UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

VERÔNICA REGINA XAVIER

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E RELAÇÕES ÉTNICO RACIAIS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

CÁCERES-MT
2026

VERÔNICA REGINA XAVIER

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM NA UNVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Mato Grosso, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador Professor Dr. Paulo Alberto dos Santos Vieira

CÁCERES-MT

2026

© by Verônica Regina Xavier, 2026.

Ficha catalográfica elaborada pela Supervisão de Bibliotecas da UNEMATCatalogação de Publicação na Fonte.
UNEMAT - Unidade padrão

X3p Xavier, Veronica Regina.
OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NA FORMAÇAO ACADÊMICA / Veronica Regina Xavier. - Cáceres, 2026.
126f.: il.

Universidade do Estado de Mato Grosso "Carlos Alberto Reyes Maldonado", Educação/CAC-PPGEDU - Cáceres - Mestrado Academico, Campus Universitário De Cáceres "Jane Vanini".
Orientador: Paulo Alberto dos Santos Vieira.

1. Projeto Pedagógico de Curso. 2. Saúde da População Negra. 3. Relações Étnico Raciais. 4. Ensino Superior. 5. Enfermagem. I. Vieira, Paulo Alberto dos Santos. II. Título.

UNEMAT / MTSCB CDU 616-083

VERÔNICA REGINA XAVIER

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NA FORMAÇAO ACADÊMICA

Dissertação de Mestrado aprovada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado de Mato Grosso, para obtenção do título de Mestre em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Paulo Alberto dos Santos Vieira (Orientador – PPGEdu/UNEMAT)

Dra. Lilian Angélica da Silva Souza (Membro Externo – PPGSS/UFRJ)

Dra. Waldinéia Antunes Alcantara Ferreira (Membro Interno – PPGEdu/UNEMAT)

APROVADA EM: 20/03/2026.

Agradeço primeiramente à Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT e ao Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEdu, pelas oportunidades e acolhida institucional.

Minha profunda gratidão ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Alberto dos Santos Vieira, pelo aceite em conduzir a orientação deste trabalho, pela escuta atenta, orientação firme e generosa, pela confiança, pelo incentivo para que eu pudesse percorrer este caminho com autonomia e pela parceria que cultivamos.

Agradeço às professoras e professores do PPGEdu – UNEMAT, pelo conhecimento e amizade partilhados nestes dois anos. À Professora Ma. Roseany Rocha, pela contribuição para a minha formação ao me receber no campo de estágio. Aos professores e professoras dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UNEMAT que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências e reflexões, enriquecendo sobremaneira esta investigação.

Expresso minha sincera gratidão às professoras Dra. Lilian Angélica da Silva Souza (PPGSS/UFRJ) e Dra. Waldinéia Antunes Alcântara Ferreira (PPGEdu/UNEMAT) por terem aceitado compor minha banca de qualificação. Agradeço pelas valiosas contribuições, que foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

À minha família: Meu irmão Álvaro, meu irmão Wilmar e minha cunhada Janaína, pelo carinho e apoio sempre presentes. Minha avó Didi, por sua afetuosa presença, por ser meu elo com o divino. E um agradecimento especial à minha mãe Vilma Regina, por seu amor incondicional e cuidados constantes, que se estenderam à minha casa e às minhas gatas, nas muitas ausências justificadas pelos compromissos acadêmicos. Amo vocês além da vida!

Residir em Nortelândia-MT e cursar o mestrado no PPGEdu do Campus Jane Vanini de Cáceres-MT constituiu-se em alguns momentos um grande desafio, muitas vezes suavizado pela generosidade das amizades feitas durante esse período. Por isso quero agradecer a amiga Jane Clair, pelas inúmeras caronas e mais ainda, pelas conversas enriquecedoras durante as viagens. Agradeço a amiga Dulcina Francieli, por todo o cuidado e amizade, por abrir as portas da sua casa para me receber durante as atividades presenciais do PPGEdu. À amiga Eliara, por sua generosa presença em minha vida nos momentos mais desafiadores do mestrado e por suas valiosas contribuições para minha pesquisa. Ao amigo José do Carmo, pelo carinho sempre presente. Aos amigos Nilma Sá dos Santos e Isael Sousa, pela importante acolhida que me deram na cidade de Cáceres no início deste percurso, nunca vou esquecer

esse gesto de amizade. Aos colegas de turma do PPGEdu 2024, pelo companheirismo, pelas trocas e pelo apoio mútuo ao longo destes dois anos.

À Secretaria Municipal de Educação de Arenápolis – MT, na pessoa da secretária Marilândia Borges de Aguiar Presotto, por seu apoio e incentivo desde o início, por sua gestão sensível à importância da formação acadêmica de seus de servidores.

Quero viver
Nossa graça, tenemos
É porque não esquecemos
Queremos cuidar da vida
Já que a morte esta parida
Um dia depois do outro
Numa casa enlouquecida

Digo de novo, quero dizer
A morte não é vingança
Beija e balança
E atrás dessa reticência
Queremos, quero viver
Queremos, quero viver
Tenemos
(Quero viver – Chico César)

RESUMO

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa cujo objetivo foi investigar as relações étnico-raciais na formação acadêmica por meio da análise dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) dos cursos de Enfermagem da UNEMAT, com a intencionalidade de desvelar como importantes ações políticas voltadas para a população negra são observadas nestes documentos, em especial a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Como objetivos específicos, buscou-se identificar como se expressam nos PPCs e nos currículos dos cursos de Enfermagem da UNEMAT, as legislações para as Relações Étnico-Raciais e o cuidado da saúde da população negra, verificar as concepções dos coordenadores dos cursos de Enfermagem e do Núcleo Docente Estruturante (NDE) da UNEMAT, quanto às temáticas das Relações Étnico-Raciais, racismo institucional e Saúde da População Negra e observar quais estratégias são utilizadas pelos docentes para a abordagem deste tema nas suas atividades. Metodologicamente trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, que conta com levantamento bibliográfico, análise documental dos PPCs e entrevistas semiestruturadas. A realização desse estudo se apoia na preocupação sobre como a formação acadêmica na área da saúde tem preparado seus egressos para o cuidado da população negra; outra razão é a escassez de trabalhos relacionados ao tema e a constatação através da bibliografia consultada de que a maioria das instituições de ensino superior ou não implementaram os conteúdos exigidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Estudo das Relações Étnico-raciais (DCNERER) ou o fizeram de forma rasa, transversal e sem articulação com a PNSIPN.

Palavras-Chave: Projeto Pedagógico de Curso. Saúde da População Negra. Relações Étnico-Raciais. Ensino Superior. Enfermagem.

.

ABSTRACT

This dissertation is the result of a research study aimed at investigating ethnic-racial relations in academic training through the analysis of the Pedagogical Course Projects (PPC) of the Nursing programs at UNEMAT. The intention was to reveal how important political actions directed toward the Black population are reflected in these documents, with particular attention to the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). Specifically, the study sought to identify how legislation concerning Ethnic-Racial Relations and the health care of the Black population are expressed in the PPCs and curricula of UNEMAT's Nursing programs; to examine the perspectives of program coordinators and the Structuring Teaching Nucleus (NDE) regarding issues of Ethnic-Racial Relations, institutional racism, and the Health of the Black Population; and to observe the strategies employed by faculty members to address these themes in their teaching practices. Methodologically, this is a qualitative, exploratory study based on a literature review, documentary analysis of the PPCs, and semi-structured interviews. The research is grounded in concerns about how academic training in the field of health has prepared graduates to care for the Black population. Another motivation lies in the scarcity of studies on this subject and in the finding, drawn from the reviewed literature, that most higher education institutions have either not implemented the content required by the National Curriculum Guidelines for the Study of Ethnic-Racial Relations (DCNERER) or have done so superficially, in a transversal manner, and without articulation with the PNSIPN.

Keywords: Pedagogical Course Projects. Black Population Health. Ethnic-Racial Relations. Higher Education. Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABE - Associação Brasileira de Educação

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONAES - Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

CONEPE - Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão

DCNERER - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Estudo das Relações Étnico-raciais

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ENSP Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégias de Saúde da Família

FACIS - Faculdades de Ciências da Saúde

FNB - Frente Negra Brasileira

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPE - Instituto de Pesquisas Educacionais

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Transexuais/Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e o '+' inclui outras identidades.

MES - Ministério da Educação e Saúde

MMN - Movimento de Mulheres Negras

MN – Movimento Negro

MNU - Movimento Negro Unificado

MTSM - Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NDE - Núcleo Docente Estruturante

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PLANAPIR - Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPC - Projetos Pedagógicos de Curso

PPGEdu - Programa de Pós-graduação em Educação

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SPN - Saúde da População Negra

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEM - Teatro Experimental do Negro

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UHC - União dos Homens de Cor

UNEMAT - Universidade do Estado de Mato Grosso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produções gerais encontradas na Base de dados da Capes 29

Tabela 2 – Total de produções encontradas por grande área conhecimento 29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados gerais do curso de Enfermagem do Campus Jane Vanini 77
Quadro 2 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Jane Vanini 78
Quadro 3 - Dados gerais do curso de Enfermagem do campus Eugênio Carlos Stieler ...79
Quadro 4 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Eugênio Carlos Stieler 79
Quadro 5 - Dados gerais do curso de Enfermagem do Campus Francisco Ferreira Mendes 80
Quadro 6 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Francisco Ferreira Mendes 81
Quadro 7 - A Concepção do Curso 82
Quadro 8 - Fundamentação Teórico Metodológica – Semelhanças 85
Quadro 9 - Fundamentação Teórico Metodológica – Diferenças 86
Quadro 10 - Objetivo Geral dos PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT 87
Quadro 11 - Objetivos Específicos dos PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT 88
Quadro 12 - Componente Curricular dos Cursos de Enfermagem da UNEMAT 93
Quadro 13 - Ementa das disciplinas de Ciências Sociais em Saúde (Tangará da Serra e Cáceres) e Assistência em enfermagem à saúde da mulher (Cáceres, Tangará da Serra e Diamantino) e Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena (Diamantino) ...95
Quadro 14 - Categorias de Análise das matrizes curriculares dos cursos de Enfermagem da UNEMAT 96

SUMÁRIO

1 ABERTURA DE CAMINHOS 16
1.1 Conceitos importantes para a pesquisa 23
1.2 Todos têm suas próprias razões 24
1.3 Procedimentos metodológicos 28

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS 31
2.1 Educação e saúde no Brasil: A nação higienizada 40
2.2 Educação e saúde no Brasil: Os marcos da eugenia 44
2.3 Saúde mental da população negra e as ciências da saúde 50

3 EDUCAÇÃO, SAÚDE E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS: CONSTITUIÇÃO DE NOVOS MARCOS 56
3.1 Política de educação, modernização do estado brasileiro e relações étnico-raciais 61
3.2 A política nacional de saúde integral da população negra: origens e desafios 65

4 FACES E INTERFACES ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA 69
4.1 Educação, saúde e (inter)faces: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem e a política nacional de saúde integral da população negra 70
4.2 Projetos pedagógicos de curso - PPC: breve abordagem conceitual 75
4.3 Análise documental dos projetos pedagógicos de curso: as faces da enfermagem na UNEMAT 76
4.3.1 O PPC de cada curso: semelhanças e distanciamentos 81
4.3.2 Formação acadêmica no interior do Brasil: análise da matriz formativa dos cursos de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso 90

5 VOZES E ECOS: OS SUJEITOS DA PESQUISA E SUAS PERCEPÇÕES 98
5.1 Conhecimento sobre as DCNERER e a PNSIPN 101

5.2 Política nacional de saúde integral da população negra e os documentos institucionais 103
5.3 Racismo institucional e a formação acadêmica 105
5.4 A saúde da população negra nos cursos de Enfermagem da UNEMAT 107
5.5 Convergências e divergências nos discursos docentes: entre silêncios e potencialidades 110

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 116

1 ABERTURA DE CAMINHOS

> *Enquanto o sofrimento estivesse vivo na memória de todos, quem sabe não procurariam, nem que fosse pela força do desejo, a criação de um novo destino.*
>
> *Conceição Evaristo*

E é por memória, por resistência e pela construção de novos destinos que historicamente as políticas afirmativas para as relações étnico-raciais, no Brasil, vêm sendo dimensionadas: a partir das lutas e reivindicações dos movimentos sociais, em particular do Movimento Negro desde o período pós- abolição, tendo se intensificado a partir da segunda metade do século XX (Werneck, 2016), em contínua resistência à lógica de exclusão e desumanização imposta à população negra desde o período colonial.

Para pensarmos a constituição das políticas para as relações étnico-raciais presentes no Brasil hoje, é preciso olhar para o nosso passado, para a organização do sistema colonial, a racialização de indivíduos não brancos no sistema escravista e as suas implicações históricas e políticas nas relações sociais no país desde então; conforme nos lembra a historiadora Ynaê Lopes dos Santos quando diz que "a história do país é a história do racismo brasileiro" (Santos, 2022, p. 16). Tal afirmação é tão triste quanto verdadeira e me recorda o avesso dessa experiência, relatada por Mateus Aleluia (2017) em sua canção Fogueira Doce:

> Eu que vinha de outras terras / Tratando das minhas feridas / Trazidas de uma vida aflita / Meus traumas Freud não explica / Eu encontrei a rosa /E me tornei roseiro // Só / Quando eu vim pra esse mundo / Eu mostrei minha cara / Sem marcar bobeira / Cantei o meu canto / E fiquei por cá / Coisa castiça / Coisa tão bonita / Coisa tão faceira / Cantei o meu canto / E vi Luanda (Aleluia, 2017, estrofes 5 e 6).

Aleluia, que viveu boa parte da sua vida em Angola, nos faz conectar seu discurso na canção a outros difundidos em documentários e entrevistas, em que relata sua experiência de "retornado" em África, surpreendido por reconhecer-se pertencente, por perceber a ligação ancestral com o continente e principalmente por encontrar, como ele mesmo menciona em entrevista ao Programa Perfil e Opinião, da TVE Bahia: "todo um poder constituído que se parecia comigo, gente parecida comigo com poder real" (Aleluia, 2018). Um pertencimento e reconhecimento que enquanto pessoa negra não havia experimentado no Brasil.

A vivência em África é explicitada na canção dedicada a Luanda, a qual chama carinhosamente de Fogueira Doce, remetendo-se ao amanhecer na capital de Angola. O compositor expressa todo o encantamento com um espaço onde se sentia livre para ser: "Só /

Quando eu vim pra este mundo/ Eu mostrei minha cara / Sem marcar bobeira" (Aleluia, 2017), curando-se de feridas trazidas de outras terras (o Brasil), muito provavelmente causadas por uma existência atravessada pelo racismo.

É também a partir da consciência do racismo e seus atravessamentos e em movimento de comprometimento, que muitas pensadoras e pensadores investiram e investem seus esforços intelectuais, acadêmicos, artísticos e existenciais, em busca de justiça e mais, que o Brasil deixe de ser para as pessoas negras um lugar de aflição, de reiteradas experiências de dor, insegurança e morte motivadas pela cor da pele, para que a realidade vivida por Mateus Aleluia em Angola seja um dia possível também aqui.

Partimos então da compreensão freireana que comprometer-se é próprio da existência humana e que a neutralidade diante das injustiças históricas resulta em um compromisso contra a própria humanidade (Freire, 1979). Nesse sentido, pesquisa-se para mudar as coisas, para mudar o mundo! Por isso escolhemos para subsidiar nossas discussões intelectuais imbuídos de um compromisso com a luta por uma sociedade radicalmente democrática e igualitária, comprometidos com a erradicação do racismo nas sociedades historicamente marcadas por sistemas coloniais e cuja vida e pesquisa têm sido dedicadas a desvendar o seu funcionamento e denunciar suas engrenagens.

A partir da consciência de que em uma sociedade estruturalmente racista as suas instituições se configuram de acordo com essa estrutura, produzindo iniquidades de acesso e distinção na oferta de serviços de saúde para a população negra (Anunciação *et al*., 2022), que emerge o nosso problema de pesquisa. Interessa-nos saber como os cursos de Enfermagem da UNEMAT têm preparado os seus egressos para o cuidado de uma população, cujas condições de saúde têm como determinantes o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional. Nossa investigação procurou responder em que medida os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) dos cursos de Enfermagem da UNEMAT dialogam com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Uma política do Sistema Único de Saúde (SUS), que ganha status de lei com a promulgação da *Lei 12. 288 de 20 de julho de 2010* que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial. E ainda, como contemplam a Educação para as Relações Étnico-Raciais na formação acadêmica? Conforme preconizado pelo disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino das Relações Étnico-Raciais (DCNERER).

O conceito de racismo institucional aqui considerado, é este cunhado por Kwame Ture (antes conhecido como Stokely Carmichael) e Charles V. Hamilton e desenvolvido na obra *Black Power, a Política de Libertação nos Estados Unidos*, lançado em 1967. Ture e Hamilton eram líderes do movimento negro norte-americano e no primeiro capítulo da referida obra,

apresentam a diferença entre o racismo individual e o racismo institucional e desenvolvem o conceito de racismo institucional refletindo a situação dos negros nos EUA.

Referem que a situação da população negra naquele país não é distinta a de qualquer outra população que fora colonizada, onde a população negra é alijada dos espaços de poder, enquanto as decisões políticas são tomadas pelos colonizadores: os brancos. Enfatizam que em comparação ao racismo individual, o racismo institucional não pode ser facilmente identificado em ações, porque ele consiste em formas menos explícitas operadas por forças estabelecidas e respeitadas na sociedade, por esta razão recebem menos condenação pública que o racismo individual (Hamilton; Ture, 2021).

Para Ture e Hamilton (2021) o racismo institucional se expressa por meio do funcionamento rotineiro das instituições e das estruturas sociais, ele opera de forma menos evidente, sustentado pelas normas, práticas e dinâmicas consolidadas socialmente, que naturalizam a exclusão e a desigualdade racial. Para Werneck (2016) o racismo institucional ou racismo sistêmico, corresponde a ações e políticas institucionais que operam para produzir ou manter a vulnerabilidade de grupos racializados e seria possivelmente a dimensão mais negligenciada do racismo. Essa discussão é necessária para pensar como o racismo é perpetrado no interior das instituições públicas e privadas como forma de manter a hegemonia de um determinado grupo racial no poder (Almeida, 2019).

O projeto foi elaborado com o objetivo de analisar os PPCs dos respectivos cursos à luz das DCNERER e da Lei 10.639/2003, com foco na presença (ou na ausência) de conteúdos relacionados às relações étnico-raciais e à promoção da equidade racial na formação em saúde, em especial ao conteúdo da PNSIPN. Outros objetivos da pesquisa são: 1. Investigar como a temática das relações étnico-raciais está contemplada nos currículos e nos documentos oficiais dos cursos de Enfermagem; 2. Conhecer as percepções dos coordenadores e do Núcleo Docente Estruturante dos cursos de Enfermagem sobre a importância do debate étnico-racial na formação em saúde; 3. Identificar as estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas.

Para início deste diálogo inscrito no campo da Educação, na linha de pesquisa Educação e Diversidade, do Programa de Pós-graduação em Educação – PPGEdu da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, guia-nos nesta tarefa a concepção de educação trazida por Paulo Freire (2001), de educação como processo permanente, originado da consciência humana de sua própria inconclusão. Da consciência como seres inconclusos, inacabados, nasce o desejo e a deliberada abertura para aprender e ensinar, Freire (2001) adverte que é preciso tornar-se sujeito da própria educação e não objeto dela, em um processo permanente de busca de si

mesmo, uma busca por ser mais, que é individual, mas que deve ser feita em comunhão com outras pessoas imbuídas do mesmo desejo (Freire, 2001).

Este trabalho está constituído por quatro seções que buscam aprofundar ideias e elucidar algumas indagações feitas até aqui, com a pretensão de se juntar a um rol de pesquisas que contribuam para os estudos no campo da Educação Superior, da Formação Acadêmica em Saúde, das Relações Étnico-Raciais no Brasil e da Saúde da População Negra (SPN).

Na primeira seção intitulada: "Política de Saúde no Brasil: Breve Contextualização e Elementos Constitutivos", realizamos um apanhado histórico introdutório acerca da trajetória da política de saúde desde a República Velha até as protoformas do Sistema Único de Saúde brasileiro com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988, utilizando-nos do aporte teórico de Maria Inês de Souza Bravo, Luciana Zucco e Ludmila Fontenele Cavalcanti, intelectuais do Serviço Social brasileiro. Destacamos também nesta seção a atuação do Movimento Negro enquanto organização política a partir da década de 1970, consolidadas em ações mais estruturadas pela garantia do direito à saúde para a população negra, Trad *et al.* (2012) sinalizam que a luta do Movimento Negro no Brasil tem raízes históricas e são travadas desde o período colonial, mas é na organização política do século XX, no pós-abolição, que se consolidam ações mais estruturadas na defesa por cidadania, acesso a direitos e inserção no mercado de trabalho. Nas subseções da primeira seção discutiremos o movimento higienista no Brasil e o modelo campanhista de saúde a partir das principais frentes de atuação do movimento higienista no país, que se deu através de práticas autoritárias de educação e de controle social, em interface com o pensamento eugenista do século XX.

O surgimento do pensamento eugênico é observado nessa seção por ter sido uma ideologia incorporada às políticas de saúde e educação pelo Estado, muito utilizada para justificar o pensamento racial no início do século e legitimar práticas que estabeleceram desigualdades estruturais. Para melhor compreensão do funcionamento da chamada ciência eugênica ou do racismo científico e das discussões a seguir, consideramos importante trazer os conceitos de colonialidade do poder de Alberto Quijano e os conceitos de raça e racismo, aqui em diálogo com Kabengele Munanga, Antônio Sérgio Guimarães e Sueli Carneiro.

Conforme Quijano (2022), a colonialidade do poder é um conceito central para compreender o padrão de poder vigente. Ele destaca que esse conceito se baseia na classificação social da população mundial em torno da ideia de raça. Esse conceito foi imposto globalmente durante a expansão do colonialismo europeu e, desde então, permeia todas as esferas da existência social, representa a expressão mais profunda e duradoura da dominação colonial. A

colonialidade do poder tem origem na codificação das diferenças entre colonizador e colonizados a partir da concepção de raça e de uma suposta diferença na estrutura biológica entre ambos, que faria o primeiro grupo naturalmente superior em relação ao segundo. A partir desta ideia é que se estabeleceram as relações de dominação entre colonizadores e colonizados na América Latina (Quijano, 2020).

Munanga adverte que raça é um conceito carregado de ideologia e de um sentido oculto, que é a relação de poder e dominação estabelecida por uma hierarquia racial baseada em características físicas e biológicas, enquanto o conceito de racismo, geralmente abordado a partir de raça, pode ser definido como a crença de que as características intelectuais e morais de um grupo estão atreladas às suas características físicas e/ou biológicas (Munanga, 2003).

Guimarães (2003) coloca que a ideia de raças humanas surgiu com a biologia e com a antropologia e com a crença de que a espécie humana poderia ser classificada como no mundo animal, com atribuição de valores morais, psíquicos e intelectuais a partir de suas características fisionômicas e fenotípicas, noção que caiu por terra pela impossibilidade de definir geneticamente raças humanas. Desta forma, o autor coloca que raças são construções sociais e que raça é um conceito sociológico que não corresponde à realidade, que reflete uma forma de classificação social, um conceito analítico nominalista, que orienta e ordena o discurso sobre a vida social. Para o autor, o racismo também se trata de um conceito intimamente ligado ao conceito de raça, em sua concepção, não existiria racismo sem a ideia de divisão dos seres humanos em raças.

Neste sentido, Sueli Carneiro (2023) corrobora para a origem do racismo a partir da ideia de raça, como um elemento estrutural dentro de sociedades multirraciais de origem colonial. Nesse tipo de sociedade, o racismo – enquanto pseudociência – é um instrumento de produção e manutenção de privilégios simbólicos e materiais para as pessoas brancas, motivo pelo qual evidências científicas que invalidam a existência de raças biológicas sejam muitas vezes convenientemente ignoradas.

A saúde mental em sua relação com as ciências da saúde também é trazida nesta primeira seção, nela vamos tratar sobre o impacto do racismo estrutural na saúde mental da população negra, com a sua exclusão das primeiras políticas de saúde pública no Brasil. A naturalização do sofrimento psíquico da população negra e sua invisibilização nos serviços de saúde é levantada, demonstrando como a psiquiatria foi utilizada para legitimar discursos racistas nos séculos XIX e XX, que levaram à internação psiquiátrica compulsória de milhares de pessoas negras.

Aqui parte-se da premissa de que o racismo no Brasil é estrutural, tem suas raízes no processo de colonização, com o escravismo vinculado ao tráfico transatlântico. O tráfico de pessoas do continente africano para fins de escravização e a colonização levaram ao desenvolvimento de uma hierarquia racial, definindo condições humanas a partir da ideia de supremacia branca, construindo relações racializadas em nosso país. Tomamos o conceito de racismo estrutural trazido por Almeida (2019) que argumenta que ele é, por consequência desses processos históricos, uma decorrência da estrutura social, um modo "normal" de ser dessa sociedade, que cria condições para que grupos racialmente identificados sejam discriminados sistematicamente.

Isto é importante para compreendermos como o racismo opera em nossa sociedade, Almeida (2019) alerta em sua obra *Racismo Estrutural* que o racismo vivenciado pelas pessoas negras no âmbito individual ou institucional, é a materialização de uma estrutura social que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos, reforça ainda que ele precisa ser enfrentado em todas as suas dimensões, especialmente no plano educacional, onde o currículo ainda opera de forma excludente e monocultural.

A segunda seção intitulada: "Educação, Saúde e Relações Étnico-Raciais: Constituição de Novos Marcos", discute a Política de Educação no contexto da modernização do Estado brasileiro, o acesso à educação escolarizada no Brasil antes e após a Promulgação da Constituição Federal de 1988, o papel do Estado e o reconhecimento da educação como direito fundamental e o contexto da educação para as relações étnico-raciais por meio das lutas e conquistas do Movimento Negro. Nela trazemos as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER), documento fundamental que orienta os sistemas educacionais na efetivação da Lei nº 10.639/2003.

Ainda na segunda seção a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é trazida em seu contexto histórico para contar o papel do movimento negro na luta por políticas públicas de saúde, os avanços da Constituição de 1988 com a inclusão da equidade em saúde, a importância da mobilização do Movimento Negro para os avanços obtidos nas primeiras décadas do século XXI. As principais diretrizes e objetivos da PNSIPN também são discutidas nessa seção, bem como o reconhecimento do racismo como determinante social de saúde e os desafios para a implementação da PNSIPN.

Nessa seção discutiremos a PNSIPN à luz das produções e reflexões da Professora Dra. Jurema Werneck, uma das principais intelectuais a atuar diretamente na construção da PNSIPN, marco fundamental no reconhecimento do racismo como determinante social de saúde no

Brasil. Werneck (2016) contribui para pensar a saúde não apenas como ausência de doença, mas como um direito que precisa ser garantido a partir de práticas antirracistas, de políticas públicas efetivas e de um modelo de cuidado que reconheça a diversidade étnico-racial como central.

Também trabalharemos na segunda seção o conceito de Racismo Institucional, a partir de Kwame Ture e Charles V. Hamilton desenvolvido na obra *Black Power, a Política de Libertação nos Estados Unidos*; e a partir de uma ampliação do conceito proposto por Jurema Werneck, que investiga o Racismo Institucional ou Racismo Sistêmico no SUS e sua interseccionalidade com gênero.

Na terceira e última seção: "Faces e Interfaces entre Educação e Saúde no Brasil: Análise crítica da formação acadêmica, seção de inspeção dos dados da pesquisa", apresentamos uma verificação documental das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem buscando identificar sua interface com a PNSIPN. A formação acadêmica e as relações étnico-raciais é objeto desta pesquisa em que analisamos individualmente e de forma cruzada os Projetos Pedagógicos de Curso e as matrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem da UNEMAT, nos campi de Diamantino, Cáceres e Tangará da Serra, municípios localizados no interior de Mato Grosso.

Buscamos identificar nos documentos oficiais dos três cursos as semelhanças e diferenças entre eles, especialmente, se seguem as orientações das DCNERER com relação à incorporação do conteúdo da PNSIPN. Para uma abordagem conceitual de Projeto Pedagógico de Curso recorremos aos estudos de Ilma Passos Alencastro Veiga. E seguimos com as contribuições de Nilma Lino Gomes, Petronilha Beatriz Gonçalves Silva e Aníbal Quijano para discutirmos a descolonização dos currículos no ensino superior.

A análise dos três cursos conta com a introdução à verificação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de cada um, atentando para a sua estrutura e organização e como dialoga com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem. O ponto crucial desta análise, porém, está localizado no objetivo maior deste estudo que busca identificar a presença ou ausência de conteúdos sobre a saúde da população negra.

Finalizamos esta seção de observação com as vozes e ecos dos sujeitos da pesquisa e suas percepções diante da temática da educação para as relações étnico-raciais, buscamos por meio das entrevistas conhecer suas concepções sobre a PNSIPN e as DCNERER, suas opiniões sobre a inserção do tema Saúde da População Negra nos documentos institucionais, sobre como avaliam a presença (ou ausência) da temática das relações étnico-raciais nos conteúdos curriculares. A seção nos traz também a percepção dos entrevistados sobre o tema do racismo

institucional e a formação acadêmica, como a temática da SPN é tratada pelos cursos de Enfermagem da UNEMAT e tecemos nossas considerações gerais sobre os discursos dos entrevistados: as convergências e divergências entre as percepções dos diferentes sujeitos da pesquisa e possíveis implicações para a reformulação curricular e para políticas institucionais.

1.1 Conceitos importantes para a pesquisa

Ao investigar os cursos de Enfermagem da UNEMAT esta pesquisa estabelece nexos com o campo da Saúde, aqui elencamos dois conceitos importantes presentes neste trabalho que são: *Determinantes Sociais de Saúde (DSS)* e *Saúde da População Negra.*

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) adotado neste trabalho advém do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) - Fiocruz, que incorpora em parte o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o amplia dando o entendimento de que os DSS compreendem um amplo conjunto de fatores estruturais e cotidianos que moldam as condições de vida das pessoas, influenciando diretamente seus modos de existir, aprender, trabalhar e se relacionar. São elementos que atravessam dimensões sociais, econômicas, culturais, ambientais, políticas e subjetivas, configurando contextos que podem ampliar ou restringir o acesso à saúde e o bem-estar. Tais determinantes não são imutáveis: ao contrário, podem ser transformados a partir de decisões e intervenções informadas, comprometidas com a justiça social e com a redução das iniquidades em saúde (ENSP/Fiocruz, 2025).

No tocante ao conceito de Saúde da População Negra, adotamos aqui o conceito de Jurema Werneck (2010) que refere saúde da População Negra como um conceito criado pela população negra e está alicerçado sobre três aspectos importantes: a política, a ciência e a cultura afro-brasileira. O conceito agrupa e destaca os processos de saúde e doença dessa população onde são observados o racismo como determinante social de saúde; a vulnerabilidade a determinadas doenças ou agravos e a vivência das culturas e tradições afro-brasileiras, que trazem visões de mundo específicas e modos de agir que influenciam visões e práticas de saúde.

Através destes conceitos e marcos legais, em particular, das DCNERER e da PNSIPN, analisamos como a educação para as relações étnico-raciais e atenção à saúde da população negra têm sido incorporadas aos PPCs e currículos dos cursos de Enfermagem da UNEMAT.

1.2 Todos têm suas próprias razões

Sou natural de Nortelândia, município do interior do Estado de Mato Grosso. A primeira de três irmãos, filha de uma professora alfabetizadora, que exerceu a sua maternidade sem a presença do nosso pai. Em casa recebíamos uma educação para o respeito à diversidade, embora isso destoasse completamente do contexto no qual estávamos inseridos, um contexto bastante conservador e discriminatório ainda. Era a década de 1990 e no interior não ouvíamos falar sobre combate à violência de gênero, direito de pessoas LGBTQIAPN+ e muito menos sobre racismo. Minha mãe fez o que pôde.

Todas essas opressões existiam e estavam presentes no nosso cotidiano. Na escola ou na rua ouvíamos falar do vizinho que batia na mulher, as "piadinhas" sobre a orientação sexual do filho de alguém. E havia muitas "piadas" sobre as características ou mesmo a índole das pessoas negras, eu não compreendia, mas hoje sei que o racismo, mesmo sem que percebêssemos, dimensionava as nossas relações.

A escola era, por excelência, o local onde estas opressões se aglutinavam. Nas datas comemorativas havia teatro e encenações de diversos tipos, todos os anos uma dessas encenações se repetia por ser considerada engraçada. Para executá-la quatro pessoas se caracterizavam pintando o rosto e o corpo com carvão, imitando mulheres negras de forma estereotipada, para combinar com a letra da canção extremamente ofensiva. Professoras encenavam esse teatro, minha mãe já o encenou e eu também, algumas vezes. O que à época parecia só uma brincadeira, uma encenação inofensiva, hoje nominamos e compreendemos como mais uma expressão do racismo: o *blackface*.

Conforme o artigo da historiadora Dra. Juliana Pereira (2022) ao Portal Geledés, o *blackface* surgiu no século XIX, nos *minstrels shows* nos Estados Unidos e consistia na caracterização de atores brancos para representarem homens negros nos palcos, para isso pintava-se o rosto e o corpo de preto, usava-se peruca crespa e havia exagero no desenho da boca e nos gestuais adotados em cena, com o intuito de ridicularizar a população negra retratada na obra. Conforme Pereira (2022), essas representações estavam em consonância com as teorias raciais do período, que propagavam a inferioridade de indivíduos não-brancos.

O que à época eu não compreendia e não sabia do que se tratava, se tornou uma lembrança incômoda, difícil de digerir. Mesmo que ainda fosse uma criança, sinto que tenho responsabilidade pela difusão de ideias de menos valia e de não valorização da beleza e da cultura negra, o que hoje entendo como parte do racismo que estrutura nossa sociedade. Um sistema de ideias cruciais para a subjetivação de meninas e meninos negros/as, que diante dessas

narrativas são levados/as a crer que não são belos/as ou capazes. Não há nada de que eu me envergonhe mais. Como essa, tantas outras lembranças compõem um repertório extenso de reproduções de racismo, injúrias e opressões, tendo a escola como o palco principal para muitas delas.

A tomada de consciência veio muito tempo depois e bem longe dali, pela educação. Não à toa diz-se que o conhecimento liberta. Eu sou assistente social e realizei a minha graduação na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ entre os anos de 2007 e 2014. Durante a formação cursei as disciplinas de Relações Étnico-Raciais e Serviço Social e de Identidades Culturais e Serviço Social no Brasil. Sempre digo que a educação para as relações étnico-raciais na graduação me libertou de uma ignorância que parecia inofensiva, porque ela era legitimada em todos os espaços que eu transitara até aquele momento. A universidade e a graduação na Escola de Serviço Social fizeram muito por mim, mas especialmente deu nome àquele conjunto vergonhoso de pensamentos, falas e atitudes que eu reproduzia e via naturalizados ao meu redor.

Anos após a graduação, atuando na política de educação, percebi como ainda é latente o racismo no chão da escola. A partir dessa percepção me coloquei como agente da educação antirracista. Como profissional, não poderia me furtar ao compromisso ético com o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças (Resolução CFESS N.º 273/93). Mas o meu compromisso com essa causa é também pessoal, parte desse sentimento de responsabilidade e reparação com a minha infância e a de muitos colegas.

Essa foi a motivação para inscrever o meu projeto de pesquisa na linha Educação e Diversidade no PPGEdu – UNEMAT com a proposta de investigar a inserção da temática das Relações Étnico-raciais nos currículos e nos PPCs do ensino superior, tendo em conta a relevância de se discutir o racismo estrutural na graduação. A partir da minha experiência, compreendo que uma formação que contemple uma educação para as relações étnico-raciais, em especial na área da saúde, contribui para que a prática profissional nos serviços de saúde seja uma prática alinhada com a eliminação do racismo em seus espaços.

A minha trajetória profissional conta com uma experiência na área da saúde mental e tem sido perpassada pela questão das relações étnico-raciais desde o seu início. Com uma escuta atenta e sensível a esse perfil profissional, o meu orientador Prof. Dr. Paulo Alberto dos Santos Vieira contribuiu para a delimitação da proposta investigativa e novas motivações se juntaram àquelas que eu já tinha, entre elas as que ora apresento.

Novas motivações como a preocupação sobre como a formação acadêmica na área da saúde tem preparado seus egressos para o cuidado da população negra, em que medida os currículos destes cursos têm contribuído para a compreensão dos determinantes sociais que implicam na maior vulnerabilidade da população negra. Uma preocupação pertinente, se pensarmos que o *Sistema Único de Saúde* – SUS – é o principal empregador para a categoria da enfermagem e que não é possível pensar a saúde pública brasileira sem o necessário recorte de raça e os dados que nos informam que a população negra é SUS-dependente, ou seja, que a maioria dessas pessoas depende exclusivamente desta política para seu cuidado em saúde (Werneck, 2016).

Não é possível ainda, diante desta informação, ignorar como o racismo opera em nossa sociedade. As consequências nocivas do racismo na vida da população negra são profundas e sistemáticas, mas nem sempre (re)conhecidas e a atinge, econômica e politicamente, assim como a atinge em sua subjetividade, em sua percepção de si mesma, gerando impactos em sua saúde física e mental (David, 2023). Para que unidades de saúde não se perpetuem como espaços reprodutores de racismo ou coniventes com ele é que existem dispositivos legais como a PNSIPN e as DCNERER.

A escolha por qual curso investigar vem de uma observação empírica, da minha experiência como assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no município de Diamantino-MT. Os CAPS são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, criados a partir da promulgação da *Lei 10.216/2001* que institui a *Política Nacional de Saúde Mental* do SUS, pensados para ofertarem no território um cuidado em saúde mental dentro da lógica antimanicomial[1], prezando sobretudo a liberdade e os vínculos familiares e comunitários dos usuários.

Durante cinco anos, atuei em uma equipe multidisciplinar junto a profissionais da enfermagem; como Assistente Social e coordenadora da unidade, realizava um intenso trabalho com a rede de saúde do município, em parceria com as diversas enfermeiras espalhadas pelo território em atuação nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).

O trabalho em rede e constante diálogo com as enfermeiras das ESFs me fizeram perceber que a enfermagem exerce um papel de alta relevância dentro das unidades de saúde,

[1] O Movimento de Luta Antimanicomial é um movimento que surgiu concomitante aos debates da Reforma Sanitária, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em 1987, conhecido também por Encontro de Bauru. Teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e foi protagonizado por usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, que reivindicavam melhores condições de trabalho e o fim do modelo asilar, desumano e degradante imposto às pessoas em sofrimento mental e que tinha nos manicômios sua máxima expressão (Desinstitute, 2023).

seja na atenção primária, secundária ou terciária[2]. Especialmente no território, na atenção básica, uma categoria que representa o vínculo entre o sistema de saúde local e a comunidade, entre o usuário e a ESF e, invariavelmente, é com quem a população tem contato frequente dentro do dispositivo de saúde. Por essa razão nosso trabalho em articulação era constante e necessário, o sucesso e a continuidade do cuidado no território à pessoa em sofrimento mental e à sua família, dependem muito do vínculo que mantêm com a ESF.

Este reconhecimento é importante e pode ser de grande potencialidade se aliado a uma formação acadêmica que contemple as políticas para as Relações Étnico-raciais, no compartilhamento da responsabilidade junto às instituições na implementação de estratégias de combate e prevenção ao racismo em seu interior, como preconiza a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*.

É importante pontuar que a/o Assistente Social, tal qual a/o Enfermeira/o, constitui-se como categoria inerente à saúde, reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) como profissional de saúde e que nas instituições de saúde mantém uma relação intersetorial de trabalho com a Enfermagem. Isso se deu por meio do entendimento do CNS de que com a ampliação do conceito de saúde e da compreensão da relação saúde/doença e seus determinantes a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, era também indispensável para a consolidação do SUS reconhecer a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e a imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior (Brasil, 1997). Esse reconhecimento está expresso na Resolução CNS N.º 218, de 06 de março de 1997 e ratificado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) através da Resolução CFESS N.º 383/99 de 29 de março de 1999 (CFESS, 1999).

Também nos motivou o empreendimento da pesquisa, observar a escassez de trabalhos relacionados ao tema, percebida num primeiro momento de levantamento da literatura. Outro motivo foi observar que os trabalhos encontrados dedicados a investigar as relações étnico-raciais em sua interface com os PPCs e currículos no ensino superior, constataram que a maioria das instituições de ensino superior ou não implementaram os conteúdos exigidos pelas *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Estudo das Relações Étnico-raciais* (Rosa, 2023), ou o fizeram de forma divergente à *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*

[2] Atenção primária, atenção secundária e terciária, são os níveis de complexidade estabelecidos pela *Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010*, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em linhas gerais: a Atenção Primária corresponde ao cuidado da saúde das famílias no território, ações de prevenção e organização dos fluxos para os outros pontos de atenção; à Atenção Secundária e Terciária correspondem o atendimento especializado em saúde, a nível ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2010).

(Silva, 2022). Esses dados nos impõe o desafio de ir além de apenas compor um rol de estudos com resultados semelhantes, mas de construirmos juntos alternativas para que a formação acadêmica de uma categoria tão importante no cuidado à saúde da população, seja uma formação que compreenda como o racismo estrutural incide negativamente sobre indicadores de saúde da população negra e que seja capacitada para o enfrentamento ao racismo institucional, em particular no SUS (Brasil, 2017).

1.3 Procedimentos metodológicos

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa e de caráter exploratório (Minayo, 1993), que investiga os Projetos Pedagógicos de Curso de três cursos de Enfermagem da UNEMAT e as Relações Étnico-raciais na formação acadêmica através da implementação das orientações trazidas pelas *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Estudo das Relações Étnico-raciais.* Foram escolhidos para a pesquisa os Cursos de Enfermagem do campus Jane Vanini de Cáceres/MT, campus Eugênio Carlos Stieler de Tangará da Serra/MT e do campus Francisco Ferreira Mendes de Diamantino/MT. A UNEMAT possui ainda um quarto curso de Enfermagem no campus Renê Barbour de Barra do Bugres/MT, vinculado à Faculdade Indígena Intercultural, o Bacharelado em Enfermagem Intercultural Indígena, que não fará parte desta investigação.

A metodologia foi baseada a partir de uma revisão bibliográfica, de análise documental e pesquisa de campo. Inicialmente foi realizado um balanço de produção iniciando da Base de dados da Capes para identificar as produções sobre a temática das Relações Étnico-Raciais no Ensino Superior, utilizando os seguintes descritores: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Saúde da População Negra *and* Enfermagem; Relações Étnico-Raciais *and* Ensino Superior; Projeto Político Pedagógico *and* Saúde da População Negra.

O objetivo deste levantamento foi identificar as produções textuais que discutissem necessariamente a PNSIPN na formação acadêmica, relacionando Saúde da População Negra com a Enfermagem e com Projeto Pedagógico e as Relações Étnico-Raciais com o Ensino Superior, descritores usados neste trabalho.

Foi feita a busca livre pelos descritores mencionados utilizando o refinamento de tempo: de 2014 a 2024 e de Grande Área de Conhecimento, utilizando: ciências da saúde, ciências humanas e multidisciplinar. Das 199 produções encontradas: 87 foram para os descritores Relações Étnico-Raciais *and* Ensino Superior; 73 para Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra (PNSIPN); 32 para Saúde da População Negra *and* Enfermagem e 7 para Projeto Político Pedagógico *and* Saúde da População Negra.

Tabela 1 - Produções gerais encontradas na Base de dados da Capes

Descritores	**Total de produções encontradas por ano**											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	**Total**
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	1	1	1	2	2	9	4	10	17	11	6	73
Saúde da População Negra e Enfermagem	0	2	0	0	0	1	0	4	4	10	1	32
Relações Étnico-Raciais e Ensino Superior	2	0	1	1	2	9	0	15	17	26	3	87
Projeto Político Pedagógico e Saúde da População Negra	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7
Total	3	3	2	3	4	19	4	29	39	52	11	**199**

Fonte: Tabela elaborada pela autora – dados extraídos do Banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2024.

Realizando um refinamento por grande área do conhecimento, chegamos a um total de 135 produções assim distribuídas:

Tabela 2 – Total de produções encontradas por grande área conhecimento

Descritores	**Ciências Humanas**	**Ciências da Saúde**	**Multidisciplinar**	**Total**
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	18	22	6	46
Saúde da População Negra *and* Enfermagem	4	17	1	22
Relações Étnico-Raciais *and* Ensino Superior	44	2	16	62
Projeto Político Pedagógico *and* Saúde da População Negra	0	3	2	5
Total	66	44	25	**135**

Fonte: Tabela elaborada pela autora – dados extraídos do Banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2024.

Para subsidiar a construção do projeto de pesquisa e as discussões deste trabalho, após o refinamento por grande área do conhecimento, selecionamos as teses e dissertações que tratavam de forma mais específica sobre a PNSIPN e a respeito das relações étnico-raciais no ensino superior, priorizando aquelas que tinham como objeto de análise os cursos de enfermagem ou outros cursos da área da saúde, 14 no total.

Para o atendimento dos nossos objetivos, realizamos em sequência um estudo bibliográfico sobre as relações étnico-raciais e seus marcos legais nas políticas de educação e de saúde a partir da promulgação da *Constituição Federal de 1988*, com foco na PNSIPN e nas DCNERER. Nosso estudo bibliográfico também incluiu produções textuais acerca da

construção das relações étnico-raciais no Brasil a partir da relação entre racismo, escravidão e o processo de colonização ocorrido no país. Foram incluídos neste levantamento os conceitos importantes para a compreensão do racismo e seu funcionamento, como racismo estrutural e racismo institucional.

A pesquisa contou ainda com um estudo de campo que pretendeu compreender as percepções dos coordenadores e dos membros do Núcleo Docente Estruturante (NDE) dos cursos de Enfermagem da UNEMAT sobre a importância do debate étnico-racial na formação em saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com a utilização de um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Foi realizada uma cuidadosa análise documental dos PPCs e das matrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem da UNEMAT, das *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*, das *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino das Relações Étnico-Raciais*, da *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* e finalmente do conteúdo das entrevistas realizadas com os coordenadores e professores membros do NDE dos cursos.

Para todas essas análises, seguimos os princípios da investigação de conteúdo preconizados por Bardin (1977), com a realização das três etapas de exame indicadas pela autora: 1. pré-análise, 2. exploração do material e o 3. tratamento dos resultados. Na pré-análise escolhemos os documentos e organizamos os materiais para proceder com a leitura flutuante e formulação de hipóteses; após a pré-análise, iniciamos a exploração do material, realizando uma categorização temática e agrupando os conteúdos por temas; por último realizamos o tratamento dos resultados interpretando os sentidos através no referencial teórico.

Com base na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi dirigido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e foi aprovado em 16 de dezembro de 2024. Para efetivarem a sua participação neste estudo as pessoas envolvidas foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa e que lhes afiança todos os seus direitos; todos os sujeitos envolvidos foram orientados previamente acerca dos objetivos do estudo, podendo dele desistir a qualquer tempo. Para a participação era imprescindível a autorização prévia do uso dos dados coletados através do TCLE.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

Entre os séculos XVIII e XIX não existia no Brasil qualquer política que garantisse à população acesso à saúde, esta era provida por meio da filantropia nos hospitais de caridade mantidos pela igreja. A prática médica estava distante dos mais pobres, dos indígenas e principalmente das pessoas escravizadas. No período conhecido como República Velha (1889-1930) o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros destas regiões grande poder de decisão na administração federal. A expansão cafeeira gerou lucros que foram parcialmente aplicados nas cidades, o que favoreceu a industrialização, a ampliação das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX, logo após a abolição da escravatura em 1888 (Escorel; Teixeira, 2012).

A migração europeia foi subsidiada por diversas políticas migratórias existentes desde o período imperial e incentivada massivamente após a abolição da escravatura, o objetivo principal era o "melhoramento racial" do Brasil, a partir do qual o processo civilizatório de nação pudesse acontecer. Para a elite política brasileira, modernidade e civilização estavam baseados em modelos - culturais e fenotípicos - construídos na Europa e nos Estados Unidos (Santos, 2022).

Com a expansão no setor agrário e de exportação de café, dos espaços urbanos e com a falta de um modelo sanitário para o país, o Estado é chamado a intervir com iniciativas no âmbito da saúde pública. Uma vez que as condições sanitárias não acompanharam o crescimento das cidades, estas passaram a sofrer com grandes epidemias e as epidemias representavam uma ameaça ao capitalismo recém-nascido e ao projeto civilizatório de nação. Veremos adiante que as ações de organização dos espaços urbanos da época eram marcadamente higienistas e racistas e incidiam para além do controle das epidemias, nos hábitos e costumes das populações negra, mestiça e indígena (Santos, 2022).

Na passagem do final do século XIX para o início do século XX, na emergência do trabalho assalariado, o tema da saúde pública surgiu como questão da agenda pública e trouxe para a ordem do dia as questões de higiene e saúde do trabalhador. É importante destacar que a população negra em sua maioria, estava excluída do trabalho assalariado no referido período, que por uma escolha política da oligarquia produtora de café, milhões de imigrantes europeus

chegaram ao Brasil para ocupar estes postos de trabalho e formaram uma grande massa de mão de obra, gerando condições para uma exploração sistêmica do trabalho livre (Santos, 2022).

Conforme indica Santos (2022), existem duas explicações para a ausência da população negra dos postos de trabalho assalariado: a primeira na recusa da população negra, recém egressa do sistema escravista, em trabalhar em situação análoga à escravidão, outro motivo seria o desejo das elites do Império em "melhorar racialmente" o Brasil, por isso as políticas e incentivos para a migração de europeus para o país.

As medidas tomadas naquele período, também foram usadas para diminuir as tensões provocadas pelas reivindicações do movimento operário que começava a se organizar e se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro. O surgimento da Previdência Social representou um câmbio da postura liberal do Estado frente às questões trabalhista e social, provocada por essa contradição entre ambos e pelo posicionamento do movimento operário, que assumia grande importância para a produção de políticas sociais públicas no país (Bravo, 2011). Uma dessas medidas, considerada por Bravo (2011) como a mais importante, foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) em 1923, a lei ficou conhecida pelo nome do seu propositor, o deputado Elói Chaves.

As CAPs eram organizadas por empresas de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas, de caráter não universal, eram destinadas aos trabalhadores com vínculo de trabalho formal e não havia a padronização dos atendimentos individuais, ou seja, não havia a divisão por categorias profissionais que se verá mais tarde com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Eram financiadas pelos empregados e pelas empresas empregadoras, uma das razões pela qual a cobertura atingia a poucas categorias, pois apenas as grandes empresas possuíam condições para mantê-la (Escorel; Teixeira, 2012).

A partir daqui a interpretação da política social brasileira como resposta progressiva às demandas do trabalho assalariado precisa ser problematizada a partir de uma leitura racializada de sua formação. Conforme argumenta em sua tese de doutorado a Dra. em Serviço Social Gracyelle Costa Ferreira (2020), a emergência da política social no Brasil está intrinsecamente vinculada a um projeto de nação construído no pós-abolição sob bases profundamente raciais, no qual modernidade, civilização e progresso foram associados ao embranquecimento da população e à exclusão sistemática dos corpos negros do reconhecimento pleno como sujeitos de direitos, este projeto de nação foi sustentado pela via do trabalho (Ferreira, 2020).

Em geral, as análises oferecidas sobre a formação da classe trabalhadora no início do século XX não têm refletido a realidade em termos da participação da população negra neste

processo, trata-se de um silenciamento imposto pela lógica colonial que aponta para a constituição de um ideal de trabalhador branco, imigrante europeu (Ferreira, 2019). Assim, quando somos apresentados à história da Lei Eloy Chaves e sua incidência protetiva aos trabalhadores ferroviários, marítimos e portuários, dificilmente projetamos mentalmente a imagem desses trabalhadores como negros, pois é parte do projeto de nação desde o século XIX, homogeneizar étnico-racial e culturalmente a população brasileira (Ferreira, 2020).

Contudo, Ferreira (2020) refuta com sua tese a imagem destes trabalhadores como majoritariamente brancos, demonstrando que entre os primeiros beneficiários das CAPs, ferreiros, marítimos e portuários de algumas regiões do país, encontrava-se, em sua maioria, homens negros. Contradiz também a ideia de que a política social no Brasil é inaugurada com a instituição das CAPs, evidenciando a presença e a agência dos trabalhadores negros nos processos de organização do trabalho e nas formas comunitárias e solidárias de cuidado e proteção social anteriores e paralelas à institucionalização estatal.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder em 1930, uma ampla reforma política e administrativa foi imediatamente iniciada com o fim de diminuir no Estado o controle político das oligarquias regionais. Nesse período é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que depois se chamaria Ministério da Educação e Saúde (MES), responsável por reformas eugenistas no âmbito da educação e da saúde (Dávila, 2006).

Com discursos e medidas populistas pelos quais o Estado se apresentava como “pai dos pobres”, Vargas procurou conter as reivindicações sociais e centralizar a máquina governamental a fim de consolidar o poder nacional. Nesse conjunto, as políticas sociais nada mais eram que uma estratégia utilizada para justificar e abrandar o sistema autoritário que impunha, mas, em contraposição, expressava o reconhecimento das reivindicações da classe trabalhadora, que se construía no país.

Conforme Bravo (2011), a década de 1930 marcou o acirramento do capital industrial e o início da intervenção do Estado na saúde, na questão social que se apresentou na década de 1920 e que então, com as reivindicações dos trabalhadores, necessitava uma resposta mais elaborada, em forma de uma política capaz de contemplar essa crescente massa trabalhadora que vivia em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Foi formulada, a partir daí, a política de saúde organizada em dois subsetores: o de saúde pública, designada à parcela da população que não possuía vínculo de trabalho formal, tinha como objetivo criar condições sanitárias no perímetro urbano, com foco nas doenças infectocontagiosas, campanhas sanitárias, programas de imunização e assistência médica em caráter limitado. E o de medicina previdenciária, que nasceu com a criação dos Institutos de

Aposentadorias e Pensões (IAP), para os contribuintes da previdência social, ou seja, para os que estavam inseridos no mercado de trabalho e possuíam carteira assinada, seu foco era na especialização clínica e na medicina hospitalar (Escorel; Teixeira, 2012).

A criação dos IAP se deu nessa conjuntura de ascensão do Estado populista de Vargas, os quais foram criados ao longo da década de 1930 e favoreceram a porção de trabalhadores urbanos mais importantes para a economia agroexportadora. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam a ligação com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira da época.

A divisão da política de saúde em saúde pública e medicina previdenciária permitiu a construção e fortalecimento de práticas de promoção e prevenção (mais de prevenção) na primeira e de práticas curativas na segunda, no entanto, ambas as concepções tinham a sua ênfase de atuação em práticas que pouco, ou em nada atentavam ao processo saúde-doença, suas determinações sociais e o processo histórico-social que permitia o aparecimento das doenças. Como explicitam Cavalcanti e Zucco (2009), as ações campanhistas implementadas pelo Estado e a assistência prestada pelas CAPs e os IAPs estavam baseadas na noção de ausência de doença, o que resultou na dicotomia entre saúde pública e saúde curativa e em sistemas de saúde pontuais e imediatistas, sem a compreensão de saúde preventiva.

No âmbito da saúde pública e sob a égide do mês, diversos órgãos foram criados, dentre eles o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. O SESP foi criado em 1942 durante a 2ª guerra mundial, em convênio com órgãos dos Estados Unidos e patrocinado pela Fundação Rockefeller. Este órgão tinha como objetivo a assistência médica aos “soldados da borracha”, o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. Seu foco era tanto a medicina preventiva como a curativa, além da educação sanitária em variados espaços, dentre eles nas escolas primárias (Renovato; Bagnato, 2010).

O contexto político internacional pós-segunda guerra repercutiu no Brasil na forma de manifestações populares que resultaram, em outubro de 1945, na deposição do presidente Getúlio Vargas e na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal no ano seguinte. Este período ficou conhecido como o de redemocratização do país, marcado pelas eleições diretas para seus principais cargos políticos, pela liberdade de atuação da imprensa, dos partidos e dos sindicatos.

O período desenvolvimentista apresentou uma tendência à descentralização na relação da União com os níveis subnacionais de governo, ocorreu também na mesma época uma rápida

expansão da medicina previdenciária e das redes de saúde pública no âmbito dos estados e municípios voltadas ao atendimento do "pronto socorro" e destinadas aos que estavam à margem do sistema previdenciário, embora não tenham ocorridas alterações profundas na natureza do sistema de saúde previdenciária, as ações na área da saúde se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, o que levou à criação do Ministério da Saúde em 1953 (Escorel; Teixeira, 2012).

A proposta desenvolvimentista teve como principal fomento o ingresso do capital estrangeiro na economia nacional. O Estado liderou uma modernização econômica e institucional, ao mesmo tempo em que os movimentos sociais exigiam dos governantes o cumprimento das promessas de melhoria das condições de saúde e trabalho e a década de 1950 era marcada por manifestações nacionalistas. Além disso, a década de 1950 caracterizou-se pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária, pois era compatível com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

Bravo (2011) afirma que àquela altura a estrutura de atendimento hospitalar privado já estava pronta e apontava para a expansão deste modelo, uma vez que as corporações médicas pressionavam o Estado em busca de financiamento e em defesa da privatização da saúde no país. Entre 1945 e 1964, estruturalmente se manteve o binômio saúde pública e medicina previdenciária, porém, no que concerne a concepção de saúde, houve uma ampliação do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1948 definiu-a como completo estado de bem-estar físico, mental e social. Trata-se de uma concepção preconizada por profissionais da política de saúde na atualidade, por meio da expressão "visão holística da saúde" (Bravo, 2011, p. 98).

O debate acerca do papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde ganhou outro patamar, que culminou na III Conferência Nacional de Saúde em 1963. A principal proposta era a municipalização da assistência à saúde, as forças políticas progressistas reivindicavam reformas de base imediatas, dentre as quais a reforma sanitária, porém, este debate foi interrompido pela reação política das forças sociais conservadoras que levou ao golpe militar de 1964 e adiado pelos 20 anos de ditadura (Escorel; Teixeira, 2012).

As reformas institucionais encaminhadas pelo governo militar (1964-1984) tiveram como apoio a lógica centralista e a forte repressão destinada a todo e qualquer debate que ocorresse na sociedade que visasse uma alternativa diferente ao regime imposto, sobretudo no meio acadêmico. Essas reformas transformaram os modelos de saúde pública e o de medicina previdenciária. O Ministério da Saúde também sofreu um prejuízo no tocante às verbas

destinadas à saúde pública, apesar do governo difundir a ideia de que a saúde era algo importante para a produtividade, para o desenvolvimento e que se tratava de um investimento econômico.

O que se viu depois das reformas foi um sistema de saúde cujo privilegiamento era a atenção hospitalar individual e não um compromisso com os interesses coletivos. Isso alterou drasticamente a linha de atuação do Ministério da Saúde. Na verdade, os fatores supracitados correspondiam ao interesse do governo e a seu compromisso com os serviços de saúde privados, que se tornarão mais explícitos nos anos a seguir, quando foram definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 1970, do modelo assistencial privatista.

Esse período corresponde ao momento de declínio da saúde pública e ascensão da medicina previdenciária, por consequência da reestruturação pela qual passaria o setor privado e pelo privilégio que o governo deu a ele e ao modelo de medicalização da saúde (Cavalcanti; Zucco, 2009). O próprio regime militar desde o seu princípio foi fator chave para que os grandes problemas estruturais do país se tornassem agudos e profundos.

Em 1966, o governo realizou a unificação dos IAP em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o fim de atender ao crescente papel interventivo do Estado na sociedade, representando a perda de representatividade política dos trabalhadores dentro deste órgão, restando-lhes apenas o papel de financiador (Bravo, 2011).

A unificação dos institutos foi somente uma das muitas medidas tomadas pelo regime militar sob a égide de uma constituição extremamente severa a pretexto do seu elemento fundante: a segurança nacional. A constituição procurava eliminar os direitos de democracia obtidos nas constituições anteriores, centralizar o poder nas mãos do presidente e desmobilizar as forças políticas estimuladas no período populista, ainda que a estratégia que corresponde a esse rompimento com o populismo não tenha representado de fato a alteração nas relações assistencialistas entre o Estado e a população.

Prova disso está na ampliação da cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos, rurais e autônomos. Na saúde vários programas foram criados, cujo recorte era o atendimento focal e pontual, especialmente no que se referia aos programas preventivos e promocionais, como campanhas contra a malária, a tuberculose, a doença de Chagas, a varíola e a febre amarela. Também foram ofertados programas direcionados a população de baixa renda, como distribuição de leite e saneamento básico, minimizando as desigualdades sociais, mas corroborando com a visão de que essa problemática era decorrente das próprias carências individuais da população (Escorel; Teixeira, 2012).

A criação do INPS uniu diferentes benefícios em apenas um órgão, à medida que todos os trabalhadores com carteira assinada eram automaticamente contribuintes e beneficiários, um grande volume se formou e esse sistema passou a ser para o Estado como uma grande fonte de recursos financeiros capitalizados, tendo em conta o milagre econômico vivido na década de 70 e visto que as contribuições aumentavam em uma proporção muito superior ao percentual de aposentadorias e pensões.

Ao incorporar a assistência médica aos benefícios oferecidos pelos IAPs, ainda que alguns institutos já possuíssem hospitais próprios, o Estado se deparou com os mesmos problemas estruturais mencionados: o sistema médico previdenciário existente não era capaz de dar conta da massa de contribuintes que aumentava substancialmente. A ampliação do sistema não encontrou empecilhos, porém, foi delegada à iniciativa privada, a mesma estrutura que já estava montada a partir dos anos 1950 e que desde então pressionava o financiamento do Estado. A ênfase dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, caracterizam o descaso com o caráter preventivo e de interesse coletivo dela.

Toda essa mudança na estrutura do sistema culminou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que foi responsável por intermediar os repasses para a iniciativa privada. Aliado a uma política de apoio às redes privadas de hospitais, criada antes da unificação dos IAP, que funcionava através de empréstimos com juros subsidiados, o regime militar proporcionou à rede privada um incremento e ascensão sem iguais.

As consequências desta política nos âmbitos institucional e principalmente social não foram poucas, dentre elas a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa que visava sobrepujar a proposta de medicina social e preventiva; o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares; a rápida expansão do setor empresarial de serviços médicos, cujo atendimento estava voltado às práticas curativas e individuais, centrados nos moldes capitalistas; e, finalmente, a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população, contribuíram para que esta época fosse marcada por um excludente e ineficiente sistema de saúde (Cavalcanti; Zucco, 2009).

É no início da década de 1980 que esse sistema começa a mostrar sinais de esgotamento, quando a captação de recursos passa a dar lugar a uma fase de maiores gastos. Durante os primeiros anos de sua existência, a Previdência Social apenas recebeu contribuições que

proporcionaram um volume de recursos e um patrimônio considerável, mas passado algum tempo, com o crescente financiamento desses recursos para obras de investimento de infraestrutura e para a própria estrutura hospitalar, acrescido do aumento das aposentadorias e pensões, a crise da Previdência voltou a ser objeto de preocupação.

De acordo com Bravo (2011) o final dos anos 1970 e os primeiros anos da década de 1980, marcam a reestruturação dos debates acerca dos rumos da saúde pública que haviam sido encerrados pela ditadura. Pelas mãos dos novos sujeitos sociais, as discussões em prol de uma política de saúde mais abrangente ganham forma. A saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política: destacam-se os profissionais de saúde, o Movimento Sanitário legitimamente representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

A organização dos movimentos sociais, somado ao contexto social responsável pela insatisfação popular, fez aumentar o crescimento do número e intensidade de denúncias na área da saúde e a organização destes setores progressistas da sociedade que pleiteavam a reforma do setor saúde com propostas alternativas, na qual a saúde era compreendida a partir da sua determinação social. A saúde passa então a ser considerada em seu sentido mais abrangente, como resultado das condições de vida e da organização social da produção, onde as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde, podem gerar desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986).

Com a previsão da eleição da Assembleia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país, a Conferência ocorreu em Brasília em 1986. Ela contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, sendo considerada um marco e um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária, por introduzir a sociedade no cenário da discussão da saúde e abarcar tantas entidades representativas da população, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2011).

O Relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado na garantia de condições de acesso universal e igualitário a todos os cidadãos aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde (Brasil, 1986).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde o conceito de saúde amplia-se, como se observa acima, não significando mais a saúde como ausência de doença. Exigia-se uma revisão

a nível legislativo, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação a saúde, ou seja, vincula-se ao conceito de Reforma Sanitária. Partindo do conteúdo já posto, um dos pontos discutidos na 8ª Conferência seria a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, resultando na criação de um Sistema Único de Saúde, promovendo a separação entre saúde e previdência, através de uma Reforma Sanitária.

A Assembleia Constituinte, na elaboração da nova Carta Magna, incorporou boa parte das propostas da Conferência, concretizando propostas da Reforma Sanitária no plano jurídico-institucional. A Constituição-Cidadã, como ficou conhecida, incluiu, no capítulo da Seguridade Social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, moldando as diretrizes do SUS. O texto constitucional que compreende ao SUS reflete a correlação de forças entre os grupos empresariais representados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas e a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, que congregou as entidades representantes da Reforma Sanitária. Ele representa, de certa maneira, a vitória do movimento sanitário, por atender grande parte de suas reivindicações, ainda que não tenha alterado a situação da indústria farmacêutica (Bravo, 2011).

É importante destacar neste período histórico, a organização do Movimento Negro a partir da década de 1970, especialmente com a criação do Movimento Negro Unificado em 1978. A comunidade negra no contexto das lutas pela democratização da saúde e pela Reforma Sanitária, começa a compreender que a reivindicação por direitos de cidadania para a população negra deveria estar necessariamente atrelada às reivindicações pelo reconhecimento de sua história e sua cultura, além do reconhecimento de que as políticas sociais deveriam ser pensadas dentro da perspectiva do povo negro e visando a superação do racismo (Gomes, 2017). Pois, apesar de progressista e de avançar na compreensão sobre determinantes sociais de saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária não incluiu em suas discussões políticas as condições de vida específicas da população negra, tampouco como o racismo incidia sobre sua saúde (Araújo, 2015).

A luta e organização do Movimento Negro em torno das suas pautas a partir da década de 1980 se materializou em algumas conquistas garantidas pela Constituição Federal (CF) de 1988, entre elas a caracterização da prática de racismo como crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, no entanto, foram poucos os avanços. Isso fez com que o Movimento Negro intensificasse a sua luta para incluir o tema racial na agenda das políticas públicas, com o objetivo de promover a inclusão social de grupos historicamente discriminados através de políticas afirmativas e políticas que visavam a ampliação e qualificação da assistência em saúde para a população negra (Araújo, 2015).

2.1 Educação e saúde no Brasil: A nação higienizada

O higienismo emergiu no século XIX como um movimento médico-social centrado no controle sanitário e moral da população. Proveniente da Europa, foi sustentado pelo discurso da ciência positivista e do evolucionismo social: a disciplina dos corpos e das populações seria o fundamento do progresso civilizatório. Seus princípios foram difundidos como um ideal de progresso e civilidade, associando saúde física e mental a uma ética disciplinar de conduta cívica e moral. No Brasil, esse movimento foi apropriado pelas elites médicas, políticas e educacionais, como estratégia de organização social e nacional, enxergavam na higiene pública um instrumento de redemocratização cívica e moral do país (Junior; Carvalho, 2012).

No início do século XX, Oswaldo Cruz foi nomeado como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com o desafio de erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Datam deste período os serviços e programas de saúde pública em nível nacional, com a organização e implementação progressiva de instituições públicas de higiene e saúde no Brasil (Escorel; Teixeira, 2012). O Instituto Oswaldo Cruz, que sucedeu ao Instituto Soroterápico em 1900, destacou-se como núcleo científico de referência. Sob a direção de Oswaldo Cruz (1903-1917), tornou-se um centro de excelência na pesquisa e no combate a epidemias, assim como na formação de quadros técnicos especializados. Esse protagonismo científico reforçava a legitimidade de um projeto higienista que, para além de controlar doenças, se pretendia um instrumento de construção da nacionalidade e de fortalecimento do Estado (Lima; Hochman, 1996).

Já no início de suas ações, o Instituto adotou o modelo de intervenção que ficou conhecido como campanhista. Implantadas autoritariamente pelo Estado, as campanhas eram destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Elas procuravam atingir uma cobertura universal e traziam um forte discurso bélico de guerra às doenças, o uso da força e da autoridade eram em geral os instrumentos preferenciais destas ações, que foram recebidas com desconfiança pela população (Bertolli Filho, 1996).

Como se pode depreender, o nascimento da saúde pública no Brasil combinou ações assistenciais e coercitivas voltadas para a ordenação dos espaços urbanos e daqueles estrategicamente relevantes para a economia. As ações autoritárias do Estado no campo da saúde recebiam cada vez mais desconfiança e insatisfação da população, a criação *da Lei Federal nº 1261*, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação antivariólica obrigatória para todo o território nacional, foi o estopim para uma passagem histórica conhecida na saúde pública como a Revolta da Vacina. O movimento formado por diversos segmentos sociais não

contestava a vacina em si, mas combatia o autoritarismo do Estado que impunha a obrigatoriedade da imunização sem uma política educativa sobre os seus benefícios, criminalizando quem se recusasse a recebê-la (Santos, 2022).

O marco simbólico das políticas públicas sanitaristas e higienistas, no entanto, ocorreu com a chamada campanha do saneamento rural em 1916, com a afirmação de Miguel Pereira, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de que "o Brasil era um imenso hospital". A frase proferida por Miguel Pereira uniu fatores que seriam os impulsionadores das campanhas sanitaristas do período: o clima nacionalista intensificado pela Primeira Guerra Mundial, que estimulava a busca de símbolos e políticas capazes de afirmar a identidade nacional; o impacto das viagens pelo interior do Brasil e as descobertas científicas do Instituto Oswaldo Cruz, cuja atuação era decisiva para o avanço do conhecimento sobre as doenças; e a formação de especialistas em saúde pública e a crítica à decadência da experiência republicana, percebida como incapaz de garantir condições dignas de vida para as populações das regiões rurais (o chamado sertão) e de consolidar um projeto de nação saudável e moderno (Lima; Hochman, 1996).

A partir dos dados obtidos nas expedições realizadas junto ao Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil, os médicos Belisário Penna e Arthur Neiva passaram a defender a necessidade de integração entre o país e o homem do interior, no relatório da expedição pediam pela criação de um ministério da educação e saúde (Dávila, 2006). Motivados pela ideia de doença como característica central do povo e de que o sertanejo vivia isolado e abandonado pelos governos. Ao conclamar a sociedade para tal necessidade, conseguiram também a adesão da elite intelectual da época para a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil (Lima; Hochman, 1996).

Intelectuais e membros da Associação Brasileira de Educação (ABE) como Anísio Teixeira e Lourenço Filho, além de médicos como Belisário Penna, Arthur Neiva e Eurico Branco Ribeiro, membros da Liga Pró-Saneamento do Brasil, associavam a higiene a valores de cidadania, disciplina e pertença nacional, legitimando uma relação entre limpeza moral, progresso e conformidade corporal em uma lógica que estava longe de fortalecer a diversidade cultural brasileira (Carvalho; Junior, 2012). Esse imaginário higienista moldou a construção da identidade nacional, associando o interior do país à doença, à desordem e à preguiça, em oposição à cidade moderna e limpa. A metáfora do sertão doente justificaria o controle sanitarista sobre corpos socialmente indesejados (Lima; Hochman, 1996).

A campanha do saneamento rural pode ser compreendida como algo mais além que uma política de saúde, ela se inscreve no quadro mais amplo do higienismo brasileiro do início do

século XX, que articulava ciência, nacionalismo e ideologias de melhoria física e moral da população, esse ideário foi rapidamente incorporado pela educação pública, que por meio dos seus dirigentes, implantou uma série de expansões e reformas no sistema escolar, com o intuito de tornar a educação acessível à população pobre e não branca e com isso aperfeiçoar a raça brasileira ao molde europeu (Dávila, 2006). Ao conjugar o combate às endemias e educação pública com o ideal de regeneração social e racial, o movimento projetava-se como parte de um esforço de redefinição da própria imagem do Brasil, não mais o país doente e decadente, mas uma nação moderna, saudável e integrada aos padrões civilizatórios do Ocidente.

Na obra: *Molde Nacional e Fôrma Cívica: Higiene, Moral e Trabalho no Projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)*, tese de doutorado de Marta Maria Chagas de Carvalho (1998), a pesquisadora analisa o período e expõe a educação como parte desse projeto higienista nacional, em que as escolas deveriam ser templos do saneamento da moral coletiva, discipulando o corpo coletivo para fins sanitários e cívicos. Desse modo, a higienização transcendeu o corpo físico e virou norma de pertencimento e obediência social.

Em 1927 aconteceu em Curitiba, Paraná a I Conferência Nacional de Educação organizada pela ABE, o evento que reuniu médicos, engenheiros, juristas e educadores, propunha uma escola modelo voltada à produção de uma consciência sanitária nacional. Nela, defendeu-se que os professores seriam os braços direitos do higienista e que deveriam implementar no ambiente escolar práticas de asseio, disciplina e higiene sexual, com o objetivo de incutir nas crianças e jovens uma formação física e mental que fosse eficiente e moral (Carvalho; Junior, 2012). As propostas incluíam testes psicológicos e intervenções sanitárias padronizadas na arquitetura escolar e no regime disciplinar.

A escola pública do início do século XX não foi concebida apenas como um espaço de aprendizagem formal e a educação brasileira foi atravessada por um processo de disciplinarização que tinha como horizonte a conformação de sujeitos adaptados ao projeto de modernidade nacional. Dentro desse projeto, o higienismo foi peça central, um instrumento de controle e normalização dos corpos, principalmente os corpos pobres e racializados. Mais do que promover a saúde, a pedagogia higienista promovia um ideal de civilidade ancorado na branquitude, na moral religiosa e na obediência ao Estado.

Médicos, engenheiros e educadores atuavam juntos para organizar o espaço escolar, o currículo e a rotina diária com base em normas higiênicas e disciplinares. As crianças eram pesadas, medidas, examinadas por médicos escolares, ensinadas a escovar os dentes, lavar as mãos, sentar-se com a coluna ereta e manter silêncio. Tais práticas não eram meramente educativas: eram instrumentos de regulação social. A obrigatoriedade de banhos, uniformes,

testes físicos, exames médicos e inspeções odontológicas traduzia a vigilância do Estado sobre os corpos infantis (Carvalho, 1998). Mas, como veremos, essas exigências não eram universais: recaíam com maior peso sobre as populações mais vulnerabilizadas, sobretudo as negras e pobres.

Como analisa Frantz Fanon (2020), no contexto colonial a medicina e as políticas sanitárias eram organizadas não para o cuidado integral da população colonizada, mas para manter a ordem racial e proteger o corpo do colonizador. No Brasil, a lógica higienista reproduziu esse mesmo princípio: as intervenções em saúde e educação visavam corrigir os corpos negros, considerados insalubres ou moralmente desviantes, bem como assegurar a preservação dos espaços urbanos como territórios de branquitude. O corpo negro, portanto, foi simultaneamente o foco e a justificativa para práticas de vigilância e exclusão.

O movimento, embora revestido de um discurso técnico-científico, operou como um dos principais vetores de normatização social e racial no Brasil entre o final do século XIX e o início do século XX. Seu princípio estruturante era a ideia de que a saúde pública não se restringia à ausência de doenças, mas envolvia a conformidade a padrões morais, corporais e estéticos definidos pelas elites brancas. Nessa lógica, a limpeza física se confundia com pureza moral, e a branquitude se consolidava como sinônimo de civilidade (Santos, 2022).

O higienismo difundiu uma pedagogia da vigilância que agia sobre os corpos e as consciências, especialmente os corpos racializados constantemente estigmatizados. A estigmatização do corpo negro vai além de suas condições materiais de vida: trata-se de uma construção histórica e simbólica que transforma a diferença racial em marcador de inferioridade e ameaça (Fanon, 2020). No imaginário higienista brasileiro, essa ameaça precisava ser contida, seja pela expulsão de populações de áreas centrais, seja pela vigilância sobre seus modos de vida.

Essa lógica se manteve nas reformas urbanas, como a do Rio de Janeiro na gestão de Pereira Passos, nas quais as favelas foram removidas sob o argumento da saúde pública, e os cortiços, habitados majoritariamente por negros, foram demolidos para dar lugar à cidade moderna, branca e higienizada. Chalhoub (1996) ao narrar a violência empregada na destruição do famoso cortiço Cabeça de Porco, localiza o viés racista desta ação ao trazer evidências de que sua extinção não fora motivada apenas pela proliferação de doenças como apregoavam as autoridades, mas sim, que fez parte de uma perseguição sistemática aos cortiços, por terem sido importantes cenários da luta dos negros contra o regime escravocrata nas últimas décadas do século XIX.

A medicalização da vida cotidiana permitiu o avanço de políticas de contenção da desordem social, entendida como tudo aquilo que escapava à racionalidade das elites: pobreza, corpos negros, práticas religiosas afro-brasileiras, sexualidades dissidentes. A sociabilidade ideal projetada pelo higienismo era branca, heteronormativa e cristã. Com isso, os saberes e práticas culturais dos povos africanos e indígenas foram deslegitimados e perseguidos (Santos, 2022). O corpo negro, constantemente interpelado por discursos sobre limpeza e adaptação, foi também o principal alvo das campanhas moralizadoras do Estado. O racismo foi naturalizado como um dado da ciência, e o higienismo, longe de ser neutro, contribuiu para a engenharia moral e racial da nação (Jesus, 2022).

De modo sutil e sistemático, o higienismo excluiu os sujeitos negros da condição de corpos civilizados. A figura do sujeito sujo foi racializada: não apenas o ambiente insalubre era lido como uma ameaça, mas também as pessoas nele inseridas (Jesus, 2022). O imaginário da higiene estava profundamente entrelaçado com a ideia de pureza racial. Negros e indígenas eram concebidos como resíduos do passado, incompatíveis com o ideal de progresso e, portanto, objetos de intervenção sanitária ou de eliminação simbólica. A mistura racial naquele contexto simbolizava uma passagem do passado negro a um futuro branco (Dávila, 2006).

Observa-se que o higienismo brasileiro foi capaz de formar discursos suficientes para exercerem poder sem violência visível ao instituir práticas e políticas que excluíam corpos que não correspondiam ao ideal higienicamente educado. Os procedimentos médicos e pedagógicos descritos como violência explícita, esse aparato era exercido por meio de políticas sanitárias, barreiras de acesso, discriminação legítima sob o pretexto de limpeza social. Institucionalizou-se uma forma sofisticada de silenciamento simbólico dos corpos marginais, especialmente dos negros e pobres. Não se trata apenas de uma política sanitária ultrapassada, mas de uma racionalidade que ainda estrutura a forma como o Estado brasileiro se relaciona com os corpos racializados, especialmente no campo da saúde e da educação.

2.2 Educação e saúde no Brasil: Os marcos da eugenia

O termo eugenia, cunhado pelo inglês Francis Galton no final do século XIX, surgiu para nomear uma ciência que prometia aperfeiçoar a espécie humana por meio de práticas que combinavam biologia, estatística e um ideal de progresso profundamente marcado por valores eurocêntricos (Kobayashi; Faria; Costa, 2009).

A ciência eugênica alinhava diversas teorias em prol do melhoramento da população nacional e ganhou diferentes aplicações nos contextos europeu e americano. No panorama

europeu e norte-americano, tais ideias rapidamente se entrelaçaram a políticas de controle populacional e de hierarquização racial, que culminaram em práticas de esterilização da parcela da população que possuía traços indesejados e até mesmo em genocídio desta população, como no caso da Alemanha nazista (Dávila, 2006).

Na América Latina e no Brasil em particular, essas concepções encontraram terreno fértil, dialogando diretamente com a ansiedade de uma elite intelectual e política que buscava consolidar um projeto de nação civilizada e alinhada aos padrões culturais e raciais europeus. Aqui a eugenia assumiu contornos próprios: combinou a retórica científica do aperfeiçoamento racial com as estratégias políticas de cuidado em saúde e higiene, preocupando-se com as questões culturais, psicológicas e físicas, pois através destas instâncias é que se daria o melhoramento da população nacional (Dávila; 2006). Tais medidas articularam-se ao projeto de branqueamento que já orientava as políticas migratórias desde o final do século XIX. A medicina social e o higienismo forneceram as bases técnicas e discursivas para essa ideologia, sustentando a noção de que o progresso dependia não apenas da modernização das cidades, mas da transformação de corpos considerados degenerados (Souza, 2022).

O pensamento eugênico no Brasil emergiu no início do século XX em meio a um cenário de profundas transformações políticas e sociais, a abolição da escravatura (1888) e a Proclamação da República (1889) inauguraram um período marcado pelo debate sobre como integrar a população negra e mestiça no projeto de modernização nacional (Stepan, 2004) e para tanto a influência europeia foi determinante.

Conforme aponta Stepan (2004), as ideias de Galton e de outros eugenistas foram reinterpretadas pela elite brasileira para servir ao ideal de branqueamento e ao fortalecimento de uma identidade nacional civilizada, supostamente ameaçada pela presença de populações negras, indígenas e imigrantes de origem não europeia. E foi utilizado como parâmetro para a formulação de políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde e educação.

A criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, simbolizou a união institucional desses dois campos, reforçando a ideia de que o Estado poderia moldar o corpo e a mente da população de acordo com ideais raciais e sanitários (Dávila, 2006). Mais que uma reorganização administrativa, o MES consolidou um aparato estatal comprometido com um projeto de nação profundamente marcado pelo pensamento eugênico. De acordo com Dávila (2006), no Brasil da Era Vargas, educação e saúde foram concebidas como campos complementares para a formação de um cidadão perfeito, cuja imagem era fortemente atravessada pelo ideal de branqueamento e pela lógica de exclusão racial.

Os projetos educacionais eugênicos surgidos entre 1920 e 1940 e as teorias raciais mais antigas foram substituídas pelo enfoque ambiental e cultural da degeneração. A educação e saúde foram guiadas em suas ações pela crença de que a degeneração era adquirida pela falta de cultura, saúde e ambiente e que haveria solução para ela na educação e na saúde pública (Stepan, 2004). Lourenço Filho, por exemplo, ao tratar da Reforma da Instrução Pública no Ceará, descreveu o sertão como espaço de atraso racial e cultural e defendeu a educação como remédio para a degeneração encontrada (Dávila, 2006).

Nesse contexto, as escolas passaram a ser vistas como espaços estratégicos para a formação de corpos e mentes alinhados a um padrão racial e comportamental idealizado (Bonfim, 2013). Disciplinas ligadas à higiene, moral e civismo incorporaram conteúdos que, sob o pretexto de promover saúde e ordem, reforçavam estereótipos raciais e legitimavam a exclusão de grupos considerados degenerados ou inferiores. A pedagogia eugênica não apenas moldava a formação dos indivíduos, mas também funcionava como mecanismo de controle social (Stepan, 2004).

Dávila (2006) defende que o pensamento eugênico servia como forma de articular políticas públicas no Brasil e a maneira que as desigualdades já existentes se reproduziam e se modernizavam dentro delas. A alta sociedade intelectual brasileira, formada por médicos, pesquisadores e cientistas sociais, acreditava que a partir da educação pública seria possível solucionar os problemas raciais da nação. Essa elite, a partir da segunda década do século XX começa a se organizar em associações para tratar de questões eugênicas, todos seus membros e dirigentes estavam ligados ao sistema escolar do país, ao sistema de saúde e à ação pública, o que contribuiu sobremaneira para que os ideais eugênicos fossem difundidos e, além disso, incorporados a programas na saúde, educação, segurança pública, nas três esferas do Estado. Mas sobretudo a educação foi amplamente utilizada com o fim de combater a degeneração e fazer emergir o que seria para eles a raça brasileira.

Os cientistas brasileiros acreditavam que a eugenia era a ciência pela qual o "Homem Brasileiro" seria criado e a imagem representativa que tinham em mente era branca. A partir da criação do ideal de nação os problemas nacionais seriam solucionados, pois quase todo problema do país teria origem na questão racial. O eugenismo adotado no Brasil era diferente porque fora introduzido nas políticas públicas com o status de ciência, difundindo e legitimando na prática a crença na inferioridade racial, com o branqueamento comportamental e o apagamento das práticas culturais africanas e indígenas, estabelecendo o mito da democracia racial (Dávila, 2006).

O MES não centralizou a educação pública no país, tendo as reformas educacionais ficado a cargo dos educadores, médicos e cientistas sociais dos movimentos eugenistas e na educação pública. O poder político era concentrado nessas elites, que se revezavam nos cargos diretivos em diversas capitais do país e o MES empreendia esforços para que os estados realizassem suas reformas tendo como parâmetro as reformas realizadas no Sudeste.

O sistema escolar no Rio de Janeiro foi utilizado como um laboratório para os eugenistas, uma vitrine das experiências educacionais dos reformadores. Isso acontecia pelo expressivo número de estudantes de todas as raças e condições sociais e pela liberdade que os eugenistas tinham por parte do Departamento de Educação para estudar as crianças do sistema escolar. A criação do Instituto de Pesquisas Educacionais (IPE) por Anísio Teixeira e as diversas pesquisas nos departamentos de Testes e Medidas, Rádio e Cinema Educativos, Ortofrenia e Higiene Mental e Antropometria, que se configurariam como as mais avançadas nas áreas sociológicas, eugênicas e psicológicas da época. Tais pesquisas eram confidenciais e realizadas sem o conhecimento ou consentimento dos estudantes ou de seus pais.

A experiência de Arthur Ramos na utilização do sistema educacional é um exemplo. De 1933 a 1938, o antropólogo dirigiu o Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental do IPE. Cientistas e intelectuais, incluindo Ramos, promoveram a eugenia na educação, utilizando escolas como locais para implementar essas ideias. Ramos defendia a necessidade de melhorar as condições de vida para corrigir as alegadas deficiências culturais. Ele via a educação como um meio de superar essas deficiências, propondo uma revolução educacional profunda que corrigisse práticas culturais que considerava atrasadas, estas práticas eram as práticas relacionadas às expressões da cultura e da religiosidade africana (Dávila, 2006). Assim como outros eugenistas, Ramos se utilizou dos registros e das fichas dos alunos para desenvolver seus estudos e lançou uma obra chamada *A criança problema: A higiene mental na escola primária*, onde atribuía o comportamento desajustado da criança ao ambiente inadequado e à influência dos pais, o que significava culpar sua cultura e a cor da sua pele.

A fórmula aplicada por educadores de definir uma deficiência cultural ou comportamental relacionando-a a uma população por classe ou cor e tratá-las por meio das políticas públicas, também foi utilizada em outras áreas do governo, como nas seleções de trabalhadores, em testes de inteligência no exército e em testes que visavam aumentar a eficiência dos trabalhadores a partir de pesquisas acerca da raça dos trabalhadores para determinar seu nível cultural.

A educação na Era Vargas estava intrinsecamente ligada às ações higienistas e de saúde, que justificavam a metáfora de que o Brasil era um imenso hospital. As escolas exigiam do

estudante exames clínicos, radiológicos e laboratoriais para se matricularem, educadores e alunos eram convocados a unir esforços na higiene escolar.

Conforme Dávila (2006) expõe, havia a promessa de que os estudantes da rede teriam acompanhamento médico e odontológico conforme as necessidades, mas o sistema era insuficiente em prover todos os benefícios divulgados à população; dentre as ações garantidas pelo sistema educacional, a higiene básica, a nutrição e a educação física estavam entre elas. Esta última, um programa fundamentalmente eugenista. De algum modo, as crianças mais pobres foram beneficiadas pelos programas, que lhes garantia refeição balanceada, tratamento médico e dentário; por outro lado as reduziam a objetos da ciência e as utilizavam como prova para manter um sistema discriminatório baseado na raça e na classe, que atingia a maioria dos estudantes de escola pública.

Na saúde pública, a eugenia se entrelaçou com o higienismo, encontrando terreno fértil nas campanhas sanitárias e nos programas de medicina preventiva. Médicos sanitaristas defendiam ações de combate às doenças que, embora revestidas de um discurso universalista, muitas vezes tinham como alvo comunidades negras e pobres. A noção de que certos corpos eram mais suscetíveis à doença ou menos aptos à vida civilizada justificava intervenções autoritárias, remoções forçadas e a vigilância permanente dessas populações.

O resultado foi a institucionalização de um modelo que associava o progresso ao branqueamento e à exclusão. Intelectuais e autoridades encontravam na eugenia não apenas uma explicação para as desigualdades sociais, mas um roteiro de ação política. Essa convergência entre ciência e Estado consolidou, nas primeiras décadas do século XX, um padrão de políticas que legitimaram e perpetuaram desigualdades estruturais, cujas consequências permanecem visíveis até hoje nas desigualdades raciais em saúde e educação.

O MES se tornou um centro de difusão de práticas higienistas que, embora proclamadas como universais, dirigiam-se de forma diferenciada a depender da cor, classe e origem geográfica dos indivíduos. Comunidades negras e indígenas, especialmente nas periferias urbanas e áreas rurais, eram alvo de intervenções que associavam sua condição social à suposta inferioridade biológica. Essa articulação entre educação e saúde materializou-se em políticas que reforçavam a exclusão de grupos racializados, seja por meio do controle de acesso à escolarização, seja por práticas de saúde pública que, veladamente, legitimavam hierarquias raciais. O MES tornou-se, assim, um instrumento de implementação das teses eugênicas, dando ao Estado o poder de moldar corpos e comportamentos em nome do progresso e da civilização.

O ideário eugênico, embora tenha perdido espaço como doutrina científica explícita a partir da segunda metade do século XX, deixou um legado profundamente enraizado nas formas

de pensar e organizar a vida social no Brasil. As concepções que associavam valor humano a atributos raciais, físicos e morais se transmutaram em políticas, práticas institucionais e imaginários coletivos que continuam a operar de maneira velada.

A incorporação do pensamento eugênico pelo Estado, especialmente nas primeiras décadas do Ministério da Educação e Saúde, sedimentou um modelo de intervenção que hierarquizava corpos e vidas. A medicalização seletiva, a fiscalização sanitária direcionada a territórios racializados e a distribuição desigual de recursos educacionais expressavam, na prática, a permanência da lógica de melhoria e depuração social (Bonfim, 2013).

Essas práticas, ao se institucionalizarem, naturalizaram barreiras de acesso a direitos básicos. A segregação espacial, a distribuição desigual de equipamentos públicos e a marginalização de saberes e culturas não europeias são exemplos concretos de como o pensamento eugênico deixou marcas duradouras. Ainda hoje, tais mecanismos se manifestam na sub-representação de negros em determinados cursos universitários, na menor oferta de serviços de saúde em áreas periféricas e na persistente associação entre qualidade e padrões brancos de referência (Werneck *et al.,* 2016).

Tanto o higienismo quanto a eugenia, embora apresentem particularidades conceituais, convergiram na construção de um modelo de Estado que hierarquizou vidas a partir de parâmetros raciais e culturais. A incorporação dessas ideologias às políticas públicas de saúde e educação não se deu como um evento pontual, mas como uma tentativa de apagamento da população negra e indígena do país, que resultou em um processo contínuo de naturalização das desigualdades.

Ao analisar o Ministério da Educação e Saúde e as intervenções estatais inspiradas pelo pensamento eugênico, percebe-se que o discurso de modernização e progresso serviu como legitimador de estratégias de exclusão, muitas vezes invisíveis aos olhos do público. A saúde e a educação, em vez de se constituírem como instrumentos de promoção da cidadania, também atuaram como arenas de controle social, disciplinamento de corpos e preservação de um ideal racial branco.

O legado desse passado é visível nas estruturas atuais: persistência das desigualdades raciais no acesso à educação de qualidade e aos serviços de saúde, concentração de recursos em territórios privilegiados e reprodução de padrões eurocêntricos como referência positiva. Ao compreender esse enraizamento histórico, abre-se espaço para reconhecer que a superação dessas desigualdades exige mais do que ações pontuais, requer um enfrentamento profundo das bases ideológicas que as sustentam.

2.3 Saúde mental da população negra e as ciências da saúde

Para pensar a promoção, o cuidado e o que afeta a saúde mental da população negra no Brasil, é necessário também pensar sobre como o racismo estrutural incide negativamente nas condições de vida e de saúde das pessoas negras. Segundo Silvio Luiz de Almeida (2020) o racismo, entendido como estrutural, não se configura como um desvio, uma anomalia social ou um simples desarranjo institucional. Pelo contrário, trata-se de um elemento constitutivo da própria organização social, sustentando-se nas dinâmicas políticas, econômicas, jurídicas e culturais que historicamente moldaram a sociedade brasileira. Esse entendimento implica reconhecer que práticas discriminatórias individuais e institucionais não são episódios isolados, mas expressões de um sistema no qual o racismo opera como regra, e não como exceção (Almeida, 2019).

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que a violência do cativeiro não se encerrou em 1888: ela se prolongou nas condições de vida impostas à população negra, atravessando gerações em forma de desigualdades sociais, precarização do trabalho e criminalização de sua existência. Esse processo histórico reverbera diretamente no campo da saúde mental, onde os sofrimentos psíquicos decorrentes do racismo foram sistematicamente silenciados ou naturalizados (David; Vicentin, 2020).

Compreender os impactos do racismo na saúde mental da população negra, exige reconhecer que a violência colonial não se restringiu ao período histórico da colonização formal, mas produziu marcas profundas e duradouras na constituição das subjetividades negras. O colonialismo opera como uma violência total, que ultrapassa a exploração econômica e a dominação política, atuando de forma decisiva na desumanização do colonizado (Césaire, 2023). Ao negar humanidade, história e pertencimento, o colonialismo produz sujeitos marcados pela alienação, pelo silenciamento e pela negação de si.

No contexto brasileiro, essa violência colonial é continuamente atualizada pelo racismo estrutural, incidindo sobre a vida cotidiana da população negra e produzindo formas específicas de sofrimento psíquico. Grada Kilomba (2019) compreende o racismo como um trauma contínuo, reatualizado cotidianamente por meio de práticas discursivas, institucionais e simbólicas que recolocam o sujeito negro na posição de “Outro”, daquele que não pertence e cuja presença precisa ser constantemente justificada. Para a autora, o racismo cotidiano não se apresenta como um evento isolado, mas como uma repetição incessante de violências que produzem estados persistentes de ansiedade, medo, raiva contida e exaustão emocional.

Um dos efeitos centrais desse processo é o silenciamento do sofrimento psíquico da população negra. Kilomba (2019) destaca que o racismo não apenas produz dor, mas também impede sua nomeação, uma vez que a experiência negra é frequentemente deslegitimada, tratada como exagero ou vitimismo. Esse silenciamento contribui para a naturalização do sofrimento psíquico, reforçando a lógica histórica das ciências da saúde que, por muito tempo, desconsideraram o racismo como determinante do adoecimento mental.

Em uma sociedade racialmente hierarquizada, a constituição psíquica de sujeitos negros é constantemente atravessada pelo racismo e atinge de forma profunda os processos de subjetivação, especialmente nos contextos de ascensão social, como evidencia Neusa Santos Souza (1983). A ascensão social, longe de representar proteção psíquica, pode intensificar o sofrimento mental da população negra, ao expor de forma mais direta as barreiras simbólicas impostas pelo racismo (Souza, 1983).

A autora demonstra que o ideal de branquitude, imposto como modelo de sucesso, reconhecimento e ascensão social, permanece excluído dos lugares simbólicos de pertencimento, afirma que ser negro no Brasil é um processo marcado pela dor, pela ruptura identitária e pela necessidade constante de negociação consigo e com o mundo. O sujeito negro em mobilidade social frequentemente vivencia sentimentos de inadequação, solidão e autovigilância, sendo convocado a negar aspectos de sua identidade, de sua história e de seus pertencimentos para ser aceito em espaços hegemonicamente brancos (Souza, 1983), esse processo implica um alto custo psíquico e revela como o racismo reorganiza suas formas de atuação, deslocando-se do plano explícito para violências mais sutis.

Se, por um lado, a análise histórica e institucional evidencia como o racismo estruturou as práticas e políticas de saúde mental no Brasil, por outro, é fundamental avançar na compreensão dos efeitos subjetivos dessa violência sobre a população negra. O racismo não opera apenas no plano das instituições, das normas e das políticas públicas, mas incide diretamente na constituição psíquica dos sujeitos, produzindo modos específicos de sofrimento e adoecimento (David, 2023). Nesse sentido, torna-se necessário deslocar o olhar para a subjetividade negra, compreendendo-a como território marcado pela violência colonial, pela experiência cotidiana do racismo e por estratégias de resistência e sobrevivência.

Durante a conformação das primeiras políticas públicas de saúde, ainda no período republicano, a população negra foi relegada à invisibilidade. Como vimos, o sanitarismo e o higienismo, orientados por ideais eugenistas, voltaram-se sobretudo para a construção do que se compreendia por nação civilizada, a prevalência das convicções eugênicas no país invisibilizou a questão do sofrimento da população negra na construção do conhecimento e na

proposição de políticas por um longo tempo (Damasceno; Zanello, 2018), o que significou a exclusão da pessoa negra das prioridades de cuidado.

No início do século XX o pensamento eugênico desempenhou papel central na patologização de comportamentos e identidades negras, trouxe a ideia de que negros e mestiços eram degenerados por natureza e estavam destinados à loucura, o que justificaria todo o controle exercido posteriormente sobre suas vidas e seus corpos (Engel, 1999) e além da naturalização do sofrimento psíquico da população negra, a dor emocional e as violências cotidianas impostas pelo racismo não foram reconhecidas como demandas legítimas, pois todas elas faziam parte do "destino" determinado por sua genética (Damasceno; Zanello, 2018).

A medicina do final do século XIX e início do século XX associou a negritude a traços de degenerescência moral, criminalidade e loucura (Stepan, 2004). Expressões pejorativas como "crioulo doido" ou "negra maluca" não apenas estigmatizaram, mas também sustentaram práticas institucionais que vinculavam raça à loucura (David; Vicentin, 2020). A vinculação entre população negra e loucura além de antiga, teve sua intencionalidade e uma diversidade de práticas que buscavam o controle social desta população (David, 2023).

A psiquiatria, nesse contexto, foi mobilizada como ciência legitimadora do racismo, a consequência direta desse processo foi a internação compulsória de pessoas negras em hospitais psiquiátricos (David, 2023). Muitas vezes, a entrada nesses espaços não se dava por critérios médicos, mas por mecanismos de controle social e racial: negros pobres, alcoolistas, trabalhadores insubmissos, homossexuais, prostitutas ou simplesmente pessoas incômodas para alguém com mais poder, eram recolhidos e internados à força (Arbex, 2013).

Conforme Engel (1999) entre os últimos anos do século XIX e início do século XX, não havia consenso entre os psiquiatras brasileiros sobre a origem da loucura, havia os que consideravam que o meio social era o fator de degenerescência, outros defendiam que ela era de ordem individual, tendo sido mais comum entre a comunidade psiquiátrica da época atribuir a loucura à hereditariedade e/ou aspectos individuais e orgânicos, ainda que conferindo certa relevância ao meio social. Na esteira dessas crenças e das ideias eugenistas, ocorreu a vinculação entre raça e doença mental.

Os psiquiatras defendiam, no entanto, que a loucura não escolhia raça, enquanto contraditoriamente construíam de forma velada relações entre raça e doença mental, defendendo a ideia de que negros e em especial, os mestiços, eram por natureza degenerados e quando não, havia a ideia da constante presença de uma inferioridade intelectual que os tornava mais propensos à degeneração (Engel, 1999). No Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados, o psiquiatra Henrique Roxo comandava experiências médicas que reforçavam a

associação entre a população negra e a incapacidade mental, segundo Engel (1999), o médico apregoava que os negros não deveriam ser considerados degenerados e sim tipos que não evoluíram, que gastam menos o cérebro que os brancos. Misturando determinismo biológico e ação do meio social.

Em São Paulo, nas primeiras décadas do século XX no Hospital do Juquery, Serra e Scarcelli (2014) colocam que as práticas do Dr. Pacheco e Silva e a Liga Paulista de Higiene Mental deram continuidade a essa lógica de exclusão alinhados aos ideais eugênicos, mas com foco nas crianças, já que elas eram consideradas uma ameaça para o projeto de nação eugênica e ao mesmo tempo, uma via mais fácil para prevenir desajustes. Essa intervenção junto às crianças se deu sobretudo por internações, para as quais as crianças de classes mais baixas eram priorizadas (Serra; Scarcelli, 2014).

Já na segunda metade do século XX, temos o exemplo do Hospital Colônia em Barbacena – MG (David, 2023). O Hospital Colônia de Barbacena funcionou de 1903 a 1993 e após as denúncias da jornalista Daniela Arbex, ficou tristemente conhecido como o "Holocausto Brasileiro", onde milhares de homens, mulheres e crianças foram submetidos a violações extremas, torturas, fome e morte, muitos sem sequer apresentarem diagnósticos psiquiátricos. Estima-se que mais de 60 mil pessoas tenham perdido a vida nesses espaços de exclusão, onde o racismo institucional operava em silêncio, com o respaldo da ciência e da sociedade (Arbex, 2013).

David (2023) salienta que durante a ditadura militar houve um combate por parte dos militares às coletas de informações sobre raça/cor ou de outras vinculadas às pautas do movimento negro, por isso não há registros sobre o quantitativo de negros nos manicômios durante a vigência do regime, embora existam evidências e registros que dão a dimensão do perfil da população manicomializada e ela era predominantemente negra. Os registros mais emblemáticos estão na obra de Daniela Arbex (2013) *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do país.*

No Brasil, na ascensão dos movimentos pela redemocratização do país, inicia-se também uma busca pela superação dos manicômios. No contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, trabalhadores da saúde mental iniciam um movimento em prol de melhores condições de trabalho e pela humanização da assistência à população manicomializada, denunciando a cronificação do modelo manicomial, o tratamento degradante e o uso indiscriminado de eletrochoque nas instituições. Esse movimento ficou conhecido como Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1995).

O movimento seguiu um extenso caminho até a aprovação da *Lei 10.216 de 2001,* a *Lei da Reforma Psiquiátrica*, passando por momentos emblemáticos, como II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido no ano de 1987 na cidade de Bauru-SP. O evento que ficou conhecido como o Encontro de Bauru, é considerado como o marco do nascimento da Luta Antimanicomial (Desinstitute, 2023). Naquele momento, o movimento já aglutinava além dos trabalhadores da saúde mental, seus usuários e familiares.

A importância do Encontro de Bauru, além do avanço do movimento pelo fim dos manicômios, é que dele resulta o Manifesto de Bauru, que entre outras coisas, coloca a luta contra o racismo como uma das condições para a extinção do modelo de exclusão praticado nos manicômios:

> O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru, 1987, 4º parágrafo).

Com a Reforma Psiquiátrica instituída pela *Lei 10.216/2001*, buscou-se substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede comunitária de cuidado em saúde mental, especialmente por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do conceito de Clínica Ampliada[3]. Para David (2023), os avanços das políticas de saúde e nas reformas sanitária e psiquiátrica, já são suficientes para dar visibilidade às demandas da população negra, bem como para instrumentalizar profissionais e equipamentos de saúde para esse cuidado, mas é necessário um olhar mais atento a essas demandas, conforme preconiza a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN) (David, 2023).

A PNSIPN instituída em 2009, representa um marco por reconhecer o racismo como determinante do processo saúde-doença e cita a saúde mental como estratégia de gestão em dois dos seus artigos:

> V – Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;
> VI – Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2017, p. 34).

[3] A Clínica ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. No plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada (Brasil, 2007).

A política abre espaço para que os serviços de saúde mental compreendam o impacto do racismo na subjetividade negra e construam estratégias específicas de cuidado. Entretanto, sua implementação ainda enfrenta barreiras, seja pela resistência institucional e profissional em assumir o racismo como eixo estruturante do adoecimento, seja pela baixa produção governamental e de dados sobre saúde mental da população negra (Tavares; Filho, 2020).

Filho e Tavares (2020), denunciam inclusive a presença de racismo institucional nos poucos dados disponíveis sobre saúde mental da população negra, que detêm a discussão sobre a relação entre população negra e o abuso de álcool e outras drogas e na associação exclusiva entre saúde mental e o abuso de drogas.

A ponte estabelecida entre o passado e o presente deixa evidente que, ancorados ao racismo científico, os manicômios funcionaram como expressão máxima do racismo institucional que encarcerava e exterminava vidas negras. E que hoje, o desafio do SUS e da PNSIPN é romper com essa herança, garantindo práticas de cuidado que não apenas tratem os sintomas, mas enfrentem o racismo como uma das causas centrais de sofrimento psíquico da população negra.

Pesquisas recentes apontam que a produção acadêmica sobre saúde mental e racismo ainda é escassa e que tanto a psicologia, como as demais categorias profissionais que compõem as equipes dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, pouco avançaram na discussão sobre os impactos do racismo na saúde mental de pessoas negras, o que implica na dificuldade dos dispositivos em incorporar práticas antirracistas em saúde mental (Damasceno; Zanello, 2018).

Como defende Emiliano de Camargo David (2023) em seu livro *Aquilombamento da Saúde Mental: Cuidado Antirracista na Atenção Psicossocial Infantojuvenil*, é necessário que ocorra um verdadeiro *aquilombamento* da saúde mental para romper com o paradigma racista nesse quesito. Ao reconhecer que o sofrimento psíquico da população negra é produzido por uma estrutura racista e colonial, o autor propõe a construção de práticas de cuidado que rompam com a lógica individualizante e patologizante da saúde mental tradicional.

O aquilombamento remete à experiência histórica dos quilombos como territórios de resistência, construção coletiva de práticas de cuidado e produção de vida, afirmando a necessidade de dispositivos de saúde mental que reconheçam a dimensão racial do sofrimento e se constituam como espaços de acolhimento, pertencimento e reconstrução subjetiva.

3 EDUCAÇÃO, SAÚDE E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS: CONSTITUIÇÃO DE NOVOS MARCOS

A luta por condições dignas de vida e de saúde da população negra é antiga, ainda sob o regime escravocrata, já se manifestavam formas de resistência, como as fugas, os quilombos, as irmandades negras e os saberes tradicionais preservados na oralidade. No período pós-abolição, em 1888, o Estado brasileiro se absteve de promover políticas de integração e reparação, instaurando um racismo estrutural que naturalizou as desigualdades raciais (Santos, 2022).

São muitos os autores que localizam as ações do Movimento Negro no cerne dessas lutas e responsável por influenciar o Estado a dar respostas em relação à qualidade de vida e de saúde da população negra. Gomes (2017) compreende o Movimento Negro como agente produtor de saberes e práticas educativas, que extrapolam os muros da escola e da academia. Argumenta que o próprio movimento, por meio de suas lutas, reivindicações e produções culturais e políticas, é também um espaço de formação, de resistência e de construção de pedagogias antirracistas.

Por meio das reivindicações e reiteradas lutas deste movimento que o Estado brasileiro tem procurado, ao longo da República, dar respostas por igualdade de oportunidades, pelo fim da discriminação racial e solucionar as questões sociais impostas pelo racismo através de alguns marcos legais. Conforme já mencionado, o MN no Brasil tem raízes históricas, com as muitas formas de organização da população negra desde o período colonial, mas é na organização política do século XX, no pós-abolição, que se consolidam ações mais estruturadas na defesa por cidadania, acesso a direitos e inserção no mercado de trabalho (Trad *et al*., 2012).

De acordo com Petrônio Domingos (2007), a trajetória do MN ao longo da República (1889-2000), está dividida em três grandes fases: 1. A primeira fase que compreende dos anos de 1889 a 1937, da Primeira República ao Estado Novo; 2. A segunda fase que compreende dos anos de 1945 a 1964, da Segunda República à ditadura militar; e 3. A terceira fase que compreende dos anos de 1978 aos anos 2000, do início do processo de redemocratização à República Nova. As fases, distintas entre si quanto às formas de organização, estratégia política e relação com o Estado, demonstram uma articulação quanto à permanência da luta contra o racismo e ao acesso a direitos e inclusão da população negra.

A primeira fase (1889–1937), situada entre a Primeira República e o Estado Novo, caracteriza-se pela emergência de associações negras de caráter majoritariamente assistencial, recreativo e cultural, bem como pela aparição e fortalecimento da imprensa negra. Nesse

período, o movimento ainda não apresentava um projeto político unificado ou explicitamente ideológico, mas a imprensa negra já denunciava o "preconceito de cor" e as práticas de segregação racial que limitavam o acesso da população negra ao trabalho, à educação e aos espaços públicos (Domingues, 2007).

O ponto de inflexão dessa fase foi a criação da Frente Negra Brasileira (FNB) em 1931, que transformou o movimento em uma organização de massa, com reivindicações políticas mais claras, articulando demandas por cidadania e combate à discriminação. Embora marcada por contradições ideológicas e por um viés autoritário, sendo extinta com a instauração do Estado Novo em 1937 (Domingues, 2007).

A segunda fase (1945–1964) desenvolve-se no contexto da redemocratização pós-Estado Novo e se estende até o golpe civil-militar. Naquele momento, o movimento negro retoma sua capacidade organizativa, ampliando seu raio de atuação nacional, ainda que sem alcançar o mesmo poder de mobilização da fase anterior (Domingues, 2007).

Destacam-se na segunda fase organizações como a União dos Homens de Cor (UHC) e o Teatro Experimental do Negro (TEN), que passam a articular a luta antirracista com demandas por direitos civis, educação, cultura e legislação antidiscriminatória. O TEN, criado no Rio de Janeiro, tinha como sua principal liderança Abdias do Nascimento e foi ampliando a sua atuação para além do grupo teatral, oferecendo cursos de alfabetização e de corte e costura, com a fundação do Instituto Nacional do Negro, a publicação do jornal Quilombo, organizou o I Congresso do Negro Brasileiro e formulou proposta de legislação antidiscriminatória para o país (Domingues, 2007).

Apesar dos avanços, Domingues (2007) enfatiza o isolamento político do movimento, inclusive em relação às forças progressistas e à esquerda marxista, que frequentemente deslegitimavam as pautas raciais em nome de uma leitura exclusivamente classista da realidade social brasileira. Além disso, o MN enfrentou a partir do golpe militar de 1964 um período de refluxo e de desmobilização das lideranças negras, os militares pregavam que não existia racismo no Brasil e acusava os militantes dos movimentos de criar problemas que não existem (Domingues, 2007). No entanto, foi a partir da década de 1970, durante a ditadura militar, que o movimento negro se reorganizou nacionalmente com maior densidade política e crítica (Gomes, 2017).

A terceira fase (1978–2000) emerge no contexto da crise da ditadura militar e do processo de redemocratização, tendo como marco a fundação do Movimento Negro Unificado (MNU). O MNU nasceu em 1978, denunciava publicamente o mito da democracia racial e passou a exigir ações concretas do Estado brasileiro pressionando-o a adotar políticas voltadas

à população negra, em busca da garantia de direitos fundamentais como o acesso a saúde e educação e de combate ao racismo (Gomes, 2017). Diferentemente das fases anteriores, esta etapa se caracteriza por uma postura explicitamente política, radical e nacionalmente articulada e assume a articulação entre raça e classe como eixo estratégico da luta (Domingues, 2007).

O movimento passa a denunciar o racismo como estruturante da sociedade brasileira, reivindicando políticas públicas, enfrentamento da violência policial, inserção da história da África e da população negra nos currículos escolares e ampliação da participação política negra. A ressignificação do 20 de novembro como Dia da Consciência Negra simboliza essa virada discursiva e política, afirmando Zumbi dos Palmares como ícone da resistência negra e da luta antirracista contemporânea (Domingues, 2007).

Esse percurso ajuda a compreender a construção mais recente das reivindicações no campo da saúde, que surge a partir da articulação entre militantes do movimento negro, acadêmicos engajados e organizações da sociedade civil. É desse diálogo que se estrutura o campo da Saúde da População Negra, fruto das lutas por políticas afirmativas e pelo reconhecimento do racismo como determinante social das desigualdades em saúde.

Nesse cenário e a partir da sua organização a luta do Movimento Negro foram produzidas propostas de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, cultura, segurança e trabalho. No campo da saúde, levantou-se a questão do tema racial à debate na Assembleia Nacional Constituinte e algumas de suas pautas foram parcialmente atendidas pela Constituição Federal de 1988 (Araújo, 2015).

A partir da Constituição Federal de 1988 há uma reorganização do Estado brasileiro e a adoção de políticas públicas universalizantes, vimos o nascimento do tripé da Seguridade Social tal como o conhecemos: Saúde, Previdência Social e Assistência Social e da concepção de Saúde e Educação como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

Apesar dos inegáveis avanços obtidos com a CF de 1988 no que diz respeito à cobertura das políticas sociais e da incorporação de pautas do movimento negro, tais políticas ainda eram insuficientes em respostas às demandas da população negra com relação ao acesso a direitos sociais. Como aponta Werneck (2016), as reivindicações dos movimentos sociais, em especial do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, tiveram grande incidência junto aos outros movimentos, participaram ativamente da luta pela Reforma Sanitária e pela criação do SUS, o que contribuiu para a concepção universal do acesso e do princípio da equidade, sem, no entanto, superar as barreiras ao acesso impostas à população negra pelo racismo.

É neste contexto que o Movimento Negro intensifica as suas ações, com o fim de incorporar à ordem do dia as questões raciais relacionadas ao acesso às políticas públicas,

fortemente dificultado pelo racismo institucional. Conforme nos indica Santos *et al.* (2020) a denúncia do racismo e a demanda por igualdade na educação já eram temas centrais para o movimento negro desde a redemocratização do Estado, buscava-se igualdade na escolarização de negros e brancos e o fim das desigualdades através do acesso à educação escolarizada

Destas articulações alguns caminhos se abriram, como a *Lei nº 10.639 de 9 de janeiro de 2003*, que altera a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, Lei nº 9.394*/96 e institui a obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileira e africana nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, além de colocar o Dia da Consciência Negra como data prevista no calendário escolar.

Considerada um marco na educação brasileira, a *Lei 10.639/03* representa o resultado dos esforços do Movimento Negro e a luta por uma política educacional que considera a participação dos povos negros na formação histórica e cultural de nosso país. Para orientar a sua implementação, foi instituída a *Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004* que estabelece as *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana* (DCNERER).

As DCNERER visam regulamentar a alteração trazida à LDB pela *Lei 10.639/03* e busca, entre outras coisas, cumprir com o estabelecido na Constituição Federal de 1988 quanto ao direito à igualdade de condições de vida e de cidadania, ao direito universal à educação, desde o acesso à educação escolarizada, à valorização dos conteúdos que tratam sobre a valorização das diversas culturas e etnias para a formação do povo brasileiro. Elas dialogam com outros dispositivos legais tais como a *Lei 8.096 de 13 de junho de 1990*, que estabelece o *Estatuto da Criança e do Adolescente* e com a *Lei 10.172 de 9 de janeiro de 2001*, que estabelece *o Plano Nacional de Educação* (Brasil, 2013).

Na esteira dessas conquistas, tivemos a instituição da *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN) por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. A PNSIPN dialoga com os princípios fundamentais da CF de 1988, especialmente no que concerne ao descrito no artigo 3º, quanto à promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988).

A PNSIPN é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais, em destaque, o vigente racismo, que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (Brasil, 2017).

Na sequência, a *Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010*, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, consolidou em âmbito jurídico um conjunto de diretrizes voltadas para a promoção da igualdade de oportunidades e o enfrentamento das discriminações sofridas historicamente pela população negra no Brasil.

O Estatuto busca estabelecer bases para ações afirmativas em áreas como saúde, educação, cultura, trabalho, habitação e participação política, reconhecendo oficialmente a necessidade de políticas específicas para corrigir desigualdades raciais, no entanto, a versão aprovada seria muito mais enxuta em termos de garantia de direitos para a população negra, do que a proposta original. Santos, S.; Santos, J. e Bertúlio (2011) expõem que a versão original do Estatuto da Igualdade Racial apresentado pelo senador Paulo Paim em 2000, continha medidas mais incisivas de enfrentamento ao racismo, incluindo cotas raciais no serviço público, no sistema eleitoral e em empresas privadas, além de mecanismos de reparação em diferentes áreas. Ao longo de uma década, a proposta sofreu muitos ataques das forças conservadoras do país instaladas em diversos segmentos da sociedade: em movimentos que se autodenominavam antirracistas contra as cotas, intelectuais, políticos e grandes grupos de comunicação do país que realizavam matérias com o intuito de angariar a adesão popular e a do governo contra o Estatuto (Santos, S.; Santos, J.; Bertúlio, 2011).

Superando todas essas dificuldades, o *Estatuto da Igualdade Racial* foi aprovado, abriu caminho para o fortalecimento de políticas já existentes, como a PNSIPN e para a formulação de outras, como a *Lei de Cotas* nas universidades. Embora as ações afirmativas nesse sentido já poderiam ter sido instituídas junto ao Estatuto, não fosse a ação das forças contrárias a ele, que fizeram com que a garantia desse direito fosse suprimido do texto. Sua trajetória revela tanto conquistas na institucionalização da luta antirracista, quanto os limites impostos pelas disputas políticas no interior do Estado brasileiro (Santos, S.; Santos, J.; Bertúlio, 2011).

A *Lei nº 12.711/2012*, conhecida como *Lei de Cotas*, foi finalmente instituída em 29 de agosto de 2012 e significou um marco histórico no enfrentamento das desigualdades educacionais e raciais no Brasil. Ela determinou que universidades e institutos federais de ensino técnico reservassem, no mínimo, 50% de suas vagas para estudantes oriundos de escolas públicas, distribuindo-as de forma proporcional à composição racial e à renda da população de cada estado, de acordo com os dados do IBGE (Brasil, 2012).

A legislação é resultado de um longo processo de reivindicação do movimento negro, de pesquisadores e militantes pela democratização do ensino superior e desde as movimentações para a aprovação do *Estatuto da Igualdade Racial*, suscitou muitos debates, polarizando posições em torno da pertinência ou não da sua existência. Ela nasce, no entanto,

em diálogo e avalizadas por políticas anteriores de ações afirmativas implementadas em universidades fluminenses (Vieira; Silveira, 2020).

A lei previa um prazo de dez anos para revisão, mas ela não ocorreu em 2022, foi impossibilitada por um cenário de crise política intensificado pela presença de Jair Messias Bolsonaro no poder, presidente de extrema direita, abertamente contra a manutenção de políticas afirmativas. Com a reeleição de Luís Inácio Lula da Silva, a *Lei de Cotas* foi reafirmada e ampliada por meio da *Lei nº 14.723/2023*, consolidando sua importância como instrumento de justiça social e reparação histórica (Trindade *et al.*, 2025). A trajetória da *Lei nº 12.711/2012* evidencia uma mudança estrutural no acesso à educação superior e a legitimação da luta contra o racismo institucional e a exclusão histórica da população negra e de baixa renda no Brasil.

Todos os dispositivos aqui elencados são conquistas do Movimento Negro no Brasil e visam reparar as desigualdades e a invisibilidade histórica e cultural sofridas pela população negra, marcadas pelas relações racializadas desde os tempos coloniais, em uma estrutura social construída e pensada para alijá-la dos espaços de poder e privilégio (Santos, 2022).

3.1 Política de educação, modernização do estado brasileiro e relações étnico-raciais

A história da educação no Brasil é atravessada por silêncios e ausências que têm início com o processo de colonização do território brasileiro por Portugal. De acordo com Saviani (2013), existe um consenso entre os pesquisadores de que a educação escolarizada no Brasil tem início com a chegada dos jesuítas no território brasileiro em 1549 e que a entrada do Brasil no mundo ocidental está baseada nestes três aspectos: a colonização, a educação e a catequese. A estreita relação entre educação e catequese esteve presente durante a colonização, a catequese realizada pelos jesuítas era o meio pelo qual Portugal exercia sua doutrinação cultural e buscava a conversão dos não cristãos à fé católica, o que se dava por meio de práticas pedagógicas institucionais nas escolas dos jesuítas e práticas não institucionais, através de exemplos (Saviani, 2013).

O ano de 1759 marca o fechamento dos colégios jesuítas e o início das Reformas Pombalinas, encaminhada por Sebastião José de Carvalho e Melo, o Marquês de Pombal. Movido por ideias laicas de inspiração iluminista, o Marquês promoveu a estatização e a secularização da educação no Brasil e em Portugal. No entanto, durante o tempo em que vigoraram as reformas (1759 a 1834), o acesso à educação escolarizada foi privilégio de elites brancas, urbanas e economicamente favorecidas. Havia um pensamento comum entre a elite

intelectual que auxiliou na elaboração das reformas pombalinas sobre a inutilidade, e até mesmo o perigo de que os pobres tivessem acesso à educação. Para a elite burguesa de Portugal, bastava aos pobres a educação dos sermões dada pelos padres nas missas dominicais (Saviani, 2013).

Diversas reformas educacionais foram conduzidas no Brasil durante o império, algumas merecem destaque por suas resoluções segregacionista e excludentes, como é o exemplo da Reforma Couto Ferraz. Luiz Pedreira do Couto Ferraz foi empossado ministro do império em 1853 e baixou o Decreto n. 1.331-A, de 17 de fevereiro de 1854, que aprovava o "Regulamento para a reforma do ensino primário e secundário do Município da Corte". No artigo 64 estava posto o princípio da obrigatoriedade do ensino e da frequência escolar para crianças a partir de 7 anos, bem como a obrigatoriedade dos pais em garanti-la. No artigo 69, porém, excluía-se do direito ao ensino os escravizados, dos quais não se admitia matrícula e estavam proibidos de frequentar as escolas (Saviani, 2013).

A Abolição aconteceu de forma gradual, com grande influência do movimento abolicionista, mas feita de tal forma pelas elites, que garantiu aos escravocratas que usufruíssem do sistema escravista ao limite. Conforme Santos (2022), o censo de 1872 indicava que o percentual de escravizados era de 15% e que cerca de 85% da população brasileira, em particular milhares de negros livres ou libertos, eram analfabetos (Santos, 2022).

Saviani (2013) expõe que as diversas legislações anteriores à abolição e a iminência dela, trouxeram questões para os escravocratas que precisavam ser solucionadas, entre elas a questão da mão de obra. Durante a transição da substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado a educação foi chamada para o debate, pois era necessário pensar uma forma de educar os "ingênuos" (as crianças nascidas após a *Lei do Ventre Livre*), para que se tornassem trabalhadores úteis e fugissem do destino indolente associado aos adultos livres (Saviani, 2013). Tais discussões, no entanto, não foram adiante após a promulgação da *Lei Áurea*. Para os negros recém-libertos em 1888, a liberdade não significou direitos, significou abandono. Foram lançados à margem da sociedade sem terras, sem acesso ao trabalho assalariado e sem o acesso à instrução formal (Gomes, 2017).

Importante abrir um parêntese para registrar que a historiografia brasileira convencionou relegar a população negra à invisibilidade com relação à sua participação na construção da história do país, imputando-lhes à condição de objetos, dependentes e sem nenhum protagonismo ou resistência dentro da sociedade escravista e que não foi diferente com relação à historiografia educacional (Fonseca, 2007).

Fonseca (2012) aponta que ocorre uma mudança no interior da história sobre a escravidão, com cada vez mais críticas àquela forma de tratamento dada ao negro, em que se

nega a sua condição de sujeito, mas que, no entanto, a história da educação não tem absorvido tais mudanças na mesma proporção.

Persistem ainda na historiografia educacional sobre o século XIX, análises onde a relação entre a população negra e a escola é praticamente nula, pois durante muito tempo considerou-se desnecessário estudar a escolarização da população negra no período, assumindo que pela escravidão vigente, ela estivesse necessariamente fora da escola. Embora ainda sejam poucos os estudos sobre o tema, algumas pesquisas empreendidas nas últimas duas décadas têm comprovado a presença de pessoas negras em instituições formais de ensino, seu acesso à alfabetização de outras maneiras que não apenas pela via escolarizada e a constituição de formas de resistência pela educação (Gil; Antunes, 2021).

Até meados do século XX, a educação básica seguia restrita e seletiva, funcionando como mecanismo de manutenção das desigualdades raciais e sociais (Carneiro, 2023). Crianças negras, em sua maioria, tinham a infância marcada pelo trabalho precoce, pela pobreza e por programas e ações de cunho higienista, predominando uma concepção patológica de criança associada à sua cultura e à sua cor (Dávila, 2006).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco ao reconhecer a educação como direito social fundamental nos artigos 6º e 205º, a Carta de 1988 reafirmou o dever do Estado em garantir acesso universal e gratuito à educação básica, estabelecendo a educação como instrumento de cidadania e democracia (Brasil, 1988). Esse processo se insere no movimento de redemocratização e modernização do Estado brasileiro, que buscou consolidar políticas públicas em áreas estratégicas, como saúde e educação e podem ser vistas como políticas voltadas ao reconhecimento dos direitos, concedidos seja por mérito, seja por cidadania, em contraposição ao autoritarismo herdado da ditadura civil-militar, reafirmando o compromisso com o desenvolvimento econômico e sua relação com a democracia (Brasil; Trad, 2012).

O Estado brasileiro, sobretudo a partir da década de 1990, assume papel regulador e indutor das políticas educacionais, em consonância com as reformas administrativas e a lógica de modernização do setor público (Bresser-Pereira, 2022). No campo educacional, isso se traduziu na ampliação da oferta da educação básica, em programas de alfabetização, universalização do ensino fundamental e expansão do ensino superior. No entanto, a globalização do acesso não significou, por si só, superação das desigualdades. A permanência e o sucesso escolar de estudantes negros continuaram a ser desafiados por fatores estruturais: evasão, defasagem idade-série e racismo institucional. O movimento negro contemporâneo teve

papel decisivo ao tensionar o Estado, denunciando as desigualdades e exigindo medidas concretas de reparação e inclusão (Santos *et al.*, 2020).

A luta do Movimento Negro pela democratização da educação foi central no processo de modernização do Estado. Gomes (2017) destaca que no Brasil a educação como direito social é fruto de árduas lutas dos movimentos não hegemônicos, ainda nos anos 1980, a mobilização coletiva denunciava a ausência de políticas específicas para a população negra e reivindicava ações afirmativas e mudanças curriculares. A Constituição de 1988 abriu caminho para tais conquistas, com a *Lei 10.639/2003*, que alterou a LDB para incluir a obrigatoriedade do ensino da História e Cultura Afro-Brasileira, a pauta das relações étnico-raciais se consolidou como política pública educacional (Gomes, 2017).

Essa legislação foi fruto direto da ação do Movimento Negro e da interlocução com intelectuais, educadores e parlamentares comprometidos com a causa (Gomes, 2017). A lei não apenas reconhece a centralidade da cultura e história afro-brasileira na formação escolar, mas também desestabiliza a narrativa da democracia racial, introduzindo a questão racial no centro da agenda educacional.

O Parecer Nº CNE/CP 003/2004 que estabelece as DCNERER expõe em seu relatório, como o avanço estabelecido pelos dispositivos legais desde a CF de 1988, junto com as reivindicações e proposições do Movimento Negro, apontaram para a necessidade de que o Estado adotasse medidas para reparar e ressarcir os descendentes africanos negros dos danos psicológicos, materiais, sociais, políticos e educacionais sofridos sob o regime escravista e sob as inúmeras tentativas de implantação de uma política de branqueamento da população (Brasil, 2013).

Em seu primeiro artigo as DCNERER estabelecem que as Instituições de Ensino Superior incluirão nas atividades curriculares dos cursos a Educação das Relações Étnico Raciais, bem como os conteúdos que dizem respeito aos afrodescendentes. A legislação surge no mesmo ano em que é criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, reconhecidas à época como ações do governo federal que visavam recolocar a questão racial na agenda nacional e a importância de se adotarem políticas públicas afirmativas de forma democrática, descentralizada e transversal.

As DCNERER corroboram para o compromisso com uma educação antirracista e de ruptura com o modelo de educação vigente, até então de valorização da narrativa eurocêntrica em detrimento da contribuição dos povos africanos na constituição da nação brasileira. Essa ideia está expressa em três de seus princípios, que tem por finalidade conduzir as ações de estabelecimentos de ensino e educadores para a implementação da lei: 1. *Consciência Política*

e Histórica da Diversidade, 2. *Fortalecimento de Identidades e de Direitos* e 3. *Ações Educativas de Combate ao Racismo e a Discriminações*. E reitera que é de responsabilidade dos estabelecimentos de ensino acabar com o modo falso e reduzido de tratar a contribuição dos africanos escravizados e de seus descendentes para a construção da nação brasileira, fiscalizando para que em seu interior os alunos negros não sejam vítimas de racismo (Brasil, 2013).

O relatório do Parecer Nº CNE/CP 003/2004 traz também no princípio 3. Ações Educativas de Combate ao Racismo e a Discriminações, a relevância da articulação entre sistemas de ensino e estabelecimentos de curso superior para a formação de professores para a diversidade étnico-racial; para a inclusão da temática na matriz curricular dos cursos de licenciatura, da Educação Infantil à Educação de Jovens e Adultos, na formação continuada de professores, inclusive no Ensino Superior; e que, ainda no Ensino Superior, a Educação para as Relações Étnico-Raciais esteja presente nos conteúdos de disciplinas e atividades curriculares dos cursos, através dos conhecimentos de matriz africana ou que dizem respeito à população negra, como por exemplo: a inclusão de estudos sobre anemia falciforme, problemática da pressão alta, nos cursos de medicina. Princípios sintetizados no inciso 1º do Artigo 1º das DCNERER (Brasil, 2013).

Com a promulgação da *Lei 10.639/03* e a instituição de suas diretrizes, há o reconhecimento de que o Brasil, desde a colônia, teve histórica e legalmente, uma postura ativa na discriminação da população negra com relação ao acesso à educação por meio de estratégias legais e políticas para impedir o seu pleno acesso às escolas (Brasil, 2004), sendo as legislações afirmativas uma forma de reparar a disparidade criada por essa injustiça.

Nesse contexto, a modernização do Estado brasileiro na educação se deu não apenas pela ampliação do acesso, mas também pela reconfiguração do currículo e pela construção de políticas de ação afirmativa no ensino superior, como o sistema de cotas. Tais conquistas revelam a potência do Movimento Negro como ator político e educador**,** capaz de inscrever no Estado demandas históricas de reconhecimento e reparação (Gomes, 2017).

3.2 A política nacional de saúde integral da população negra: origens e desafios

A presença dos Movimentos Negros no cenário político nas décadas de 1970 a 1990 foram cruciais para diversos avanços em termos de garantia de direitos para a população negra, mas é a partir da década de 1980 que o campo Saúde da População Negra ganha destaque, a partir do surgimento do Movimento de Mulheres Negras (MMN).

O MMN foi responsável por denúncias sobre práticas racistas nas políticas de controle de natalidade, sobre a precariedade dos serviços para as mulheres na rede pública e por reivindicar a implementação da *Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), promulgada no ano de 1984 (Araújo; Teixeira, 2022). Entre as reivindicações, havia a demanda pela criação de uma lei específica para regularizar a esterilização de mulheres no país, através da Campanha Nacional Contra a Esterilização de Mulheres Negras (Werneck, 2010). A inserção do MMN no campo político em torno do tema saúde das mulheres negras tem influência direta na conformação da Saúde da População Negra como um campo de estudos (Araújo; Teixeira, 2022).

No ano de 1995, aconteceu a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, organizada pelo Movimento Negro, que reivindicava junto ao governo federal a criação de políticas de saúde para a população negra. Como resposta, a partir daquele ano, a atenção à doença falciforme passou a ser utilizada como um marcador da qualidade das respostas à saúde da população negra no SUS. O governo federal também criou o Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, que incluía um subgrupo específico sobre saúde (Werneck, 2010).

A partir de 1996 o Ministério da Saúde instituiu a coleta do quesito cor na captação de dados dos principais sistemas de informação da saúde, uma ação importantíssima na identificação de uma série de iniquidades raciais em saúde, há muito denunciadas pelo Movimento Negro brasileiro (Faustino, 2012).

Entre os anos de 2001 e 2003 passos importantes para a configuração da PNSIPN foram dados: o primeiro com a realização do Seminário Interagencial Saúde da População Negra, organizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Do encontro resultou a publicação do documento Política de Saúde da População Negra: uma questão de equidade, considerado como as protoformas da PNSIPN. Essa escritura trouxe importantes ações que foram incorporadas a diversos documentos, entre eles a PNSIPN, que reforçam a importância de se introduzir o tema da saúde da população negra na formação e na educação permanente de profissionais da saúde, através da mudança dos currículos e do treinamento destes profissionais (Monteiro, 2012).

No ano de 2003, a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, abriu caminhos para planos voltados à promoção da igualdade racial.

A atuação do Movimento Negro durante 12ª Conferência Nacional de Saúde teve como parâmetro o documento supracitado, o que resultou na inserção da questão étnico-racial nos dez

eixos temáticos discutidos nessa Conferência, motivo pela qual, ela é considerada um divisor de águas na luta do Movimento Negro pelo direito à saúde.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde avançou ao trazer em seus eixos temáticos propostas para a garantia da presença da temática da saúde dos grupos étnicos e raciais em todos os níveis de ensino, na propositura de uma formação profissional na área da saúde centrada no sujeito, que incluísse conteúdos disciplinares sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro. E teve como resultado a inclusão em seu relatório final de mais de setenta deliberações sobre a saúde da população negra (Werneck, 2010; Brasil, 2004). A partir das deliberações da 12ª Conferência de Saúde, o Ministério da Saúde e o SEPPIR assinaram um termo de compromisso, que entre outras coisas, preconizava a inclusão dos objetivos e metas no Plano Nacional de Saúde, o que representou um grande passo para a construção da PNSIPN (Monteiro, 2012).

Nos anos subsequentes seguiram as articulações políticas do Movimento Negro pela garantia do direito à saúde para a população negra, que se estabelece em 2006 com o MN pela primeira vez obtendo representação no Conselho Nacional de Saúde – CNS. No mesmo ano, o Ministério da Saúde reconhece publicamente a existência de racismo institucional no SUS, se comprometendo com o desenvolvimento de ações para sua superação e o CNS aprova por unanimidade a criação da PNSIP (Werneck, 2010).

A *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* PNSIPN foi então aprovada em 10 de novembro de 2006 pelo CNS, instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 e tem como marcas: o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde da população negra e da responsabilidade do Estado na implementação de ações de combate ao racismo institucional, com vistas à promoção da equidade em saúde e à promoção da igualdade racial. Traz em suas diretrizes a importância da inclusão de temas relacionados ao racismo e à saúde da população negra na formação e na educação permanente dos profissionais de saúde; a ampliação da participação do Movimento Negro nas instâncias de controle social e o reconhecimento dos saberes e práticas populares preservados pelas religiões de matrizes africanas (Brasil, 2017).

A PNSIPN tem como objetivo a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS. A importância da formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e da realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra, para a redução das desigualdades étnico-raciais, são reconhecidas em seus objetivos específicos, bem como nas responsabilidades em cada uma das esferas de gestão do

SUS: federal, estadual e municipal, que devem garantir a inserção dos objetivos da PNSIPN nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2017).

É uma política pensada para a atenção à saúde da população negra considerando as suas especificidades e os determinantes sociais como fatores de adoecimento. Ela representa o reconhecimento do Ministério da Saúde sobre a necessidade de criar mecanismos para promover a saúde integral da população negra e combater o racismo institucional no SUS (Brasil, 2017). Conforme Werneck (2016), o racismo institucional corresponde a ações e políticas institucionais que operam para produzir ou manter a vulnerabilidade de grupos racializados, em sua concepção, é a dimensão mais negligenciada do racismo, se deslocando da dimensão individual para a estrutural, onde se estabelecem práticas que resultam em tratamento desigual e exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados, mantendo a organização do Estado e de suas instituições, produzindo e reproduzindo a hierarquia racial.

No entanto, apesar do racismo institucional ainda ser uma realidade, conforme Monteiro (2012) verifica em seus estudos, os cursos da área da saúde têm feito pouco para incluir o tema da saúde da população negra na formação dos novos profissionais. A autora argumenta que, além da existência de políticas públicas sobre questões étnico-raciais, é necessário que gestores analisem a importância dessas temáticas.

4 FACES E INTERFACES ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE CRÍTICA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

A análise da formação acadêmica em saúde no Brasil exige a compreensão da tessitura histórica que une e separa, educação e saúde no contexto das políticas públicas. Conforme já discutido, tanto a educação quanto a saúde foram historicamente estruturadas em bases excludentes, marcadas por um Estado que, até a Constituição de 1988, não reconhecia esses campos como direitos universais. O resultado foi a produção de desigualdades profundas, que recaíram de forma desproporcional sobre a população negra.

Na educação, observamos como a escola brasileira nasceu seletiva, elitista e racializada, reproduzindo a lógica da exclusão e invisibilizando a história e a cultura negras. Na saúde, vimos como as políticas sanitárias e os serviços públicos foram construídos sob a égide da eugenia e do racismo científico, negando à população negra não apenas acesso, mas também o reconhecimento de sua humanidade. Esses dois campos compartilham uma raiz comum: ambos se constituíram como arenas de disputa, onde se tensionam projetos de poder e de sociedade.

É nesse terreno de disputas que se inscreve a formação acadêmica na área da saúde, especialmente nos cursos de Enfermagem. Ao mesmo tempo em que a Constituição de 1988 e a criação do SUS abriram caminho para a democratização do acesso à saúde e à educação, a permanência do racismo estrutural e institucional manteve barreiras invisíveis que limitam a efetivação plena desses direitos. A formação acadêmica, que deveria estar comprometida com a promoção da saúde e com a equidade racial, muitas vezes reproduz silêncios e perspectivas eurocentradas, negligenciando as especificidades da população negra.

A presente seção busca, portanto, analisar criticamente as faces e interfaces entre educação e saúde, tendo como foco a formação acadêmica em Enfermagem na UNEMAT. A investigação, construída a partir da análise dos PPCs, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, das matrizes curriculares e das entrevistas com docentes, permite evidenciar como o tema da saúde da população negra e das relações étnico-raciais é incorporado nos currículos, nas práticas pedagógicas e nas concepções de cuidado.

Essa análise parte do reconhecimento de que o currículo não é neutro: ele expressa escolhas políticas, epistemológicas e éticas, que é preciso identificar componentes ideológicos que perpetuam privilégios (Veiga, 2015). Examinar a formação em saúde significa, portanto, perguntar não apenas o que se ensina, mas também o que se silencia, pois é justamente nesses silêncios que o racismo se perpetua. Ao mesmo tempo, a análise não pretende se limitar à

denúncia, em diálogo e inspirados por nossas escolhas teóricas, esperamos que esta seção também se abra para as possibilidades de transformação.

4.1 Educação, saúde e (inter)faces: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem e a política nacional de saúde integral da população negra

A instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde, entre eles a Enfermagem, insere-se em um processo histórico de disputas epistemológicas e políticas no campo da educação superior brasileira. Desde a vigência da *Lei nº 4.024/1961*, primeira *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB), que institucionalizou os currículos mínimos e reforçou a fragmentação disciplinar, o debate em torno da formação universitária tem sido atravessado por tensões entre modelos tradicionais, de caráter tecnicista e reprodutivista, e propostas orientadas pela crítica social, pela interdisciplinaridade e pela integralidade do cuidado.

No caso específico da Enfermagem, a formulação das DCNs não pode ser compreendida sem considerar o papel das políticas públicas e a responsabilidade do Estado na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS (Santana *et al.*, 2005). Ao estabelecer diretrizes orientadoras, as DCNs assumem a função de tensionar o modelo biomédico hegemônico, instigando processos pedagógicos que priorizem a formação crítica, reflexiva e humanizada, comprometida com a produção de conhecimentos que respondam às demandas históricas da sociedade brasileira.

Com a promulgação da *Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996*, que estabeleceu a nova *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB), houve uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. A área da saúde foi a primeira a estabelecer as DCNs, a emergência da reforma sanitária e, posteriormente, a criação do SUS, haviam deslocado ainda mais o eixo de reflexão sobre a formação em saúde, introduzindo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como princípio estruturante, além da necessidade de integrar o cuidado em saúde às dimensões sociais, políticas e culturais da vida (Dan, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem vigentes, foram instituídas pela *Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001* pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Sua construção contou com a participação da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), guiados pelos princípios e diretrizes do SUS e pela visão de saúde-

doença como resultado dos determinantes históricos e sociais. Isso demonstra o caráter coletivo da sua construção e o reflexo da influência das legislações utilizadas como referência, tais como a CF de 1988, *a Lei Orgânica do SUS* (*Lei 8.080/90*), a LDB etc. (Santana *et al.*, 2005).

Embora as discussões para a formulação das DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem e seu nascimento coincidam com o momento político em que a Saúde da População Negra (SPN) se constituía como campo de estudos e se consolidavam as bases para a elaboração da PNSIPN, conforme analisamos, o documento não reflete este momento e não incorpora a dimensão racial na saúde. Ele é anterior à instituição da PNSIPN, mas é possível encontrar alguns pontos de convergência entre as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem e a PNSIPN, que estão associados ao arcabouço legal de ambos os documentos, tais como a CF de 1988 e a *Lei Orgânica do SUS*. As lacunas presentes dizem respeito à ausência da dimensão racial na construção das DCNs.

A análise dos documentos foi realizada conforme a proposta metodológica de Bardin (1977) e permitiu a construção de categorias que emergem da relação entre as DCNs do curso de graduação em Enfermagem e a PNSIPN. A partir do cruzamento dos dados, foi possível evidenciar tanto pontos de convergência quanto lacunas que se tornam centrais para compreender os desafios da formação acadêmica diante da necessidade de enfrentamento das desigualdades raciais em saúde.

As categorias que serão analisadas adiante discutem: a integralidade do cuidado em saúde, os determinantes sociais da saúde, cidadania, direitos e equidade em saúde, educação permanente, pesquisa e produção de conhecimento, atenção diferenciada às necessidades de grupos sociais e ética, humanização e combate às iniquidades.

A categoria **Integralidade do cuidado em saúde**, como um item presente tanto nas DCNs, como na PNSIPN, trazem a concepção de Integralidade da Assistência baseada nos princípios do SUS (*Lei 8.080/90*): "como um conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1990, p. 3).

O Artigo 5º das DCNs que trata sobre a formação do enfermeiro em suas competências e habilidades específicas, coloca que a formação deve preparar o enfermeiro para intervir no processo de saúde-doença com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde na perspectiva da integralidade; traz ainda no parágrafo único, que a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento (Brasil, 2001).

A PNSIPN, traz a concepção de integralidade com ênfase na equidade racial, reconhecendo as especificidades de saúde da população negra e tendo a transversalidade como princípio organizativo, baseada na visão integral do sujeito, considerando sua participação na construção de respostas às suas necessidades de saúde, observando marcadores como gênero, orientação sexual, vida com patologia, deficiência temporária ou permanente (Brasil, 2017). A PNSIPN enfatiza que a integralidade só se concretiza plenamente quando reconhece as especificidades étnico-raciais e a desigualdade no acesso à saúde da população negra. Assim, a integralidade, enquanto conceito formativo, é tensionada pelo reconhecimento das iniquidades raciais.

Na categoria **Determinantes sociais da saúde**, as DCNs preveem no Artigo 5º a formação do enfermeiro para identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes (Brasil, 2001). No Artigo 6º antecipam que os cursos de graduação devem contemplar as Ciências Humanas e Sociais e contribuir para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença (Brasil, 2001). A PNSIPN, por sua vez, tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinante social fundamental, que afeta diretamente os indicadores de saúde da população negra (Brasil, 2017). Embora a formação do enfermeiro contemple determinantes sociais em sentido amplo, não há menção direta ao racismo como condicionantes do processo saúde-doença, o que limita a compreensão das desigualdades raciais em saúde.

A categoria **Cidadania, direitos e equidade em saúde**, é um fator que evidencia outro ponto de convergência entre as DCNs e a PNSIPN, pois ambos os documentos se embasam nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana da CF de 1988 (Brasil, 1988, art. 1o, inc. II e III). Nas DCNs o Artigo 3º, que trata sobre o perfil do egresso, diz que este será capacitado com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano e que a estrutura do curso deverá assegurar que sejam educados para a cidadania e a participação plena na sociedade, bem como, com vistas à valorização das dimensões éticas e humanísticas, com valores orientados para a cidadania e para a solidariedade (Brasil, 2001).

Na PNSIPN a promoção da cidadania está condicionada à compreensão de que a iniquidade e a vulnerabilidade afetam a saúde da população negra e ao reconhecimento de que o racismo vivenciado por ela incide negativamente nos indicadores de saúde, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde; a boa qualidade da saúde gera

condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (Brasil, 2017).

Na categoria **Educação permanente, pesquisa e produção de conhecimento**, tanto nas DCNs quanto na PNSIPN está explícita a valorização da produção de saberes e a continuidade da formação. Nas DCNs o tema da educação permanente, da pesquisa e da produção do conhecimento são trazidos nos artigos que tratam sobre a formação para a aquisição de habilidades gerais e específicas do enfermeiro (Artigos 4º e 5º), como eixos centrais para a qualificação da prática profissional. E a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, devem estar presentes nos projetos pedagógicos e na estrutura curricular, com o objetivo de uma formação crítica e a obtenção do perfil profissional almejado (Brasil, 2001).

Na PNSIPN a educação permanente, a pesquisa e a produção de conhecimento estão presentes nas diretrizes gerais, nos objetivos específicos e no capítulo que trata sobre a responsabilidade nas três esferas de gestão na PNSIPN, com foco na inclusão do tema racismo e SPN. Também está presente o combate às outras discriminações em intersecção com a SPN, na formação profissional e na educação permanente dos trabalhadores da saúde, com o estabelecimento de acordos nas esferas de gestão para que isso aconteça (Brasil, 2017). O fomento à pesquisa e à produção do conhecimento sobre o acesso da população negra aos serviços e a inclusão dos quesitos raça/cor nos instrumentos de coleta de dados no SUS, são uma responsabilidade da gestão e devem acontecer nas três esferas (Brasil, 2017). A PNSPN explicita a necessidade de coletar e analisar dados étnico-raciais, enfrentando o apagamento estatístico que marca historicamente a população negra. Isso aponta para a urgência de uma formação que reconheça o epistemicídio[4] e se comprometa com a produção de conhecimentos situados e comprometidos com a transformação social.

A categoria **Atenção diferenciada às necessidades de grupos sociais** aparece nas DCNs em termos de ciclos de vida, sem incorporar a questão racial como marcador de diferença. O artigo sobre formação para a aquisição de habilidades específicas do enfermeiro traz a prerrogativa do cuidado em enfermagem observando as necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade, sem mencionar grupos específicos; e a formação para a assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da

[4] O conceito de epistemicídio apresentado aqui é este desenvolvido por Boaventura de Sousa Santos, que nos diz que ele consiste na supressão dos conhecimentos locais, sob o pretexto da "missão colonizadora", que procurou homogeneizar o mundo, obliterando as diferenças culturais, reduzindo a diversidade epistemológica, cultural e política do mundo. À medida em que sobreviveram, foram submetidas à norma epistemológica dominante, num processo de destruição de destituição da racionalidade, da cultura e da civilização do outro (Santos, 2009).

mulher, do adulto e do idoso. A PNSIPN, ao contrário, pelo princípio da equidade, reconhece a população negra como grupo específico, com necessidades de saúde específicas impactadas por determinantes sociais, logo, o reconhecimento dessa desigualdade implica o emprego de ações estratégicas e diferenciadas para a sua superação. Essa diferença explicita um limite na formação: a ausência da raça/cor como dimensão que precisa ser considerada no planejamento do cuidado.

Por fim, a **categoria Ética, humanização e combate às iniquidades** revela outra lacuna. As DCNs trazem a ética e a bioética como princípios fundamentais para a prática profissional. Reforçam que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a humanização do atendimento e que a estrutura do curso deve garantir a valorização das dimensões éticas e humanísticas, para o desenvolvimento de valores orientados para a cidadania e para a solidariedade (Brasil, 2001).

A PNSIPN compreende que as iniquidades em saúde resultam de injustos processos socioeconômicos e culturais, que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras e o seu combate como responsabilidades das esferas de gestão, bem como, as estratégias para a humanização do sistema de saúde (Brasil, 2017). No seu conteúdo a PNSIPN traz implícita a compreensão do racismo institucional como prática antiética, que coloca as pessoas negras em situação de desvantagem no acesso à saúde e que compromete a humanização do atendimento, com isso, reforça a ideia de que o compromisso ético do enfermeiro só se realiza integralmente quando incorpora o combate às práticas racistas como parte indissociável da ética profissional.

Nesta análise evidencia-se que as DCNs e a PNSIPN compartilham princípios como integralidade e cidadania, mas divergem quanto ao reconhecimento explícito do racismo como determinante social e prática antiética. A ausência da dimensão étnico-racial nas DCNs reforça a importância de tensionar a formação acadêmica em enfermagem, de modo a aproximá-la das diretrizes da PNSIPN e, consequentemente, do projeto de um SUS verdadeiramente universal, equânime e comprometido com a saúde da população negra. É importante mencionar que em junho de 2024 a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação aprovou as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Enfermagem, que agora aguardam homologação pelo Ministério da Educação (Associação Brasileira de Enfermagem, 2018). Em comparação com as diretrizes vigentes, o texto das novas DCNs avança com relação à inclusão da temática étnico-racial na formação do enfermeiro e ao colocar que a formação de professores na Educação Profissional Técnica de Nível Médio – EPTNM em Enfermagem deve contemplar

a história da África e história dos povos indígenas, conforme disposto na *Lei nº 10.639/03* e na *Lei nº 11.645/08*, com vistas ao enfrentamento do racismo e do preconceito (Portal do MEC).

4.2 Projetos pedagógicos de curso - PPC: breve abordagem conceitual

O Projeto Político Pedagógico (PPP) foi instituído pela LDB, que em seu 12º artigo coloca que os estabelecimentos de ensino deverão elaborar e executar sua proposta pedagógica (Brasil, 2020). Ele é um dos principais instrumentos norteadores do trabalho pedagógico dentro de uma instituição de ensino e nasce dentro de uma concepção de gestão democrática, com o compromisso de congregar as diversas visões de mundo em prol de uma prática pedagógica emancipadora (Veiga, 2015).

A natureza democrática do documento supõe a participação de toda a comunidade acadêmica na sua construção, uma construção que é permanente, que não deve ser imposta e que deve ser conduzida de forma crítica e reflexiva. Nessa vivência democrática e de exercício de cidadania, propiciada aos membros da comunidade educacional na construção coletiva de caminhos viáveis para as questões institucionais, se encontra, conforme Veiga (2015), a indissociabilidade e a relação recíproca das dimensões política e pedagógica. Ao Projeto Pedagógico de Curso (PPC) é fundamental que ele observe a missão da Universidade, que além do ensino de graduação, explicite os objetivos de um curso e oriente as estratégias a serem utilizadas. Deve ser fruto um processo permanente de reflexão, que ultrapassa um mero conjunto de planos, pois não é apenas técnico; com finalidades e direcionamento que o levará a um compromisso definido coletivamente. Para Veiga (2015), a falta de clareza no PPC de um curso pode resultar em um currículo fragmentado, por isso todo PPC precisa ter uma intencionalidade que o direcione para uma sintonia com uma nova visão de mundo, garantindo uma formação profissional crítica e para o exercício da cidadania.

Em suas indagações acerca do projeto pedagógico, Veiga (2015) coloca que ele pode assumir características muito distintas, a depender da forma que foi construído. Quando elaborado apenas com o intuito de cumprir com requisitos organizativos e legislativos, pode se apresentar como um "modismo passageiro", em que se configura como um documento burocrático e fragmentado, como mero instrumento autoritário e regulador das práticas institucionais. Ao contrário, quando na sua construção existe a participação ativa e não imposta, de todos os atores envolvidos no processo educativo na universidade, ele se apresentará como "inovação que busca rupturas", desvinculação com o *status-quo*, com as formas instituídas e com os mecanismos de poder presentes nas instituições (Veiga, 2015).

Para Gomes (2012), essa ruptura precisa ser também epistemológica, para que haja uma quebra com a colonialidade que atravessa os currículos no ensino superior. De acordo com Quijano (2020), o atual padrão de poder mundial posto pela colonialidade, perpassa todos os âmbitos da vida em sociedade e opera como forma de dominação social, material e intersubjetiva. Esse padrão de poder se sustenta na imposição de uma classificação racial/étnica da população (Quijano, 2020), em outras palavras, na colonialidade o racismo é o princípio organizativo das relações sociais (Gomes, 2021).

Assim, ao compreender o PPC como um espaço de disputa entre perspectivas burocráticas e práticas emancipatórias, entendemos que o que está em jogo é a materialização, ou não, de compromissos coletivos e democráticos com a formação crítica e com o enfrentamento de um padrão de poder que atravessa o ensino superior. Examinar os PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT significa, portanto, olhar para além da técnica: é observar se neles se inscrevem princípios de justiça social, de equidade racial e de compromisso com a saúde da população negra, ou se permanecem como instrumentos burocráticos que reforçam silêncios históricos. Silêncios, que conforme nos lembra Nilma Lino Gomes (2012), dizem de algo que se sabe, mas que é impedido de falar, silêncios que devem ser indagados sobre suas razões.

Nessa perspectiva, inicia-se na seção seguinte, a análise dos documentos, buscando compreender até que ponto os PPCs respondem às demandas de uma formação em saúde que dialogue com a realidade social brasileira e com os desafios de um cuidado antirracista. Faremos isso à luz das DCNERER e da PNSIPN, objetivando identificar a presença ou ausência de conteúdos relacionados às relações étnico-raciais e à promoção da equidade racial na formação em saúde. Outro objetivo que buscamos com esta análise é investigar como a temática das relações étnico-raciais está contemplada nos currículos e nos documentos oficiais dos cursos de Enfermagem.

4.3 Análise documental dos projetos pedagógicos de curso: as faces da enfermagem na UNEMAT

Iniciaremos esta subseção apresentando a estrutura do PPC de cada curso, seguindo a ordem pela data de criação de cada um, da mais antiga a mais recente, começando pelo curso de Enfermagem do campus Jane Vanini de Cáceres - MT (2001), em seguida com o curso do campus Eugênio Carlos Stieler de Tangará da Serra – MT (2006) e concluindo com o curso do

campus Francisco Ferreira Mendes de Diamantino – MT (2013). Na sequência, apresentaremos a análise dos documentos.

O PPC do curso de Enfermagem do campus Jane Vanini de Cáceres-MT foi instituído pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONEPE), por meio da Resolução Nº 41/2023 – CONEPE no dia 12 de setembro de 2024 e conforme a resolução, aplicado a partir do primeiro semestre do ano de 2024. O documento analisado foi obtido junto à coordenação do curso, através de solicitação pelo e-mail institucional, uma vez que o PPC disponível no endereço eletrônico do Curso de Enfermagem do referido campus é o PPC anterior, instituído pela Resolução Nº 039/2017 – CONEPE.

O documento está dividido por cinco tópicos, antecedidos pela publicação da Resolução, pelo Anexo único da Resolução Nº 41/2023 – CONEPE onde consta a identificação institucional com dados da universidade, do campus, da Faculdades de Ciências da Saúde (FACIS), da coordenação do curso de Enfermagem, do colegiado do curso e do Núcleo Docente Estruturante e pela página com os dados gerais sobre o curso:

Quadro 1 - Dados gerais do curso de Enfermagem do Campus Jane Vanini

Denominação do curso	Bacharelado em Enfermagem
Ano de Criação	2001
Ano de implantação do currículo anterior	2017
Data de adequação do PPC	2023
Grau oferecido	Bacharel
Título acadêmico conferido	Bacharelado em Enfermagem
Modalidade de ensino	Turma presencial
Tempo mínimo de integralização	10 semestres
Carga horária total	4.400
Número de vagas oferecidas	40 vagas semestrais
Período	Integral
Formas de ingresso	Concurso vestibular ou via SISU/MEC
Atos legais de autorização, reconhecimento e renovação do curso	Portaria de Renovação de Reconhecimento de Curso nº 052/2019-GAB/CEE-MT
Endereço do curso	Endereço: Av. São João, s/nº - Cavalhada – CEP 78200-000. Cidade de Cáceres-MT.

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 41/2023 – CONEPE (Mato Grosso, 2023).

Quadro 2 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Jane Vanini

1. Concepção do curso de bacharelado em Enfermagem	1.1 Histórico do curso de Enfermagem
	1.2 Atos jurídicos-administrativos do curso de Bacharelado em Enfermagem
	1.3 Fundamentação legal do Projeto Pedagógico de Curso
	1.4 Fundamentação teórico-metodológica
	1.5 Objetivos
	1.6 Perfil do egresso
	1.7 Áreas de Atuação do Egresso
	1.8 Habilidades e Competências
2. Metodologias e Políticas Educacionais a. Aspectos metodológicos do processo de ensino-aprendizagem b. Avaliação do processo de ensino-aprendizagem	2.1 Relação entre Ensino, Pesquisa e Extensão
	2.2 Linhas de Pesquisa do Curso de Enfermagem
	2.3 Integração com a Pós-graduação
	2.4 Mobilidade estudantil e internacionalização
	2.5 Tecnologias digitais de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem
	2.6 Educação inclusiva
4. Estrutura Curricular	3.1 Formação teórica articulada com a prática
	3.2 Núcleos de formação
	3.3 Equivalência de Matriz
	3.4 Consonância com o núcleo comum para os cursos da Faculdade de Ciências da Saúde
	3.5 Atividades Acadêmicas Articuladas ao Ensino de Graduação
	3.6 Estágio Curricular Supervisionado
	3.7 Trabalho de Conclusão de Curso
	3.8 Das ações de extensão
	3.9 Avaliação
4. Ementário	Unidade Curricular I – Formação Geral e Humanística
	Unidade Curricular II – Formação específica
	Unidade Curricular III – Formação Complementar/Integradora
	Unidade Curricular IV – Créditos de livre escolha
4. Considerações Finais	
5. Referências Bibliográficas	

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 41/2023 – CONEPE (Mato Grosso, 2023).

O PPC do curso de Enfermagem do campus Eugênio Carlos Stieler de Tangará da Serra – MT foi instituído pela Resolução Nº 029/2022 – CONEPE na sala virtual das Sessões do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão, em 9 e 10 de maio de 2022 e conforme a resolução, aplicado a partir do primeiro semestre do ano de 2023. O documento analisado foi obtido junto à coordenação do curso, por meio de solicitação pelo e-mail institucional. A versão disponibilizada pelo curso é uma versão atualizada para impressão, não diverge em conteúdo com o documento disponibilizado na página eletrônica do curso de Enfermagem do campus de Tangará da Serra, no entanto, encontra-se mais bem estruturado com relação a organização dos tópicos.

O documento está dividido em cinco itens, antecedidos pelo Anexo único da Resolução Nº 029/2022 – CONEPE onde consta a identificação institucional com dados da universidade, do campus, da Faculdades de Ciências da Saúde (FACIS), da coordenação do curso de

Enfermagem, do colegiado do curso e do Núcleo Docente Estruturante e pela página com os dados gerais sobre o curso:

Quadro 3 - Dados gerais do curso de Enfermagem do campus Eugênio Carlos Stieler

Denominação do curso	Bacharelado em Enfermagem
Ano de Criação	2006
Ano de implantação do currículo anterior	2018
Data de adequação do PPC	2022
Grau oferecido	Bacharel
Título acadêmico conferido	Graduado
Modalidade de ensino	Presencial
Tempo mínimo de integralização	10 semestres – 5 anos
Carga horária total	4.435
Número de vagas oferecidas	40 vagas semestrais
Período	Integral
Formas de ingresso	Semestral via SISU e Concurso Vestibular
Atos legais de autorização, reconhecimento e renovação do curso	Resolução nº 024/2005/CONSUNI Portaria nº 051/2019-GAB/CEE-MT
Endereço do curso	Avenida Inácio Bittencourt Cardoso, 6967 E, Jardim Aeroporto, Tangará da Serra – MT – CEP: 78301-532. Caixa Postal 287 – CEP da Caixa Postal: 78300-970

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 029/2022 – CONEPE (Mato Grosso, 2022a).

Quadro 4 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Eugênio Carlos Stieler

1. Concepção do curso de Enfermagem	1.1 Histórico e atos jurídico-administrativos do curso de Enfermagem	
	1.2 Fundamentação legal do Projeto Pedagógico de Curso	
	1.3 Fundamentação teórico-metodológica	
	1.4 Objetivos	
	1.5 Perfil do egresso	
	1.6 Áreas de Atuação do Egresso	
	1.7 Competências e Habilidades Gerais	
	1.8 Competências e Habilidades Específicas	
2. Metodologias e Políticas Educacionais	2.1 Relação entre Ensino, Pesquisa e Extensão	
	2.2 Integração com a Pós-graduação	
	2.3 Mobilidade estudantil e internacionalização	
	2.4 Tecnologias digitais de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem	
	2.5 Educação inclusiva	
	2.6 Estrutura Curricular	2.6.1 Formação teórica articulada com a prática
3. Matriz Curricular	3.1 Equivalência de Matriz	
	3.2 Núcleo comum para os cursos da Faculdade de Ciências Agrárias, Biológicas, Engenharia e da Saúde (FACABES) e para Faculdade de Ciências Sociais, Aplicadas e da Linguagem (FACSAL)	
	3.3 Atividades Acadêmicas Articuladas ao Ensino de Graduação	
	3.4 Estágio Curricular Supervisionado	
	3.5 Trabalho de Conclusão de Curso	
	3.6 Atividades Complementares	
	3.7 Das ações de extensão	
	3.8 Avaliação	
4. Ementário	Unidade Curricular I – Disciplinas de Formação Geral e Humanística	
	Unidade Curricular II – Disciplinas de Formação específica	
5. Considerações Finais		

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 029/2022 – CONEPE (Mato Grosso, 2022a).

O PPC atual do curso de Enfermagem do campus Francisco Ferreira Mendes de Diamantino - MT foi instituído pela Resolução Nº 45/2022 – CONEPE nos dias 9 e 10 de maio de 2022 e conforme a resolução, aplicado a partir do primeiro semestre do ano de 2023. O documento analisado foi obtido na página eletrônica do curso do campus de Diamantino.

O documento está dividido em 10 tópicos, antecedidos pela publicação da Resolução, pelo Anexo único da Resolução Nº 45/2022 – CONEPE onde consta a identificação institucional com dados da universidade, do campus, da Faculdade de Ciências da Saúde (FACIS), da coordenação do curso de Enfermagem, do colegiado regional, do Núcleo Docente Estruturante e da Comissão Interna de Reestruturação do PPC; e pela página com dados gerais sobre o curso:

Quadro 5 - Dados gerais do curso de Enfermagem do Campus Francisco Ferreira Mendes

Denominação do curso	Bacharelado em Enfermagem
Ano de Criação/Encampação	2013
Ano de implantação do currículo anterior	2018
Data de adequação do PPC	07/11/2019 05/11/2021 15/04/2022
Grau oferecido	Bacharelado
Título estudante conferido	Enfermeiro
Modalidade de ensino	Presencial
Tempo mínimo de integralização	10 semestres (5 anos)
Carga horária total	4.400
Número de vagas oferecidas	40 vagas semestrais
Turno de funcionamento	Período integral
Formas de ingresso	Vestibular, SISU, Programa de Mobilidade Acadêmica e Vagas Remanescentes.
Atos legais de autorização, reconhecimento e renovação do curso	Portaria n° 128/2018 GAB/CEE- MT - publicada em 13.12.2018 de Renovação de Reconhecimento do Curso de Bacharelado em Enfermagem, modalidade presencial, ofertado no Campus Universitário Francisco Ferreira Mendes, em Diamantino-MT, pelo período compreendido da data de publicação da Portaria até o final do Ciclo Avaliativo em 2022.
Endereço do curso	Rua Rui Barbosa, nº 166 Bairro Jardim Eldorado, CEP: 784000.000 - Diamantino, Mato Grosso

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 45/2022 – CONEPE (Mato Grosso, 2022b).

Quadro 6 - Tópicos e Subtópicos do PPC do curso de Enfermagem do Campus Francisco Ferreira Mendes

1. O campus universitário Francisco Ferreira Mendes	1.1 Contexto de criação do Campus Universitário "Francisco Ferreira Mendes" no município de Diamantino	
	1.2 O curso de Enfermagem	
	1.3 Fundamentação legal do Projeto Pedagógico de Curso	
	1.4 Fundamentação teórico-metodológica	
2. Objetivos	2.1 Objetivo Geral	
	2.2 Objetivo Específico	
	2.3 Perfil do Egresso de Enfermagem	
	2.4 Campo de Atuação do Egresso	
	2.5 Habilidades e Competências	2.5.1 Habilidades e Competências Gerais
		2.5.2 Habilidades e Competências específicas
3. Metodologias e Políticas Educacionais	3.1 Relação entre Ensino, Pesquisa e Extensão	
	3.2 A Pesquisa	
	3.3 A Extensão	
	3.4 Mobilidade estudantil e internacionalização	
	3.5 Tecnologias digitais de informação e comunicação (TDICs) no processo de ensino-aprendizagem	
	3.6 Educação inclusiva	
	3.7 Integração com a pós-graduação	
4. Estrutura Curricular	4.1 Formação teórica articulada com a prática	
	4.2 Núcleos de formação	
	4.3 Matriz Curricular	
5. Equivalência de Matriz	5.1 Consonância com o núcleo comum para os cursos da Faculdade de Ciências da Saúde (FACIS) e demais cursos do Câmpus Universitário.	
	5.2 Atividades Acadêmicas Articuladas ao Ensino de Graduação	
	5.3 Estágio Curricular Supervisionado	
	5.4 Objetivos	
	5.5 Justificativa	
	5.6 Metodologia	
	5.7 Carga Horária	
	5.8 Avaliação dos estudantes	
6. O Trabalho de Conclusão de Curso		
7. Atividades Complementares	7.1 Atividades curriculares de extensão (Creditação da Extensão)	
	7.2 Avaliação do processo de ensino-aprendizagem	
8. Ementário	8.1 Unidade Curricular I – Disciplinas de Formação Geral e Humanística, englobando disciplinas da área de ciências humanas, sociais, políticas e biológicas.	
	8.2 Unidade Curricular II – Disciplinas de Formação Específica	
	8.3 Unidade Curricular III - Disciplinas de Formação Complementar Integradora (Obrigatórias)	
9. Considerações Finais		
10. Referências		

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos da Resolução Nº 45/2022 – CONEPE (Mato Grosso, 2022b).

4.3.1 O PPC de cada curso: semelhanças e distanciamentos

Salvo as diferenças em relação à organização dos tópicos e subtópicos, os PPCs analisados apresentam em geral um tópico inicial com apresentação do Curso de Enfermagem,

concepção do curso, histórico da implementação do curso de Enfermagem no campus com seus marcos jurídicos-administrativos, fundamentação legal e fundamentação teórico-metodológica, objetivos gerais e específicos, perfil e áreas de atuação do egresso, competências e habilidades gerais/específicas. Seguido pelos tópicos de Metodologias e Políticas Educacionais, Estrutura Curricular e Ementário. Foi possível constatar que eles guardam entre si semelhanças e distanciamentos.

Ao realizar a leitura flutuante dos documentos, notou-se muitas semelhanças, conceituais e textuais e a ausência de conteúdo sobre a saúde da população negra para a Educação das Relações Étnico-Raciais e o estudo da História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, conforme o disposto nas DCNERER. Tampouco encontra-se menção sobre a PNSIPN, o que nos revelou a princípio, um silenciamento que limita o enfrentamento do racismo institucional na formação em saúde. Destacamos a seguir tópicos e subtópicos que consideramos pertinentes nesta análise, por nos informar sobre as particularidades de cada curso e onde este silenciamento "fala mais alto".

Quadro 7 - Concepção do Curso

Campus Jane Vanini – Cáceres/MT - Tópico 1. Concepção do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Contextualiza brevemente o surgimento do ensino de Enfermagem no mundo, no Brasil e na UNEMAT com sua implantação em 2001. O documento revela que a UNEMAT, ao propor a implantação do curso de Bacharelado em Enfermagem, buscou construir um PPC que garantisse a formação profissional dentro da concepção holística do conhecimento e do trabalho em saúde, pautado nos princípios da integralidade, multidimensionalidade, unicidade e singularidade. E nos informa que além de vasto campo de atuação, os enfermeiros constituem a maior força de trabalho do SUS.
Campus Eugênio Carlos Stieler – Tangará da Serra/MT – Tópico 1. Concepção do Curso de Enfermagem
O tópico contextualiza os marcos jurídico-administrativos pelos quais foi criado o curso de Enfermagem do campus Eugênio Carlos Stieler e que sua finalidade é formar profissionais críticos, reflexivos e humanistas capazes de atuar com competência e responsabilidade, a partir de uma concepção holística do conhecimento e do trabalho em saúde, pautado na forma de ver o homem em sua integralidade, multidimensionalidade, unicidade e singularidade. Considerando o processo de saúde-doença que envolve o ser humano desde a concepção até a morte, em seus múltiplos aspectos: bio-psico-socioeconômico-político-cultural e educacional e uma formação pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
Campus Francisco Ferreira Mendes – Diamantino/MT – Tópico 1. O campus universitário Francisco Ferreira Mendes – Subtópico 1.2 O curso de Enfermagem
O primeiro tópico do PPC do Campus Universitário Francisco Ferreira Mendes é dedicado à contextualização de criação do campus no município de Diamantino e a destacar as características da região na qual se instala esse curso de Enfermagem, colocando o município como referência em saúde e educação para os municípios que o circundam. Informa que o PPC foi construído coletivamente, levando em consideração a realidade social e a demanda loco-regional por saúde e considerando ainda as necessidades do SUS conforme decisões deliberadas no Polo de Educação Permanente de Mato Grosso. No subtópico 1.2 O curso de Enfermagem: explicita-se a concepção do curso de formar profissionais comprometidos com a sociedade e capazes de propor mudanças no cenário dos serviços de saúde da rede pública e privada. Conforme o documento, trata-se de uma ampliação da formação que capacita o enfermeiro para o exercício da assistência em diversas frentes, como na inovação e no empreendedorismo.

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

Nota-se que há uma aproximação entre as concepções de curso do campus Jane Vanini de Cáceres com o campus Eugênio Carlos Stieler de Tangará da Serra, ambos pautados na concepção holística do conhecimento e do trabalho em saúde, nos princípios e diretrizes do SUS e reconhecendo a profissão como uma das principais a constituir a força de trabalho dentro do sistema. O PPC do curso do campus Francisco Ferreira Mendes, traz a menção ao SUS na construção do documento, com relação à concepção de curso se distancia da proposta dos demais, ao explicitar o preparo de profissionais para a rede privada e para o empreendedorismo.

O empreendedorismo é considerado um campo de atuação do profissional enfermeiro, dentro de uma visão de ampliação dessa atuação, conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2025). E essa informação é trazida no subtópico 1.7 Áreas de Atuação do Egresso do PPC do campus de Cáceres e nos outros dois documentos, dos campi de Tangará da Serra (1.1 Histórico e atos jurídico-administrativos do curso de Enfermagem) e de Diamantino (1.2 O curso de Enfermagem), com textos parecidos, nos quais informam a **visão** do curso que pretende ser, até 2025, um curso preparado para atender as demandas regionais e seus **valores** que são: compromisso, empreendedorismo, sustentabilidade, inovação técnico científica.

Sobre o arcabouço legal sob o qual estão amparados os cursos, ademais dos marcos regulatórios nacionais e no âmbito da UNEMAT destacam-se: no curso de Bacharelado em Enfermagem do campus Jane Vanini, a CF de 1988; a *Lei nº 9.394/1996* – LDB e a *Resolução CNE/CES nº 03/2001*, que institui as DCNs do Curso e Graduação em Enfermagem. É notório que o documento apresenta forte alinhamento às DCNs de Enfermagem, priorizando a formação integral do profissional, enfatizando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e reforçando a importância da prática baseada em valores éticos e humanísticos. Contudo, quando se observa a dimensão da saúde da população negra, não há uma abordagem estruturada ou transversal.

Pensando a legislação que conduziu a construção deste PPC, verifica-se a potencialidade para se pensar as Relações Étnico-Raciais no curso de Enfermagem, a começar pela CF de 1988, que em seu artigo terceiro estabelece como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil (I) a construção de uma sociedade livre, justa e solidária e (IV) a promoção do bem de todos, sem preconceito racial ou quaisquer outras formas de discriminação. Na seção em que se trata sobre a Educação, a constituição estabelece em seu artigo 205, que ela é um direito de todos e dever do Estado e no artigo 206, que o ensino será ministrado com base, entre outros princípios, (III) no pluralismo de ideias (Brasil, 1988).

Com relação à LDB, esta foi alterada pela *Lei 10.639/03* que estabeleceu a obrigatoriedade do ensino da História e Cultura Afro-Brasileira e Africana nos

estabelecimentos de educação básica e instituiu as DCNERER, que trazem orientações específicas para a inclusão de disciplinas e atividades no Ensino Superior que contemplem a Educação das Relações Étnico-Raciais.

Quanto aos documentos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem dos campi de Tangará da Serra e de Diamantino, o arcabouço legal informado e sob o qual estão amparados seriam idênticos, não fosse a ausência no PPC do curso de Diamantino da Resolução n.º 041/2017 - CONSUNI que dispõe sobre a criação da Modalidade de Bolsa de Preceptoria Enfermeiro e da Resolução n.º 087/2015 – CONEPE que dispõe sobre a Política de Mobilidade Acadêmica no âmbito da graduação na UNEMAT, ambas aparecem nos tópicos que tratam sobre estágio e mobilidade acadêmica.

A proposta pedagógica dos cursos de Enfermagem dos campi supracitados se apoia, entre as muitas resoluções específicas que regulam o ensino superior e o ensino de enfermagem no Mato Grosso e no Brasil, na *Resolução CNE/CES nº 03/2001*, que institui as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem, na *Lei Federal nº 12.764/2012* que dispõe sobre a proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Resolução nº 045/2022-CONEPE).

Pensando as condições de acessibilidade das pessoas com deficiência, os documentos também fazem referência à CF de 1988 e especificamente aos artigos 205, 206 e 208, à *Lei Nº 10.098/2000* que estabelecem normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, na NBR 9050/2004 da ABNT que estabelece os parâmetros e critérios para a garantia de acessibilidade em edificações e demais decretos e portarias que dispõem sobre educação especial, o direito das pessoas com deficiência e promoção da acessibilidade: *Decretos nº 5.296/2004-Planalto*, *nº 6.949/2009-Planalto*, *nº 7611/2011 Planalto* e na *Portaria nº 3284/2003-MEC/SEESP* (Resolução nº 045/2022-CONEPE).

Embora não seja o foco desta análise, algo percebido foi que, apesar do conjunto de legislações de proteção aos direitos de pessoas com TEA e pessoas com deficiência serem trazidas como fundamentos legais destes PPCs, não constam em nenhum dos documentos quais as ações serão tomadas para a garantia desses direitos.

Por último, destacamos ainda nestes tópicos a referência ao *Parecer CNE/CP nº 8 de 06/03/2012* e a *Resolução CNE/CP nº 1, de 30/05/2012* que são documentos que instituem as Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos (EDH). O direito à EDH está fundamentado em diversas legislações, tratados e convenções, nacionais e internacionais, que tratam sobre a garantia de direitos a todos os sujeitos humanos e sobretudo, àqueles atingidos

por desigualdades estruturais que inviabilizam o acesso equânime a direitos humanos, como é o caso da população negra (Brasil, 2013).

Entre as legislações nacionais incluídas nestes fundamentos, estão a CF de 1988, a *Lei 7.716/89* que define o racismo como crime, o Parecer CNE/CEB nº 2/2007 que trata sobre a abrangência das DCNERER, as *Leis Nº 10.639* e *Nº 11.645* que alteram a LDB para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena e o *Decreto nº 6.872, de 4 de junho de 2009* que aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PLANAPIR (Brasil, 2012).

O Relatório das Diretrizes Nacionais para a EDH assume em seu texto que, apesar de tantas conquistas no campo jurídico-político, a desigualdade ainda se faz presente na educação superior. Expõe que muitas Instituições de Ensino Superior reproduzem privilégios de classe e discriminações étnico-raciais e têm como desafio o reconhecimento político da diversidade, fruto da luta dos movimentos sociais, como saída para a erradicação das situações de preconceito e discriminações que nela ocorrem (Brasil, 2013). Ao apresentarem-se vinculados a esse conjunto de ordenamentos legais, sem se aprofundarem na inclusão de temáticas caras ao EDH, os PPCs mostram uma lacuna importante a ser preenchida.

O conteúdo do tópico **Fundamentação Teórico Metodológica** é similar nos três documentos, com alguns trechos idênticos e com o uso das mesmas referências bibliográficas. Criamos categorias para expor estas semelhanças e as diferenças:

Quadro 8 - Fundamentação Teórico Metodológica - Semelhanças

Interdisciplinaridade	Modelo pedagógico baseado na interdisciplinaridade como eixo condutor para a formação do enfermeiro.
Pilares que fundamentam o processo de ensino-aprendizagem	aprender a conhecer (adquirir instrumentos da compreensão), aprender a fazer (agir sobre o meio, competência técnica), aprender a viver juntos (participar e cooperar) e aprender a ser (desenvolvimento global, decidir como agir com autonomia, discernimento e responsabilidade)
Relação com o estudante	Mudança de foco no sujeito docente para o acadêmico. O estudante é protagonista.
Metodologia ativa	Articulação entre ensino, pesquisa, extensão e serviços de saúde que leve à formação de um profissional crítico, reflexivo, proativo, criativo, colaborativo, comprometido com a sociedade e com seu aprendizado, cujo eixo de sua ação sejam as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e identificadas pelo setor saúde.

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

Quadro 9 - Fundamentação Teórico Metodológica – Diferenças

Campus Jane Vanini – Cáceres	Fundamentos da Metodologia
	• Na integração dos conteúdos básicos da saúde com os específicos da enfermagem; • Na interação entre teoria e prática, desde o início do curso de forma a conduzir o fluxo curricular que culmina com o estágio na fase final; • Na flexibilização e enriquecimento curricular por meio das atividades formativas e de outras formas; • Na incorporação das atividades de extensão como componentes curriculares; • Na utilização de novas tecnologias previstas na legislação federal e nas normas internas da instituição; • No fomento à inclusão nas suas diferentes dimensões (interdisciplinares, transdisciplinares e interculturais); • Na inclusão da mobilidade acadêmica e internacionalização; • Na inclusão de núcleos de aprendizagem comuns aos cursos no âmbito da Faculdade de Ciências da Saúde.
Campus Eugênio Carlos Stieler – Tangará da Serra	I. Na integração dos conteúdos básicos da saúde com os específicos da enfermagem; II. Na interação entre teoria e prática, desde o início do curso para conduzir o fluxo curricular que culmina com o estágio curricular supervisionado nas fases finais; III. Na flexibilização e enriquecimento curricular por meio das atividades formativas; IV. Na incorporação das atividades de extensão como componentes curriculares; V. Na utilização de novas tecnologias previstas na legislação federal e nas normas internas da instituição.
Campus Franciso Ferreira Mendes – Diamantino	Não informa

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

Sobre as diferenças, encontramos nas Fundamentações Teórico Metodológicas dos cursos de Cáceres e de Tangará da Serra os fundamentos da metodologia para se alcançar os objetivos daquela graduação, que o curso de Diamantino não apresenta. Apesar de ambos apresentarem os fundamentos, os cursos de Cáceres e de Tangará da Serra possuem diferenças que merecem ser destacadas.

O PPC do curso do campus Jane Vanini de Cáceres, ao contrário do PPC do curso do campus Eugênio Carlos Stieler de Tangará da Serra, apresenta entre os fundamentos da metodologia: “No fomento à inclusão nas suas diferentes dimensões (interdisciplinares, transdisciplinares e interculturais)” (Mato Grosso, 2023, p. 9). A palavra “interculturais” está presente ainda em outro tópico do PCC do curso de Cáceres, onde elenca os atos jurídicos-administrativos e justifica a proposta apresentada em 2023 pela “necessidade de flexibilização curricular para contemplar as dimensões interdisciplinares, transdisciplinares e interculturais” (Mato Grosso, 2023, p. 6).

No referido documento, encontramos a menção ao conceito de interculturalidade, sem referência com quais perspectivas teóricas ele dialoga. Corroborando para esta constatação, de

acordo com Catherine Walsh (2001), a introdução da perspectiva intercultural nas reformas educativas foi um movimento que ocorreu em vários países da América Latina, no entanto, a introdução do conceito não veio acompanhada de um entendimento comum sobre as suas implicações pedagógicas.

Vera Maria Candau (2008) defende a interculturalidade da perspectiva de promoção de uma educação para o reconhecimento do "outro", para o diálogo entre diferentes grupos socioculturais. Para a autora, é imprescindível que se questione o caráter monocultural presente nas políticas educativas e que chega aos currículos, para a construção de uma sociedade democrática e plural.

Na sequência, os documentos trazem os objetivos do curso de Enfermagem, assim como em outros tópicos, os objetivos nos três documentos são muito semelhantes. Em particular os PPCs do campus Jane Vanini e do campus Francisco Ferreira Mendes, que compartilham a metade dos seus objetivos. Os objetivos elencados no PPC do campus Eugênio Carlos Stieler também refletem muitos objetivos presentes nos outros documentos, mas textualmente se apresenta diferente. Destacamos alguns objetivos com elementos que consideramos importantes nesta análise:

Quadro 10 - Objetivo Geral dos PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT

	Objetivo Geral
Campus Jane Vanini – Cáceres	A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento de acordo com a Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Constituem-se objetivos do curso de Bacharelado em Enfermagem formar enfermeiros aptos a atuar em diferentes níveis de atenção à saúde de forma crítica, reflexiva, humanitária, ético e científica.
Campus Eugênio Carlos Stieler – Tangará da Serra	Não Informa
Campus Franciso Ferreira Mendes – Diamantino	Formar profissionais críticos, reflexivos e humanistas com conhecimento científico e habilidade técnica para cuidar do ser humano em sua realidade de vida, por meio da compreensão do homem como ente biopsicossocial espiritual e em constante interação com o meio ambiente.

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

Quadro 11 - Objetivos Específicos dos PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT

	Objetivo Específico
Campus Jane Vanini – Cáceres	- Entender e intervir no processo saúde-doença, compreendendo o ser humano como cidadão em seu contexto social e com necessidades de saúde que devem ser atendidas ao longo de seu ciclo vital; - Participar ativamente na construção do sistema de saúde de forma crítica, qualificada e humanizada; - Analisar criticamente o seu papel como cidadão e profissional na realidade brasileira;
Campus Eugênio Carlos Stieler – Tangará da Serra	- Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; - Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; - Intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; - Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
Campus Franciso Ferreira Mendes – Diamantino	- Entender e intervir no processo saúde-doença, compreendendo o ser humano como cidadão em seu contexto social e com necessidades de saúde que devem ser atendidas ao longo de seu ciclo vital; - Participar ativamente na construção do sistema de saúde de forma crítica, qualificada e humanizada; - Analisar criticamente o seu papel como cidadão e profissional na realidade brasileira;

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

No Objetivo Geral dos PPCs do campus de Cáceres e de Diamantino encontramos a reafirmação do perfil profissional que se pretende formar: crítico, reflexivo, humanitário, ético, com ênfase no SUS e para a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde. Os Objetivos Específicos trazem elementos que direcionam para a formação de um profissional capaz de compreender o ser humano como cidadão em seu contexto social e de analisar criticamente o seu papel como cidadão e profissional na realidade brasileira (Mato Grosso, 2023).

Compreender a realidade brasileira e o cidadão em seu contexto social, conforme nos exorta a relatora das DCNERER Petronilha Beatriz Gonçalves e Silva, requer não fazer vista grossa para o racismo que estrutura essa sociedade, desconstruindo a crença de que vivemos numa democracia racial, algo que exige das instituições de ensino o cumprimento dos marcos legais para o Ensino da História e Cultura Afro-brasileira e Africana e disponibilização para seus estudantes dos conteúdos para a Educação das Relações Étnico-Raciais. O documento sugere olhar para a realidade brasileira, mas preserva o silêncio diante da questão racial, um silêncio que não pode ser confundido com desconhecimento sobre o assunto (Gomes, 2012).

No tópico. **Perfil do Egresso de Enfermagem**, os PPCs dos cursos de Tangará da Serra e de Diamantino informam que os cursos de Enfermagem destinam a formar o enfermeiro com perfil generalista, critico-reflexivo, criativo, com habilidades técnico-científica, ético-política,

social, cultural e educativa, capaz de identificar as necessidades individuais e coletivas da população e seus determinantes, de acordo com o perfil epidemiológico local, regional, estadual e nacional, levando em consideração a multidimensionalidade do ser humano. O PPC do curso de Enfermagem de Cáceres nos traz um perfil alinhado ao dos demais documentos, explicitado no subtópico **1.7 Áreas de atuação do egresso**. O perfil de egresso apresentado pelos PPCs está alinhado com aquele trazido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Enfermagem e destaca a importância da formação de profissionais comprometidos com a integralidade do cuidado.

Apesar de se proporem a formar um profissional que consiga identificar as necessidades individuais e coletivas da população observando o viés dos determinantes sociais de saúde, não há nos documentos detalhamento sobre como os currículos e componentes pedagógicos operacionalizam a perspectiva da PNSIPN e sua marca. No PPC do campus de Diamantino, por exemplo, as desigualdades raciais são abordadas de forma indireta, diluídas em expressões como “diferentes grupos sociais”, “diferentes grupos da comunidade”, “grupos especiais”, “grupos específicos”. Esse universalismo, como lembra Jurema Werneck (2016), reforça a falsa ideia de que as políticas universais por si só dariam conta das desigualdades raciais, quando, na prática, elas ignoram que o racismo estrutura o acesso e a qualidade da atenção em saúde para a população negra. Do ponto de vista curricular, o risco é que a omissão gere um egresso tecnicamente competente, mas incapaz de reconhecer como o racismo opera na determinação social do processo saúde-doença.

O perfil do egresso e o tema dos determinantes sociais de saúde também se fazem presentes no PPC do curso de Enfermagem do campus Jane Vanini de Cáceres no tópico **2. Metodologias e Políticas Educacionais**, o documento cita que o curso de Enfermagem procura garantir durante todo o processo educacional, uma metodologia crítica e reflexiva levando o aluno a refletir sobre a realidade social; no subtópico **2.1 Relação entre Ensino, Pesquisa e Extensão**, coloca que o processo de ensino clínico é realizado visando à saúde/doença e seus determinantes; em seguida, no subtópico **2.2 Linhas de Pesquisa do Curso de Enfermagem**, a ênfase nos determinantes sociais de saúde e fatores de risco é trazida como eixo da linha de pesquisa Estudos Epidemiológicos. O processo saúde doença na população e seus principais determinantes são mencionados novamente no item **4. Ementário**, na ementa da disciplina Políticas de Saúde e Processo Saúde-Doença, cujo conteúdo será analisado na próxima seção desta dissertação. Mas o que se constata é que no PCC do curso de Enfermagem do campus Jane Vanini, tampouco se reconhece o racismo como um determinante social de saúde.

O reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, é a marca e o principal avanço trazido pela PNSIPN. O primeiro item das diretrizes desta política trata sobre a inclusão dos temas racismo e SPN nos processos de formação dos trabalhadores da saúde, além da produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e da promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (Brasil, 2017). O que a PNSIPN está propondo é um processo de descolonização do poder e do saber instituído na academia, uma superação da perspectiva eurocêntrica.

Em linhas gerais, os PPCs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT valorizam a formação crítica e cidadã, mas ao analisar os componentes curriculares e os princípios pedagógicos, percebe-se que a dimensão das relações étnico-raciais e da saúde da população negra não é explicitada. Termos como "grupos vulneráveis" aparecem, mas sem detalhamento sobre como a formação vai abordar as desigualdades raciais e o racismo institucional em saúde (Mato Grosso, 2023). No PPC do curso de Enfermagem do campus de Diamantino, não foi notada a presença de conteúdo sobre saúde da população negra ou o estudo da História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, conforme o disposto nas DCNERER. No entanto, a questão étnico-racial é contemplada parcialmente pela presença da disciplina Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena, que será analisada adiante.

A análise comparativa dos três PPCs evidencia um padrão: há uma forte valorização da integralidade, da ética e da cidadania, mas uma invisibilização quase completa da saúde da população negra e da PNSIPN. Ainda que os documentos se proponham democráticos e comprometidos com a cidadania, sua incapacidade de nomear o racismo como determinante social de saúde limita a possibilidade de uma formação efetivamente antirracista. Especialmente pensando a formação de profissionais da área da saúde, é importante lembrar o que Gomes (2021) nos alerta: quando a universidade não explicita a questão racial existente na sociedade, ela reforça práticas racistas e discriminatórias, negando às pessoas negras o direito de viverem a vida com dignidade.

4.3.2 Formação acadêmica no interior do Brasil: análise da matriz formativa dos cursos de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso

A trajetória de constituição do SUS no Brasil revela importante conquista social, mas também evidencia silenciamentos. A população negra, que representa a maioria dos usuários

do SUS, segue vivenciando desigualdades históricas no acesso, na qualidade do cuidado e na representação nas instâncias de gestão e formulação de políticas públicas.

A formação profissional, especialmente nos cursos de Enfermagem, é parte desse cenário. Currículos e Projetos Político-Pedagógicos, em grande medida, ainda operam sob lógicas que ignoram os atravessamentos raciais no processo saúde-doença, mantendo uma formação descolada das experiências vividas por grande parte da população brasileira. A estrutura racista da sociedade brasileira conforma desigualdades que atingem a população negra em todos os campos da vida. No campo da saúde, essas desigualdades se expressam tanto nas taxas de morbimortalidade quanto na baixa representatividade da população negra em cargos de decisão e na invisibilidade de suas demandas nos currículos da área da saúde.

Para essa discussão, relembramos que o disposto nas DCNERER em seu primeiro artigo estabelece que as Instituições de Ensino Superior incluirão nas atividades curriculares dos cursos a Educação das Relações Étnico Raciais, bem como os conteúdos que dizem respeito aos afrodescendentes. E corroboram para o compromisso com uma educação antirracista e de ruptura com o modelo eurocêntrico de educação.

Nesse sentido, para Nilma Lino Gomes (2012), descolonizar os currículos é o grande desafio, pois eles devem dialogar com a realidade social, especialmente a dos excluídos, a das culturas negadas e silenciadas. A população negra, historicamente silenciada com relação a sua cultura e saberes, tem encontrado formas autônomas de reação a esse silenciamento nos movimentos organizados e na conquista de direitos. Movimento que atinge a sociedade como um todo e chega às instituições de ensino.

Conforme Petronilha Beatriz Gonçalves Silva (2008), a dificuldade de se implantar políticas curriculares no ensino se deve mais à história das relações étnico-raciais no país e aos processos educativos desencadeados por ela, do que necessariamente a procedimentos pedagógicos. Justifica-se essa afirmação pela presença do mito da democracia racial no Brasil, onde recusa-se a existência do racismo e, uma vez inexistente, passa-se a naturalizá-lo; as consequências dele na vida das pessoas negras são tratadas como eventos isolados e não frutos de uma estrutura racista, produzindo indiferença raciais (Gomes, 2021).

A formação superior em saúde ainda carrega a marca do eurocentrismo, do tecnicismo e da fragmentação. A análise das produções encontradas no balanço de produção realizado para a construção do nosso projeto de pesquisa mostrou que, mesmo com a existência de diretrizes legais, o tema das relações étnico-raciais está ausente ou aparece de forma superficial nos documentos institucionais. Corroborando para estes dados, a verificação dos Projetos

Pedagógicos de Curso dos cursos de Enfermagem na UNEMAT, nos revelou que a saúde da população negra as relações étnico-raciais também estão ausentes nestes documentos.

Aqui apresentamos o estudo da matriz curricular dos respectivos cursos de Enfermagem da UNEMAT, à luz da proposta de Bardin (1977), a inspeção foi realizada em três etapas: pré-análise das matrizes curriculares, categorização temática e interpretação crítica. Os achados reforçam a permanência do epistemicídio apontado por Sueli Carneiro (2023), uma vez que saberes, realidades e vivências da população negra permanecem invisíveis na formação acadêmica em saúde. Segundo Nilma Lino Gomes (2017), o currículo é território de disputa e, quando silencia determinados sujeitos, também nega seus direitos e existências.

O quadro a seguir apresenta as disciplinas presentes na matriz curricular dos cursos de Enfermagem da UNEMAT nos campi de Diamantino, Cáceres e Tangará da Serra, existem diferenças entre elas que não serão analisadas pois não são o foco deste trabalho, no entanto, a presença de uma disciplina no campus de Diamantino chama-nos a atenção: O curso de Enfermagem em questão possui em sua matriz curricular uma disciplina específica dedicada à saúde da população indígena: **Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena**, ela não compõe a matriz curricular dos outros dois campus.

A relação de disciplinas que compõem o curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus de Cáceres, Tangará da Serra e Diamantino encontram-se estruturados em quatro Unidades Curriculares (UC) obrigatórias ou eixos formativos: UC I: Núcleo de estudos de formação geral e humanística; UC II: Núcleo de estudos de formação específica; UC III: Núcleo de estudos complementares/integradores; UC IV: Créditos de Livre Escolha, para esta análise vamos nos deter às UC I e II. As matrizes curriculares foram consultadas nos Projetos Pedagógicos de cada curso.

Quadro 12 - Componente Curricular dos Cursos de Enfermagem da UNEMAT

Disciplina	CH	Cáceres	Tangará da Serra	Diamantino
Ciências Sociais em Saúde	60	X	X	
Leitura e Produção de Texto	60	X	X	X
Anatomia Humana	120	X	X	X
Biologia Celular	60	X	X	X
Bioquímica	90	X	X	
Histologia Geral	60	X	X	
Evolução do Processo de Trabalho em Enfermagem	60	X	X	X
Métodos e Técnicas de Pesquisa	60	X	X	X
Embriologia Humana	60	X	X	X
Fisiologia Humana	120	X	X	X
Genética	60	X	X	X
Microbiologia	60	X	X	X
Legislação, ética e bioética em enfermagem	60	X	X	X
Imunologia Básica	60	X	X	X
Parasitologia	60	X	X	X
Processos patológicos Humanos	60	X	X	X
Políticas de Saúde e Processo Saúde-Doença	60	X	X	X
Processos do Cuidar I	90	X	X	X
Psicologia	60	X	X	X
Farmacologia	90	X	X	X
Processos do Cuidar II	90	X	X	X
Tecnologias em Saúde e Interprofissionalidade	60	X		
Estatística	60	X	X	X
Epidemiologia	60	X	X	X
Enfermagem em Saúde Coletiva	90	X	X	X
Processos do Cuidar III	90	X	X	X
Assistência de Enfermagem à Saúde do Adulto	180	X	X	X
Assistência de Enfermagem à Saúde Mental	90	X	X	X
Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico	90	X	X	X
Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher	180	X	X	X
Assistência de Enfermagem à Saúde do Idoso	90	X	X	X
Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança e do Adolescente	180	X	X	X
Gerenciamento em Enfermagem	60	X	X	X
Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Primária	30	X		
Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Hospitalar	30	X		
Sistematização da Assistência em Enfermagem	60		X	X
Bases sociais, antropológicas e filosóficas	60			X
Processos Bioquímicos	60			X
Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena	60			X

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

A partir da leitura e categorização das ementas, é possível afirmar que nenhuma das três matrizes curriculares traz menções diretas à saúde da população negra. O tema do racismo, seja institucional, estrutural ou como determinante social da saúde, está ausente nos três documentos. Porém, analisamos aqui algumas disciplinas com aproximações com a temática.

O curso de Enfermagem do campus de Tangará da Serra apresenta uma conciliação com a temática ao inserir, na disciplina de “Ciências Sociais em Saúde”, referência aos marcadores sociais da diferença: raça/etnia, gênero e geração. O campus de Cáceres possui a disciplina no currículo, no entanto não há nenhuma menção aos marcadores sociais especificados. Já o curso de Enfermagem do campus de Diamantino não possui a disciplina Ciências Sociais em Saúde, há uma disciplina que sugere uma equivalência: Bases sociais, antropológicas e filosófica, onde se menciona o estudo da antropologia “por uma compreensão da importância e da afirmação da diversidade humana”. O campus de Diamantino é também o único que possui uma disciplina dentro da temática étnico-racial: Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena.

As três matrizes curriculares apresentam a disciplina de Assistência à saúde da mulher, onde há menção a violência contra a mulher, inclusive em contextos sociais, o que pode incluir, ainda que indiretamente, reflexões sobre desigualdades étnico-raciais de gênero.

Quadro 13 - Ementa das disciplinas de Ciências Sociais em Saúde (Tangará da Serra e Cáceres) e Assistência em enfermagem à saúde da mulher (Cáceres, Tangará da Serra e Diamantino) e Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena (Diamantino)

Ciência Sociais em Saúde – Tangará da Serra
O processo saúde-doença como fenômeno social em diferentes culturas e grupos, na perspectiva das áreas de Sociologia e Antropologia. Abordagem interdisciplinar, com base em elementos da Filosofia, em articulação com a área das Ciências da Saúde sobre o papel da pesquisa em saúde. Ênfase às categorias de análise: saberes poderes, ética do cuidado e corporeidade tendo em vista os marcadores sociais da diferença: classe, deficiência, gênero, raça/etnia e geração.
Ciência Sociais em Saúde – Cáceres
Desenvolvimento da filosofia como abordagem racional especulativa da realidade, de modo especial à antropologia filosófica, da sociologia e aspectos da antropologia como Ciências a partir da formação da Sociedade Moderna, Ocidental e Capitalista, seus teóricos mais significativos procurando observar como a relação social interfere no processo da organização humana.
Bases Sociais, antropológicas e filosóficas – Diamantino
A disciplina aborda os conceitos fundamentais da sociologia, antropologia e filosofia. A sociologia como estudo da interação humana através da compreensão das diversas dimensões das atividades sociais e culturais, individuais e coletivas, e dos dispositivos de saber e poder envolvidos nessa construção. A antropologia como estudo da pluralidade cultural e possibilidade de emancipação de todos os povos por uma compreensão da importância e da afirmação da diversidade humana. A filosofia como análise crítica e fundamentação teórica para o exercício do pensamento livre e autônomo.
Assistência em enfermagem à saúde da mulher – Cáceres e Tangará da Serra
Políticas e programas de saúde pública direcionados à saúde da mulher. Saúde sexual e reprodutiva sob a perspectiva social, de gênero, dos direitos e da integralidade do cuidado. Processo de enfermagem à mulher em todos os níveis de atenção à saúde em suas distintas fases do ciclo vital, com enfoque na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assistência de enfermagem ginecológica e obstétrica. Aspectos nutricionais na gestação, parto, puerpério e lactação. Noções de neonatologia e assistência imediata ao neonato na sala de parto e alojamento conjunto. Cuidado integral nos principais agravos à saúde da mulher. Violências à mulher no âmbito doméstico e social. Prática assistencial, educativa e gerencial de enfermagem no cuidado ao binômio e no processo saúde-doença da mulher em nível individual e coletivo, em ambulatório, unidade hospitalar, comunidade e domicílio.
Assistência em enfermagem à saúde da mulher – Diamantino
A disciplina aborda as políticas públicas e programas de assistência à Saúde da Mulher. Saúde sexual e reprodutiva sob a perspectiva social, de gênero, dos direitos e da integralidade do SUS. Sistematização da Assistência de Enfermagem de acordo com as necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta à mulher em todos os níveis de atenção nas diferentes fases da vida da puberdade, a idade adulta e o climatério, menopausa com enfoque na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Cuidados na Atenção Básica com a saúde da mulher sexual e reprodutiva. Enfermagem ginecológica e obstétrica; Patologias e neoplasias ginecológicas e obstétricas; Assistência de Enfermagem na Gestação, pré-parto, parto e puerpério. Noções de neonatologia e assistência imediata ao neonato na sala de parto e alojamento conjunto. Violências à mulher no âmbito doméstico e social.
Assistência de Enfermagem em Saúde Indígena – Diamantino
A disciplina aborda os aspectos jurídico e político de proteção aos povos indígenas no Brasil: Estatuto do Índio nº 6001 e Convenção nº 169 OIT e *Lei nº 5051*. Os povos indígenas no Brasil e os aspectos jurídicos políticos (territorialização e tutela indígena). O contexto sociocultural do contato entre indígenas e não indígenas; Panorama das sociedades indígenas no Brasil: aspectos demográficos e dinâmica populacional. Políticas Públicas de Saúde Indígena: modelo de atenção e organização do Subsistema de Saúde Indígena, o cenário de implantação das políticas públicas de saúde voltadas para os povos indígenas: trajetória e situação atual. Medicina Tradicional Indígena: concepções indígenas sobre saúde-doença e cuidados. Epidemiologia em saúde indígena: histórico e situação atual e limites e possibilidades de se obter informações relativas aos indígenas em sistemas nacionais de informação em saúde. Aspectos nutricionais e alimentares. Aspectos éticos que permeiam a investigação científica entre indígenas.

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

Apenas a matriz do campus de Tangará da Serra apresenta menções parciais às diferenças raciais na disciplina de Ciências Sociais em Saúde, com abordagem nos marcadores

sociais da diferença. Nas demais, não apresentam nenhuma menção direta ou indireta aos temas analisados:

Quadro 14 - Categorias de Análise das matrizes curriculares dos cursos de Enfermagem da UNEMAT

Categoria / Tema	Cáceres	Diamantino	Tangará da Serra
Menção à População Negra	Ausente	Ausente	Ausente
Discussão sobre Relações Étnico-Raciais	Ausente	Presente (Disciplina Assistência de enfermagem em Saúde Indígena)	Parcial (Disciplina de Ciências Sociais em Saúde)
Menção à PNSIPN ou determinantes sociais com foco racial	Ausente	Ausente	Ausente
Conteúdo sobre racismo estrutural ou institucional	Ausente	Ausente	Ausente
Presença de disciplinas específicas sobre diversidade	Ausente	Presente (Disciplina de Assistência em enfermagem à saúde indígena)	Parcial (menção a classe, deficiência, gênero, raça/etnia e geração, na disciplina Ciências Sociais em Saúde)

Fonte: Quadro produzido pela autora. Dados extraídos das Resoluções CONEPE Nº 41/2023, Nº 29/2022, Nº 45/2022 (Mato Grosso, 2022a; 2022b; 2023).

A análise do conteúdo das matrizes curriculares dos cursos de Enfermagem da UNEMAT evidencia a ausência sistemática de temas relacionados à saúde da população negra e às relações étnico-raciais como eixos estruturantes da formação acadêmica, com isso é possível afirmar que as matrizes curriculares analisadas não estão alinhadas a uma formação que atenda as especificidades de saúde da população negra decorrentes das determinações sociais de saúde.

Essa ausência revela uma lacuna importante na formação dos futuros profissionais de Enfermagem da UNEMAT, tendo em vista os marcos legais como a PNSIPN, o Estatuto da Igualdade Racial e as DCNERER (Brasil, 2004). Diante destes marcos legais os currículos analisados revelam um silenciamento significativo.

A permanência das desigualdades raciais em saúde exige ações estruturantes. Entre elas, a revisão crítica dos currículos dos cursos da área da saúde com base em uma perspectiva interseccional, ética e politicamente comprometida com a justiça social e racial. O enfrentamento ao racismo na saúde passa necessariamente pela formação profissional. A universidade, como espaço de produção de saber e transformação social, não pode se eximir do compromisso com a equidade. Formar profissionais para o cuidado da população negra é

também uma forma de reparação histórica, de resistência e de afirmação de um projeto de sociedade verdadeiramente democrático.

5 VOZES E ECOS: OS SUJEITOS DA PESQUISA E SUAS PERCEPÇÕES

Nesta seção, serão apresentados os resultados encontrados a partir da pesquisa de campo que tem como objetivos compreender as percepções dos coordenadores e dos docentes que compõem o Núcleo Docente Estruturante dos cursos de Enfermagem da UNEMAT, sobre a importância do debate étnico-racial na formação em saúde e identificar as estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas.

O Núcleo Docente Estruturante dos cursos de graduação foi normatizado pela *Resolução Nº 01 de 17 de junho de 2010* pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Conforme a resolução, o NDE de um curso de graduação será constituído de grupo de docentes que deverão acompanhar a construção e consolidação do PPC desde a sua concepção, cuidando continuamente da sua atualização; e deve ser composto por no mínimo 5 docentes do curso (Brasil, 2010).

Na UNEMAT a criação e atribuições do NDE dos cursos de graduação foram instituídas pelo CONEPE com a *Resolução Nº 015/2024,* que o atribui como órgão consultivo dos cursos de graduação, responsável pela concepção, atualização e acompanhamento da implementação do PPC. A composição dos NDEs dos cursos de Enfermagem da UNEMAT, seguindo com o disposto nas resoluções do CONAES e CONEPE, se encontrava assim à época das entrevistas: Cáceres, 7 (sete) membros; Diamantino e Tangará da Serra, 5 (cinco) membros, respectivamente. Em todos os campi o coordenador do curso era também um membro do NDE, a resolução CONEPE institui que o coordenador do curso é um membro nato do NDE.

A metodologia adotada e utilizada foi uma pesquisa de campo. O primeiro passo, iniciado no começo do segundo semestre de 2024, foi identificar os coordenadores e docentes membros do NDE, para identificar os docentes à frente das coordenações dos cursos foi consultada as páginas eletrônicas de cada um. Já a composição dos NDEs, à época, não era informada na página eletrônica da UNEMAT (atualmente o Campus de Tangará da Serra disponibiliza essa informação no site) e, para conhecer quais docentes os compunham, foram utilizadas diferentes estratégias: No campus de Diamantino a informação foi obtida presencialmente junto à secretaria do curso, que forneceu a cópia da portaria que designou os docentes para o NDE. Nos campi de Cáceres e de Tangará da Serra essa informação foi obtida por solicitação através de mensagem enviada aos e-mails institucionais das respectivas coordenações. O campus de Cáceres enviou a informação no corpo da mensagem e o campus de Tangará da Serra nos enviou a portaria.

Com as informações em mãos, voltamos à página eletrônica dos cursos para obter as informações de contato dos docentes membros do NDE e iniciar o envio de mensagens com os convites para a participação da pesquisa. Ao todo foram enviadas 16 (dezesseis) mensagens, apenas um docente membro do NDE do campus de Tangará da Serra não possuía e-mail institucional informado na página do curso. Nesta etapa, foi construída uma tabela para organizar o envio dos e-mails e que conforme as respostas recebidas, também serviria como um cronograma para as entrevistas.

Dos dezesseis convites enviados, obtivemos sete respostas: cinco aceites, uma recusa e uma resposta informando que já não fazia parte do NDE. Tivemos quatro participações: uma do campus de Cáceres; duas do campus de Tangará da Serra, e uma do campus de Diamantino. Considerando as demandas dos docentes e a localização geográfica de cada campus, pensamos em diversificar as formas de coleta de dados, de modo que pudéssemos contemplar as realidades dos sujeitos que se dispuseram a participar. Aos que responderam positivamente ao convite para a participação, foram dadas as opções de realizar a entrevista de forma presencial, de forma remota via *Google Meet* ou ainda submeter as respostas por meio de um formulário on-line elaborado no *Google Forms*, aplicada por meio de um roteiro com questões estabelecidas previamente, o mesmo roteiro foi utilizado nas entrevistas via *Google Meet* e presencial.

Desta forma, obtivemos uma participação por meio de resposta ao formulário online, uma participação através da realização da entrevista presencial e duas participações através da entrevista via Google Meet. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao direito ao sigilo, à adesão voluntária à pesquisa e o direito de retirá-la a qualquer tempo e demais informações presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sobre o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa: quatro docentes participaram da pesquisa, sendo dois coordenadores e dois membros do NDE, com idades entre 39 e 50 anos. Destes docentes, duas são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto à sua autodeclaração, duas pessoas se declararam pardas, enquanto as outras duas se declararam brancas. Participaram deste estudo docentes que ingressaram na UNEMAT a partir do 2010 até 2014, ou seja, docentes em atuação na instituição há pelo menos 11 anos.

A metodologia utilizada na pesquisa de campo foi a aplicação de um questionário, com roteiro previamente elaborado com questões semiestruturadas, sobre os conhecimentos e as percepções dos docentes sobre as temáticas relacionadas às Relações Étnico-raciais e SPN. Tal abordagem utilizou o método qualitativo, baseada na análise de conteúdo (Bardin, 1977) que permitiu analisar os dados e interpretar concepções e discursos.

O roteiro para a realização da entrevista teve 13 questões sobre as temáticas pesquisadas e uma 14º questão facultativa caso o participante quisesse tecer outros comentários sobre SPN e sobre a pesquisa:

1 - Conhece ou já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Em caso afirmativo, comente a respeito do que conhece a respeito desta Política;

2 – Conhece ou já ouviu falar sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER)? Em caso afirmativo, comente a respeito do que conhece sobre as DCNERER;

3 - Participou da construção do Projeto Político Pedagógico mais recente do curso de Enfermagem do campus em que trabalha? Em caso afirmativo, pode descrever como foi o processo?

4 – Considera que o conteúdo da Política Nacional Integral de Saúde da População Negra possa ser relevante para a formação do profissional de enfermagem? Por quê?

5 – Você acredita que o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem deveria trazer em seu texto a Política Integral de Saúde da População Negra ou outra Política voltada a grupos vulnerabilizados? Poderia justificar a sua resposta?

6 – Analisa que os temas referentes à Saúde da População Negra e às Relações étnico-raciais devam ser considerados na construção dos currículos dos cursos da área de saúde?

7 - Qual a sua opinião a respeito da inclusão dos temas Saúde da População Negra e das Relações étnico-raciais nos currículos dos cursos de Enfermagem da UNEMAT?

8 - Conhece ou já ouviu falar sobre o conceito de racismo institucional? Em caso afirmativo, poderia comentar a respeito?

9 – Com base na resposta da questão sete, considera que a ausência da temática sobre relações étnico-raciais e saúde da população negra na formação acadêmica pode ser atribuída ao racismo institucional?

10 - Você já participou de alguma disciplina, projeto, curso, atividade, seminário, ação ou fórum relacionados à Saúde da População Negra e/ou sobre as Relações Étnico-raciais na UNEMAT? Em caso afirmativo, qual tipo de atividade?

11 – Você utiliza alguma estratégia pedagógica para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas? Qual ou quais?

12 – Você já participou de alguma pesquisa dentro da temática das relações étnico-raciais na formação acadêmica na UNEMAT?

13 – Qual a sua percepção sobre o debate étnico-racial na formação em saúde? Considera importante que os profissionais da área da saúde (não apenas enfermeiras/os) tenham formação sobre a Saúde da População Negra? Por quê?

14 - Gostaria de acrescentar alguma informação ou comentário sobre a Saúde da População Negra? Sobre essa Pesquisa? Seus comentários, sugestões e opiniões são muito importantes.

Foram criadas categorias temáticas de acordo com as aproximações entre as perguntas e as respostas. Desta forma definimos as seguintes categorias de análise: I. Conhecimento sobre a legislação: DCNERER e PNSIPN; II. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e os documentos institucionais; III. Racismo institucional e a formação acadêmica e IV. A saúde da população negra na UNEMAT.

A partir dessa seção passaremos a identificar os participantes pelo termo: Docente, seguido pela sequência numérica de um a quatro: Docente um, Docente dois, Docente três e Docente quatro.

5.1 Conhecimento sobre as DCNERER e a PNSIPN

Para a constituição desta categoria agrupamos as seguintes perguntas do questionário: 1 - Conhece ou já ouviu falar sobre a PNSIPN? 2 – Conhece ou já ouviu falar sobre as DCNERER? 4 – Considera que o conteúdo da PNSIPN possa ser relevante para a formação do profissional de enfermagem?

Nesta categoria analisamos o conhecimento dos docentes com relação às Diretrizes Curriculares para o Ensino das Relações Étnico-Raciais e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e como eles avaliam a relevância do conteúdo para a formação do profissional de Enfermagem. De acordo com as respostas às questões número um e número dois, percebe-se que os participantes têm pouco conhecimento sobre esses marcos legais ou desconhecem completamente.

Sobre a PNSIPN, a Docente um e o Docente dois afirmaram já ter ouvido falar, mas que nunca estudaram a política; O Docente três afirmou não conhecer e a Docente quatro afirmou compreender do que se tratava em linhas gerais. Com relação as DCNERER, o Docente dois afirmou ser um tema com o qual tem mais facilidade, os demais afirmaram não conhecer.

> Sei que em linhas gerais visa garantir atenção à saúde à população negra considerando suas especificidades e necessidades, promovendo uma prática ética, crítica e socialmente comprometida (Docente 4 – Sobre a PNSIPN).

Para os participantes com os quais tive a oportunidade de aplicar o questionário de forma presencial ou remota, foi realizada uma explicação sobre o que se tratam a PNSIPN e as DCNERER. A partir desta explicação os participantes responderiam às questões seguintes, entre elas a questão número quatro, sobre se consideravam que o conteúdo da PNSIPN pudesse ser relevante para a formação profissional.

Parece-me, no entanto, não ter conseguido elucidar suficientemente para todos os participantes sobre as legislações, de forma que algumas respostas recebidas dialogam com as questões das relações étnico-raciais no ensino superior, mas não exatamente com a inserção da temática saúde da população negra nos cursos de Enfermagem. Contudo, o Docente dois traz uma reflexão que considero pertinente sobre a inserção dos negros em espaços de poder dentro da universidade, aqui especificamente, nos cursos de Enfermagem.

Ao fazer a observação empírica de que o curso de Enfermagem onde é docente é ocupado por muitos estudantes negros, o Docente dois observa como contradição que os espaços de poder e decisão na instituição sejam ocupados majoritariamente por pessoas brancas. Trago esta reflexão aqui porque o participante estava respondendo à pergunta quatro, sobre se considerava relevante para a formação do profissional de Enfermagem a inserção da PNSIPN:

> Totalmente. Visto que... como que eu posso dizer? Se a gente for parar e pensar, nós temos muitas pessoas negras ainda fora do mercado de trabalho (...) E na faculdade também nós temos poucas políticas públicas, eu acho, na minha opinião. Eu acho assim, tem cursos que é extremamente um pouco mais categórico para pessoas mais claras, caucasianas, e tem pessoas, às vezes, que eu chamo de vítima do Sisu. E aí eu coloco uma situação, acho que alguns cursos, ainda por mais que são ocupados por pessoas negras na graduação, os cargos efetivos de poder, como supervisores ou coordenadores, ou algo do tipo, são pessoas brancas. Eu tenho muitos alunos na graduação, pessoas negras, que passam com uma certa dificuldade em relação a outros (Docente dois).

Os demais participantes corroboram para a relevância do conteúdo da PNSIPN para a formação profissional:

> muito, como eu já comentei contigo, né? Porque a gente tem diferenciais, não é pela cor da pessoa, né? Mas pelos sinais e sintomas que a gente vê nessa população, entendeu? (Docente um).

> Então, essa questão da população negra, eu sei que a gente tem uma discussão aqui porque a população negra, ela é pré-disposição para algumas condições de saúde, né, como exemplo, a hipertensão. Então a gente tem uma discussão sobre a questão dos negros, enquanto uma condição que tem maior probabilidade para desenvolver algumas questões de saúde. E aí, uma questão que eu acho que é muito discutida na disciplina de saúde do adulto, que é quando a gente estuda as doenças prevalentes na nossa população, tem uma discussão, mas é nesse sentido, né, como um fator de risco para uma condição (Docente três).

> Acredito que é essencial para garantir uma prática mais justa, ética, crítica e transformadora. Isso contribui para um cuidado de saúde mais inclusivo, qualificado e humanizado, em consonância com os princípios do SUS (Docente quatro).

5.2 Política nacional de saúde integral da população negra e os documentos institucionais

Para a constituição desta categoria buscou-se conhecer qual a percepção dos participantes sobre a PNSIPN, seus conteúdos e presença destes conteúdos nos PPCs e nos currículos dos cursos de Enfermagem da UNEMAT. Para isso agrupamos as seguintes perguntas do questionário: 3 - Participou da construção do Projeto Político Pedagógico mais recente do curso de Enfermagem do campus em que trabalha? 5 – Você acredita que o PPC deveria trazer em seu texto a PNSIPN ou outra Política voltada a grupos vulnerabilizados? 6 – Analisa que os temas referentes à Saúde da População Negra e às Relações étnico-raciais devam ser considerados na construção dos currículos dos cursos da área de saúde? 7 - Qual a sua opinião a respeito da inclusão dos temas Saúde da População Negra e das Relações étnico-raciais nos currículos dos cursos de Enfermagem da UNEMAT?

Com relação à construção do PPC dos cursos de Enfermagem, apenas o Docente 2 informa ter contribuído para a estruturação do documento no campus em que trabalha. Os demais participantes informaram que estavam de licença capacitação para doutorado. A Docente um e o Docente três, referem que apesar da licença, tiveram contato com o documento em seus respectivos campi, que em algum momento do processo puderam expressar suas opiniões sobre o PPC, mas que não tiveram participação efetiva como membros das comissões.

Sobre se acreditam que o PPC dos cursos de Enfermagem deveria trazer em seu texto a PNSIPN, há quase que uma unanimidade com relação à importância da inserção da política nos PPCs:

> Nós temos disciplinas específicas de saúde do adulto, que nessa disciplina cabe isso. Mas eu também acredito que todas as outras caibam, né? Porque nós vamos ter idosos negros, nós vamos ter criança negra, nós vamos ter a mulher negra, o homem negro. Então, assim, eu acho que tem que ter mesmo um aprimoramento nessa questão aí da política da população negra dentro das diretrizes e nos PPCs de saúde, para o ensino superior (Docente um).

> Para fazer uma crítica, assim, né? Eu estava fazendo uma análise, eu sou muito preocupado com a avaliação do curso, mesmo que não venha comissões de fórum nem nada, a gente fica discutindo como melhorar. Na parte de gestão, acho que é mais para fazer essa discussão mesmo. E aí, lendo o instrumento de avaliação dos cursos de graduação, tem um item, que é a abordagem das relações étnico-raciais dentro da matriz curricular e do curso (...) A gente não tem uma citação explícita disso dentro do nosso PPC. E se eu pensar nos 37 componentes curriculares da formação, eu vou conseguir lembrar dessa questão da saúde do adulto, né? De colocar a população negra como uma população que tem maior predisposição para o desenvolvimento de

> algumas condições. E isso, uma questão, assim, mais voltada para uma crítica social, para discutir racismo, essas questões assim, eu acho que a gente falha, a gente não tem (...) tinha que ter uma disciplina voltada para a discussão disso, especificamente disso, que a gente não tem (Docente três).

Nesta questão específica, o desconhecimento sobre a política trouxe uma resposta que não tratava exatamente sobre a importância da sua inclusão nos PPCs, mas que fazia uma crítica às escassezes de políticas de permanência no ensino superior (Docente dois). De uma forma geral, se reconheceu a importância da inserção da PNSIPN nos PPCs. Muitas vezes durante as entrevistas a questão da inserção da PNSIPN foi vista pelo viés da inserção das discussões sobre as doenças prevalentes na população negra (anemia falciforme, diabetes, hipertensão, foram doenças citadas algumas vezes), sem considerar o racismo como um determinante das condições de saúde desta população. Ainda respondendo sobre a inserção dos conteúdos da PNSIPN nos PPCs dos cursos, o Docente três e a Docente quatro trouxeram suas reflexões acerca desta questão:

> E a crítica que eu faço, que eu não acho que é só da enfermagem deste curso, mas a enfermagem no âmbito geral, é um enxugamento das ciências sociais e humanas na nossa formação. A gente tem uma formação que a gente faz uma crítica dentro da área da saúde, que ela é muito biomédica. Então a gente fica muito preocupado com a patologia, com a técnica. A enfermagem tem uma preocupação suficiente e excessiva com a parte técnica e que precisa muito. É de uma responsabilidade gigantesca o trabalho do enfermeiro na parte técnica. Então a gente gasta muito tempo de formação com cargo horária, com prática de laboratório e voltado para as questões que são específicas da enfermagem, numa enfermagem preocupada com questões técnicas e biomédicas. A farmacologia, o processo de cuidar, as técnicas de sondagem, a administração de medicamento, e aí nós vamos para as patologias, uma diabetes, uma hipertensão, uma anemia e vai indo, vai indo, aí depois vai para a saúde da criança, para a mulher, para as urgências e emergências e vai para o estágio. E onde é que ficaram as ciências humanas e sociais? Nós tínhamos filosofia, tínhamos sociologia, tínhamos espaço, que eu acho, com disciplinas que trazem essa visão mais crítica e que hoje, aqui na nossa matriz curricular, está restrita a 60 horas de uma disciplina chamada Ciências Sociais e Saúde.
> Dentro dessa disciplina, nós temos na ementa dela a menção de questões determinantes da área da saúde e a relação étnico-racial aparece ali na ementa. E quando você vai para a distribuição do conteúdo programático nessa disciplina de 60 horas, nós temos uma discussão de biopoder, uma discussão de violência, uma discussão de gênero, e aí um dia, um dia, se discute algo que eu acho que é voltado mais para a questão dessa crítica ou desse racismo, assim, que discute a questão de raça e tudo mais. Mas é isso, eu acho que é isso, e isso é pouco, né? Se a gente pensar por essa perspectiva, inclusive dessa questão de ter uma diretriz. Então, assim, o nosso instrumento de avaliação de qualidade de curso de graduação pede que isso seja abordado. Você citou a lei, você falou da política, tem uma diretriz curricular nacional, e a gente quando enxuga demais as questões das disciplinas das Ciências Humanas e Sociais dentro da formação de enfermagem, acaba enxugando esse tipo de conteúdo (Docente três).

> Acredito que sim, visto que a Enfermagem é uma profissão que exige não só habilidades técnicas, mas também consciência crítica e responsabilidade social. O PPP, como documento orientador da formação, precisa garantir que os futuros enfermeiros saibam reconhecer desigualdades históricas, desenvolvam práticas

> antidiscriminatórias e aprendam a trabalhar com a diversidade cultural e social (Docente quatro).

Seguindo com a análise de como os participantes enxergam essa relação entres a PNSIPN e os documentos oficiais, foi questionado sobre se analisavam que os temas referentes à Saúde da População Negra e às Relações étnico-raciais deveriam ser considerados na construção dos currículos dos cursos da área de saúde e dos currículos de Enfermagem da UNEMAT:

> Sim, eu acho que a gente tem que trabalhar isso na medicina, tem que trabalhar isso na educação física, né? É uma sugestão que eu até faço para você, se você puder, entrevistar esses outros coordenadores aí, né? Na faculdade da medicina, da educação física, dos outros cursos que estão ligados a essa faculdade, né? Que é ligada a FACIS (Docente um).

> Totalmente. Totalmente. Agora, como? Aí você me apertou. Porque eu vejo que a estrutura da saúde pública é universal. Os trabalhos, eles são universais. Porém, a gente tem muito mais, por exemplo, pessoas de... vamos colocar, de pele negra, dentro da assistência do poder público, ou seja, lá no posto de saúde, nas UPAS, do que pessoas brancas. No uso do serviço, a gente tem muito mais pessoas negras do que pessoas brancas (Docente dois).

> Sim, uma vez que isso garante uma formação mais comprometida com a equidade, a justiça social e os direitos humanos que são elementos essenciais para uma enfermagem contemporânea, sensível às necessidades reais da população brasileira (Docente quatro).

5.3 Racismo institucional e a formação acadêmica

Nesta categoria analisamos o conhecimento dos participantes quanto ao conceito de racismo institucional e sobre as implicações do racismo organizacional na ausência de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação acadêmica. Assim como fiz com a PNSIPN e as DCNERER, nas entrevistas realizadas presencialmente e via *Google Meet*, realizei uma breve explanação sobre o conceito de racismo institucional, a partir do referencial teórico utilizado em nosso trabalho: Jurema Werneck, Kwame Ture e Charles V. Hamilton. Para a análise agrupamos as seguintes perguntas do questionário: 8 - Conhece ou já ouviu falar sobre o conceito de racismo institucional? Em caso afirmativo, poderia comentar a respeito? 9 – Com base na resposta da questão 8, considera que a ausência da temática sobre relações étnico-raciais e saúde da população negra na formação acadêmica pode ser atribuída ao racismo institucional?

Sobre se conheciam ou se já tinham ouvido falar sobre o conceito de racismo institucional, obtivemos as seguintes respostas:

> Já. Infelizmente, a gente, como coordenador, né? A gente tem isso aqui. Toda hora chega isso aqui. Então, a última demanda que chegou aqui sobre essa questão, uma

> professora fazendo assédio com alunos. Tivemos reunião no colegiado, entendeu? Aí (ele) denunciou como racismo. Foi para as outras instâncias e atende nessa questão de assédio (...) Tem um outro termo, não é só assédio, tem um outro termo. Importunação. Ele também foi, não só ele, como outros colegas. Porque não foi só pela questão da cor. Foi também pela questão do gênero (Docente um).

> Sim, racismo institucional são práticas, atitudes, comportamentos ou normas que resultam em discriminação e perpetuam as desigualdades raciais. Acontece dentro de espaços formais como escolas, universidades, espaços de saúde etc. Muitas vezes não é evidente, mas está embutido nas estruturas dessas organizações, de forma velada (Docente quatro).

A Docente um ao afirmar que tem conhecimento sobre o conceito, relata um caso de racismo individual ocorrido na instituição, mas não faz essa diferenciação. A Docente quatro, respondeu à pergunta alinhada ao conceito de racismo institucional que trazemos neste trabalho. Percebemos que os demais, mesmo negando conhecer o conceito, fazem uma leitura coerente sobre o significado de racismo institucional, inclusive em sua vivência acadêmica, o Docente dois mesmo sem nomear, relata situações em que teve sua existência atravessada pelo racismo institucional:

> Olha, ouvir falar, nunca ouvi. Quer dizer, a gente ouve falar por mídias, algo do tipo. Mas, o que eu posso dizer é que, durante a minha formação, ou durante a minha trajetória educacional, eu já tive esses aspectos. De não ocupar cargos, não ocupar, vamos dizer assim, por problemas relacionados ao problema racismo. Seja um racismo de pele, seja um racismo também por ser mato-grossense (Docente dois).

> Eu acredito que não, apesar de fazer uma ideia do que que seja. Institucional? Acho que por ser o termo institucional, é alguma dificuldade que a pessoa negra enfrente dentro da instituição por ser uma pessoa negra, né? Sim. Acredito que seja algo assim (Docente três).

Sobre se a ausência de conteúdos sobre saúde da população negra e relações étnico-raciais pode ser atribuída ao racismo institucional a maioria dos participantes concorda que sim. A Docente um concorda, mas na sua resposta ainda faz menção à dimensão individual do racismo; o Docente dois acredita que a ausência do conteúdo pode ser atribuída a diversos fatores, sem citar o racismo institucional. Já o Docente três, refere nunca ter pensado a respeito, mas deduz que isso aconteça em razão do racismo institucional e da baixa representatividade negra entre o corpo docente:

> Sim, com certeza. Eu acho, assim, que a gente tem que trabalhar muito isso (...) porque isso aí é inadmissível. O professor, o educador, está aqui para isso e ele cometer um racismo institucional, isso não existe, né? Eu acho assim, eu penso dessa forma, mas tem muita gente que não pensa assim (Docente um).

> Eu acho que pode ser atribuída a vários fatores. Principalmente o fator histórico. Eu acho que a gente atrela muito o fator religioso também (...) eu acho que primeiro o fator cultural, depois vem o fator religioso. E aí, o terceiro que eu coloco é o fator político. Eu acho que esses três fatores. O fator principalmente histórico, depois vem o fator cultural e depois vem o fator político (Docente dois).

> Rapaz, não tinha pensado desse jeito não, mas faz sentido. Porque eu acho que aquilo que não preocupa, o que não preocupa não gera esforço, né. E eu acho que a instituição toma direções a partir do que é demandado. Então, o fato de não ter e talvez ninguém ter se preocupado com isso, ou não ser tão explícito, ou a gente, em 2023, lá, quando terminaram o processo do novo PPC, né, não aparecer isso de uma maneira mais explícita, ou mais abrangente, né, era porque não era importante, digamos assim. Ou porque não houvesse uma representatividade, ou porque não tem representatividade. E me deixa pensar aqui, talvez eu possa ter um professor que possa, se autodeclarar negro, mas assim, eminentemente, 90% do meu corpo docente são de pessoas brancas. E o curso de enfermagem, a gente tem o ingresso de pessoas negras, mas não são maioria. É um curso que ainda os ingressos são de brancos, em boa parte (Docente três).

> Acredito que a ausência desta temática pode ser atribuída ao racismo institucional, uma vez que a maioria dos currículos desconsideram as especificidades da saúde dessa população (Docente 4).

5.4 A saúde da população negra nos cursos de Enfermagem da UNEMAT

Nesta categoria buscamos compreender como são inseridas as temáticas de saúde da população negra e relações étnico-raciais nas atividades propostas pela instituição e como os participantes têm se inserido nestas atividades; além de procurar saber se os participantes utilizam alguma estratégia pedagógica para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas e se já participaram de alguma pesquisa dentro da temática das relações étnico-raciais na formação acadêmica na UNEMAT. Também analisaremos nesta categoria a percepção dos participantes sobre o debate étnico-racial na formação em saúde.

As questões selecionadas para esta categoria foram: 10 - Você já participou de alguma disciplina, projeto, curso, atividade, seminário, ação ou fórum relacionados à Saúde da População Negra e/ou sobre as Relações Étnico-raciais na UNEMAT? 11 – Você utiliza alguma estratégia pedagógica para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas? Qual ou quais? 12 – Você já participou de alguma pesquisa dentro da temática das relações étnico-raciais na formação acadêmica na UNEMAT? 13 – Qual a sua percepção sobre o debate étnico-racial na formação em saúde? Considera importante que os profissionais da área da saúde (não apenas enfermeiras/os) tenham formação sobre a Saúde da População Negra? Por quê?

Sobre a participação em alguma disciplina, projeto, curso, atividade, seminário, ação ou fórum relacionados à Saúde da População Negra e/ou sobre as Relações Étnico-raciais na UNEMAT, todos os participantes responderam negativamente sobre terem participado de alguma dessas atividades alguma vez na UNEMAT. A Docente um justifica que “É porque a nossa vertente é mais para a área da saúde, então, às vezes, a gente fica um pouquinho distante das outras”, reforçando a ideia de que a temática da saúde da população negra muitas vezes é

considerada como uma temática específica para as Ciências Humanas e Sociais. Os participantes também negaram terem participado de alguma pesquisa dentro da temática das relações étnico-raciais na formação acadêmica na UNEMAT.

Quanto à utilização de estratégias pedagógicas para trabalhar a temática racial no cotidiano das disciplinas, o Docente três e a Docente quatro negam utilizarem estratégias neste sentido. Enquanto a Docente um e o Docente dois referem trabalhar a questão racial em suas disciplinas, não como estratégia, mas como um tema transversal à disciplina que ministram. A Docente um refere tratar sobre as questões de saúde da população negra porque assim aprendeu na graduação, sua abordagem é feita a partir do ponto de vista dos agravos e das condições de saúde particulares desta população:

> Então, eu sempre comento da questão dos sinais vitais, dos sinais sintomas dessa população porque eu tive isso na minha graduação. A gente trabalhou na UTI adulto, então, chegava estudos de casos diversos, inclusive das pessoas negras. Então, assim, a gente presenciou, vivenciou, cuidou daquela pessoa. Então, por isso que a gente consegue falar melhor. Porque a gente entra, quando a gente está na UTI, está em clínica de porta de entrada, urgência e emergência, a gente se depara com muitas coisas assim da questão da população negra. Com pressão alta, com anemia. E chega até estar na porta da entrada, mas tem que ir, por exemplo, num setor mais avançado que é a UTI (Docente um).

O Docente dois refere uma abordagem sobre a saúde da população negra de um viés mais voltado para os determinantes sociais de saúde:

> Em genética, a gente vai citando algumas coisas, principalmente na construção de pele, a questão de um fator de genes. Agora, em parasita (Parasitologia), eu tenho que sempre falar. A maior incidência ou prevalência de doenças relacionadas à parasitose tem relação direta com sua classe social. E a sua classe social, muitas vezes, ela tá relacionada às pessoas mais de pele escura. As pessoas pardas, as pessoas negras ou as pessoas periféricas. Porque ali não chega o acesso à saúde, não chega o acesso aos serviços básicos de saneamento básico. A educação é precária e muitas vezes o "cara" só quer fazer pra comer. Então, em parasita (Parasitologia), eu falo não do modo geral no aspecto racial, mas eu falo mais no aspecto classe econômica, classe social. Que aí envolve tudo isso. Aí envolve o negro, envolve o periférico, envolve a educação, algo do tipo (Docente dois).

Sobre a percepção com relação ao debate étnico-racial na formação em saúde, todos os participantes consideram importante que os profissionais da área da saúde tenham formação sobre a Saúde da População Negra. A Docente um reforça a importância da temática para o cuidado da saúde da população negra em razão das especificidades com relação a doenças prevalentes e agravos de saúde nesta população:

> Com certeza. É como eu já falei para você, eu acho que a gente tem que trabalhar isso. Porque tem um diferencial na questão da pressão arterial, na questão das anemias, na questão da malária, né? Que são doenças que estão aí o tempo todo, doenças crônicas não transmissíveis que a gente fala. Na questão da pressão alta, da diabetes, do colesterol. Então tem esse diferencial. Agora, teríamos que estudar um pouquinho

> mais, por que essa diferença? Por que que neles é diferente isso? E não pensar assim, ah, porque a pele dele é diferente da nossa. Não é isso (Docente um).

O Docente dois reitera a importância do debate étnico-racial na formação em saúde para que o futuro profissional conheça a realidade da população que ele vai atender, mas para que os estudantes negros também se reconheçam em sua identidade:

> É preciso essa discussão. É preciso um viés de ver isso aí, uma holística maior para essa população. Porque eles (população negra) que vão ser os maiores frequentadores ou que são os mais usuários (do SUS). Eles são os mais usuários. E a gente tem que diferenciar duas coisas: uma é a saúde quilombola, onde geralmente está restrita algum tipo de comunidade rural. A gente vê no estado de Mato Grosso, a gente vê no Tocantins, a gente vê em outros estados. Isso é um fato. E o outro é essa construção histórica periférica que a gente recebe esse usuário no curso de saúde. Eu acho descaso. Eu acho que ninguém fala abertamente. Na formação acadêmica, a gente também não vai trazer isso. A gente traz a saúde indígena, mas não traz a saúde quilombola, por exemplo. E quando a gente tem uma política que é a questão de práticas integrativas, que aí utilizamos as plantas medicinais ou algo do tipo, para muitos que têm a mesma tonalidade de pele minha, ou tem uma tonalidade de pele mais clara, ou às vezes até mais escura, ele acha que isso é macumba, isso é algo do candomblé, que é alguma coisa relacionada à indígena. Quer dizer, qual que é a construção desse estudante fazendo graduação? Ele vai estar diante do seu usuário, o seu usuário aprendeu isso com avó, bisavó e tataravó, e foi passado geração para geração, e ele chega, quer empurrar de goela abaixo um remédio, que às vezes o usuário não tem nem dinheiro para comprar. E aí tem essas divisões. Saúde indígena, saúde quilombola, mas e a região periférica? Cadê a formação desse cara? Entender o social, o contexto cultural dele?

O Docente três reflete sobre a importância de trazer o debate racial para o centro da formação em saúde, para que ele deixe de ser um debate marginalizado:

> Então, a sua entrevista, na verdade, ela me provoca uma reflexão sobre o tema, mas eu acho o tema, como que eu posso dizer? Vou usar um termo com muito cuidado, mas é isso mesmo, eu acho que é um tema marginalizado. Eu acho que é reflexo disso que a gente estava conversando no início. A gente tem uma preocupação muito grande com outras questões, com habilidade técnica do nosso profissional, ou nossa capacitação, vou me capacitar, se eu vou procurar o quê, né? Sim. E aí, não vejo isso (debate racial) como central, vejo isso como periférico (Docente três).

A Docente quatro corrobora para urgência da inserção da temática das relações étnico-raciais na formação dos profissionais da saúde para que se compreendam a raízes históricas das desigualdades raciais no Brasil e que isso contribua para um sistema de saúde antirracista:

> Acredito ser muito importante e urgente. Acho que a formação dos profissionais da saúde deve incluir uma abordagem crítica e profunda sobre as desigualdades raciais, especialmente no Brasil, pois isso reflete muito na saúde da população e é um passo decisivo para construir um sistema de saúde mais justo e antirracista (Docente quatro).

5.5 Convergências e divergências nos discursos docentes: entre silêncios e potencialidades

As entrevistas evidenciam um campo tensionado entre desconhecimento, reconhecimento parcial e tentativas de inserção das temáticas da saúde da população negra e das relações étnico-raciais na formação em Enfermagem. Uma primeira convergência é o reconhecimento da relevância de discutir a saúde da população negra nos cursos, ainda que os docentes apresentem diferentes justificativas: ora vinculando a temática a especificidades biológicas ou prevalências de doenças (Docentes um e três), ora enfatizando o compromisso ético, social e político com a equidade em saúde (Docente quatro), ou ainda trazendo a dimensão das desigualdades de acesso e da falta de representatividade negra nos espaços de poder na universidade (Docente dois). Essa pluralidade de argumentos mostra que, apesar das diferenças de compreensão, há um consenso sobre a necessidade de inserção da pauta, mesmo que a epistemologia que sustenta esse consenso seja fragmentada.

Entre as divergências, destaca-se a forma de compreender a PNSIPN e as DCNERER. Enquanto alguns docentes vinculam sua importância à noção biomédica de fatores de risco, outros ampliam o horizonte para a dimensão estrutural do racismo e da exclusão social. Jurema Werneck (2016) denuncia a armadilha da naturalização das desigualdades raciais como atributos biológicos, quando, na realidade, são construções históricas e sociais. Esse tensionamento reflete que o olhar restrito às doenças prevalentes invisibiliza os efeitos mais amplos das desigualdades raciais sobre o processo saúde-doença.

Outra convergência importante está na percepção de que os PPCs carecem de lucidez e intencionalidade quanto à inserção da PNSIPN. Os docentes concordam que o tema deveria estar presente, mas identificam lacunas e reducionismos na forma como (quando existe) ele aparece. Veiga (2015) nos diz que um PPC fragmentado e meramente burocrático reforça um currículo desarticulado e pouco comprometido com transformações sociais. Ao mesmo tempo, a fala da Docente três sobre o "enxugamento" das Ciências Humanas na matriz curricular reforça a crítica que Paulo Freire (1987) faz à educação bancária, que não se orienta por uma visão crítica e conscientizadora de mundo e, ao refletir os ideais da sociedade opressora, estimula a contradição sendo dimensão da "cultura do silêncio".

No tocante ao racismo institucional, observa-se uma variação de compreensão. Há quem reconheça o conceito e suas implicações (Docente quatro), quem confunda com episódios individuais de discriminação (Docente um) e quem não nomeie, mas descreva práticas excludentes vividas em sua trajetória (Docente dois). Essa dispersão de entendimentos revela tanto a atualidade quanto a resistência em nomear o racismo enquanto estrutura, evidenciando

que o silêncio conceitual também constitui forma de manutenção do racismo institucional (Almeida, 2019).

Por fim, uma convergência significativa aparece na percepção sobre a urgência do debate racial na formação em saúde. Todos os docentes, em maior ou menor grau, reconhecem sua importância: seja refletindo sobre o caráter marginalizado/periférico que assume na academia (Docente três), admitindo a urgência da centralidade do debate para a formação dos profissionais da saúde (Docente quatro) ou ainda reforçando a necessidade do ensino das relações étnico-raciais para a formação de profissionais que compreendam e respeitem a cultura da população negra, mas para que também consigam se reconhecer em suas identidades (Docente dois). Esses posicionamentos apontam para um consenso de sentidos em torno do lugar que o tema deve ocupar nos currículos como constitutivo de uma prática formativa antirracista.

Em síntese, as convergências e divergências dos discursos docentes mostram que existe um campo de possibilidades para a inserção efetiva das temáticas da saúde da população negra e das relações étnico-raciais nos cursos de Enfermagem da UNEMAT. Ao mesmo tempo, as resistências, os silêncios e os reducionismos reforçam que o desafio não é apenas técnico, mas epistemológico e político: trata-se de deslocar a centralidade da técnica para uma formação crítica, emancipatória e antirracista, em diálogo com os princípios da PNSIPN, com as DCNERER e com referenciais teóricos que proponham uma descolonização dos documentos institucionais que fundamentam o ensino da Enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As motivações que deram origem a esta pesquisa partem da minha trajetória pessoal e profissional, atravessada pelo reconhecimento do racismo como estrutura que conforma a vida social brasileira e produz desigualdades persistentes. A experiência de infância em um contexto interiorano, marcado por práticas e discursos discriminatórios, somada à tomada de consciência proporcionada pela formação universitária e pelo exercício profissional nas políticas de educação e de saúde mental, conduziram-me à necessidade de investigar como o ensino superior tem contribuído, ou silenciado, diante das questões étnico-raciais. Assim, este trabalho nasce da combinação entre o compromisso ético-político do Serviço Social, a responsabilidade pessoal com a reparação de memórias e práticas racistas vividas no espaço escolar e o desejo de contribuir para a consolidação de uma educação antirracista no campo da educação superior e da formação em saúde.

Ao longo da pesquisa, reafirmou-se a compreensão de que o currículo não se constitui como um instrumento neutro ou meramente técnico, mas como um território de disputas políticas, simbólicas e epistemológicas. É no currículo que se definem quais saberes são legitimados, quais sujeitos são reconhecidos como produtores de conhecimento e quais experiências são sistematicamente silenciadas. Nesse sentido, analisar os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso implicou compreender como a universidade pública se posiciona, por ação ou omissão, diante dos marcos legais conquistados a partir da luta histórica do Movimento Negro, especialmente as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais (DCNERER) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Na primeira seção, reconstruímos o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, evidenciando como saúde e educação foram moldadas por interesses econômicos, políticos e raciais. Desde o período colonial até a República Velha, a assistência à saúde esteve marcada pela exclusão sistemática das populações indígenas, pobres e, sobretudo, da população negra escravizada, afastada do acesso ao cuidado e da condição de sujeito de direitos. A política migratória do pós-abolição reafirmou esse lugar de marginalização ao privilegiar imigrantes europeus em nome de um suposto “melhoramento racial”, reiterando o racismo como eixo constitutivo do projeto de nação brasileira.

Destacamos que desde o início do século XX, a emergência do higienismo imprimiu um caráter disciplinador às políticas públicas. Mais do que medidas sanitárias, essas práticas normatizavam corpos, hábitos e modos de vida, legitimando uma pedagogia do controle que

incidiu de forma mais intensa sobre negros, mestiços e indígenas. A análise da eugenia permitiu evidenciar como essa ideologia se entrelaçou aos campos da saúde e da educação, especialmente a partir da criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, conferindo à escola e aos serviços de saúde o papel de espaços estratégicos para a difusão de valores raciais hierarquizantes e para a manutenção das desigualdades estruturais.

Ainda nessa seção, ao abordarmos a saúde mental da população negra, evidenciamos a permanência histórica desses processos. O racismo científico e o pensamento eugênico atravessaram a constituição da psiquiatria brasileira, associando a negritude à loucura, à criminalidade e à degenerescência. O manicômio configurou-se, nesse sentido, como expressão máxima do racismo institucional, operando como dispositivo de silenciamento, controle e extermínio de vidas negras, cujos efeitos ainda reverberam nas práticas contemporâneas de cuidado em saúde mental.

Na segunda seção, demonstramos que é a partir do século XX que se consolida a denúncia do mito da democracia racial e se abrem caminhos para a pressão direta sobre o Estado. Nesse percurso, destacamos conquistas jurídicas e políticas que se tornaram marcos estruturantes da luta antirracista no Brasil: a *Constituição Federal de 1988*; a *Lei nº 10.639/2003* e as DCNERER; o *Estatuto da Igualdade Racial* (2010); e a *Lei de Cotas* (2012, ampliada em 2023). Tais avanços não se deram de forma espontânea, mas foram fruto da persistência histórica das reivindicações do Movimento Negro, que transformou lutas coletivas em políticas públicas e em dispositivos legais de enfrentamento às desigualdades raciais.

No campo da saúde, a criação *da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* representou a institucionalização de uma agenda histórica: o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde e a responsabilização do Estado por seu enfrentamento. A participação do Movimento de Mulheres Negras foi decisiva nesse processo, tanto na denúncia das práticas racistas na atenção à saúde reprodutiva quanto na ampliação da compreensão sobre o racismo institucional no interior do SUS, reafirmando a centralidade das dimensões de raça e gênero na produção das iniquidades em saúde.

Na seção de análise dos cursos de Enfermagem da UNEMAT, evidenciou-se que a formação acadêmica em Enfermagem constitui um campo tensionado entre a reprodução de perspectivas eurocentradas e a possibilidade de construção de práticas pedagógicas comprometidas com uma formação crítica e antirracista. Os PPCs analisados apresentam estruturas semelhantes e alinham-se formalmente às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem e às normativas do SUS. Contudo, uma semelhança central entre eles é a ausência de qualquer menção à saúde da população negra ou à PNSIPN.

Entre as diferenças observadas, destaca-se que o curso do campus de Cáceres explicita a noção de interculturalidade, ainda que sem aprofundamento teórico ou articulação direta com as relações étnico-raciais. Já os campi de Diamantino e Tangará da Serra enfatizam o empreendedorismo e o setor privado como campos prioritários de atuação profissional, sinalizando um distanciamento em relação à concepção pública, coletiva e socialmente referenciada da Enfermagem. Apesar do vasto arcabouço legal mobilizado nos documentos, como a Constituição Federal de 1988, a LDB, as DCNs, a legislação de acessibilidade e a Educação em Direitos Humanos, a aplicação concreta dessas normativas no que se refere à equidade racial mostra-se negligenciada.

As matrizes curriculares confirmam o silenciamento da Educação para as Relações Étnico-Raciais e a desconexão com os preceitos das DCNERER. Apesar da existência de marcos legais como a PNSIPN e as próprias DCNERER, esses conteúdos permanecem ausentes dos currículos, reforçando uma formação desconectada da realidade da população negra, principal usuária dos serviços públicos de saúde. Tal ausência não pode ser compreendida como um mero descuido pedagógico, mas como expressão do racismo institucional que atravessa as estruturas formativas e define o que é considerado conhecimento legítimo.

As entrevistas realizadas com docentes integrantes dos Núcleos Docentes Estruturantes revelam desconhecimento significativo sobre a PNSIPN e as DCNERER, ao mesmo tempo em que apontam para o reconhecimento da relevância de inserir a temática nos currículos. As percepções docentes evidenciam tensões importantes: enquanto alguns associam a saúde da população negra exclusivamente a predisposições biológicas ou a doenças prevalentes, outros reconhecem o racismo como fenômeno estrutural e destacam a necessidade de práticas pedagógicas críticas, inclusivas e comprometidas com a equidade. Em relação ao racismo institucional, emergem compreensões desiguais, por vezes confundidas com o racismo individual, mas, mesmo diante dessas limitações conceituais, há o reconhecimento de que a ausência da temática da saúde da população negra nos currículos constitui uma de suas expressões mais evidentes.

A análise da formação em Enfermagem na UNEMAT revela, portanto, contradições centrais. Se, por um lado, os PPCs e as matrizes curriculares afirmam princípios como cidadania, ética, integralidade e compromisso social, por outro, silenciam sobre o racismo como determinante social da saúde, invisibilizam a PNSIPN e desconsideram as orientações das DCNERER. Nesse sentido, a formação em saúde permanece atravessada pelo epistemicídio e pela reprodução da lógica da colonialidade do poder, ainda que apresente fissuras e possibilidades de ruptura.

Concluir este trabalho é, assim, reafirmar que enfrentar o racismo na formação em saúde exige mais do que a inclusão pontual de conteúdo. Implica repensar o currículo a partir de uma perspectiva antirracista, decolonial e eticamente comprometida com a vida da população negra. Exige coragem política, investimento institucional, formação continuada de docentes e o fortalecimento do papel do Núcleo Docente Estruturante na condução de projetos pedagógicos comprometidos com a transformação social. Que esta pesquisa possa contribuir para o tensionamento crítico dos currículos, para o fortalecimento da Educação para as Relações Étnico-Raciais no ensino superior e para a construção de práticas de cuidado em saúde que reconheçam, enfrentem e transformem as desigualdades raciais historicamente produzidas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABREU JUNIOR, Laerthe de Moraes; CARVALHO, Eliane Vianey de. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Tempo Social**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 125-144, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/rYdphf4bjPSgTXXMJcXP3vb/. Acesso em: 7 maio 2025.

ALELUIA, Mateus. Fogueira Doce. *In:* **Fogueira Doce**. Salvador: Maianga / Senzala Cultural, 2017. Disponível em: https://open.spotify.com/intl-pt/album/2ZTVIAzIjX14uA57vvWvER. Acesso em: 27 jun. 2024.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Livros, 2019. 256 p. ISBN 978-85-98349-74-9.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. Disponível em: https://books.scielo.org/id/s2xwj/pdf/amarante-9788575413357.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025.

ANUNCIAÇÃO, Diana *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*S. l.*], v. 27, n. 10, p. 3861-3870, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?lang=pt. Acesso em: 16 jun. 2025.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro de. **Movimento Negro e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** Heterogeneidade e Convergências. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro de; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, Brasil, v. 31, n. 4, p. e220246pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902022220246pt. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/207018. Acesso em: 7 maio 2025.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro:** vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BONFIM, Paulo Ricardo. A Educação no Movimento Eugênico Brasileiro (1917-1933). 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2013. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=151703. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro.

In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema, LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. atual. ampl. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 62-91. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.** Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as categorias profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. **LDB Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. 4. ed. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/572694/Lei_diretrizes_bases_4ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Federal 10.639 de 9 de janeiro de 2003**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.639.htm. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 7 maio 2025.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-

conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf . Acesso em: 3 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sérgio Arouca: saúde, um direito de todos e dever do Estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/12_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 3 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf . Acesso em: 24 maio 2024.

BRASIL. **Parecer CNE/CP n° 3, de 10 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2004. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_003.pdf?query=etnico%20racial. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 27 de ago. 2024.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: Mota, Elizabete *et al.* **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011. p. 88-110.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, *[S. l.]*, v. 73, n. b, p. 180-219, 2022. Disponível em: https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/8723. Acesso em: 7 maio 2025.

CANDAU, Vera Maria. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 37, p. 45-56, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/5szsvwMvGSVPkGnWc67BjtC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14 jun. 2025.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade:** a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. 431 p. ISBN: 978-65-5979-096-8.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. **Molde Nacional e Fôrma Cívica:** Higiene, Moral e Trabalho no Projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931). Bragança Paulista: EDUSF, 1998. ISBN 8586965022.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de Saúde e Serviço Social. *In:* REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (Org.). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. p. 67-82.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre o colonialismo**. 1. ed. Feira de Santana: Editorial Adandé – Casa da Resistência, 2023. Disponível em: https://www.marxists.org/portugues/cesaire/1950/06/07.pdf. Acesso em: 11 dez. 2025.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril:** cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Disponível em: http://www.repositoriolabim.cchla.ufrn.br/bitstream/123456789/733/1/CORTI%C3%87OS.%20Cidade%20febril%20corti%C3%A7os%20e%20epidemias%20na%20corte%20imperial.%20CHALHOUB%2C%20Sidney.%201996.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen participa de jornada internacional sobre empreendedorismo social e tecnologias inclusivas em Enfermagem**. 08 maio 2025. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/cofen-participa-de-jornada-internacional-sobre-empreendedorismo-social-e-tecnologias-inclusivas-em-enfermagem/. Acesso em: 2 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Resolução nº 273, de 13 de março de 1993.** Código de ética do/a assistente social. Brasília, DF: CFESS, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS_2011.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, DF: CFESS, 1999. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 208-223, 2018. DOI: 10.1590/1982-3703000206092. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/gPSLSxDcHDhDccZgpk3GNVG/. Acesso em: 29 abr. 2025.

DAN, Cristiane de Sá. **A Formação do Enfermeiro**: uma discussão sobre o percurso formativo a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem de 2001. 2015.Dissertação (Mestrado em Educação, na área História, Política e Gestão da Educação) - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2015. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2766495. Acesso em: 17 jun. 2024.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Aquilombamento da saúde mental:** cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023. 210 p. Coleção Diálogos da Diáspora, v. 23. ISBN 978-8584043439.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 130-144, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/. Acesso em: 29 abr. 2025.

DÁVILA, Jerry. **Diploma de brancura:** política social e racial no Brasil, 1917-1945. São Paulo: Editora UNESP, 2006. ISBN 8571396523.

DESINSTITUTE. **Desinstitucionalização:** da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Brasília: Desinstitute, 2023. Disponível em: https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionali-acao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 100-122, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-77042007000200007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tem/a/yCLBRQ5s6VTN6ngRXQy4Hqn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 dez. 2025.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-85, 1999. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3TDVZj4gKC9shgmQHqZRttb/. Acesso em: 29 abr. 2025.

ENSP/FIOCRUZ. **Os DSS no Brasil**. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-no-brasil/. Acesso em: 25 abr. 2025.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1-xx. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494. Acesso em: 7 maio 2025.

EVARISTO, Conceição. **Ponciá Vicêncio**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Mazza, 2003.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020. ISBN 9786586497205.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A equidade racial nas políticas de saúde. *In:* BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. atual. ampl. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 92-121. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 fev. 2025.

FERREIRA, Gracyelle Costa. A origem da política social no Brasil: eugenia, questão social e a atuação de visitadoras, enfermeiras, nutricionistas e assistentes sociais. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 62, p. 61-88, mai./ago. 2025. ISSN 2238-9091 (Online). DOI: 10.17771/PUCRio.OSQ.69928. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/69928/69928.PDF. Acesso em: 11 dez. 2025.

FERREIRA, Gracyelle Costa. **Raça e nação na origem da política social brasileira:** união e resistência dos trabalhadores negros. 2020. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/16398. Acesso em: 11 dez. 2025.

FERREIRA, Gracyelle Costa. Trabalhadores negros na origem da política social brasileira: pertencimento étnico-racial e de gênero entre ferroviários, marítimos e portuários da Lei Eloy Chaves. *In:* **CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília, DF. *Anais*... Brasília, DF: CFESS, 2019. Disponível em: https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1173/1151. Acesso em: 11 dez. 2025.

FONSECA, Marcos Vinícius. A arte de construir o invisível: o negro na historiografia educacional brasileira; **Revista Brasileira de História da Educação**, *[S. l.]*, v. 7, n. 1 [13], p. 11-50, 9 fev. 2012. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/rbhe/article/view/38616. Acesso em: 15 dez. 2025.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Política e educação:** ensaios. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. Coleção Questões de Nossa Época; v. 23. ISBN 85-249-0506-9.

GIL, Natália de Lacerda.; ANTUNES, Cláudia Pereira. Formas de exclusão e de presença da população negra na história da escola sul-rio-grandense. **Revista Brasileira de História da Educação**, *[S. l.]*, v. 21, n. 1, p. e174, 17 fev. 2021. DOI: https://doi.org/10.4025/10.4025/rbhe.v21.2021.e174. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/rbhe/article/view/53793. Acesso em: 15 dez. 2025.

GOMES, Nilma Lino. **Movimento Negro Educador:** saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GOMES, Nilma Lino. O combate ao racismo e a descolonização das práticas educativas e acadêmicas. **Revista de Filosofia Aurora**, *[S. l.]*, v. 33, n. 59, 2021. DOI: https://doi.org/10.7213/1980-5934.33.059.DS06. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/aurora/article/view/27991. Acesso em: 17 maio 2025.

GOMES, Nilma Lino. Relações Étnico-Raciais, Educação e Descolonização dos Currículos. **Currículo Sem Fronteiras**, *[S. l.]*, v. 12, n. 1, pp. 98-109, 2012. Disponível em: https://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/5_Gomes_N%20L_Rel_etnico_raciais_educ%20e%20descolonizacao%20do%20curriculo.pdf. Acesso em: 17 maio 2025.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 93-107, jan./jun. 2003. DOI: https://doi.org/10.1590/S1517-97022003000100008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/DYxSGJgkwVyFJ8jfT8wxWxC/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2025.

HAMILTON, Charles V.; TURE, Kwame. **Black Power:** A Política de Libertação nos Estados Unidos. São Paulo, SP: Jandaíra, 2021.

JESUS, Victor de. O cheiro do racismo na cultura político-afetiva higienista brasileira: o saneamento do corpo-dejeto. **Psicologia e Sociedade**, Vitória, v. 34, p. e257400, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34257400. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/xDknztyNdbWBskJkhTjZmYw/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2025.

JUNIOR, Laerthe de Moraes Abreu; CARVALHO, Eliane Vianey de. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, nov. 2012, p. 427-451. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/rYdphf4bjPSgTXXMJcXP3vb/?format=html&lang=pt#end. Acesso em: 7 maio 2025.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação – Episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro, RJ: Cobogó, 2019.

KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, p. 314-351. DOI: https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000200012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/nJkjQHMPSb33WB3L4QHdRZN/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2025.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. *In:* MAIO, Marcos Chor. SANTOS, Ricardo Ventura (Org.) **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 23-40. Disponível em: https://books.scielo.org/id/djnty/pdf/maio-9788575415177-03.pdf. Acesso em:7 maio 2025.

MATO GROSSO. Universidade do Estado de Mato Grosso UNEMAT. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução nº 041/2023 – CONEPE, de 12 de setembro de 2023**. Aprova adequação do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem a ser ofertado no Câmpus Universitário de Cáceres "Jane Vanini". Cáceres: UNEMAT, 2023.

MATO GROSSO. Universidade do Estado de Mato Grosso UNEMAT. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução Nº 029/2022 – CONEPE, de 09 e 10 de maio de 2022**. Aprova a adequação do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem no

Câmpus Universitário de Tangará da Serra “Eugênio Carlos Stieler”. Mato Grosso: UNEMAT, 2022a.

MATO GROSSO. Universidade do Estado de Mato Grosso UNEMAT. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONEPE). **Resolução nº 045/2022 – CONEPE, de 09 e 10 de maio de 2022**. Aprova a adequação do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem no Câmpus Universitário de Diamantino “Francisco Ferreira Mendes”. Mato Grosso: UNEMAT, 2022b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

MONTEIRO, Maria do Carmo Sales. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. *In:* BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. atual. ampl. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 146-159. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 fev. 2025.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Geledés – Instituto da Mulher Negra, 2003. Disponível em: https://www.geledes.org.br/kabengele-munanga-uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 abr. 2025.

PEREIRA, Juliana. **O que são blackfaces e por que eles são racistas?** GELEDÉS Instituto da Mulher Negra, 2 fev. de 2022. Disponível em: https://www.geledes.org.br/o-que-sao-blackfaces-e-por-que-eles-sao-racistas/. Acesso em: 23 ago.2025.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade, poder, globalização e democracia. **Revista Novos Rumos**, Marília, SP, n. 37, 2022. DOI: https://doi.org/10.36311/0102-5864.17.v0n37.2192. Disponível em: https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2192. Acesso em: 19 abr. 2025.

QUIJANO, Aníbal. **Cuestiones y horizontes:** de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. 1. ed. Buenos Aires: CLACSO; Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2020. ISBN 978-987-722-717-8. Disponível em: https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/10/Antologia-esencial-Anibal-Quijano.pdf. Acesso em: 19 abr. 2025.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, [*S. l.*], v. 2, p 277-290, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000500017. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/16140. Acesso em: 7 maio 2025.

ROSA, Jessifran Silveira. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN**): O (Des) Conhecimento dos(as) Profissionais Universitários(as) da Saúde Mental. 2023. Dissertação (Mestrado em Estudos da Condição Humana) - Universidade Federal de São Carlos- campus Sorocaba, Sorocaba, 2023. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13969357. Acesso em: 17 jun. 2024.

SANTANA, Elisangela Ferreira de; TAVARES, Jeane Saskya Campos; RODRIGUES, Rafael Coelho. Racismo institucional no SUS: adoecimento, negligência e morte. *In:* SUEHIRO, Adriana; ALFAYA, Cristiane; ATALAIA, Kelly. (Org.). **Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde I,** Rio de Janeiro: Autografia, 2024. p. 161-177. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/381919509_Racismo_institucional_no_SUS_Adoecimento_negligencia_e_morte. Acesso em: 15 fev. 2025.

SANTANA, Fabiana Ribeiro *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: Uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [*S. l.*], v. 7, n. 03, p. 294-300, 2005. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v7i3.904. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/904. Acesso em 16 jun. 2025.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra, 2009. E-book. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Epistemologias%20do%20Sul.pd. Acesso em: 17 maio 2025.

SANTOS, Sales Augusto dos; SANTOS, João Vitor Moreno dos; e BERTÚLIO, Dora Lúcia. **O processo de aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010**. Brasília: INESC, 2011. Disponível em: https://flacso.org.br/files/2015/11/Livro-Sales-Sobre-o-Estatuto-da-Igualdade-Racial.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

SANTOS, Simone Ferreira Soares dos; VIEIRA, Paulo Alberto dos Santos; SOUZA, Karina Almeida de. Currículo, IDEB e a educação para as relações étnico-raciais: desracializando o campo. **Revista de Educação do Vale do Arinos - RELVA**, [*S. l.*], v. 7, n. 2, p. 11–28, 2020. DOI: https://doi.org/10.30681/relva.v7i2.5061. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/5061. Acesso em: 7 maio 2025.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Racismo brasileiro:** uma história da formação do país. 1. ed. São Paulo: Todavia, 2022. ISBN 978-65-5692-287-4.

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. **Manifesto de Bauru**. *In:* Manifesto de Bauru: por uma sociedade sem manicômios. Bauru: [S.n.], 1987. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

SAVIANI, Dermeval. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 4. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2013.

SERRA, Ligia; SCARCELLI, Iracema. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-99, mar. 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QHwCycFrxRBmnQmcncvsXvP/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2025.

SILVA, Leila Aparecida da. **Relações étnico-raciais e saúde da população negra nos cursos da saúde na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2022. Disponível em: https://sucupira-

legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=13068459. Acesso em: 17 jun. 2024.

SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e. Aprender, ensinar e relações étnico-raciais no Brasil. **Educação**, *[S. l.]*, v. 30, n. 3, 2008. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/faced/article/view/2745. Acesso em: 17 maio 2025.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. Coleção Tendencias. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Neusa_Santos_Souza_-_Tornar-se_Negro.pdf?1599239573. Acesso em: 11 dez. 2025.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 42, nº 89, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbh/a/TLsppHZdSyVtfKjZbRx9qXK/?lang=ptmo. Acesso em: 7 maio 2025.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. *In:* HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. (Org.). **Cuidar, controlar, curar:** ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. Coleção História e Saúde, p. 330-391. Disponível em: https://books.scielo.org/id/7bzx4/pdf/hochman-9788575413111-11.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; FILHO, Carlos Antônio Assis de Jesus. Saúde mental, vulnerabilidades e suicídio nas populações negra e indígena. *In:* CORDEIRO, Rosa Cândida; GONÇALVES, Washington Luan Gonçalves de Oliveira; VICENTINI, Fernando (Org.). **Saúde da população negra e indígena**. Cruz das Almas: Editora UFRB, 2020. p. 261-276. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ccs/noticiasccs/1466-saude-da-populacao-negra-e-indigena-livro. Acesso em: 16 fev. 2025.

TRAD, Leny Alves Bonfim *et al.* Percepção sobre a política de saúde da população negra: perspectivas polifônicas. *In:* BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema, LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. atual. ampl. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 182-203. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 16 fev. 2025.

TRINDADE, Josiney da Silva; CASTRO, Regina Celi Alvarenga de Moura; FRANCO, Maria Wanessa do Nascimento Barbosa; MORAIS, Arécia Susã. Revisão da Lei de Cotas no Brasil: uma análise comparativa entre as Leis 12.711/2012 e 14.723/2023. **Revista DCS**, [*S. l.*], v. 22, n. 80, 2025. DOI: https://doi.org/10.54899/dcs.v22i80.753. Disponível em: https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/753. Acesso em: 7 maio 2025.

TVE Bahia. **Perfil & Opinião** | Mateus Aleluia | 26.12.2018. Youtube, 27 de dezembro de 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hskU4Ztp-A0&t=1932s. Acesso em: 2 fev. 2025.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Educação Básica e Educação Superior:** Projeto Político-Pedagógico. Papirus Editora, 2015. ISBN 9788544900772.

VIEIRA, Paulo Alberto dos Santos; SILVEIRA, Cristiane da. Nuances do passado que se anunciam no presente: contribuições ao estudo das relações raciais e das políticas de ação afirmativa no Brasil. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar,** [*S. l.*], v. 3, n. 8, 2020. Disponível em: https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/986. Acesso em: 7 maio 2025.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad crítica y educación intercultural**. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2001. Disponível em: https://sermixe.org/wp-content/uploads/2020/08/Lectura10.pdf. Acesso em: 14 jun. 2025.

WERNECK, Jurema *et al*. **Racismo institucional:** uma abordagem conceitual. Geledés Instituto da Mulher Negra, 2016. Disponível em: https://www.geledes.org.br/biblioteca/racismo-institucional-uma-abordagem-conceitual/tucional-uma-abordagem-conceitual/. Acesso em: 29 abr. 2025.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: 10.1590/S0104-129020162610. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2024.

WERNECK, Jurema. **Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro: Criola, 2010. Disponível em: https://criola.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Livreto-2-Saude.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.