério da Saúde nas redes sociais.

Quando foi lançada oficialmente numa entrevista coletiva à imprensa realizada em 25 de novembro de 2014 no auditório do Hotel San Marco, localizado no Setor Hoteleiro Sul, em Brasília (DF), com a participação do ministro Arthur Chioro e de grupos do movimento negro do Distrito Federal, o início da campanha já havia sido postergado duas vezes e as datas históricas para o seu lançamento – 27 de outubro, Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra, e 20 de novembro, Dia da Consciência Negra – já haviam passado. Esse atraso, motivado pela necessidade de fazer ajustes finos de última hora nas peças e pelos questionamentos internos que surgiram às vésperas do lançamento, geraram insegurança na equipe e muitas queixas entre os que aguardavam ansiosos por ela, como os movimentos sociais negros, por exemplo.

Apesar disso, no momento de seu lançamento a campanha foi recebida com curiosidade e interesse pela imprensa. Mas isso não significaria que ela seria propagada sem questionamentos, pelo contrário. Além de muito debatida e questionada por jornalistas conhecidos como Rodrigo Constantino, que escreveu à época um artigo contrário à campanha para a Revista Veja, ela recebeu muitas reações positivas e negativas em sua página no Facebook, intitulada 'SUS Sem

Racismo'. Neste sentido, é importante frisar que estas reações começaram antes mesmo de a campanha ir ao ar oficialmente, já que, como estratégia, a página foi criada em 19 de novembro de 2014, data anterior ao lançamento, para conquistar seus primeiros fãs e, depois, ser apresentada à imprensa.

As cinco primeiras postagens na página foram feitas no dia 19 de novembro de 2014 com imagens ilustrativas que ocupavam especialmente os espaços identificadores da página (capa e imagem de perfil), mas que ainda não traziam em si as mensagens da ação publicitária que estava por vir. Apesar de serem o passo inicial para dar identidade à página que estava sendo construída, nas imagens destas postagens já há comentários questionando o atraso no lançamento da campanha, a real necessidade de sua existência e o tom que seria dado ao discurso governamental sobre a relação entre racismo e saúde daquele momento em diante.

Neste ponto, é importante apresentar os números gerais desta análise. Com 18 postagens durante o período de 19 de novembro a 23 de dezembro de 2014, quando foi encerrada no Facebook, a campanha conquistou mais de 15 mil fãs, recebeu mais de 54,2 mil curtidas e mais de 3,7 mil comentários em suas peças. Entretanto, é fundamental compreender que fãs não são necessariamente pessoas que endossam o conteúdo apresentado pela página, mas indivíduos interessados em acompanhá-la. Já as curtidas, neste caso específico, são consideradas reforços positivos, especialmente no período de veiculação da campanha, no final de 2014, quando o Facebook ainda não havia lançado a cartela mais ampla de reações em que é possível demonstrar mais explicitamente outros sentimentos, como amor, raiva e surpresa, por exemplo.

5 ANÁLISE DAS INTERAÇÕES

Para entender e qualificar as respostas ao problema de pesquisa apresentado no início deste trabalho, qual seja compreender a percepção dos usuários que interagiram com o Ministério da Saúde nas postagens feitas na página 'SUS Sem Racismo' no Facebook, especificamente criada para disseminar a campanha a respeito da existência e consequências do racismo institucional como determinante social em saúde, a análise destas interações será feita de duas formas: quantitativa e qualitativa.

Antes de chegar a elas, porém, é preciso apresentar as duas metodologias adotadas. Em primeiro lugar, é importante destacar que ambas as formas de análise da realidade estudada não são opostas, mas complementares, ou seja, não há dicotomia neste sentido. Além disso, elas não são substitutivas ou intercambiáveis. É o que afirmam Isadore Newman e Carolyn R. Benz em seu livro intitulado *Qualitative-Quantitative Research Methodology*.

We take the position that the two philosophies are neither mutually exclusive (i.e., one need not totally commit to either one or the other) nor interchangeable (i.e., one cannot merge methodologies with no concern for underlying assumptions). Rather, we present them as interactive places on a methodological and philosophical continuum based on the philosophy of science. (NEWMAN e BENZ, 1998, p. XI)

Considerando a realidade como fruto de uma construção social, é possível depreender que ela é uma amostra, uma parte do todo; que se modifica de acordo com a sociedade em que é estudada; e que sofre a influência da bagagem social e cultural do pesquisador e das suas escolhas. Para Newman e Benz (1998), o debate entre os pesquisadores que fazem análises qualitativas e os que fazem análises quantitativas se baseia nas diferenças entre as hipóteses de cada um para o que seja a realidade e no entendimento do que pode ou não ser mensurado nessa realidade. Em geral, enquanto a abordagem qualitativa está mais interessada em criar uma teoria a respeito do fenômeno que se observa, a abordagem quantitativa tem seu foco voltado à confirmação ou o descarte de uma determinada hipótese.

The qualitative, naturalistic approach is used when observing and interpreting reality with the aim of developing a theory that will explain what was experienced. The quantitative approach is used when one begins with a theory (or hypothesis) and tests for confirmation or disconfirmation of that hypothesis. (NEWMAN e BENZ, 1998. p.3)

Neste trabalho, acreditamos que é preciso fazer os dois tipos de análise. Por um lado, é necessário quantificar objetivamente a recepção da campanha “Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde” no Facebook por meio de critérios estabelecidos de forma nítida e precisa. Por outro, há que se considerar a subjetividade do tema e qualificar impressões. Por isso, a escolha de fazer também a análise qualitativa da recepção da campanha a partir do ponto de vista de quatro entrevistados diretamente envolvidos na sua concepção, produção, elaboração, avaliação, aprovação, disseminação e/ou defesa.

A análise de caráter quantitativo considera todas as interações realizadas pelos usuários e pelo próprio perfil do Ministério da Saúde diretamente nas 18 postagens feitas pelo Ministério da Saúde na página do Facebook intitulada ‘SUS Sem Racismo’. Isto significa que estão descartadas desta conta as interações/conversas realizadas dentro de um comentário específico, sejam elas feitas pelo próprio perfil do Ministério para agradecer, informar ou explicar alguma questão levantada, ou ainda por outros usuários que decidiram dialogar entre si e estender o tópico em questão; as curtidas nos comentários feitos diretamente nas postagens realizadas pelo Ministério da Saúde na página, as curtidas em cada uma dessas 18 postagens e os compartilhamentos desse material feitos pelos fãs e demais usuários do Facebook.

São classificadas como positivas todas as interações realizadas pelos usuários para demonstrar apoio explícito à campanha e reconhecer a sua existência como necessária ao enfrentamento ao racismo no SUS; como negativas as mensagens de repúdio à campanha e as que desqualificam sua existência e a consistência dos dados e das informações que a compuseram e embasaram; e como neutros os comentários que não deixam explícita a posição do usuário sobre o assunto, comentários repetidos dentro de uma mesma postagem, além daqueles realizados pelo próprio perfil do Ministério da Saúde para agradecer, orientar ou acrescentar informações sobre o assunto abordado.

Compreendidos os critérios de categorização destas interações, é seguro afirmar então que, do total de 2.997 comentários considerados segundo os parâmetros adotados nesta pesquisa, 17,25% podem ser considerados positivos, ou seja, feitos por pessoas que apoiaram as mensagens da campanha, reconhecendo o racismo como um determinante social em saúde e valorizando essa discussão; 74,67% negativos, postados por aqueles que negaram a existência do racismo institucional como determinante em saúde e desacreditaram o Ministério da Saúde enquanto fonte de informação qualificada e confiável sobre o assunto; e 8,08% neutros, deixados por indivíduos que não se posicionaram nitidamente sobre o tema.

Entre as mensagens de apoio, destaque para a grande quantidade de pessoas que parabenizaram o Ministério da Saúde pela iniciativa e coragem de abrir o debate sobre o tema. Já entre as expressões contrárias, a revolta e indivíduos que acreditavam que a campanha, em vez de enfrentar o racismo, estimulava o que alguns chamaram de 'divisão de classes' e criava ainda mais muros na sociedade, especialmente entre os usuários do SUS. Era como se o racismo tivesse sido criado pelo MS, escamoteado como um problema real para distrair a atenção das pessoas do que realmente importava. Neste caso, na avaliação de diversos usuários do Facebook, a falta de recursos e a corrupção dos gestores, por exemplo.

Se entre os objetivos da campanha 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde' estava a necessidade de abrir, estimular e qualificar o debate sobre o racismo institucional como determinante social em saúde não apenas entre os movimentos sociais e a gestão do SUS, mas entre toda a sociedade, no Facebook ficou visível que esta meta foi alcançada. Prova disso foram também os outros tipos de interação realizados no total de postagens: 54.271 curtidas, 20.186 compartilhamentos e 3.743 comentários, incluindo os 2.997 da amostra selecionada para categorização em favoráveis, contrários ou neutros. Além disso, os dois vídeos postados obtiveram, juntos mais de 2,2 milhões de visualizações.

Trazer a política de saúde da população negra para a conversa social e fazer com que as pessoas falassem de racismo na saúde era um desejo comum entre todos os que participavam da campanha. Todavia, muitos comentários acusavam o Ministério da Saúde de ser racista à avessas, de criar uma divisão social entre negros e brancos, ou entre negros e outras raças. Essa reação remonta à discussão apontada no primeiro capítulo deste trabalho sobre o caráter universalista das políticas públicas

brasileiras, especialmente de saúde, e o entendimento equivocado que ele pode provocar. Fica óbvia aqui a confusão entre ‘privilégio’ e ‘equidade’. Se a política de saúde é universal, ou seja, para todos, por que ela deve atender a grupos específicos de modo específico? A resposta é simples: porque para chegar a todos, ela precisa vencer as desigualdades de acesso – étnicas, geográficas e econômicas, entre outras – e respeitar as diferentes necessidades de saúde da população.

Para a ex-diretora do DAGEP/SGEP/MS, Kátia Maria Barreto Souto, a campanha cumpriu o papel de desmistificar a simbologia social de que o Brasil é um país em que a diversidade racial é aceita. “O Brasil é, sim, um país racista, apesar da sua miscigenação, da contribuição que a população negra trouxe para nossa cultura, alimentação, hábitos, para a vida política, social e cultural. Isso ficou muito claro quando a gente viu os ataques racistas no Facebook”, ressalta.

Às reações negativas postadas pelos usuários na página ‘SUS Sem Racismo’ pode ser atribuída parte da influência que motivou o seu encerramento precoce. Ainda que não houvesse um cronograma explícito que marcasse todas as fases pelas quais a campanha deveria passar no Facebook, desde o início o espaço na rede social on-line havia sido considerado com o lugar em que a campanha duraria por mais tempo.

Isto porque já era sabido que os investimentos em rádio e TV seriam limitados, e que a produção de cartazes e pôsteres seria realizada, mas que sua afixação e distribuição dependeria das gestões estaduais, municipais e do esforço dos movimentos sociais que discutiam essa pauta. O Facebook era o lugar onde a conversa seria prolongada por pelo menos um ano, quando as datas relacionadas à saúde da população negra (27 de outubro e 20 de novembro) se repetiriam e a campanha ganharia fôlego com uma nova fase. Entretanto, não foi isso o que aconteceu. Nesta rede social, a ação publicitária durou apenas 35 dias – de 19 de novembro a 23 de dezembro de 2014.

As razões para essa interrupção são diversas. Entre as mais relevantes, estão a pressão da imprensa, que a todo instante questionava a validade dos dados e das mensagens, e a reação das instituições representativas de médicos em todo o país, especialmente o Conselho Federal de Medicina (CFM). É importante lembrar que, naquele momento, apesar de passado período eleitoral e da vitória em segundo turno da presidenta da República reeleita Dilma Rousseff, as relações do Ministério

da Saúde com a instituição ainda estavam estremecidas por conta da reação negativa da classe médica brasileira ao programa Mais Médicos, que trouxe profissionais de outros países, especialmente de Cuba, para ocupar os postos de trabalho não ocupados por profissionais brasileiros ou formados no Brasil nos locais mais longínquos, de difícil acesso, baixo desenvolvimento e mais afastados dos grandes centros urbanos e capitais dos estados do país.

“A campanha foi encerrada antes de seu ciclo porque as pessoas não queriam enfrentar o racismo, responder as postagens. Naquele momento, a gente teve posicionamentos políticos de várias instâncias, não só do Ministério da Saúde, que significavam o monopólio do pressuposto de poder branco. O grande ponto para que não executássemos a campanha da forma planejada foi o próprio racismo. A gente pensou que dialogar com a Presidência da República nos daria respaldo, que a pressão do movimento social nos daria respaldo, que os dados estatísticos nos dariam respaldo, que um corpo técnico de maioria negra nos daria respaldo. Mas a gente entendeu que pessoas brancas falando de racismo convencem mais outras pessoas brancas do que quando as pessoas negras estão falando de racismo”, avalia a ex-consultora técnica do Ministério da Saúde, Lia Maria dos Santos de Deus.

Já no entendimento dos ex-gestores Kátia Souto e Rui Leandro, a campanha não foi necessariamente curta. Para Rui, é inegável que ela foi reduzida, mas sua continuidade existe na medida em que ainda há cartazes afixados em alguns espaços do Ministério da Saúde em Brasília até a presente data. Para Kátia, o fato de a página do Facebook não ter sido retirada do ar, de o vídeo da campanha continuar no YouTube e de as peças ainda estarem disponíveis para consulta e download no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (colocar asteriscos com os links como notas de rodapé?), também demonstram que a campanha continuou. No Facebook, todavia, a decisão de não mais alimentar o debate mostra o recuo do Ministério da Saúde em relação ao tema.

Ainda que se queira considerar que 2015 era o ano de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde e que, por esta razão, as campanhas promotoras de equidade na saúde poderiam ganhar uma dimensão maior – como de fato ganharam –, isto não implicava a necessidade de interromper a campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’.

A pluralidade de elementos étnicos, regionais e culturais incorporada pela logomarca escolhida para a 15ª Conferência e o momento de preparação para a sua realização permitiram que fosse criado, por sugestão da Divisão de Publicidade da Assessoria de Comunicação do Gabinete do Ministro, na ocasião chefiada pelo jornalista e publicitário Bruno Botafogo, um calendário de campanhas promotoras de equidade com foco não apenas na população negra, mas em outros grupos populacionais como de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), por exemplo.

Como legado da campanha ‘Não Fiquei em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’, todas as campanhas posteriores trouxeram imagens de pessoas negras e incorporaram em seu conceito o recorte raça/cor. Todavia, a campanha com foco na saúde da população negra realizada no final de 2014 não foi continuada como havia sido pensada e, além disso, a abordagem específica para este público não foi priorizada nesse novo escopo de campanhas promotoras de equidade vinculadas à 15ª Conferência Nacional de Saúde. Ou seja, não havia mais a campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’, nem uma nova campanha como programado. As razões alegadas pelo Ministério da Saúde para isso foram a escassez de recursos e a necessidade de dar vez a outras populações.

A ênfase dada aos feedbacks negativos também foi crucial para o encurtamento da ação publicitária. Mesmo com um número absoluto de curtidas nas peças em relação ao de comentários negativos, o foco da Comunicação foi concentrado nos retornos negativos, que desencorajavam a continuidade do debate. Para efeito de nova comparação, é importante lembrar que o número de comentários contrários à campanha e ao reconhecimento do racismo como determinante social em saúde entre os comentários considerados para esta análise chegou a 2.238, o que correspondeu a 74,67% do total.

Para efeito comparativo, tomemos agora o total de curtidas nas postagens. Sozinhas, as 54.271 curtidas superam em mais de 24 vezes o número de comentários negativos (2.238) e neutros (242), que totalizam 2.480 interações. Desconsideramos aqui os comentários positivos porque, para evitar uma possível duplicidade na conta, optamos por partir do pressuposto de que as pessoas que enviaram mensagens explícitas de apoio também curtiram as publicações, como acontece comumente no

Facebook. Todavia, ainda que em menor quantidade, eram as falas contrárias as que mais importavam para o Ministério da Saúde naquele instante.

Quando o Facebook dava apenas as opções de curtir e/ou comentar, o comentário indignado era a alternativa para quem não aprovava a campanha. E essas interações com mensagens contra a campanha tiveram mais força do que quaisquer outros tipos de interação de apoio e reforço. Na postagem realizada em 27 de novembro de 2014, a mensagem colocada sobre uma pele negra afirmando que as mulheres negras recebem menos tempo de atendimento na hora do parto do que as não negras recebeu 175 curtidas, 2 comentários positivos, 45 negativos e 5 neutros, ou seja, consideram apenas as 175 curtidas, o número de interações favoráveis era 3,5 vezes maior do que o de interações contrárias. Todavia, a força do texto negativo escrito sempre foi mais importante para a Comunicação do Ministério da Saúde.

“O que faz 175 pessoas concordarem, 45 discordarem e o Ministério da Saúde se mobilizar muito mais por causa dessas 45? Na verdade, o que acontece é que essa pessoa que fez o comentário negativo demonstrou a mesma percepção que você, integrante da equipe responsável pela campanha, tem internamente. Quem está à frente de um processo como esse precisa estar ciente de que o enfrentamento ao racismo é defender o tempo todo o conceito que você criou e isso não aconteceu”, enfatiza a ex-consultora técnica da CGAGPCS/DAGEP/SGEP/MS, Lia Maria dos Santos de Deus.

Desta forma, segundo ela, focar as atenções no feedback negativo reforçou entre as instâncias de tomada de decisão que os argumentos da campanha eram fracos. Para ela, isso acabou sendo absorvido porque a equipe técnica que fazia a defesa da campanha dentro do Ministério da Saúde era composta, em sua maioria, por corpos negros não concursados, por profissionais de áreas que não eram necessariamente a medicina, por pessoas com histórico de militância na luta social pela igualdade de direitos para a população negra. “Os pressupostos de poder acadêmicos e argumentativos são brancos”, resume a ex-consultora técnica do Ministério da Saúde. “A discussão de relações étnico-raciais no Brasil acontece numa superfície em que o senso comum permite de tudo. Então qualquer argumento raso, vazio de uma pessoa branca vale mais do que o de uma pessoa negra que vivencia, trabalha, milita, pesquisa e se dedica”, acrescenta.

6 ALCANCE DOS RESULTADOS

Se o Ministério da Saúde reconheceu em 2009 a existência do racismo institucional como determinante social em saúde como marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, era de se esperar que o retorno de uma campanha publicitária voltada ao tema tivesse como parte de seu retorno o evidenciamento de expressões desse racismo. Dessa forma, os feedbacks de negação do racismo encontrados nos comentários postados pelos usuários na página 'SUS Sem Racismo' no Facebook não foram tomados pela equipe como uma surpresa, mas como reflexo dos processos de discriminação e preconceito existentes na sociedade.

O retorno, então, não foi necessariamente ruim, mas reflexo do racismo presente na sociedade. É esta a avaliação da ex-conselheira nacional de Saúde, Michely Ribeiro da Silva. “Tudo o que fale sobre o que as pessoas consideram benefícios para a população negra é tido como ruim e elas respondem dessa forma. As pessoas questionam a necessidade do Dia da Consciência Negra perguntando o porquê de não haver o dia da consciência branca ou vermelha porque não estão preparadas para debater racismo com qualidade. E esse é, quem sabe, um dos papéis institucionais do Ministério da Saúde: conseguir apresentar a necessidade de desconstrução do racismo, que é a marca da Política, para a sociedade e apresentar explicações e dados sobre essa necessidade, sempre com base em evidências científicas”, pondera.

Algumas vitórias, entretanto, podem ser comemoradas. O tema racismo institucional ganhou, por um período, mais força dentro do próprio Ministério da Saúde e fez parte de muitos debates, reuniões, seminários e oficinas, além de ter sido incluído na programação de grandes e importantes eventos para o SUS, como o XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Congresso Conasems), realizado em Brasília-DF, em agosto de 2015. Instâncias de controle social como o Conselho Nacional de Saúde também incluíram o tema em sua pauta de modo mais abrangente.

A expressão do racismo institucional na esfera governamental não se dá necessariamente por uma atitude racista ou uma injúria racial, mas pela não

priorização da pauta dentro das políticas públicas. Neste sentido, a campanha ‘Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde’ contribuiu direta ou indiretamente para avanços como a publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria Nº 30, de 30 de junho de 2015, que permite aos pacientes com doença falciforme – mais incidente em pessoas negras – receber doação de medula óssea ou de células-tronco de parentes para aumentar sua sobrevivência, controlar as fortes dores decorrentes da enfermidade e até mesmo alcançar a cura.

Já sob o aspecto da transversalidade de políticas, é possível destacar como uma das consequências positivas da campanha a atenção dada, a partir dela, à saúde da população negra por outros ministérios e secretarias nacionais. Um exemplo disso foi a inserção de rodas de conversa específicas sobre saúde durante a Marcha das Mulheres Negras 2015, apoiada pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), vinculada à Presidência da República. Naquele momento, a SPM procurou o Ministério da Saúde como parceiro não apenas para apoiar a organização da ida das mulheres a Brasília, mas para produzir informação e conhecimento sobre saúde durante a programação do evento.

Outras boas repercussões, contudo, não foram levadas adiante, como a possibilidade real de transferir tecnologia sobre o tema racismo institucional para a Organização Pan-americana de Saúde em nível internacional. A instituição demonstrou interesse por esta troca durante um seminário de promoção de equidade étnico-racial realizado em Washington, capital dos Estados Unidos, com a participação de Lia Maria dos Santos de Deus como representante da CGAGPCS/DAGEP/SGEP/MS.

“Para eles, nós havíamos deflagrado um processo sem volta ao pautar o racismo na mídia, Contudo, não conseguimos emplacar essa transferência de tecnologia sobre o enfrentamento ao racismo porque o nosso espaço institucional não acreditava que poderia fazer isso”, lamenta Lia Maria. “Apesar disso, criar o incômodo e tirar as pessoas da sua zona de conforto eram nossas metas e, por esta razão, acredito que 50% dos objetivos da campanha tenham sido alcançados”, reflete.

Como já mencionado anteriormente no capítulo 2, que contextualiza a luta contra o racismo no Sistema Único de Saúde e por direitos equânimes de acesso aos serviços de saúde antes mesmo da Constituição Federal de 1988 e do surgimento do SUS como ele existe hoje, provocar debates, gerar conversas sobre a importância do

racismo como determinante social em saúde e estimular transformações na sociedade eram anseios do movimento social desde a década de 1970. Todavia, naquele momento, a falta de dados científicos com recorte raça/cor era um dos argumentos utilizados pelos governos para desacreditar a necessidade de ações concretas de enfrentamento ao racismo nas instituições.

A construção de evidências científicas ao longo do tempo, com grande destaque para a entrada de mulheres negras nas universidades³ contribuiu para viabilizar a apresentação, em uma campanha publicitária, de dados desagregados que comprovassem a existência de iniquidades no atendimento ofertado pelo SUS à população negra. Neste sentido, a ação apresentou estatísticas de mortalidade da materno-infantil e de jovens, em que os negros sempre aparecem em desvantagem, para destacar que elas poderiam ser evitadas a partir da compreensão geral de que o racismo é, sim, um determinante social em saúde importante. “Não tenho dúvidas de que, sob essa ótica, a campanha foi executada com sucesso. O problema é que ela foi impactante demais nesse primeiro momento, o que fez com que houvesse essa reação tão forte da sociedade. Mas nós tínhamos que tocar nessa ferida, não havia outra forma”, destaca o ex-coordenador da CGAGPCS/DAGEP/SGEP/MS, Rui Leandro da Silva Santos.

3 Um grande exemplo dessa contribuição foi dado pela mulher negra Maria Inês da Silva Barbosa com a sua tese intitulada “Racismo e Saúde”, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) para a obtenção do grau de Doutora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de uma análise da recepção da campanha 'Não Fique em Silêncio: Racismo Faz Mal à Saúde' no Facebook, esse trabalho resgata e, assim, permite a preservação da memória institucional de todo o processo de concepção e veiculação dessa campanha, servindo como fonte de pesquisa a todos os interessados no temas racismo institucional, saúde, equidade e comunicação e suas relações. Por isso, ao adotar e explicar os conceitos de equidade e racismo institucional, buscou contextualizar o enfrentamento do racismo dentro do Sistema Único de Saúde, apresentando os principais marcos desse percurso histórico até chegar à necessidade de uma campanha publicitária voltada ao tema.

A partir daí, ao descrever as fases de criação da campanha, aprofundou-se mais no estudo de sua presença on-line, especialmente na rede social Facebook, e analisou as interações dos usuários desse canal de comunicação com o Ministério da Saúde de forma quantitativa e qualitativa para responder ao seguinte problema de pesquisa: qual a percepção dos usuários que interagiram com o Ministério da Saúde nas postagens feitas na página especificamente criada para disseminar a campanha a respeito da existência e consequências do racismo institucional como determinante social em saúde?

Com base na análise quantitativa das interações que compuseram o objeto de estudo da campanha, concluímos que 74,67% dos comentários feitos pelos usuários integrantes da amostra selecionada não reconhecem a existência do racismo institucional como determinante social em saúde, ao contrário do que afirma o Ministério da Saúde na marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009.

Já na análise qualitativa, realizada a partir de entrevistas com quatro dos participantes da concepção e criação da campanha - Kátia Maria Barreto Souto, então diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde (DAGEP/SGEP/MS); Rui Leandro, à época coordenador-geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social do mesmo Departamento; Lia Maria dos Santos de Deus, que era consultora técnica da mesma coordenação, e Michely Ribeiro da Silva, que ocupava a vaga de conselheira nacional de Saúde na cadeira do movimento negro

na instância de controle social Conselho Nacional de Saúde (CNS) -, ficou evidente o entendimento de que o pressuposto original para o surgimento da campanha estava correto. Era urgente abrir na sociedade o debate sobre o racismo por meio da ampla divulgação de que o Ministério da Saúde reconhece o racismo como determinante social em saúde e defende que ele seja combatido em todas as suas expressões, inclusive estimulando o ativismo de usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde para denunciar o racismo institucional.

Todavia, o Ministério da Saúde poderia e deveria ter feito o enfrentamento às manifestações contrárias à campanha. Meses de trabalho árduo para a preparação da campanha poderiam ter rendido muito mais resultados para o debate sobre o racismo como determinante social em saúde, não fosse o recuo com apenas 35 dias de campanha. A pressão da imprensa, política e corporativa não podem ser barreiras para uma ação como esta, produzida com base em dados científicos comprovados.

A partir deste entendimento, recomenda-se que o Ministério da Saúde aprofunde a análise qualitativa das interações recebidas na página da campanha no Facebook para identificar de que maneira elas podem qualificar o trabalho realizado pela instituição no que se refere à Comunicação em Saúde da População Negra. Um estudo neste sentido pode ser relevante no intuito de dar continuidade não apenas no Facebook, mas em diversas mídias on-line e off-line, a ações de comunicação que dialoguem de modo cada vez mais qualificado e preciso com os públicos-alvo de interesse.

Se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é, de fato, uma política de Estado e não de governo, o trabalho para sua implantação e efetivação precisa ser contínuo, ininterrupto e perene. Para este fim, qualificar para a compreensão do tema as equipes de todas as áreas, inclusive a Comunicação, criar um planejamento de ações de comunicação de médio e longo prazos, e estimular a discussão transversal do enfrentamento ao racismo em todas as ações são necessidades primordiais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BENTO, Maria Aparecida da Silva; JÚNIOR, Hédio Silva; SILVA, Mário Rogério (Org.). **Políticas públicas de promoção da igualdade racial**. São Paulo, SP: CEERT, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 02 jul. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências. Brasília-DF, Brasil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 jul. 2016.

BRASIL, **Lei. Nº 12.288, de 20 de Julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial, 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. **Pesquisa brasileira de mídia 2015**: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. – Brasília: Secom, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 992**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança exposição sobre igualdade racial**. 2013. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/agenda-ms/31491-saude-lanca-exposicao-sobre-igualdade-racial.html>> Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS - princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

DEUS, Lia Maria dos Santos de. **Entrevista verbal sobre a campanha 'Racismo Faz Mal à Saúde: Não Fique em Silêncio'**. Entrevista concedida ao jornalista Rodrigo Rocha em 03 de agosto de 2016.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443-63, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7107.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

PESQUISA mostra dados da internet no Brasil. Disponível em: <<https://www.ecommercebrasil.com.br/noticias/pesquisa-mostra-dados-da-internet-no-brasil-em-2015/>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **A equidade racial nas políticas de saúde**. In: BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. **Saúde da população negra**. ABPN-Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FACEBOOK para empresas. 45% da população brasileira acessa o Facebook mensalmente. Disponível em: <<https://www.facebook.com/business/news/BR-45-da-populacao-brasileira-acessa-o-Facebook-pelo-menos-uma-vez-ao-mes>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

FACEBOOK atinge marca de 1 bilhão de usuários todos os dias. 28 abr. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/tecnologia/noticia/2016/04/facebook-atinge-marca-de1-bilhao-de-usuarios-todos-os-dias.html>>. Acesso em: 12 set. 2016.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412>> Acesso em: 21 nov. 2015.

NEWMAN, Isadore; BENZ, Carolyn R. **Qualitative-quantitative research methodology**: Exploring the interactive continuum. USA: SIU Press, 1998.

PAIM, Paulo. **Estatuto da igualdade racial**. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pop_negra/estatuto_racial.pdf> Acessado em: 20 ago. 2016.

SILVA JUNIOR, Hédio et al. **Políticas públicas de promoção da igualdade racial**. 2010.

SILVA, Michely Ribeiro da. **Entrevista verbal sobre a campanha 'Racismo Faz Mal à Saúde: Não Fique em Silêncio'**. Entrevista concedida ao jornalista Rodrigo Rocha em 17 de agosto de 2016.

SILVA, Rui Leandro Santos da. **Entrevista verbal sobre a campanha 'Racismo Faz Mal à Saúde: Não Fique em Silêncio'**. Entrevista concedida ao jornalista Rodrigo Rocha em 09 de agosto de 2016.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **Entrevista verbal sobre a campanha 'Racismo Faz Mal à Saúde: Não Fique em Silêncio'**. Entrevista concedida ao jornalista Rodrigo Rocha em 04 de agosto de 2016

WERNECK, Jurema et al. **Racismo institucional**: uma abordagem conceitual. Rio de Janeiro: Geledes, 2013.

APÊNDICE A – Coleta de Dados

Este documento apresenta todas as 18 postagens realizadas pelo Ministério da Saúde na página do Facebook 'SUS Sem Racismo' no período de 19 de novembro a 23 de dezembro de 2014, descreve o seu conteúdo e apresenta os números coletados a partir da análise quantitativa de comentários positivos, negativos e neutros a respeito da campanha e do reconhecimento do racismo institucional como determinante social em saúde.

São consideradas nesta tabulação de dados todas as interações realizadas pelos usuários e pelo próprio perfil do Ministério da Saúde diretamente nas 18 postagens feitas pelo Ministério da Saúde na página do Facebook intitulada 'SUS Sem Racismo'. Isto significa que estão descartadas desta conta as interações/conversas realizadas dentro de um comentário específico, sejam elas feitas pelo próprio perfil do Ministério para agradecer, informar ou explicar alguma questão levantada, ou ainda por outros usuários que decidiram dialogar entre si e estender o tópico em questão; as curtidas nos comentários feitos diretamente nas postagens realizadas pelo Ministério da Saúde na página, as curtidas em cada uma dessas 18 postagens e os compartilhamentos desse material.

A diferença encontrada entre o número total de comentários e o número de comentários válidos (os considerados nesta pesquisa) reside no fato de que o Facebook contabiliza como total o número de interações diretas na postagem somado ao número de interações realizadas dentro de um comentário. A análise realizada aqui desconsidera este último dado.

Ademais, são classificadas como favoráveis todas as interações realizadas pelos usuários para demonstrar apoio explícito à campanha e reconhecer a sua existência como necessária ao enfrentamento ao racismo no SUS; como contrárias as mensagens de repúdio à campanha e as que desqualificam sua existência e a consistência dos dados e das informações que a compuseram e embasaram; e como neutros os comentários que não deixam explícita a posição do usuário sobre o assunto, comentários repetidos dentro de uma mesma postagem, além daqueles realizados pelo próprio perfil do Ministério da Saúde para agradecer, orientar ou acrescentar

informações sobre o assunto abordado. Nas próximas páginas, a lista de postagens e os seus respectivos números.

Figura 1: postagem genérica



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/714204385324181/?type=3>

Texto de apoio: “Quem apoia, curte e compartilha! [#SaúdeSemRacismo](#)
[#SUSsemRacismo](#)”

Data: 19 de novembro de 2014

Dados:

149 curtidas

82 compartilhamentos

13 comentários totais

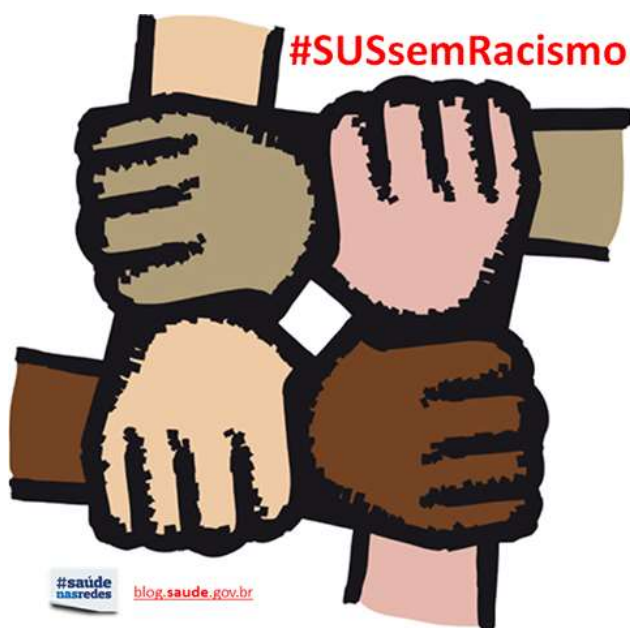
13 comentários considerados

- 7 favoráveis

- 3 contrários

- 3 neutros

Figura 2: foto de perfil



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714222088655744.1073741827.713833585361261/714222091989077/?type=3&theater>

Texto de apoio: “Quem apoia, curte e compartilha! [#SaúdeSemRacismo](#)
[#SUSsemRacismo](#)”

Data: 19 de novembro de 2014

Dados:

69 curtidas

33 compartilhamentos

3 comentários totais

3 comentários considerados

- 1 favoráveis

- 2 contrários

- 0 neutros

Figura 3: Curso de Saúde Integral da População Negra

Matrículas abertas para o curso de Saúde Integral da População Negra

O curso propõe:

- Sensibilizar profissionais de saúde para demandas específicas da população negra
- Reflexões sobre racismo institucional e suas consequências para a saúde

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra do Ministério da Saúde tem como diretrizes incluir os temas racismo e saúde na formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

#saúde nasredes blog.saude.gov.br

Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/714246091986677/?type=3&theater>

Texto de apoio: “Todos os módulos do curso Saúde Integral da População Negra, serão oferecidos pela plataforma de educação a distância (EAD) e terão 45h de duração. Os módulos são multiprofissionais e autoinstrucionais. Saiba mais em <http://goo.gl/hctdGg> ;)”

Data: 19 de novembro de 2014

Dados:

118 curtidas

139 compartilhamentos

20 comentários totais

20 comentários considerados

- 7 favoráveis

- 8 contrários

- 5 neutros

Figura 4: foto de perfil



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714222088655744.1073741827.713833585361261/714377398640213/?type=3&theater>

Texto de apoio: não houve texto de apoio.

Data: 19 de novembro 2014

Dados:

108 curtidas

31 compartilhamentos

12 comentários totais

11 comentários considerados

- 4 favoráveis

- 4 contrários

- 3 neutros

Figura 5: Dia da Consciência Negra



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/714368511974435/?type=3&theater>

Texto de apoio: “Mais do que uma data, um dia de reflexão e conscientização! Divulgue! #SUSsemRacismo #SaúdeSemRacismo ;)”

Data: 20 de novembro de 2014

Dados:

127 curtidas

48 compartilhamentos

22 comentários totais

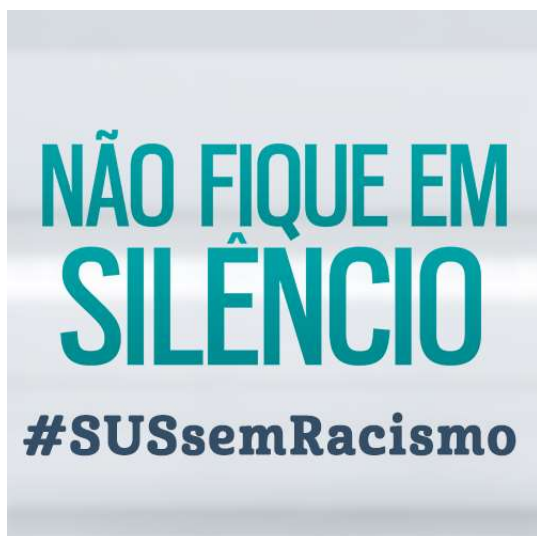
21 comentários considerados

- 2 favoráveis

- 6 contrários

- 13 neutros

Figura 6: foto de perfil com imagem incentivando a denúncia



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714222088655744.1073741827.713833585361261/717895121621774/?type=3&theater>

Texto de apoio: não houve texto de apoio.

Data: 25 de novembro de 2014

Dados:

133 curtidas

92 compartilhamentos

5 comentários totais

5 comentários considerados

- 0 favoráveis

- 4 contrários

- 1 neutro

Figura 7: foto de capa com a mensagem 'Não fique em silêncio. Racismo faz mal à saúde. Denuncie.'



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714222665322353.1073741828.713833585361261/718265344918085/?type=3>

Texto de apoio: não houve texto de apoio.

Data: 26 de novembro de 2014

Dados:

159 curtidas

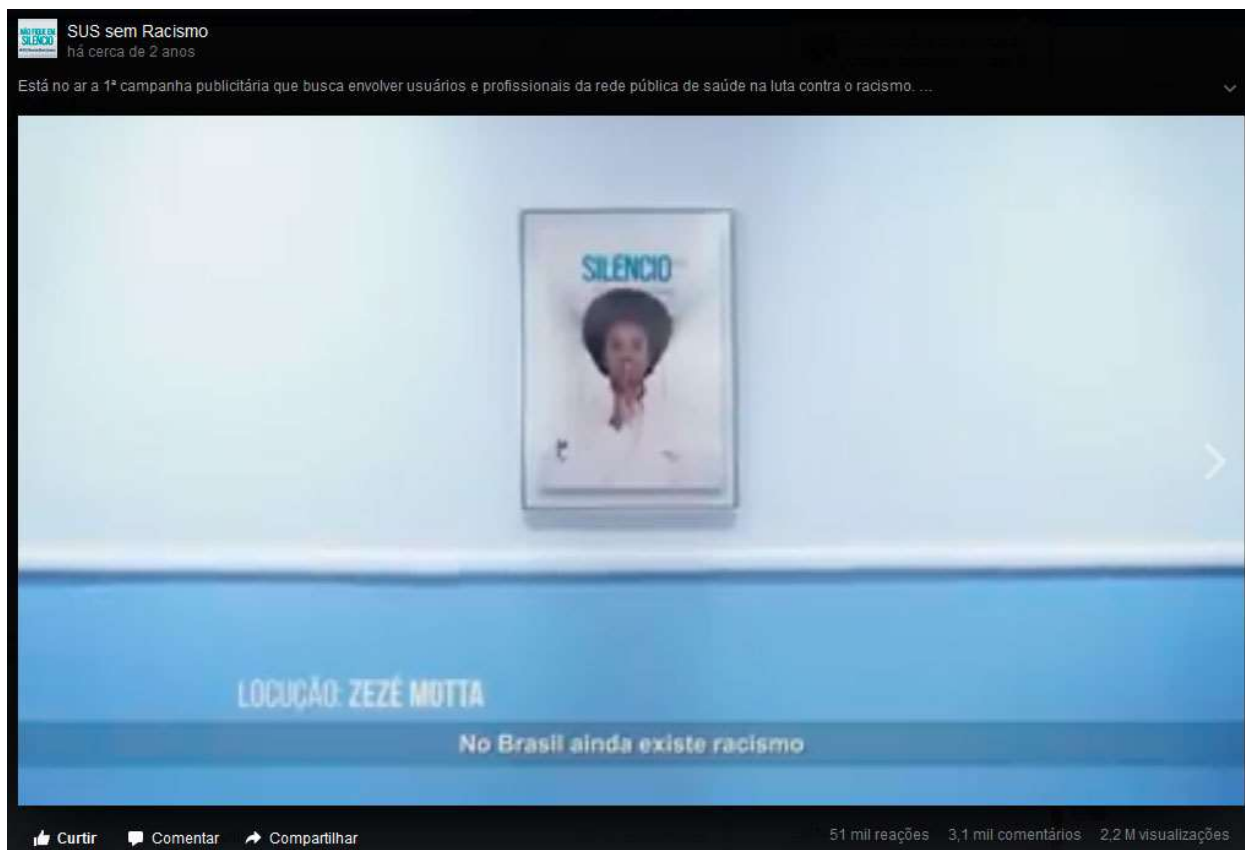
76 compartilhamentos

28 comentários totais

22 comentários considerados

- 6 favoráveis
- 13 contrários
- 3 neutros

Figura 8: vídeo da campanha



Fonte: <https://www.facebook.com/SUSnasRedes/videos/718398944904725/>

Texto de apoio: Está no ar a 1ª campanha publicitária que busca envolver usuários e profissionais da rede pública de saúde na luta contra o racismo. Assista e compartilhe! [#SUSsemRacismo](https://www.facebook.com/SUSnasRedes/videos/718398944904725/)

Data: 6 de novembro de 2014

Dados:

51 mil curtidas

18.742 compartilhamentos

2,2 milhões visualizações

3,1 mil comentários totais

2.327 comentários considerados

- 407 favoráveis
- 1.745 contrários
- 175 neutros

Figura 9 – Dados sobre diferença no tempo de atendimento de mulheres negras e brancas.



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718830538194899/?type=3&theater>

Texto de apoio: “Vamos juntos mudar essa realidade? Disque 136 e denuncie qualquer forma de racismo que você presenciar na rede pública de saúde. [#SUSsemRacismo](#) [#SaúdeSemRacismo](#)”

Data: 27 de novembro de 2014

Dados:

175 curtidas

141 compartilhamentos

64 comentários totais

52 comentários considerados

- 2 favoráveis
- 45 contrários
- 5 neutros

Figura 10: dados sobre o alto índice de mortalidade materna entre mulheres negras.



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718833148194638/?type=3>

Texto de apoio: “Essa realidade ainda acontece. Disque 136 e denuncie o racismo na rede pública de saúde. Juntos podemos fazer um [#SUSsemRacismo](#) [#SaúdeSemRacismo](#)”

Data: 27 de novembro de 2014

Dados:

157 curtidas

122 compartilhamentos

27 comentários totais

20 comentários considerados

- 3 favoráveis

- 16 contrários

- 1 neutro

Figura 11: dados sobre o alto índice de mortalidade infantil na primeira semana de crianças negras



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718860448191908/?type=3&theater>

Texto de apoio: “Com o seu apoio, podemos fazer juntos um [#SUSsemRacismo](#) Quando presenciar ou sofrer alguma forma de racismo na rede pública de saúde, disque 136 e denuncie. [#SaúdeSemRacismo](#)”

Data: 28 de novembro de 2014

Dados:

136 curtidas

109 compartilhamentos

54 comentários totais

48 comentários considerados

- 4 favoráveis
- 42 contrários
- 2 neutros

Figura 12: dados sobre o baixo índice de mulheres negras que tiveram acompanhantes no parto em relação a mulheres brancas



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718861014858518/?type=3>

Texto de apoio: “Sim, isso ainda acontece na rede pública de saúde, mas juntos podemos mudar essa realidade. Por um [#SUSsemRacismo](#) disque 136 e denuncie.”

Data: 28 de novembro de 2014

Dados:

245 curtidas

96 compartilhamentos

52 comentários totais

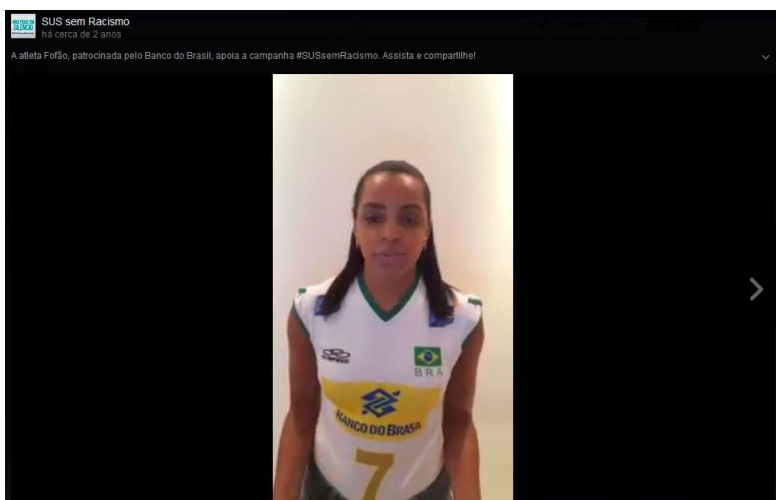
45 comentários considerados

- 14 favoráveis

- 26 contrários

- 5 neutros

Figura 13: vídeo de apoio à campanha gravado pela atleta da seleção brasileira de vôlei, Fofão



Fonte: <https://www.facebook.com/SUSnasRedes/videos/718925851518701/>

Texto de apoio: “A atleta Fofão, patrocinada pelo Banco do Brasil, apoia a campanha #SUSsemRacismo. Assista e compartilhe!”

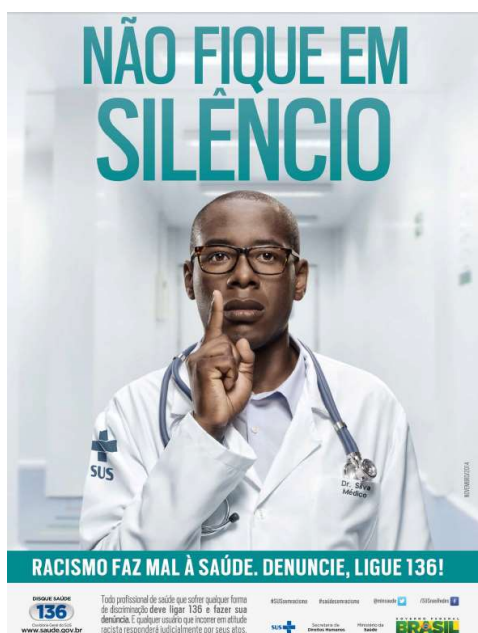
Data: 28 de novembro de 2014

Dados:

236 curtidas
91 compartilhamentos
2,5 mil visualizações
44 comentários totais

32 comentários considerados
- 9 favoráveis
- 22 contrários
- 1 neutro

Figura 14: cartaz da campanha (peça masculina) incentivando as denúncias



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718863434858276/?type=3>

Texto de apoio: “Esta é a Fanpage oficial contra o racismo no SUS. Compartilhe!
<http://goo.gl/dnqltp> #SUSsemRacismo”

Data: 29 de novembro de 2014

Dados:

408 curtidas

292 compartilhamentos

36 comentários totais

24 comentários considerados

- 6 favoráveis
- 16 contrários
- 2 neutros

Figura 15: dados sobre o baixo índice de mulheres negras orientadas sobre a importância do aleitamento materno em relação a mulheres brancas



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718862411525045/?type=3>

Texto de apoio: “Se você presenciou ou foi vítima de algum caso parecido de racismo, denuncie. Disque 136. Juntos podemos fazer um #SUSsemRacismo”

Data: 29 de novembro de 2014

Dados:

298 curtidas

58 compartilhamentos

61 comentários totais

45 comentários considerados

- 6 favoráveis
- 38 contrários
- 1 neutro

Figura 16: dados sobre o aumento da diferença entre os níveis de mortalidade de crianças negras e brancas



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/718866428191310/?type=3>

Texto de apoio: “É preciso unir esforços para melhorar o atendimento e a saúde da população negra. Se você presenciou qualquer forma de racismo na rede pública de saúde, não fique em silêncio. #SUSsemRacismo”

Data: 1 de dezembro de 2014

Dados:

281 curtidas

108 compartilhamentos

96 comentários totais

68 comentários considerados

- 7 favoráveis
- 60 contrários
- 1 neutro

Figura 17: dados sobre o baixo índice de mulheres negras que declaram fazer o pré-natal em relação às mulheres brancas



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/731550570256229/?type=3&theater>

Texto de apoio: O racismo institucional ainda existe no Brasil, mas juntos podemos mudar essa realidade. Disque 136 e denuncie o racismo na rede pública de saúde.
#SUSsemRacismo #SaúdeSemRacismo

Data: 21 de dezembro de 2014

Dados:

253 curtidas

87 compartilhamentos

95 comentários totais

68 comentários considerados

- 6 favoráveis

- 59 contrários

- 3 neutros

Figura 18: dados sobre o alto índice de mortalidade materna de mulheres negras em relação a mulheres brancas



Fonte:

<https://www.facebook.com/SUSnasRedes/photos/a.714204525324167.1073741826.713833585361261/731555136922439/?type=3>

Texto de apoio: “Essa realidade ainda acontece. Disque 136 e denuncie o racismo na rede pública de saúde. Juntos podemos fazer um #SUSsemRacismo#SaúdeSemRacismo”

Data: 23 de dezembro de 2014

Dados:

219 curtidas

110 compartilhamentos

228 comentários totais

173 comentários considerados

- 26 favoráveis
- 129 contrários
- 18 neutros

Números totais, considerando os itens em todas as 18 postagens:

54.271 curtidas

20.186 compartilhamentos

3.743 comentários totais

2.997 comentários considerados

- 517 comentários favoráveis

- 2.238 comentários contrários

- 242 comentários neutros

APÊNDICE B – Questionário das entrevistas

- 1 - Nome completo, função dentro do Ministério da Saúde, mini currículo.
- 2 - Historicamente, em que momento o SUS incorporou o conceito de equidade?
- 3 - A partir de que momento as políticas públicas de saúde começaram a incorporar o recorte específico para a saúde da população negra?
- 4 - Como esse recorte era feito inicialmente? De que forma ele vem evoluindo?
- 5 - O Ministério da Saúde é um pioneiro nesse sentido dentro do governo federal?
- 6 - Em que contexto histórico foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?
- 7 - Na sua opinião, ela é completa? Faltam aspectos importantes?
- 8 - Qual o maior desafio para a implementação desta política?
- 9 - De que forma uma campanha publicitária poderia, naquele momento, fortalecer a promoção da equidade no SUS? Porque ela era tão importante?
- 10 - Como o conceito desta campanha foi construído? Quem participou dessa formulação?
- 11 - Quais eram os públicos-alvo prioritários? Por quê?
- 12 - Quais eram os objetivos centrais da campanha? Quais as mensagens prioritárias?
- 13 - Foi preciso defender essa campanha em outras instâncias governamentais para que ela acontecesse? Por quê?
- 14 - Como foi decidido o orçamento para ela? Quanto foi investido?

15 - Quais as principais dificuldades encontradas para realizar a campanha e colocá-la na rua?

16 - Como se deu a escolha das mídias prioritárias?

17 - E a escolha da representação social nas peças (homem, mulher, pessoa de pele preta, cabelo, roupas)? Como foi feita?

18 - Quais eram os resultados esperados? Eles foram alcançados?

19 - Na sua opinião, a execução da campanha foi feita com sucesso? Ela foi executada em todas as suas fases?

20 - Era a intenção inicial do Ministério da Saúde manter a página da campanha no facebook no ar por apenas cerca de um mês?

21 - A campanha foi interrompida antes de cumprir o seu ciclo. Por quê?

22 - Qual a sua percepção em relação às reações dos público-alvo da campanha?

23 - Que percentual da campanha foi veiculado de fato? O plano de mídia foi cumprido?

24 - Na sua avaliação, os objetivos da campanha foram alcançados?

25 - Do ponto de vista da Comunicação para o enfrentamento ao racismo no SUS, quais deveriam ser os próximos passos adotados pelo Ministério da Saúde?

ANEXO A – Briefing preparado para explicar a campanha

RACISMO NO SISTEMA UNICO DE SAUDE - SAUDE INTEGRAL DA POPULACAO NEGRA NO SUS

Informações que podem ser encontradas aqui:

1 RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL

- a) De onde vieram as práticas preconceituosas e racistas?
- b) O que é preconceito racial?
- c) O racismo pode influenciar negativamente na saúde?
- d) O que é vulnerabilidade?

2 O QUE É RACISMO?

Racismo interpessoal

Racismo institucional

Como o racismo institucional acontece? Como identificar uma prática racista?

Exemplos de racismo institucional:

3 CAMPANHA DE ENFRENTAMENTO AO RACISMO NO SUS PARA A GARANTIA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS

- a) Objetivo da campanha
- b) Quem é a População Negra?
- c) Público prioritário & perfil epidemiológico da População Negra:
- d) Por que lançar a campanha no dia 20 de novembro?

4 MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:

5 DOENÇAS DE MAIOR PREVALÊNCIA ENTRE A POPULAÇÃO NEGRA:

6 INDICADORES/DADOS ESTATÍSTICOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

1 RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL

a) De onde vieram as práticas preconceituosas e racistas?

Os séculos de escravização da população negra no Brasil influenciaram as relações sociais de tal modo que muitas práticas preconceituosas e racistas persistem até os dias atuais, afetando os processos de saúde e doença desta população e configurando as iniquidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde.

O processo de saúde e doença está relacionado a uma série de fatores sociais e culturais que afetam tanto a integridade física como a psicológica.

As práticas discriminatórias baseadas no racismo são um evento em escala: começam em relações interpessoais, nas famílias, na construção de bairros, na formação de círculos sociais e atingem instituições, dificultando e, muitas vezes, impedindo o acesso a um serviço de saúde de qualidade.

As condições históricas e sociais, as condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde.

b) O que é preconceito racial?

O preconceito racial consiste em uma compreensão antecipada de inferioridade e negação, com base em estereótipos (ideias gerais que as pessoas fazem sobre comportamentos ou características de outros) atribuídos a um grupo social por razão de sua raça, cor, cultura e filosofia de vida.

c) O racismo pode influenciar negativamente na saúde?

O racismo pode sim influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

O Ministério da Saúde reconhece o RACISMO, as DESIGUALDADES ÉTNICO-RACIAIS e o RACISMO INSTITUCIONAL como Determinantes Sociais das Condições de Saúde.

Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Várias pesquisas que tratam do tema da saúde da população negra apontam que o racismo, em suas diversas modalidades, é o causador e/ou agravador das iniquidades e injustiças sociais que, tanto causam adoecimento quanto impede o acesso pleno da população negra à saúde na sua integralidade. Essas pesquisas foram realizadas porque se entende que a superação do racismo requer o envolvimento de diversos atores sociais num esforço conjunto de mudança cultural, desconstrução e reconstrução de paradigmas e compromisso político.

d) O que é vulnerabilidade?

Vulnerabilidade é um conceito bastante utilizado para falar sobre as situações adversas sob as quais estão submetidos diversos segmentos sociais.

Para se aplicar este conceito no tema da saúde da população negra fala-se de vulnerabilidades entendendo que são múltiplos e complexos os fatores que se somam e contribuem para contextos de fragilização e exclusão.

2 O QUE É RACISMO?

O racismo pode ser interpessoal ou institucional.

O **racismo interpessoal** é quando pessoas fazem uso de pensamentos preconceituosos e têm ações discriminatórias ofendendo a população negra de

maneira a afetar o seu direito à saúde entre outros bens e serviços sociais, como o simples fato de conviver respeitosamente.

O **racismo institucional** ocorre quando uma organização não consegue prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. O racismo institucional coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações (como por exemplo, em políticas públicas).

O racismo institucional está diretamente ligado à forma como a sociedade está estruturada e com a falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra impedindo-a de acessar integralmente bens e serviços, reduzindo a longevidade e potencializando agravos na saúde.

Você sabia?

- Dados da Pesquisa Nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo Stuffing em 2003, revelaram que 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro.
- Com relação aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2012, 7,2% do total de adolescentes entrevistados que relataram ter sofrido algum tipo de bullying, o percentual que afirmou ter sofrido bullying pela cor ou raça foi de 6,8% (com intervalo de confiança IC95%: 6,4-7,3). Ainda, sofrer bullying por cor ou raça foi 4 vezes maior em adolescentes que se autodeclararam de cor de pele preta.

Como o racismo institucional acontece? Como identificar uma prática racista?

O racismo não se apresenta necessariamente na forma de atitudes discriminatórias explícitas, mas também na forma de resultados negativos ou desiguais para o grupo vulnerável (negação da necessidade).

É preciso identificar o racismo nas instituições e como ele ocorre, a saber: linguagem codificada (violência simbólica) e negligência (indiferença diante da necessidade).

Exemplos de racismo institucional:

- Não reavaliação das práticas e protocolos para promover a equidade racial;
- Não compartilhamento do poder decisório e/ou executivo nas instituições (controle social nulo);
- Alguém, na linha do cuidado de saúde, realmente fazendo “algo” que afeta desproporcionalmente o/a paciente negro/a;

- Culpabilização da vítima, no caso da saúde, transferência da culpa para o/a paciente;
- Desvio do foco: “o problema é social (pobreza, por ex) e não de saúde”;
- Indiferença dos gestores diante da necessidade dos usuários e do que preconiza a prática baseada em evidência científica;
- Práticas sistematicamente hostis baseadas em estereótipos e que ignoram as necessidades especiais do grupo vulnerável e a qualidade em saúde (Segurança, Efetividade, Cuidado Centrado na pessoa, Precisão, Eficiência e Equanimidade).

3 CAMPANHA DE ENFRENTAMENTO AO RACISMO NO SUS PARA A GARANTIA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS

a) Objetivo da campanha

Mostrar que o Ministério da Saúde reconhece na Portaria GM/992/2009, (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), que o Racismo é um Determinante Social em Saúde.

Também são objetivos da campanha:

- Incentivar o protagonismo da população negra no cuidado com sua saúde;
- Informar a população em geral sobre os motivos e agravos que dificultam o acesso integral da população negra aos serviços de saúde;
- Conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência do racismo institucional no SUS e a importância de enfrentá-lo;
- Promover uma ruptura de estigmas recorrentes, tais como: os negros são mais resistentes à dor, mais sujos, têm cheiro forte, estética diferente e duvidosa, o que se reflete em discriminação.

b) Quem é a População Negra?

A População Negra, segundo os últimos dados do IBGE-2010, está representada em 52% da população brasileira.

População negra, segundo o IBGE, se configura em pessoas de cor de pele preta e/ou parda;

O Brasil é o segundo país do mundo com maior quantidade de população negra, em primeiro lugar está a Nigéria;

A população Negra Brasileira se encontra nas cinco regiões nacionais e, segundo o IPEA, totaliza o 74% do público de SUS-usuários.

c) Público prioritário & perfil epidemiológico da População Negra:

Gestantes Negras - A taxa de mortalidade materna de mulheres negras é sete vezes maior do que a mesma taxa entre mulheres não negras;

Homens jovens negros - 71% dos homicídios cometidos contra jovens de 15 a 29 anos atingiram jovens negros;

Crianças negras - A diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e não negros é 40%.

d) Por que lançar a campanha no dia 20 de novembro?

Esta data foi conquistada pelos movimentos sociais negros para exaltar a visibilidade da luta da população negra pela necessidade de garantia de direitos humanos para uma condição digna de humanidade destes cidadãos.

Esta data se configura em um dia histórico que simboliza a resistência e continuidade dos esforços sociais pelo enfrentamento aos resquícios escravocratas como: estereótipos, preconceito, discriminação e a mais dolorosa das faces do racismo - o racismo institucional no SUS, espaço de promoção de saúde.

4 MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:

Artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) – 2003;

Aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde – 2006;

Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, por meio da Portaria GM/MS nº 992 em 2009;

Estatuto da Igualdade Racial, aprovado na Lei 12.288/2010;

Pactuação do Plano Operativo de 2008 a 2011 da PNSIPN na CIT;

Campanha “Igualdade Racial no SUS é Pra Valer”, iniciada no Ministério da Saúde em 2012.

5 DOENÇAS DE MAIOR PREVALÊNCIA ENTRE A POPULAÇÃO NEGRA:

Anemia falciforme — Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra. Apesar da triagem de doenças falciformes ou daquelas de caráter congênito realizada no período neonatal, como exige a Portaria nº 822 do Ministério da Saúde, de 6 junho de 2001, grande parte da população ainda desconhece o problema.

Diabete melito (tipo II) — Esse tipo de diabete se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros — 9% a mais que os homens brancos — e as mulheres negras em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas.

Hipertensão arterial — A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos negros, é a causa direta ou indireta de todos os óbitos no Brasil. A doença é resultante de fatores como predisposição biológica, associada a variáveis como sexo, idade, obesidade, maior ingestão de sal, estresse e raça.

Miomas — Tumores benignos (não cancerosos) comuns do trato genital feminino. Também são conhecidos como fibromas, fi-bromiomas ou leiomiomas e se desenvolvem na parede muscular do útero. Embora nem sempre causem sintomas, seu tamanho e localização podem provocar problemas como sangramento ginecológico importante e dor em baixo ventre.

6 INDICADORES E DADOS ESTATÍSTICOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A taxa de mortalidade:

- ✓ Por doença falciforme na população preta foi 0,73 (por 100 mil hab.) e na parda de 0,28 (por 1000 hab.), enquanto na branca foi de 0,08 (por 100 hab.) na branca.
- ✓ Por hipertensão na população preta foi de 32,3 (por 100mil hab.), na população parda 25 (por 100 mil hab.) e 17 (por 100 mil hab.) na branca.
- ✓ Por diabetes mellitus na população preta foi de 34,1 (por 100mil hab.), na população parda 29,1 (por 100 mil hab.) e 22,7 (por 100 mil hab.) na branca.
- ✓ Por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool foram de 5,93 (por 100 mil hab.) na população preta, 3,8 (por 100mil hab.) na parda e 2,69 (por 100 mil hab.) na branca.

De acordo com o levantamento de morbi-mortalidade segundo o quesito raça-cor (realizado pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde), em relação à mortalidade específica no Brasil de 2000 a 2011, conclui-se que:

- ✓ Os homicídios são a segunda causa de morte mais frequente entre a população negra, enquanto que para os não negros, no caso dos brancos, aparece como quinta causa de mortalidade mais comum.
- ✓ Quanto à mortalidade materna, a taxa por 100.000 habitantes em 2011 era de 68,8 para mulheres negras e de 50, 6 para mulheres brancas.
- ✓ Em 2012, 60,8% dos novos casos de tuberculose se deram na população negra.

Já de acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010:

- ✓ 41,9% dos negros e 14,6 % dos brancos eram analfabetos, o que pode dificultar àquela parcela da população o uso correto de medicamentos prescritos.
- ✓ 41,1% da população negra tinha renda inferior a ½ salário mínimo, ante 23,53% dos brancos.

No que diz respeito ao ganho médio domiciliar per capita:

- ✓ A população branca recebia duas vezes mais quando comparada aos grupos raciais pretos e pardos.

Quanto a causas de mortalidade:

- ✓ Os brancos apresentaram maiores percentuais em neoplasias (negros 35,4%, brancos 63,8%) doenças do aparelho circulatório (41,1% negros, 58,1% brancos), porém os negros apresentam índices superiores em causas externas (57,7%).