

Isabelle Ribeiro Barbosa  
Kezauyn Miranda Aiquoc  
Talita Araujo de Souza  
(Organizadoras)

# RAÇA E SAÚDE

Múltiplos olhares sobre a saúde  
da população negra no Brasil

  
edufnr

**Reitor**

José Daniel Diniz Melo

**Vice-Reitor**

Henio Ferreira de Miranda

**Diretoria Administrativa da EDUFPA**

Maria da Penha Casado Alves (Diretora)

Helton Rubiano de Macedo (Diretor Adjunto)

Bruno Francisco Xavier (Secretário)

**Conselho Editorial**

Maria da Penha Casado Alves (Presidente)

Juditha da Costa Leite Albuquerque (Secretária)

Adriana Rosa Carvalho

Alexandro Teixeira Gomes

Elaine Cristina Gavioli

Everton Rodrigues Barbosa

Fabício Germano Alves

Francisco Wildson Confessor

Gilberto Corso

Gleydson Pinheiro Albano

Gustavo Zampier dos Santos Lima

Izabel Souza do Nascimento

Josenildo Soares Bezerra

Ligia Rejane Siqueira Garcia

Lucélio Dantas de Aquino

Marcelo de Sousa da Silva

Márcia Maria de Cruz Castro

Márcio Dias Pereira

Martin Pablo Cammarota

Nereida Soares Martins

Roberval Edson Pinheiro de Lima

Tatyana Mabel Nobre Barbosa

Tercia Maria Souza de Moura Marques

**Editoração**

Helton Rubiano de Macedo (Editor)

Kamyla Álvares Pinto (Editora)

**Revisão**

Wildson Confessor (Coordenador)

Vitor Matheus (Colaborador)

**Design editorial**

Rafael Campos (Coordenador)

Marcos Paulo do Nascimento Pereira (Projeto gráfico)

Isabelle Ribeiro Barbosa  
Kezauyn Miranda Aiquoc  
Talita Araujo de Souza  
(Organizadoras)

# RAÇA E SAÚDE

Múltiplos olhares sobre a saúde  
da população negra no Brasil

  
edufnrn  
Natal, 2021

59  
anos

Fundada em 1962, a EDUFRN permanece dedicada à sua principal missão: produzir livros com qualidade editorial, a fim de promover o conhecimento gerado na Universidade, além de divulgar expressões culturais do Rio Grande do Norte.

Publicação digital financiada com recursos do Fundo Editorial da UFRN. A seleção da obra foi realizada pelo Conselho Editorial da EDUFRN, com base em avaliação cega por pares, a partir dos critérios definidos no Edital nº 4/2019-EDUFRN, para a linha editorial Recursos didático-pedagógicos.

Coordenadoria de Processos Técnicos  
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Raça e saúde [recurso eletrônico] : múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil / organizadores, Isabelle Ribeiro Barbosa, Kezauyn Miranda Aiquoc, Talita Araújo de Souza. – Dados eletrônicos (1 arquivo : 2.7 Mb). – Natal, RN : EDUFRN, 2021. 274 p.

Modo de acesso: World Wide Web <<http://repositorio.ufrn.br>>.

Título fornecido pelos organizadores do recurso.

ISBN 978-65-5569-172-6

1. Negros - Brasil - Saúde. 2. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 3. Política de Saúde - Brasil. 4. Negros - Brasil - Condições Sociais. I. Barbosa, Isabelle Ribeiro. II. Aiquoc, Kezauyn Miranda. III. Souza, Talita Araújo de.

RN/UF/BCZM

2021/10

CDD 363.34287

CDU 614(–1:81–013)

Elaborado por Vânia Juçara da Silva CRB-15/805

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN  
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário  
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil  
e-mail: [contato@editora.ufrn.br](mailto:contato@editora.ufrn.br) | [www.editora.ufrn.br](http://www.editora.ufrn.br)  
Telefone: 84 3342 222

Aos ancestrais que fizeram a travessia árdua, e aos negros e às negras que construíram este país, e que padeceram ou morreram em busca da liberdade plena. Àqueles que, pela história e pela ciência, foram apagados e tirados de sua liberdade do corpo e da mente, e que são negligenciados pela Universidade, pela Sociedade e pelo Estado.

Sobretudo, dedicamos esta obra àqueles que ainda virão. Decidimos, por eles e por nossos ancestrais, resistir e continuar lutando.



# Prefácio

*Tirar estas pautas da invisibilidade e analisá-las com um olhar interseccional, mostra-se muito importante, para que fuçamos de análises simplistas ou para se romper com essa tentativa de universalidade que exclui (RIBEIRO, 2019, p. 42)<sup>1</sup>.*

Ao pensarmos as políticas públicas e as inserirmos na concretude da realidade do dia a dia, das necessidades e dos interesses das populações mais vulneráveis, sentimos a responsabilidade e a esperança por trazermos a problematização de temas tão relevantes e imprescindíveis para ordem do dia em nossa sociedade. Nesse debate, ressaltamos o protagonismo e a contribuição destes sujeitos coletivos que, por muito tempo, ficaram marginalizados e invisibilizados na história e aliçados dos processos de escolhas e decisões das políticas e de programas governamentais, além de evidenciar o racismo e a discriminação racial de forma explícita na formulação destas políticas.

Este livro retrata a história, a trajetória, os avanços e as perspectivas da saúde da população negra no Brasil e apresenta ineditismo na pauta por abordar, em um único exemplar, temas de grande relevância na área. Tecido por várias mãos de autoras e autores, as temáticas são retratadas com a riqueza de precisão e aprofundamento teórico e metodológico, mas destaca-se o protagonismo dos intelectuais negros, que fizeram emergir, de sua atuação acadêmica, a luta e o ativismo político, usando suas vozes na defesa intransigente e necessária de uma política pública na área da saúde que resgate a atenção necessária para as especificidades e a manutenção do atendimento a esta população.

Essa é a representação da preocupação, do conhecimento e do compromisso dos autores com a temática em pauta, ao abordar a realidade das mulheres negras, dos quilombolas, dos idosos, dos povos de terreiros, das pessoas com transtornos mentais e de outros sujeitos. É uma obra que se insere na perspectiva de mudanças e desafios, apontando a necessidade de alterar o foco e manifestar a prioridade da implementação da política de saúde da população negra. Como afirma Ribeiro (2019), tirar estas pautas da invisibilidade e analisá-las de forma interseccional e transversal é um compromisso muito nítido apresentado nesta obra, na qual é ressaltada a importância de inserir a população negra no planejamento e na definição das prioridades estabelecidas nesta política.

---

1 RIBEIRO, D. *Lugar de fala*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Fortalecer as ações, os programas e a política de promoção da saúde da população negra, reduzir as desigualdades étnico-raciais e combater o racismo, principalmente o racismo institucional no SUS, são alguns dos princípios assinalados nos diversos capítulos, o que demonstra o reconhecimento do problema central e a importância de travarmos este debate em várias instâncias e processos formativos em nossa sociedade,

Outra importante temática que é transversal no conjunto da obra é a abordagem interseccional e transversal na implementação das políticas públicas de saúde. Reconhecer e corrigir as deficiências e ausências históricas da população negra, da cidade, do campo, das florestas, do segmento LGBTQIA+, da população em situação de rua e das comunidades tradicionais. Categorias sociais como gênero, raça, classe social e orientação sexual devem ser incorporadas e analisadas na formulação das políticas públicas, tendo em vista o conjunto das desigualdades e de discriminações existentes.

Por fim, o livro enfatiza a importância de aspectos fundamentais, como o protagonismo do movimento negro, intelectuais e especialistas na área em incidir e persistir sobre a pauta, junto aos governos e instituições públicas e sobre a indispensável e necessária formação e capacitação de gestores e de profissionais da saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da problemática do racismo institucional e estruturante, que é tão determinante sobre a vida e a morte da população negra. Desejo a todas e todos uma excelente leitura e que as reflexões e aprendizados a partir desta obra sejam profícuas e gerem frutos em prol da luta em defesa da implementação efetiva dessa Política e do combate ao racismo em todo o território nacional!

*Maria do Socorro da Silva*

*Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação, Gênero e Diversidade (CNAT/IFRN)  
Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte*



# Apresentação

Este livro foi elaborado especialmente para debatermos a saúde da população negra brasileira enquanto um direito fundamental e condição para o exercício pleno da cidadania. Esse debate, além de inadiável, é urgente. Apesar das conquistas e dos avanços nas políticas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial, dentre as quais apontamos a existência do Sistema Único de Saúde, as formas de racismo que subjugam a inserção do negro na sociedade demonstram a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial. Dessa fragilidade, resultam as iniquidades em saúde que atingem a população negra brasileira e a cor da pele torna-se, então, um marcador do processo saúde-doença-cuidado.

A elaboração desta obra ocorreu sob a perspectiva de múltiplos olhares. Foram necessários vários ângulos, saberes e aproximações com os temas da saúde da população negra brasileira, tendo sido construída em esforço conjunto de especialistas de diversas áreas do conhecimento. Aliás, a massiva participação de pesquisadores da área da saúde na autoria desta coletânea é um destaque, considerando a invisibilização histórica que a população negra tem recebido por este campo do conhecimento.

A organização desta coletânea levou em consideração a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como princípio norteador, de maneira que esta fosse a linha condutora e o elo entre os capítulos. Não é possível discutir passado e futuro sem partir dos pressupostos legais que atualmente dão as diretrizes gerais para a promoção da saúde integral da população negra. Neste quesito, além dos desafios para a implementação da PNSIPN, apresentamos a luta pelo direito à saúde da população quilombola e a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil. O segundo passo foi trazer um debate minucioso sobre as condições de vida e de saúde da população negra brasileira: ressaltamos que a população negra não é uma população doente, mas, sim, que o processo saúde-doença-cuidado na população negra possui outra magnitude e transcendência. Por último, trabalhamos os aspectos de formação de profissionais de saúde para as peculiaridades da saúde da população negra, as políticas afirmativas para a inserção do negro na pós-graduação em saúde e a divisão racial do trabalho na saúde.

Diante dos atuais índices de desigualdade, de discriminação e de exclusão da população negra, reside um desafio que não é apenas intelectual, mas profundamente político. Resta saber como o presente será construído, e como os projetos de futuro poderão delinear uma nação mais igual e cidadã. Esperamos que esse livro possa fomentar este debate.

# Sumário

1 Política nacional de saúde integral da população negra: história, avanços e desafios	12
Kezauyn Miranda Aiquoc   Viviane Batista Pires Santos Kelly Bezerra de Oliveira   Luís Eduardo Batista	
2 Comunidades quilombolas no Rio Grande do Norte: trajetória de luta para o direito à saúde	35
Francisco Cândido Firmiano Júnior   Elizabeth Lima da Silva Julie Cavignac   Samara Freire	
3 O quesito raça/cor e a equidade no Sistema Único de Saúde: critérios atravessados pelo contexto racial brasileiro	49
Camila Rodrigues Estrela   Izaide Ribeiro dos Santos   Rafael Rodolfo Tomaz de Lima	
4 A eugenia como saber tecnológico e o embranquecimento como projeto político-sanitário-racial em São Paulo, 1920-1950	63
André Mota	
5 Interseccionalidades na atenção à saúde da população negra	74
Sávio Marcelino Gomes   Karina Cardoso Meira   Mercês de Fatima dos Santos Silva	
6 Vulnerabilidade socioambiental da população negra: o território na determinação social do processo saúde-doença	89
Grácia Maria de Miranda Gondim   Fatima Cristina Rangel Sant'Anna	
7 Carga de doenças infecciosas e parasitárias na população negra do Brasil: a marca de um povo negligenciado	102
Isabelle Ribeiro Barbosa	
8 Aspectos relacionados às doenças crônicas na população negra do Brasil	116
Ana Mayara Gomes de Souza   Maria Helena Rodrigues Galvão   Talita Araujo de Souza	
9 O nascer negro: reflexões acerca da mortalidade materno-infantil na população negra	128
Kezauyn Miranda Aiquoc   Pedro Henrique Alcântara da Silva   Bruna Rodrigues Monteiro	

10 Violência interpessoal no Brasil: desigualdade entre brancos e negros	143
Karina Cardoso Meira   Weverton Thiago da Silva Rodrigues   Eder Samuel Oliveira Dantas	
11 As repercussões do racismo na saúde mental da população negra	159
Roberta Machado Alves   Brunno Alves de Lucena	
12 Racismo e saúde mental: subsídios para uma clínica socialmente contextualizada	169
Jeane Saskya Campos Tavares   Leny Alves Bomfim Trad	
13 Doença falciforme na saúde da população negra: epidemiologia, acesso à saúde e impactos em longo prazo	181
Altair dos Santos Lira   Ana Paula Nogueira Nunes   Rosimery Costa dos Santos	
14 Condições desfavoráveis de nutrição da população negra brasileira	190
Marcos Felipe Silva de Lima	
15 Um sorriso negro: acesso e condições de saúde bucal da população negra	198
Marla Raquel Leandro da Silva	
16 Envelhecimento e velhice da população negra: (re)construindo uma trajetória de cidadania com dignidade	210
Alexandre da Silva   Kenio Costa de Lima	
17 Questões étnico-raciais da população negra na formação de profissionais da saúde: reflexões sobre a situação brasileira	227
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima   Thais Paulo Teixeira Costa Dyego Leandro Bezerra de Souza   Janete Lima de Castro	
18 Política de ações afirmativas na pós-graduação: mais um passo no enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil	241
Luiz Roberto Augusto Noro   Leny Alves Bomfim Trad	
19 Do racismo institucional à divisão racial do trabalho: reflexões sobre a população negra no contexto da saúde	255
Deborah Zuleide de Farias Melo   Janete Lima de Castro	
Sobre as organizadoras	265
Sobre os autores	266

# 1 Política nacional de saúde integral da população negra: história, avanços e desafios

*Kezauyn Miranda Aiquoc  
Viviane Batista Pires Santos  
Kelly Bezerra de Oliveira  
Luís Eduardo Batista*

## Introdução

As políticas públicas enquanto ferramentas utilizadas por diversos campos – educação, saúde, segurança pública, dentre outros – comportam distintas definições, desde sua formulação até a implementação e a avaliação. Seu estudo toma importância a partir da identificação de diferentes problemas sociais, que suscitaram a necessidade de estratégias de resolução, o que, no Brasil, pode ganhar forma através de políticas e programas (COSTA, 2013).

Segundo Centeno (2016), dentre as abordagens de análise das políticas, estão as multicêntricas, na qual há participação de organizações e de organismos governamentais, da sociedade civil ou multilaterais; e a abordagem estadocêntrica, que considera as políticas de domínio estatal. Há de se considerar, ainda, a relevância do contexto em que se constrói uma política, bem como a composição das forças organizadas que a impulsionam (COSTA, 2013). Kingdon (2003, *apud* COSTA, 2013, p. 41), partindo da análise do modelo teórico dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Models*), elaborado para avaliar políticas de saúde do governo federal americano, destacam fases da política que se iniciam através do reconhecimento do problema, buscando entender como este ganhou atenção dos governos, qual a sua relevância, possíveis alternativas geradas para o tema e o porquê, quando e através de quais atores emergiram as ideias.

Neste capítulo, nosso objetivo é apresentar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), num processo que compreende desde a sua formulação até a avaliação do processo de implementação. Para isso, utilizou-se de pesquisas, de consulta bibliográfica e de análise documental (texto da Política, planos operativos, relatórios de gestão). Realizamos, também, contato com pesquisadores que realizaram recentemente estudos sobre avaliação da PNSIPN, cujos artigos estão no prelo, mas que gentilmente nos enviaram os relatórios finais que foram entregues às instituições de apoio à pesquisa. Portanto, o que há de novo sobre a PNSIPN está sistematizado nesse texto.

## Histórico da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A Assembleia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88 demarca um momento histórico no Brasil, em que diferentes movimentos populares incidem sobre os marcos legais do Estado, demandando direitos. A intensa participação, ocorrida por meio de diferentes tipos de ação dos movimentos sociais, fortalece a ideia de que as pessoas são portadoras de direitos. É nesse contexto que o movimento negro começa a denunciar o racismo existente na sociedade brasileira e a necessidade de o enfrentamento ao racismo ser inserido na agenda governamental. Portanto, é no contexto da ANC que o negro se torna, então, sujeito político. As inclusões dos direitos da população negra inserem-se na pauta do racismo, dentro do escopo da necessidade de produzir ações com enfoque no aspecto racial.

Após estabelecida, a Constituição Federal de 1988 demarca um momento histórico no Brasil. No tocante a direitos sociais, os diferentes movimentos populares começam a incidir sobre os marcos legais do Estado, demandando por direitos. Em 1995, durante as comemorações de 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, ocorre, em Brasília, a Marcha Zumbi dos Palmares. Na ocasião, lideranças do movimento negro foram recebidas pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

Nessa audiência, lideranças do movimento negro demandaram a criação de Políticas de Estado para enfrentar o racismo que estrutura a sociedade brasileira. Um dos encaminhamentos da audiência foi a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra, o qual era composto por representantes de diferentes Ministérios governamentais, duas secretarias e representantes da sociedade civil, derivados dos movimentos negros. Seu objetivo era o de “inscrever definitivamente a questão do negro na agenda da política pública nacional” (BRASIL, 2011). Um dos subgrupos criados foi o GTI Saúde da População Negra. Após 1995, várias atividades foram promovidas pelo GTI, que se traduzem como marcos históricos, os quais podem ser vistos na Figura 1.

Embora não esteja descrito como um marco na linha histórica, ainda em 1996, foi aprovada a Resolução 196/96, que determinava a obrigatoriedade de informações relativas à raça/cor em todas as pesquisas e instrumentos de saúde, agregando traços culturais, demográficos e epidemiológicos, o que introduziu novos conceitos e nova forma de pensar racismo nesse contexto (BRASIL, 2011).

Em 2001, por sua vez, no bojo da elaboração de muitos materiais técnicos, foi lançado pelo MS o “Manual de Doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente”, que pensava em Equipes de Saúde da Família como grande investimento para territórios quilombolas, assim como possuía maior enfoque no cuidado à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, então prevalente na população negra (BRASIL, 2011).

**Tabela 1 – Linha do tempo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

1988	Alteração da constituição cidadã
1995	Marcha Zumbi do Palmares   Criação do GTI
2001	III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerância Correlatas
2003	Criação da SEPPIR - Secretária Especial de Políticas e da Promoção da Igualdade Racial
2004	I Seminário Nacional de Saúde da População Negra “Um grito pela equidade” Criação do Comitê Técnico em Saúde da População Negra (portaria 1678/2004) 12ª Conferência Nacional de Saúde
2005	Portaria 1391/2005 I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial
2006	II Seminário Nacional de Saúde da População Negra Pactos pela Saúde - Portaria 399/2006 Aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde “Há racismo no SUS” - Reconhecimento do racismo institucional nas instâncias do SUS
2007	Publicação do texto da PNSIPN Portaria 3060/2007
2009	Aprovação da PNSIPN em Diário Oficial Publicação da portaria 992/2009 Aprovação do I Plano Nacional de Promoção a Igualdade Racial
2010	Aprovação do Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12288/2010
2013	Alteração da PNSIPN
2017	Publicação da III versão da PNSIPN

Fonte: Elaborado a partir de CENTENO, 2016 (*apud* CENTENO, 2015) e BRASIL, 2011.

Com a percepção de que a vulnerabilidade da população negra não se resumia às doenças supracitadas, já em 2004, Centeno (2016) narra que, nessa ocasião, o MS, a SEPPIR, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) assinaram um termo de compromisso com o objetivo de reduzir graus de vulnerabilização para a população negra. Ao longo desse período, os eventos que ocorriam buscavam tratar de questões como raça, racismo, direitos humanos e equidade. Essa última foi responsável pela tônica de toda a construção da política, uma vez que foram criadas Políticas de Promoção da Equidade Racial em Saúde, até que a PNSIPN fosse instituída, sendo até hoje considerada uma de suas marcas mais importantes.

Todavia, só em 2006, com a inclusão de um assento para um representante dos movimentos negros no Conselho Nacional de Saúde, é que se ampliou a possibilidade de uma política com influência do próprio sujeito que dela usufruiria. E foi a partir da fala do Ministro da Saúde Agenor Álvares – “Há racismo no SUS” – proferida na mesa de abertura do II Seminário de Saúde da População Negra (realizado na UFRJ) que a PNSIPN começou a ser formulada, de forma a ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) naquele mesmo ano.

## Do que se trata a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

Todo o processo histórico descrito anteriormente culminou na criação da PNSIPN, aprovada em 11 de novembro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2008, e publicada em 13 de maio de 2009 na Portaria nº 992 do Ministério da Saúde (MS – CENTENO, 2016). A PNSIPN tem, como marca, o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2010, p. 18, *apud* BRASIL, 2011, p. 109). Dessa forma, a PNSIPN surge como uma “ferramenta importante na reestruturação da saúde, através de uma política que adere à demanda e à realidade do país” (NETO, J. *et al.*, 2015).

É importante destacar que a PNSIPN foi construída com foco na população negra brasileira e em seus determinantes sociais, nos acometimentos genéticos, nas doenças crônico-degenerativas, dentre outras mais prevalentes, através de princípios (marca, diretrizes gerais, objetivos geral e específico) os quais serão resumidamente descritos em outros tópicos.

A PNSIPN, enquanto política pública, debruça-se sobre o racismo e sobre as desigualdades que se desdobram dele como determinantes sociais em saúde, que geram precariedade no atendimento e carecem de atenção especial para inclusão da população negra no sistema de saúde (CENTENO, 2016). Para tal, foi importante que a Política abarcasse programas e ações intersetoriais, envolvendo múltiplos órgãos do MS, iniciativas da sociedade civil e dos movimentos sociais participantes (CENTENO, 2016).

Há, ainda, outras interpretações sobre a Política, tal como descreve Centeno (2016, p. 12), quando diz que a política envolve cultura e pedagogia de organização social, para atender demandas de saúde dos diferentes movimentos civis e esferas públicas.

## Diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A PNSIPN possui seis diretrizes, a saber: inclusão do tema racismo e saúde da população negra nos processos de formação; ampliação e fortalecimento da participação do movimento social; incentivo à produção do conhecimento científico; reconhecimento dos saberes e das práticas populares de saúde; implementação do processo de monitoramento e desenvolvimento de processos de informação, de comunicação e de educação que desconstruam estigmas e preconceitos (BRASIL, 2011).

Brasil (2011) relata a importância de entendermos a transversalidade como um princípio importante da Política, uma vez que a mesma perpassa diferentes atores, secretarias, políticas e ações, semelhantemente a equidade, que se traduz com grande peso no fortalecimento à inclusão da população negra como uma das mais vulnerabilizadas no país, ampliando o debate entre raça, racismo e sociedade.

O primeiro objetivo da PNSIPN é o de fortalecer ações de promoção da saúde integral da população negra, minimizando desigualdades étnico-raciais e os efeitos do racismo no SUS em suas diferentes vertentes, a exemplo do racismo institucional. Seus objetivos específicos, por sua vez, giram em torno da ampliação de acesso à população alvo da política, bem como: garantia de inclusão dos debates contra discriminações de gênero e de orientação sexual e situações de violências nas ações de Educação permanente e em saúde; aprimoramento e melhorias dos sistemas de informação; mapeamento e uso das necessidades em saúde dessa população para planejamento e definição de prioridades, além da construção de indicadores e de metas para alcance da implementação; inclusão das demandas da população negra não apenas em nível público, como também no sistema de saúde suplementar, dentre outros.



Alguns autores discutem que, para além do descrito no texto original da Política, o seu grande objetivo é compensar as discriminações raciais existentes ao longo da história do Brasil (NETO, J. *et al.*, 2015). Há de se considerar, ainda, que a PNSIPN utiliza o princípio da equidade como ferramenta para “promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis” dessa população (BRASIL, 2013, *apud* NETO, J. *et al.*, 2015).

## Responsabilidades de cada esfera de gestão pública na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Como já dito anteriormente, a implementação da PNSIPN exige múltiplos atores e esferas, desde a sua formulação até o monitoramento e a avaliação do processo de implementação, os quais serão explorados em tópicos seguintes deste capítulo.

Quanto à formulação da PNSIPN, escreve Centeno (2016), foi de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, com apoio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (vale salientar que o comitê era formado por pesquisadores, lideranças dos movimentos negros, representantes do fórum de patologias e dos colegiados de gestores – CONASS e CONASEMS –, e por técnicos do Ministério da Saúde), uma vez que viabilizou a aprovação da Política no CNS e do primeiro Plano Operativo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A SGEP foi responsável pela elaboração da inserção dos objetivos da PNSIPN no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Plurianual (PPA). Também coube à SGEP apoiar técnica e financeiramente estados, municípios e o próprio Distrito Federal.

## Forças e atores presentes na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A literatura consensual que diferentes vertentes do movimento negro brasileiro foram atores principais nesse processo de inserção da discussão sobre as desigualdades raciais na sociedade, pautando a importância da criação de políticas públicas que modificassem a realidade da população negra no Brasil, incluindo o âmbito da saúde.

No entanto, além das representações da sociedade civil, a construção da política sofreu influência, também, de instituições internacionais, a exemplo de Fundações como a Ford, a MacArthur e o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo Britânico (DFID), as quais, segundo descreve Brasil (2011), viabilizaram financeiramente a produção

de pesquisas sobre relações raciais, e, por consequência, a inserção de militantes negros em espaços de formulação das políticas públicas brasileiras.

Outra força importante e que deve ser destacada nesse material foi o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que, além de elaborar a escrita do documento, articulou a apreciação do mesmo no CNS do ano de 2006 (BRASIL, 2011). O Comitê foi importante porque, como citado anteriormente, reunia pesquisadores, representantes de colegiados de gestão (CONASS e CONASEMS), técnicos de diferentes secretarias e áreas do Ministério da Saúde e representantes de associações de portadores, o que gerou bastante disputa política, mas que também enriqueceu as múltiplas possibilidades de pensar e agir em prol da saúde da população negra.

## Edições da política e os planos operativos

No intuito de definir estratégias e metas da política, no âmbito do SUS, foi realizado o I Plano Operativo (OP) da PNSIPN. Os principais objetivos desse plano se referem a:

- garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde;
- inclusão do tema étnico-racial na formação e na educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- identificação, combate e prevenção das situações de abuso, de exploração e de violência;
- garantia de utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas, a fim de definir prioridades e tomada de decisão;
- identificação das necessidades em saúde da população negra e considerá-las no planejamento e na definição de prioridades.

Este plano propôs que a operacionalização fosse realizada em duas fases, a serem cumpridas no prazo de dois anos cada uma delas. A primeira fase compreendeu o período de 2008-2009, e a segunda, o período de 2010-2011. Nessas fases, as metas, as ações e os mecanismos gerenciais para o alcance dos objetivos foram formulados priorizando dois problemas: (1) Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social; (2) Morbidade e Mortalidade na População Negra (BRASIL, 2008).

Sob essa perspectiva, dentre as ações e as estratégias, a inserção da abordagem étnico racial na formação dos profissionais de saúde, a formação de lideranças do movimento quanto aos seus direitos, determinantes sociais e de saúde, a redução da mortalidade homicida, além da melhoria da coleta do quesito raça/cor nas notificações e das análises das condições de saúde por raça/cor, foram apontados como imprescindíveis para a efetivação da PNSIPN. Apesar desse significativo avanço institucional, no qual foram concretizados os ritos burocráticos para legitimação e efetivação da política, para Barbosa (2012), “pouco ou nada foi feito”. Segunda a autora, ações especificamente voltadas à saúde da população negra não foram implementadas.

De acordo com Faustino (2012), nessa primeira fase da implementação do plano, constatou-se que, das ações governamentais que objetivavam a redução das disparidades raciais e que continham indicadores desagregados por raça/cor, apenas quatro dos onze contemplavam esse quesito: Programa Saneamento Rural, Programa Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, Programa Brasil Quilombola e a Política Nacional de Atenção Básica. Ademais, autores apontam que o preenchimento do campo raça/cor, nos sistemas de informação, ainda é inadequado (BRAZ *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2012).

Esse cenário pode evidenciar tanto a falta de ações voltadas à formação dos profissionais quanto à importância do preenchimento do quesito cor, como também um prejuízo para o monitoramento das ações e o direcionamento das decisões voltadas à saúde da população negra, uma vez que os dados são insuficientes ou inexistentes. Percebemos, também, que a única ação institucional que foi direcionada à população negra se deteve apenas aos remanescentes quilombolas. Já os outros programas e as outras políticas apontadas pelo autor são de cunho universal, ou seja, consideram, no impacto nos determinantes sociais e de saúde, somente os aspectos de exclusão social relacionados a classe social (MOEHLECKE, 2002).

Em 2013, foi lançada a segunda edição da PNSIPN. Nela, além de ratificar as diretrizes, os objetivos e a importância de construir ações no combate à discriminação racial, também se destaca a importância da desconstrução dos estigmas que permeiam todo o ciclo de vida dessa população. Diferentemente da primeira versão, aponta, também, a necessidade de considerar aspectos locais e regionais como estratégia para redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde, principalmente no que tange a: morbimortalidade materna e infantil; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino, câncer de mama e transtornos mentais (BRASIL, 2013). Assim, seria possível conhecer a distribuição desses agravos no país e subsidiar melhor as políticas públicas, bem como utilizá-los como indicadores do acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção (HERINGER, 2002).

A segunda edição da PNSIPN apoiou a construção do II Plano Operativo (2013-2015) da Política e objetivou estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, a fim de garantir acesso às ações e aos serviços com excelência para promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2013). Além disso, o plano enfatizou sobre a importância do reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e das condições de saúde, sobretudo no tocante à interseccionalidade de raça, gênero, ciclo de vida e classe social (BRASIL, 2014).

Na perspectiva de potencializar as ações e gerar impactos positivos, o II Plano Operativo apresenta estratégias mais específicas, direcionadas ao problema de dificuldade de acesso da população negra à atenção à saúde e aos cinco eixos: (1) Acesso da população negra nas redes de atenção à saúde; (2) Promoção e Vigilância em Saúde; (3) Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; (4) Fortalecimento da participação e do controle social; (5) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra (BRASIL, 2014).

Quanto à formulação do II Plano Operativo, segundo Iwano (2016), houve um equívoco na concepção da primeira versão do II Plano Operativo, pois as 51 estratégias elencadas para aplicação da política foram direcionadas apenas ao Ministério da Saúde. Então, em 2014, foi publicada uma segunda versão do II PO (2013-2015), enfim, pactuando as ações com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2014). A formulação foi imprescindível para a instrumentalização da política, pois definiu o financiamento, a priorização de ações e o monitoramento e a avaliação da PNSIPN a serem incluídos nos Planos de Saúde nas três esferas de gestão do SUS e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) (BRASIL, 2014; IWANO, 2016).

Iwano (2016) destaca, ainda, que há limitações para realizar o monitoramento da política, uma vez que os dados eram confusos ou pouco explicativos. Além disso, das 51 estratégias, poucas foram atendidas ou, simplesmente, descontinuadas (IWANO, 2016), o que pode evidenciar dificuldades ou até desinteresse em implementar a política. Outrossim, o plano vem reafirmar a importância da transversalidade e da interseccionalidade das políticas públicas, uma vez que as disparidades raciais são contextuais e vão além do processo saúde-doença (WERNECK, 2016).

O ano de 2017 foi profícuo, com marcos importantes para a PNSIPN. A publicação da Portaria nº 344/2017 tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS. Além disso, com o fim da vigência do II Plano, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou e aprovou o III Plano Operativo (2017-2019), a fim de estabelecer ações para a implementação da PNSIPN e a promoção da equidade

em saúde da população negra nos estados e municípios. O referido plano foi estruturado seguindo os mesmos cinco eixos elencados no II PO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse mesmo ano, foi lançada a terceira edição da PNSIPN. Para além das disparidades em saúde entre brancos e negros, nela, foram ressaltados os avanços no que tange à saúde da população negra, como: o Plano Juventude Viva, o qual prevê a proteção de jovens negros em situação de violência; a disponibilização do curso sobre a saúde da população negra na Universidade Aberta do SUS; a formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que é um espaço de participação e de controle social. Além disso, foi instituído o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial, a fim de articular, com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, as ações, propor metas e prioridades de acordo com a realidade local (BRASIL, 2017).

Segundo Batista e Barros (2017), apenas 57 municípios e sete unidades da federação implementaram a Política. É uma realidade preocupante diante, principalmente, da característica populacional do Brasil, onde 54,9% da população se autodeclara negra (IBGE, 2017), além de representarem quase 80% dos usuários do SUS (NAÇÕES UNIDAS, 2017). Diante desse cenário, por que os gestores ainda resistem em implementar essa política? Não seria lógico o Estado investir em uma política que não só impactaria positivamente na maior parcela populacional, visando, sobretudo, a efetividade da administração pública, mas também poderia gerar redução dos custos a longo prazo e melhorias no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)?

Para além de reconhecer a importância enquanto problema de saúde pública, refletido nos múltiplos agravos, é relevante destacar a dificuldade dessa população em acessar aos serviços de saúde, bem como discriminação praticada pelos prestadores de cuidados de saúde, o que potencializa as iniquidades em saúde nesse grupo (DANTAS, 2019).

## A implementação da PNSIPN: experiências exitosas

É salutar destacar experiências exitosas, como a implementação da PNSIPN, a fim de diminuir as iniquidades raciais em saúde. Sendo assim, relataremos, abaixo, duas experiências pioneiras no que tange a essa implementação.

### A implementação da PNSIPN em Porto Alegre

A população da cidade de Porto Alegre é composta por 79,2% de pessoas brancas, 20,2% de pessoas negras e apenas 0,23% de pessoas indígenas (PORTO ALEGRE, 2017). No entanto,

mesmo sendo composta por maioria de pessoas brancas, Porto Alegre apresenta disparidades em saúde importantes com relação à população parda e preta. Em série histórica, sobre a incidência de infecção por HIV/AIDS a cada 100.000 habitantes, enquanto a população negra apresentou uma incidência de 150.1, a branca apresentou de 66.2, em 2014. De acordo com Soares (2018), no município, assim como em todo o Brasil, as iniquidades raciais ocorrem por causas evitáveis e consideradas injustas. Logo, era importante pensar e implementar uma política para a população mais vulnerabilizada: a população negra (SOARES, 2018).

Nesse sentido, visto que a educação permanente é uma das formas de mudança no processo de trabalho, primeiramente, ministraram uma capacitação para Rede de Saúde. No entanto, analisaram que seria necessária uma intervenção mais ampla e robusta, por causa da complexidade do tema. Então, com o objetivo de implementar a PNSIPN nos territórios e fomentar a participação da gestão, dos trabalhadores e da sociedade civil, criou-se o curso Projeto Promotor@s em Saúde da População Negra (SOARES, 2018).

Nesse processo, foi necessário sensibilizar a gestão para convencê-la de que era essencial a implementação da PNSIPN, intervir sobre a negação da existência de racismo nos serviços de saúde, bem como estabelecer pactuação para que trabalhadores e trabalhadoras pudessem ter acesso ao curso. Além disso, a formação de promotores foi estendida para os acadêmicos dos cursos de saúde, o que acabou por impulsionar a parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), gerando um projeto de extensão (SOARES, 2018).

A metodologia aplicada objetivava não só problematizar os diversos contextos e como o racismo estrutural interfere na vida e na morte da população negra, mas, também, do cuidar e do adoecer a partir dos corpos, seja ele branco, negro e/ou indígena. O curso permitiu o envolvimento de diversos atores, subsidiou a descentralização das ações nos territórios e responsabilização no envolvimento com o SUS e a política, e, sobretudo, despertou o interesse de cidades vizinhas e de outros estados pelo curso, inclusive a difusão quanto à importância da PNSIPN (SOARES, 2018).

Para além do curso, a Secretaria Municipal de Porto Alegre desenvolveu ações para o reconhecimento da população negra nas práticas institucionais do SUS, além de colocar na centralidade do debate, em diversos outros setores, a discriminação enquanto forma de violência, e fomentou e desenvolvimento de estratégias de visibilidade para a saúde da população negra, em especial as populações com anemia falciforme, quilombola e de matriz africana (SOARES, 2012).

A implementação impulsionou diversas outras ações em saúde e intersetoriais, além de parcerias importantes, a fim de diminuir as disparidades raciais no município e nos estados, dentre elas, a realização do seminário na UFRGS, com o intuito de introduzir essa temática na matriz curricular dos cursos da área da saúde – gargalo importante apontado

na política, além de ser uma questão invisibilizada pela maioria das universidades do país (SANTANA *et al.*, 2019). Outro fato positivo, apontado no Relatório final sobre o Fórum Nacional “Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS”, foi a parceria com o Projeto Galera e Curtição (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016), parceria das Secretarias de Educação e de Saúde. O Projeto objetiva oferecer atenção integral de prevenção e de promoção à saúde de crianças, adolescentes e jovens da rede pública, nos níveis estadual e municipal e que já mostram resultados positivos: o índice de frequência escolar dos participantes aumentou em 23% (GALERA CURTIÇÃO, 2019).

## A implementação da PNSIPN no estado de São Paulo

São Paulo foi um dos primeiros estados a implementar a Política de Atenção à Saúde da População Negra (BATISTA; MONTEIRO, 2010). Diante do cenário, com aproximadamente 37% da população de pretos e pardos cuja maioria está concentrada em espaços periféricos da cidade de São Paulo, com altas taxas de criminalidades e com pouco acesso a serviços de essências, sobretudo de saúde, esse estado articulou várias ações, a fim de diminuir disparidades raciais (IBGE, 2010).

Inicialmente, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo promoveu ações de sensibilização e elaborou projetos e propostas de políticas dentro dos demarcadores e instrumentos de gestão do SUS. Nesse processo, destacam-se a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, o fomento às produções científicas sobre o tema, a realização de atividades de extensão com comunidades de remanescentes quilombolas e de seminários em âmbito regional sobre a saúde dessa população, que serão detalhados adiante (BATISTA; MONTEIRO, 2010).

No campo da produção de conhecimento, os estudos e as pesquisas desenvolvidas pela SES-SP apontaram a relação existente entre desigualdades raciais e fatores sociais, genéticos, políticos e econômicos, bem como o quanto essa associação interfere no processo de cuidado, de saúde, de doença e de morte da população negra. Uma das iniciativas também adotadas pela Secretaria foi apoiar a extensão da Estratégia Saúde da Família para os municípios com populações remanescentes de quilombos; o projeto, denominado de Projeto QUALIS, objetivava incluir práticas de promoção e de educação em saúde nessas comunidades (BATISTA; MONTEIRO, 2010).

Além disso, na área da comunicação social, ocorreu um incentivo à construção e à distribuição de materiais informativos e instrumentais para acesso dos profissionais da saúde e do movimento negro do Estado. Entre eles, constam os seguintes: *Boletim do Instituto de Saúde* (BIS), nº 31 e nº 44, *Boletim Epidemiológico Paulista* (Bepa) especial, *Boletim do CRT*

*Aids*; os livros *Seminário de Saúde da População Negra e Nascer com equidade*; e os vídeos *Saúde com cultura, Metodologia de pesquisas e Parto e nascimento e as questões étnico-raciais* (BATISTA; MONTEIRO, 2010).

A Secretaria do Estado de São Paulo foi responsável por implementar o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, um dos primeiros do país. O espaço era composto por profissionais da Secretaria e representantes dos movimentos sociais, do movimento negro, de universidades e de instituições com acúmulo no campo da saúde da população negra. Em 2007, foi instituída a Área Técnica da Saúde da População Negra no Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Coordenadoria de Planejamento e Saúde. Através dessa Área Técnica, foram elaborados textos, metas e estratégias no Plano Estadual de Saúde e no Plano Operativo Anual, incluindo, também, o quesito cor no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (BATISTA; MONTEIRO, 2010).

Assim, a estruturação da presente Área Técnica também viabilizou a introdução de diversos projetos pilotos com o intuito de, a posteriori, serem acrescentados aos eixos e às diretrizes estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como: redução das desigualdades e aperfeiçoamento da qualidade das ações de saúde; redução da mortalidade materna e infantil – linhas de cuidado da gestante e da puérpera; ações de promoção em saúde e atenção básica; gestão da educação e do trabalho; educação permanente e fortalecimento da participação da comunidade na gestão do SUS.

Entre as iniciativas, citamos o projeto a Humanização do Parto e Nascimento e as questões étnico/raciais e de gênero, desenvolvido no Hospital Geral de São Mateus, com o objetivo de aprofundar os diferenciais na mortalidade materna e infantil da população negra com profissionais que atendem às mulheres gestantes e puérperas; o Saúde com Cultura – realizado em articulação com a Secretaria de Estado da Cultura, utilizado para elaborar ações transversais e qualificar os profissionais da saúde dos DRSs (Departamentos Regionais de Saúde, articuladores de saúde da população negra, saúde da mulher, da criança, do idoso, de grupos de humanização e os CDQs). A implementação da PNSIPN em São Paulo também intensificou a atenção aos pacientes portadores de anemia falciforme e outras hemoglobinopatias na Macrorregião de São José do Rio Preto (DRSs de Araçatuba, Barretos e São José do Rio Preto), e introduziu o quesito cor nos sistemas de informação, estabelecendo, nesse processo, a criação de Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra (BATISTA; MONTEIRO, 2010).



## Indicadores de monitoramento e avaliação do processo de implementação da PNSIPN

Para Ribeiro (2019), a universalização do sujeito ao se formular e implementar uma política pública, além de invisibilizar aqueles que estão em maior situação de vulnerabilidade, contribui, também, para o aumento das disparidades. A exemplo disso, o Atlas da Violência aponta que, em 2017, 75,5% das pessoas assassinadas eram negras e que, entre os anos de 2007 e 2017, enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5%, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. Tais dados evidenciam disparidades raciais, principalmente referentes às políticas públicas que considerem os aspectos étnico-raciais, uma vez que as taxas referentes à vitimização da população não negra foram mitigadas.

Assim, a avaliação da PNSIPN ganha centralidade, pois, por meio dela, são verificados seus avanços e debilidades frente a realidade nos serviços de saúde, no que concerne a assistência à população negra. Como aponta Whitehead (1992), monitoramento e avaliação são essenciais em qualquer intervenção para reduzir a iniquidade, de modo a refinar as políticas e ter certeza de que estas estão atendendo suas diretrizes, seus objetivos e suas ações estratégicas, além de não produzirem nenhum dano.

A construção de indicadores para o monitoramento e avaliação das políticas consiste no aprofundamento dos determinantes sociais na saúde, identificando necessidades de informação para equidade em saúde e dos serviços de saúde e envolvendo setores variados da sociedade civil. Destaca-se que os processos avaliativos com enfoque na equidade racial em saúde, nas últimas abordagens, consideram tanto as características territoriais quanto populacionais. No entanto, para permitir uma maior fidedignidade dos resultados e eficiência das políticas, é importante integrar, na realização das pesquisas, os sujeitos dos grupos focalizados (LUTHER et al., 2003, p. 243-248 *apud* WERNECK, 2005, p. 369; HATCH et al., 1993, p. 27-31 *apud* WERNECK, 2005, p. 369; McCOY et al., 2003 *apud* WERNECK, 2005, p. 369; COOPER et al., 2002 *apud* WERNECK, 2005, p. 369). Vamos apresentar aqui resultados de dois projetos de pesquisa que objetivaram construir indicadores para monitorar e avaliar o processo de implementação da PNSIPN.

O relatório final da pesquisa coordenada por Araújo (2018), “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidados em Estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro”, desenvolve uma avaliação da atenção à saúde da população negra e da intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado. Assim, partindo de uma abordagem qualitativa e quantitativa com estratégias metodológicas múltiplas e envolvendo instituições de ensino superior situada nas regiões da Bahia, de Sergipe e de São

Paulo, o estudo apresenta, como finalidade, evidenciar a dinâmica político-social que vem conformando a política de saúde da população negra na Bahia; apresentar as especificidades de implantação da política de saúde da população negra a partir desse contexto, considerando sua historicidade; contribuir para a produção de conhecimento em saúde e fornecer subsídios para a elaboração de estratégias para a implementação da PNSIPN; evidenciar as práticas de cuidado em pessoas com doença falciforme; e construir e validar um instrumento de aferição de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros, a partir da perspectiva das usuárias.

A partir da pesquisa supracitada, elencamos alguns indicadores que monitoram o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O plano de indicadores elaborado aponta a existência de três dimensões de análise: Atenção à Saúde, Gestão e Ensino e Pesquisa.

**Quadro 1 – Distribuição dos indicadores nas dimensões de análise**

INDICADORES Atenção à Saúde	INDICADORES Gestão	INDICADORES Ensino e Pesquisa
% de assistência pré-natal nas mulheres negras	Representantes de entidades negras como conselheiros de saúde	Presença de disciplinas que contemplem a abordagem étnico-racial na grade curricular dos cursos de saúde
% de exames realizados pelas mulheres definidos na consulta pré-natal	Conselheiros participando da elaboração de planos e de projetos voltados para a saúde da população negra	Produção bibliográfica sobre a Saúde da População Negra no Brasil e na Bahia
Implantação de comitê de mortalidade materna	Projeto ou plano de ação voltado para a população negra apresentado no conselho municipal de saúde	
Comitê de mortalidade materna realizando as investigações	Processo decisório baseado nas diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde	
Implantação de instância de promoção da equidade em saúde	Existência de instância de promoção de equidade em saúde	
Implantação de vigilância de violência e acidentes		
Vigilância de óbito infantil na população negra		
Razão: mortalidade por doenças diarreicas e pneumonia na população negra na infância / total de óbitos na infância pelo mesmo grupo de causas		

Unidade de Saúde com atendimento às pessoas com doença falciforme		
Ações desenvolvidas em comunidades quilombolas		
Ações desenvolvidas com Comunidades Tradicionais de Matriz Africana		

Fonte: Plano de indicadores do projeto “Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo Sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro”, 2017.

Nesse sentido, é importante destacar que o referido plano de indicadores expressa três dimensões. Essas contemplam os indicadores alinhados a variáveis, as quais são: I. Dimensão da Atenção à Saúde (assistência pré-natal, comitê de vigilância à mortalidade materna, criação de instância de promoção da equidade em saúde, vigilância de violência e acidentes, mortalidade infantil pós-neonatal por doenças diarreicas e pneumonia, atenção às pessoas com Doença Falciforme, desenvolvimento de ações de saúde em áreas remanescentes de quilombos e desenvolvimento de ações de saúde junto a comunidades tradicionais de Matriz Africana); II. Dimensão da Gestão (controle social e processo decisório); III. Dimensão do Ensino e Pesquisa (introdução da abordagem étnico-racial nos processos de formação das instituições públicas de ensino superior e produção bibliográfica sobre a Saúde da População Negra).

No Relatório do Projeto de Pesquisa “Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): indicadores de monitoramento e avaliação”, coordenado por Batista (2017), também é construída uma avaliação sobre a PNSIPN. O estudo objetivou verificar quais eram as experiências exitosas na implementação da PNSIPN e que indicadores podem ser utilizados para monitorar e avaliar a implementação da mesma. Seu percurso metodológico é desenvolvido em cinco etapas: I e II – identificação do processo de implementação da política – identificação do cenário e o contexto da implementação; III – produzir indicadores para avaliar e monitorar o processo; IV – a validação dos indicadores; e V – estabelecimento de critérios que embasam o julgamento da implementação da política. Nas quatro primeiras etapas, houve a participação de proponentes da Política, de gestoras representando as 57 experiências exitosas de implementação da PNSIPN (burocratas de nível de rua), de assessores técnicos dos colegiados de representação de gestores, de representantes dos movimentos sociais, de representantes de associações e de fóruns de patologias.

A presente pesquisa levou em consideração 33 indicadores de monitoramento de implementação da PNSIPN, sendo subdivididos nos seguintes: indicadores sociodemográficos da população, segundo faixa etária, sexo e raça/cor; indicadores de morbimortalidade, segundo sexo, faixa etária e raça/cor; indicadores de estrutura para enfrentar o racismo e indicadores de gestão da política.

**Quadro 2 – Distribuição dos indicadores em subdivisões**

INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES
Sociodemográficos da população segundo sexo, faixa etária e raça/cor	Morbimortalidade segundo sexo, faixa etária e raça/cor	Estrutura para Enfrentamento ao Racismo na Gestão Municipal /Estadual	Gestão da PNSIPN (implementação da PNSIPN nos Estados e Municípios)
População segundo idade, sexo e raça/cor	Taxa de mortalidade por agressão/homicídios segundo faixa etária, sexo e raça/cor – Vulnerabilidade da Juventude Negra	Existe legislação específica que institua um Plano Estadual de promoção da igualdade racial e/ou enfrentamento ao racismo  (Fonte: IBGE ESTADIC-2014, Bloco 8: direitos humanos)	Instância de condução da PNSIPN
Proporção de domicílios com escoamento sanitário/saneamento segundo responsável pelo domicílio, sexo e raça/cor (Urbana e Rural)	Taxa de mortalidade neonatal precoce segundo sexo e raça/cor	Conselho Estadual de Igualdade Racial  (Fonte: IBGE ESTADIC-2014, Bloco 8: direitos humanos)	PNSIPN no SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão)
Municípios com comunidades quilombolas	Incidência de sífilis segundo raça/cor	Enfrentamento ao racismo e à homofobia – Tema da capacitação da Segurança Pública  (Fonte: IBGE ESTADIC-2014, Bloco 9; segurança pública)	PNSIPN incluída no Plano de Governo
	PQAVS (Ficha de violência) – 95% de notificação de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Combate à discriminação nas escolas (homofobia, racismo, intolerância religiosa) – temas para os quais o órgão gestor da educação adota medidas  (Fonte: IBGE ESTADIC-2014, Bloco 9; segurança pública)	PNSIPN incluída no Plano Plurianual

Fonte: Indicadores de monitoramento da implantação PNSIPN para a Sala de Apoio à Gestão, 2016, do Projeto “Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): indicadores de monitoramento e avaliação”, 2017.

Assim, as pesquisas aqui apresentadas são estudos importantes, nas quais relacionam variados indicadores, apontam particularidades da gestão e caminham no fortalecimento da PNSIPN enquanto mecanismo de enfrentamento ao racismo e das iniquidades no âmbito

da saúde. Para Batista *et al.* (2017), à medida que a política é implementada, ela precisa ser monitorada e avaliada, com a finalidade de se verificar o quão eficaz ela é na redução das iniquidades em saúde. Um dos elementos essenciais para fazer isso é a existência de indicadores sensíveis e factíveis para monitorar e avaliar o acesso e a qualidade da atenção prestada à população negra.

## Desafios para implementação e efetivação da PNSIPN

Rinehardt (2013, p. 105), ao realizar o estudo “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS”, diz que este teve como objetivo compreender a visão dos gestores municipais quanto à importância de implementar a PNSIPN e quanto às suas dificuldades e facilidades para implantação, e alerta para a necessidade de considerar a perspectiva dos gestores municipais, para entender os desafios de implantação destas políticas em contextos distintos, incluindo os culturais, econômicos e de portes populacionais.

No relatório da pesquisa “Avaliação do processo de implementação da PNSIPN”, Batista *et al.* (2017) apontam que, dentre os desafios para implementar a Política, o racismo é colocado como o principal desafio. Esse racismo se expressa na dificuldade do Ministério da Saúde em subsidiar os gestores estaduais e municipais com dados desagregados por raça/cor; na falta de apoio dos chefes do executivo e secretário nomeado para a pasta da saúde; no racismo dos outros técnicos da secretaria, que veem a universalidade como estruturante no sistema de saúde.

Quanto às estratégias de implementação da Política, para Batista e Barros (2017), as 57 experiências exitosas evidenciam que a institucionalização das áreas técnicas e os comitês técnicos vêm sendo as principais estratégias utilizadas pelas gestoras para implementar a PNSIPN. Enquanto a coordenadora da área técnica possui autonomia para tomar as decisões e se coloca como articuladora dentro da gestão, o Comitê Técnico é um comitê assessor e não faz parte do corpo técnico da gestão.

## Potencialidades para efetivação da PNSIPN

Apesar dos diversos gargalos e barreiras no processo de implementação, vale salientar que se trata de uma política que foi implementada há apenas treze anos. É importante, também, vislumbrar as potencialidades para a sua efetivação, uma vez que os avanços das conquistas da população negra transpassam essas barreiras e dão mais robustez no processo de luta que ainda continua.

Diferentemente do cenário de décadas atrás, a percepção sobre a necessidade da existência de políticas de enfrentamento ao racismo vem ganhando força na população brasileira. Temas como racismo e desigualdades raciais alcançaram, mais do que nunca, espaço no mundo acadêmico. Segundo Alves e Gamba (2019), na Folha de São Paulo, o Brasil é o quinto país que mais publica sobre esses temas, principalmente nas áreas das ciências sociais e de saúde. As consequências do avanço das políticas afirmativas e a ampliação do acesso à educação despertaram não só o interesse por essas temáticas como também fomentaram a formação de nível superior, sobretudo dos intelectuais negros (ALVES; GAMBÁ, 2019).

Ademais, vale salientar que alguns marcos foram importantes, pois pautaram não somente o compromisso em âmbito nacional como também internacional. No que se refere à Década Internacional de Afrodescendentes das Nações Unidas, a ONU lança uma agenda (2015-2024) no intuito de consolidar compromissos com os Estados-membros e com a sociedade civil, a fim de promover ações de inclusão e de proteção dessa população. Nesse documento, é reconhecido que a discriminação racial sofrida pelos afrodescendentes nas Américas e o processo histórico de escravização são fundantes para a situação de vulnerabilização social, ainda hoje vivenciada por esse grupo. Logo, ao assumir esse compromisso, o Brasil pode fomentar a ampliação da discussão sobre os direitos e as garantias da população negra, bem como colocar na centralidade o investimento na PNSIPN, objetivando diminuir as disparidades e promover melhorias dos seus indicadores de saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Outrossim, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aponta que a redução da pobreza, da desigualdade e da exclusão social, no Brasil, está atrelada ao fortalecimento de iniciativas de combate ao racismo. Diante disso, o PNUD implementou o projeto de cooperação internacional com a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPIR) do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), a fim de potencializar ações de desenvolvimento de órgãos e conselhos que sejam direcionadas à promoção da igualdade racial. O projeto prevê também, para 2020, a implementação e/ou o fortalecimento do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR), o qual é responsável por realizar políticas destinadas a superar as desigualdades raciais no Brasil e que conta, atualmente, com a adesão de 20 estados e 71 municípios (NAÇÕES UNIDAS, 2019).

## Considerações finais

Os marcos regulatórios internacionais, as legislações e os processos de planejamento estão estabelecidos; a produção científica é robusta o suficiente para apoiar a gestão. Assim, todos esses fatores favorecem a implementação da Política, sendo o maior entrave, até hoje, o racismo.

## Referências

- ALVES, G.; GAMBA, E. Pesquisas brasileiras sobre racismo e desigualdade racial crescem 28 vezes em 20 anos. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 20 nov. 2019. Ciência. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2019/11/pesquisas-brasileiras-sobre-racismo-e-desigualdade-racial-crescem-28-vezes-em-20-anos.shtml>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- ARAÚJO, E. *et al.* *Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as práticas do cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro*. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2018.
- BARBOSA, M. I. S. Saúde da população negra. *Revista Desafios do Desenvolvimento*, n. 70, v. 70, p. 1, Brasília, 2012.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S.; SILVA, N. G.; TOMAZELLI, P. C.; SILVA, A.; RINEHARDT, D. *Indicadores de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: subsídios à sala de apoio à gestão*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005969/indicadores-de-monitoramento-e-avaliacao-saude-integral-da-pop\\_8K73Y9l.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1005969/indicadores-de-monitoramento-e-avaliacao-saude-integral-da-pop_8K73Y9l.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.
- BATISTA, L. *et al.* *Boletim do projeto de Avaliação da Implementação da PNSIPN* — São Paulo: Instituto de Saúde (IS-SES/SP), 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/revistapnsipn.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S.; TOMAZELLI, P.; SILVA, N. G.; SILVA, A. *Avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: indicadores de monitoramento e avaliação*. São Paulo: Instituto de Saúde, Relatório de Pesquisa, Mimeo, 2017.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out./dez. 2013. DOI:10.1590/S0103-11042013000400016.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*. v. 12, n. 2, p. 172-178, São Paulo, ago. 2010.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 33, p. 5, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00090516.
- BRASIL, S. A. *A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_populacao\\_negra\\_plano\\_operativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf). Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 set. 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002\\_02\\_09\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html). Acesso em: 05 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., p. 35, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em: 06 maio 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional da Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 44p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 07 maio 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 16, de 30 de março de 2017* – Imprensa Nacional, 2017. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20139405/doi-10.1590/S0103-11042013000400002](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20139405/doi-10.1590/S0103-11042013000400002). Acesso em: 07 maio 2020.
- BRAZ, R.M. *et al.* Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, 2013. DOI:10.1590/S0103-11042013000400002.
- CENTENO, S.R. *As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor*. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- CHEHUEN NETO, J.A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1909-1916, 2015.
- COSTA, S.G. *A equidade na saúde brasileira: uma análise da política nacional de saúde integral da população negra*. 2013. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- DANTAS, M.N.P.; AIQUOC, K.M.; SANTOS, E.G.O *et al.* Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 32, n. 1, p. 1-11, nov. 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.9764.
- FAUSTINO, D.M.O. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J. LOPES, F. (org.) *Saúde da população negra*. Brasília: ABNP, 2012.



FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório final sobre o Fórum Nacional “Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS”*. [s.l.] Nações Unidas, 2016. Acesso em: 08 jun. 2020.

GALERA CURTIÇÃO. *Projeto Galera Curtição mobiliza comunidade escolar em Jaraguá do Sul*. 2019. Disponível em: <https://www.galeracurticao.com.br/post/projeto-galera-curti%C3%A7%C3%A3o-mobiliza-comunidade-escolar-em-jaragu%C3%A1-do-sul>. Acesso em: 15 maio 2020.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S57-S65, 2002. DOI:10.1590/S0102-311X2002000700007. Acesso em: 21 maio 2020.

SÃO PAULO. *Humanização do Parto e Nascimento: questões étnico/racial e de gênero*. Governo do Estado de São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/videos/humanizacao-do-parto-e-nascimento-questoes-etnicoracial-e-de-genero>. Acesso em: 21 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: [www.censo2010.ibge.gov.br/dados/index.php?uf=33](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados/index.php?uf=33). Acesso em: 09 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos* | Agência de Notícias | IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em: 09 jun. 2020.

IWANO M. *Análise do monitoramento e da avaliação da política nacional de saúde integral da população negra*. 2013. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2482/1/Marcela%20Iwano.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.

MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: História e debates no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 117, p. 197-217, 2002. DOI: 10.1590/S0100-15742002000300011. Acesso em: 11 maio 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *Década internacional de Afrodescendentes*. 2015. Disponível em: [https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/05/WEB\\_BookletDecadaAfro\\_portugues.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/05/WEB_BookletDecadaAfro_portugues.pdf). Acesso em: 11 jun. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *PNUD anuncia planos para fortalecer mecanismos de combate ao racismo no Brasil em 2020*. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pnud-anuncia-planos-para-fortalecer-mecanismos-de-combate-ao-racismo-no-brasil-em-2020/>. Acesso em: 11 maio 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra* | ONU Brasil. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>.

- NETO, J.A.C. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015. DOI:10.1590/1413-81232015206.17212014. Acesso em: 11 jun. 2020.
- PORTO ALEGRE. *Equidade Étnico Racial nos Territórios / Ano 2017*. 2017. Disponível em em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=689](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=689). Acesso em: 12 jun. 2020.
- RIBEIRO, D. *Lugar de fala*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019.
- RINEHARDT, D. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS*. 190f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- SANTANA, R.A.R. *et al.* A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 23, e170039, 2019. DOI: 10.1590/interface.170039. Acesso em: 12 jun. 2020.
- SOARES, E.O. *Olhares sobre a equidade em saúde: elementos acerca da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre*. Porto Alegre: Hartmann, 2012.
- SOARES, E.O. Estratégia para implementação PNSIPN em Porto Alegre/RS. SOARES, E.O (org). *Semeando o Baobá: implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre*. Porto Alegre, RS: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. 2 v.: il.
- WERNECK, J. *Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido*. Saúde da População negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade/ Fundação Nacional da Saúde. – Brasília: Funasa, 2005.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016. DOI: 10.1590/s0104-129020162610. Acesso em: 12 jun. 2020.
- WHITEHEAD, M. The Concepts and principles of equity in health. World Health Organization, 1990 (Discussion Paper) *apud* DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote equity in health*. WHO, Regional Office for Europe, 1992.

## 2 Comunidades quilombolas no Rio Grande do Norte: trajetória de luta para o direito à saúde

*Francisco Cândido Firmiano Júnior*

*Elizabeth Lima da Silva*

*Julie Cavignac*

*Samara Freire*

### Introdução

A Constituição de 1988 reconhece os quilombolas como sujeitos de direito, pois traz a garantia de regularização dos seus territórios e da manutenção das suas culturas. O marco constitucional abriu o caminho para a implementação de políticas de reparação à opressão histórica sofrida, bem como iniciou um debate nacional sobre o lugar dos negros na sociedade brasileira.<sup>2</sup> Desde então, conquistas foram alcançadas com as políticas afirmativas e o combate ao racismo, aumentando a visibilidade das comunidades tradicionais e chamando atenção para as injustiças sociais e para as condições de vida da população negra no campo e na cidade. No entanto, embora observe-se que a legislação avançou, na prática, as desigualdades subsistem. Assim, apesar do seu caráter universal, o direito à saúde não é efetivado: o acesso a uma saúde integral, gratuita e de qualidade continua sendo um campo de luta do movimento negro. Apesar das políticas de reparação e das ações de enfrentamento do racismo, pesquisas apontam que há um acesso desigual aos cuidados. Verifica-se, ainda, uma invisibilização da população negra e *a fortiori*, dos quilombolas, em relação ao tratamento de doenças específicas (MAIO; MONTEIRO, 2005).

Este capítulo tem como intuito apresentar a trajetória da criação do Comitê de Atenção à Saúde da População Negra e Quilombola no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Ao retratar o histórico da luta pela implementação da política, a sua distribuição nos territórios quilombolas, identificando atores envolvidos, queremos contribuir para o debate acerca da

---

2 O Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003 é o principal marco regulatório no que se refere às comunidades quilombolas: além de possibilitar a aplicação dos direitos constitucionais, o Estado brasileiro os reconhece como sujeitos de direitos, instituindo no país uma série de medidas administrativas com o intuito de fortalecer a política de igualdade racial.

saúde da população negra, pois, se existem desigualdades históricas que ainda não foram superadas, os grupos quilombolas e a população negra urbana e periférica apresentam alta taxa de vulnerabilidade social. Essa situação se reflete na dificuldade do acesso aos tratamentos e na efetivação das políticas de saúde.

Inicialmente, é preciso lembrar como a política de igualdade racial foi instalada no Estado do Rio Grande do Norte e como se deu o surgimento de uma política de saúde com recorte racial. A criação do comitê de Saúde da População Negra no Rio Grande do Norte e a situação nos quilombos serão avaliadas, para mostrar que a saúde negra continua sendo um desafio para a promoção da igualdade racial, sendo assim, uma das prioridades nas reivindicações dos representantes da população negra e quilombola.

## Histórico da criação do Comitê de Saúde da População Negra e Quilombola no Rio Grande do Norte

No contexto específico das comunidades quilombolas, encontra-se, em vigor, a portaria de nº 2.979, que garante o acréscimo de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendam populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, alterando os critérios de definição das modalidades da Estratégia Saúde da Família. As comunidades quilombolas também foram referidas em outros documentos, como na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009. Assim, a construção da PNSIPN foi resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial, o movimento negro. É fruto da pactuação de compromissos entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com o objetivo de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira.

No Estado do Rio Grande do Norte (RN), as primeiras discussões acerca da implantação de uma política específica para tratar da saúde integral da população negra e quilombola, nas instâncias de gestão do Governo do Estado, ocorreram no ano de 2004, sendo uma atribuição inerente à Coordenadoria de Políticas de Promoção da Igualdade (COEPPIR) vinculada à Secretaria Estadual da Justiça e Cidadania do RN.

Em 22 de junho de 2007, o Governo estadual, por meio do Decreto nº 19.870, instituiu o grupo especial de trabalho para elaboração do I Plano Estadual de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/RN. Esse grupo de trabalho foi composto por representantes da sociedade civil, gestores de diversas secretarias e de outros órgãos federais, os quais entendiam que a política de saúde da população negra e quilombola no RN, para ser efetivada plenamente, deveria estar relacionada a outras políticas, como por exemplo, as políticas educacionais, de assistência social, de segurança alimentar, de emprego e de renda.

Nesta última década, destacamos a participação expressiva das organizações do movimento negro, quilombola, de matriz africana no processo de elaboração das políticas e nas discussões sobre as decisões a serem tomadas. Lideranças com diferentes níveis de escolaridades e situações socioeconômicas, com atuação na militância sindical rural, representações de classe e dos diferentes movimentos sociais e étnicos tiveram papéis fundamentais na luta para implementar uma política pública com vistas à promoção da equidade racial e, no campo da saúde, um melhor acesso ao serviço público.

Nota-se que a sociedade potiguar se acostumou a naturalizar a precariedade das condições de vida de grande parte de sua população, especialmente as da população negra, que, no seu cotidiano, sofre com o preconceito e o racismo. Excluídos e trabalhando em empregos precários e informais, a população negra engrossa as estatísticas das desigualdades sociais: têm uma renda menor, um nível educacional menor e uma habitação precária em relação ao resto da população (CAVIGNAC, 2018; FREIRE, 2012; LOPES, 2004; ROSA, 2011).

Assim, políticas públicas que contemplem as especificidades da população negra e quilombola devem promover, sobretudo, o combate à discriminação racial, uma vez que as ações afirmativas são um instrumento de equidade social. Essas medidas estão amparadas na Constituição Federal e podem oportunizar efetivamente o princípio de igualdade e não somente estarem em conformidade com a legislação, mas estas devem se tornar uma conquista concreta para mais da metade da população brasileira<sup>3</sup>. Para tanto, é determinante que seja efetivada uma política pública multidisciplinar e integrada, para desconstruir a ideologia racista que historicamente discrimina e exclui pessoas e coletividades não-brancas.

Em 5 de novembro de 2014, foi publicada a Portaria nº 420/2014, que instituiu o Comitê Estadual de Política de Atenção à Saúde da População Negra e Quilombola do Rio Grande do Norte, considerando a existência da PNSIPN, e sabendo que sua implantação é de responsabilidade do governo em nível federal, estadual e municipal.

A criação do comitê ocorreu sob a responsabilidade da equipe da gestão da Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação (SIEC). Houve contribuições para a construção do I Plano Estadual de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do RN 2007-2011, somando esforços individuais e coletivos dos representantes da sociedade civil. Muitos se deslocavam com recursos próprios ou das comunidades, oriundos da periferia da capital ou da zona rural, viajando a noite toda para participar das reuniões, geralmente realizadas pela manhã, a exemplo dos representantes da comunidade de Jatobá/Patu e das comunidades quilombolas do município de Portalegre/RN.

---

3 No último censo, em 2010, no Brasil, 50,7% se declaram pretos e pardos, somando 96,7 milhões de pessoas. No Rio Grande do Norte, no mesmo ano, 57,72% se declaram pardos e negros (IBGE, 2010).

O comitê tem, por finalidade, promover a igualdade racial nas ações e fiscalizar serviços de saúde, para a pesquisa, a educação, a informação e a atenção à saúde para o alcance da equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta, entre suas atribuições: atuar na implementação, no acompanhamento e na avaliação das ações programáticas e políticas referentes à promoção da equidade em saúde da população negra e quilombola, junto a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP-RN) e em todo o Estado, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Decreto Federal nº 4.886, de 20 de novembro de 2003); propor mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas antirracistas e não discriminatórias, buscando a equidade; propor indicadores para acompanhamento e avaliações de promoção da saúde negra e quilombola; apoiar e estimular o processo de implantação dos Comitês Técnicos Municipais de Saúde da População Negra e Quilombola, dentre outras atribuições.

Tem-se, ainda, a composição do comitê, para um mandato de dois anos. Esse fato foi conquistado após mais de uma década de discussões na SESAP/SIEC acerca da importância das políticas pensadas para a população negra e quilombola do RN. Dando sequência ao processo histórico de efetivação da política de atenção à saúde da população negra e quilombola, salientamos que, nesse período, ocorreram algumas capacitações, como, por exemplo, um curso à distância sobre a PNSIPN destinado aos profissionais da saúde e à sociedade como um todo. No período de 23 a 25 de maio de 2012, gestores e representantes quilombolas do Comitê Saúde da População Negra e Quilombola participaram do Seminário Regional de Gestão Estratégica e Participativa “As Políticas de Promoção da Equidade”, que foi organizado pelo Ministério da Saúde em Fortaleza.

A primeira reunião de planejamento de ações do Comitê Saúde da População Negra e Quilombola do Rio Grande do Norte ocorreu no dia 6 de maio de 2015, no auditório do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Esse evento contou com agentes do Ministério da Saúde, representantes governamentais e da sociedade civil, com objetivo de planejar as ações de atuação. Entre as prioridades, constava a articulação com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) para a inclusão do quesito raça/cor de pele nos sistemas de informação e de documentos do SUS e a capacitação dos profissionais de saúde em relação à Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Naquela ocasião, foram apresentadas as demandas das comunidades quilombolas ali presentes: Pavilhão (município de Bom Jesus), Grossos (município de Bom Jesus), Moita Verde (município de Parnamirim), Capoeiras (município de Macaíba), Gameleira (município de São Tomé) e Jatobá (município de Patu), sendo as mesmas reivindicações apresentadas em 2007, no plano estadual de promoção da igualdade racial.

Vale salientar que as ações para implementação da PNSIPN sofreram descontinuidade com as inúmeras mudanças de gestores/secretários de saúde no governo do Estado. Houve quatro mudanças de gestores/secretários de saúde entre a primeira gestão do comitê, em 2004, até a penúltima gestão (2014 a 2018). Consequentemente, aconteceram mudanças na Subcoordenadoria da SIEC/SESAP, ocasionando descontinuidade na gestão das equipes responsáveis.

Foram realizadas, em momentos de gestão/SIEC/SESAP, diferentes atividades com características de ação social: rodas de conversa foram organizadas na comunidade de Capoeiras/Macaíba/RN e na comunidade quilombola de Nova Descoberta/Ielmo Marinho. Já durante o seminário da I SIEQUIDADE – Semana de Capacidade para o fortalecimento da Política de Promoção da Equidade em Saúde do RN, que aconteceu no dia 27 de agosto de 2018, ocorreu a posse do Comitê Saúde da População Negra e Quilombola do RN, onde estiveram presentes representantes do Ministério da Saúde/Gestão Participativa.

Mais recentemente, em dezembro de 2019, aconteceu o II seminário SIEQUIDADE – Intersetorialidade e Fatores Multiculturais na Promoção da Saúde. A atual gestão SESAP/RN deu posse ao Comitê Saúde da População Negra e Quilombola em 26 de agosto de 2019. No entanto, até o presente momento, não foi publicado no Diário Oficial, dada a ausência da sociedade civil, sobretudo, das representações quilombolas de diversas regionais do estado. Assim, apesar dos esforços para a implementação da política, se passaram onze anos – quatro anos de existência do comitê e mais sete anos que antecederam a sua criação.

Até o ano de 2020, não houve ação nos municípios onde estão localizadas as comunidades quilombolas para além de eventos pontuais, como exemplos, em um único dia, a realização de testes para identificação de anemia falciforme, exames de sangue e consultas com oftalmologista. Ainda nesses casos, no entanto, não houve retorno e continuidade destas ações em articulação com as secretarias municipais de saúde destes municípios.

Há a expectativa de que a atual gestão estadual efetive a PNSIPN no RN, que o comitê possa funcionar de acordo com seus objetivos, que tenha uma dotação orçamentária na SIEC/SESAP destinada para essa política, que o tema do racismo institucional faça parte da grade curricular de formação dos técnicos da SESAP e das regionais de saúde. Esses pontos estão entre as principais reivindicações da população negra e quilombola.

Por fim, registramos que, na última reunião presencial do comitê, em 5 de março de 2020, na qual foi apresentado o plano de trabalho da nova gestão, havia apenas uma representação das comunidades quilombolas e uma da população negra urbana. Isso pode indicar desmotivação da sociedade civil, sendo responsabilidade das instâncias estadual e municipal garantir a participação da sociedade civil no controle social, na efetivação da política de saúde direcionada à população negra e periférica deste estado.

## Comunidades Quilombolas no Rio Grande do Norte e as demandas na área da saúde

As comunidades quilombolas no Brasil vêm pleiteando o acesso a direitos constitucionais, sobretudo, com o advento do texto constitucional de 1988. No Rio Grande do Norte, o texto ganhou fôlego no início dos anos 2000, impulsionando essas populações para a busca e o acesso a políticas públicas voltadas para o território, para a saúde, para a educação e para as políticas culturais (FREIRE, 2012).

O movimento negro e quilombola no RN sinaliza a existência de mais de 60 comunidades quilombolas localizadas em todas as regiões do estado e que apresentam diferentes níveis de organização política. Boa parte das comunidades que se afirmam enquanto comunidade étnica passou pelo agenciamento do movimento social negro, a exemplo da Kilombo – Organização Negra do Rio Grande do Norte, que, de certa forma, expôs um campo de possibilidade para a identificação quilombola. Foi o caso das comunidades de Capoeiras, Grossos, Pavilhão, Boa Vista dos Negros, Sibaúma, Jatobá, Nova Descoberta e Gameleira, entre outras, que foram forjando a sua identidade quilombola, através de encontros, de oficinas e de palestras realizadas tanto internamente quanto em outros estados (FREIRE, 2012).

A exemplo disso, temos a realização do I Encontro de Comunidades Negras Quilombolas no RN, no ano de 2003, em Natal. Posteriormente, houve a consagração da I Conferência Estadual de Igualdade Racial, em 2005, cujo tema, “O Estado e a Sociedade Promovendo a Igualdade Racial”, contou com a participação de diversas lideranças de comunidades quilombolas. Seu principal objetivo foi a construção do Plano Estadual de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, bem como a aprovação de propostas para a I Conferência Nacional de Igualdade Racial (FREIRE, 2012). A participação das lideranças quilombolas nas primeiras discussões sobre a temática de saúde junto ao Estado ocorreu durante a elaboração do I Plano de Igualdade Racial do RN para o período de 2007 a 2011, em que tiveram assento no grupo especial de trabalho.

Como parte das ações da COEPPIR para a elaboração do Plano, foi aplicado um questionário com os diferentes segmentos étnico-raciais, com o objetivo de traçar o perfil da situação sócio econômica dessas populações. Nas comunidades quilombolas do RN, a pesquisa foi realizada por meio das lideranças da Coordenação Estadual de Quilombos (COEQ/RN), com o apoio de uma assessoria técnica. No final do processo, obtivemos um diagnóstico situacional da realidade da saúde nos quilombos do RN e tivemos acesso às reivindicações dos representantes quilombolas no Grupo Especial de Trabalho para a elaboração do Plano de Igualdade Racial:



- construir e/ou ampliar os postos de saúde com atendimento médico permanente nas comunidades quilombolas;
- garantir uma infraestrutura mínima para o funcionamento regular dos postos de saúde, com recursos humanos, medicamentos e equipamentos;
- melhorar a qualidade do atendimento médico especializado, dos exames laboratoriais e da saúde bucal nas comunidades negras rurais quilombolas;
- adquirir transporte ou ambulância para as comunidades quilombolas;
- implantar o Programa Saúde da Família (PSF) em todas as comunidades negras rurais quilombolas, com agentes de saúde das próprias comunidades;
- tratar das doenças com maior incidência na população negra e nos quilombolas, respeitando as tradições culturais e políticas das comunidades quilombolas;
- introduzir o quesito cor/raça nos formulários das secretarias de saúde;
- estabelecer a obrigatoriedade da realização do exame do pezinho e de anemia falciforme nas mulheres negras durante o pré-natal;
- efetivar o Programa de Atendimento à Saúde da Mulher nos quilombos;
- registrar e coletar dados sobre a população negra e quilombola;
- realizar palestras educativas sobre hipertensão, alcoolismo, drogas e envolver as secretarias municipais para a implantação da política nos municípios onde estão localizadas as comunidades quilombolas no RN.

As primeiras reivindicações apresentadas pelos quilombolas em 2007 referentes à área da saúde trouxeram, para o cenário da gestão, a realidade das comunidades quilombolas, e fizeram parte das proposições do I Plano Estadual de Políticas de Promoção da Igualdade Racial<sup>4</sup>. Esse Plano foi criado para subsidiar as ações relativas à saúde e ao saneamento básico de responsabilidade da SESAP, das Secretarias Municipais de Saúde, do Hemocentro e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgãos integrantes do plano acima citado.

Ao apresentar o diagnóstico das condições de saúde em que se encontram as comunidades quilombolas certificadas do RN, verificamos a existência de um racismo institucionalizado. Essas informações deveriam subsidiar a SIEC/SESAP, assim como as secretarias

---

4 O Plano Estadual de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do RN, que foi lançado em agosto de 2007, contou com a presença da sociedade civil, de segmentos étnico-raciais, convidados de entidades negras nacionais e autoridades como Ministra Matilde Ribeiro da SEPP/PR, a Governadora e secretários estaduais, municipais, coordenadores da Política de Igualdade Racial do RN e dos Direitos Humanos/SEJUC, entre outros.

municipais de saúde onde estão localizadas as comunidades, e auxiliá-las a efetivar a política de atenção à população negra, especialmente a população quilombola. No entanto, há uma dificuldade histórica na implementação dessa política.

Por fim, é preciso reconhecer que, apesar de terem ocorrido ações eventuais da SIEC/SESAP, em algumas comunidades quilombolas, a situação de saúde da maioria dos quilombolas não teve avanços significativos.

## Caracterização territorial e de saúde das comunidades quilombolas do Rio Grande Norte

A seguir, apresentaremos o resultado de um levantamento inicial realizado em abril de 2020, com representantes de trinta e duas comunidades quilombolas do RN, das trinta e três certificadas pela Fundação Cultural Palmares, que estão localizadas em 24 municípios de diferentes regiões do RN.

**Quadro 1 – Comunidades quilombolas no RN**

Município	Comunidade	Nº do processo na FCP	Etapa atual processo FCP	Nº da Portaria	Data da Portaria no DOU	Nº do Processo INCRA
Parelhas	Boa Vista dos Negros	01420.000004/2002-80	Certificada	19/2004	04/06/2004	54330.001762/2004-52
Poço Branco	Acauã	01420.000603/2004-65	Certificada	35/2004	10/12/2004	54330.001908/2004-60
Tibau Do Sul	Sibaúma	01420.000658/2004-75	Certificada	26/2005	08/06/2005	54330.000253/2005-93
Bodó   Lagoa Nova   Santana Do Matos	Macambira	01420.001321/2005-66	Certificada	32/2005	19/08/2005	54330.000698/2006-54
Parnamirim	Sítio Moita Verde	01420.000752/2006-96	Certificada	08/2006	12/05/2006	54330.000945/2011-80
Currais Novos	Negros do Riacho	01420.000838/2006-19	Certificada	11/2006	07/06/2006	54330.000682/2014-51
Pedro Avelino	Aroeira	01420.001965/2006-35	Certificada	29/2006	13/12/2006	54330.000697/2006-18
Patu	Jatobá	01420.001844/2006-93	Certificada	29/2006	13/12/2006	54330.002162/2004-10

Bom Jesus	Sítio Grossos	01420. 002314/ 2006-62	Certificada	29/2006	13/12/2006	54330. 000171/ 2010-14
Bom Jesus	Sítio Pavilhão	01420. 002315/ 2006-15	Certificada	29/2006	13/12/2006	54330. 000221/ 2010-55
Portalegre	Sítio Pega	01420. 001107/ 2006-91	Certificada	8/2007	07/02/2007	54330. 000944/ 2011-35
Portalegre	Sítio Lajes	01420. 003228/ 2006-77	Certificada	8/2007	07/02/2007	54330. 000948/ 2011-13
Portalegre	Sítio Arrojado/ Engenho Novo	01420. 003230/ 2006-46	Certificada	8/2007	07/02/2007	54330. 000947/ 2011-79
Portalegre	Sítio Sobrado	01420. 003231/ 2006-91	Certificada	8/2007	07/02/2007	54330. 000946/ 2011-24
Macaíba	Capoeiras	01420. 002137/ 2006-14	Certificada	25/2007	13/03/2007	54330. 002161/ 2004-67
São Tomé	Gameleira de Baixo	01420. 000300/ 2009-57	Certificada	43/2009	05/05/2009	54330. 000226/ 2012-40
Ielmo Marinho	Nova Descoberta	01420. 003430/ 2008-61	Certificada	185/2009	19/11/2009	54330. 000220/ 2010-19
Ipanguaçu	Picadas	01420. 003645/ 2010-04	Certificada	135/2010	04/11/2010	54330. 000942/ 2011-46
Touros	Baixa do Quinquim	01420. 001720/ 2010-94	Certificada	135/2010	04/11/2010	
Touros	Geral	01420. 001719/ 2010-60	Certificada	135/2010	04/11/2010	54330. 000431/ 2014-77
Açu	Bela Vista Piató	01420. 003864/ 2011-66	Certificada	65/2011	11/05/2011	54330. 000943/ 2011-91
Santo Antônio	Cajazeiras	01420. 002881/ 2013-48	Certificada	176/2013	25/10/2013	
Ceará-Mirim	Coqueiros	01420. 000800/ 2016-18	Certificada	91/2017	14/02/2017	
Afonso Bezerra	Cabeço dos Mendes	01420. 001962/ 2017-54	Certificada	280/2017	25/10/2017	
Afonso Bezerra	Curralinho	01420. 100359/ 2017-54	Certificada	15/2018	01/03/2018	

Luís Gomes	Lagoa do Mato e Coati	01420. 100614/ 2018-40	Certificada	120/2018	26/04/2018	
Angicos	Livramento	01420. 102289/ 2018-50	Certificada	250/2018	26/10/2018	
Coronel João Pessoa	Comum	01420. 103460/ 2018-48	Certificada	366/2018	19/12/2018	
Acari	Sítio Saco do Pereira	01420. 101061/ 2019-23	Certificada	136/2019	02/08/2019	
Jundiá	Arisco dos Pires	01420. 101391/ 2019-19	Certificada	228/19	31/12/2019	
Jundiá	Rego de Pedra	01420. 101392/ 2019-63	Certificada	230/19	31/12/2019	
Jundiá	Família Mascenas	01420. 101393/ 2019-16	Certificada	238/19	31/12/2019	
Jundiá	Família Quitéria	01420. 101394/ 2019-52	Certificada	229/19	31/12/2019	

Fonte: Comunidades certificadas pela Fundação Palmares, 2019

Das trinta e duas comunidades quilombolas do estado, mais da metade não possui unidades de saúde. Essas unidades funcionam em prédio próprio ou em casas locadas pela prefeitura e poucas unidades possuem recursos materiais necessários, além de que essas instituições atendem não somente a comunidade, como também a outras localidades do entorno. As condições estruturais são bastante precárias e os atendimentos presenciais, em sua maioria, funcionam em prédios pequenos ou em locais sem estrutura para o atendimento.

Para realizar atendimentos de saúde, as pessoas que vivem nas comunidades quilombolas que não possuem unidade de saúde utilizam os serviços do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) na sede do município ou nas comunidades dos distritos vizinhos não quilombolas. Salientamos que são comunidades distantes das sedes dos seus municípios e que geralmente são de difícil acesso: não possuem estradas, vias pavimentadas ou transportes regulares de circulação, a exemplo da comunidade quilombola de Livramentos em Angicos, que fica a 23 km da sede do município e a comunidade de Comum – Coronel João Pessoa, que fica a 8 km.

Nas comunidades que possuem uma unidade de saúde, as equipes são compostas por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde, que realizam atendimento semanal. Isso significa que a maioria dos moradores não têm atendimento à saúde bucal, além de não ser realizado o teste do pezinho e o diagnóstico de anemia falciforme.

Nas comunidades onde existe uma equipe da ESF, as gestantes têm acompanhamento de pré-natal e de pós-parto. É importante notar que a presença dos agentes de saúde nas localidades tem melhorado o fluxo de atendimento aos serviços médicos. Ressaltamos que, quando esses territórios quilombolas recebem visitas quinzenais ou mensais da equipe de ESF, estas não dispõem de instalações adequadas ou de equipamentos para exame clínico em consultas médicas e multiprofissionais. Isso acontece porque os atendimentos são realizados em salas escolares, em salões comunitários ou nas casas dos moradores. Atendimentos prioritários são realizados para pessoas idosas ou para quem tem dificuldades de locomoção.

É comum as comunidades quilombolas recorrerem a outras práticas e outros sistemas de saúde (LANGDON; WIIK, 2010), utilizando a medicina popular e o conhecimento tradicional, como a procura de benzedeiras e o cultivo de ervas para chás. A título de exemplo, a comunidade de Bela Vista do Piató-Açu desenvolve o projeto “Quintais Produtivos”, onde plantam e colhem as ervas necessárias para sanar algum tipo de enfermidade acometida.

Percebe-se que as comunidades com mais acesso aos serviços de saúde, no que tange à atenção básica, são aquelas que possuem lideranças na participação em diversas instâncias no controle social, seja nos comitês ou nos conselhos de saúde. Exemplificando: comunidades onde os serviços de saúde eram inadequados ou precarizados, com atendimentos realizados debaixo de árvores, hoje, têm unidades de saúde com atendimento semanal e com equipes de ESF, inclusive com agente comunitário de saúde da própria comunidade.

## Assistência à saúde nas populações quilombolas no RN: relatos de caso

Há discrepâncias entre as comunidades. Iremos apresentar três situações em que, apesar de serem comunidades rurais com características semelhantes, apresentam diferenças no atendimento básico à saúde.

Destacamos o exemplo de Capoeiras, localizada na área rural de Macaíba, a 65 km de Natal, onde vivem 350 famílias. Até 2015, havia um atendimento semanal com a presença de um médico. Hoje, há uma atenção para as gestantes e, em especial, para as adolescentes em diferentes idades, as quais são acompanhadas durante a gravidez e o pós-parto. A equipe de saúde vem desenvolvendo palestras sobre diversos temas, como, por exemplo, a prevenção da

gravidez, a importância da vacinação, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a prevenção às drogas. Esse trabalho faz parte do projeto intitulado “Barriguda”, o qual vem apresentando resultados positivos na diminuição da gravidez na adolescência e da mortalidade materna infantil por causas evitáveis.

A comunidade quilombola de Coqueiros, reconhecida como tal pela Fundação Cultural Palmares em janeiro de 2017, é localizada no município de Ceará-Mirim. Possui uma unidade básica de saúde, com uma equipe de estratégia da saúde formada por um médico, um enfermeiro, um dentista e uma técnica em enfermagem, uma técnica em saúde bucal e alguns agentes comunitários de saúde. Essa unidade básica de saúde recebe, também, pacientes de outras comunidades do entorno, sendo mais de 360 famílias ao todo, e são oferecidos serviços voltados para a prevenção de doenças. Os casos de maior complexidade são direcionados para a sede do município ou para a capital do estado, Natal. O atendimento médico acontece uma vez por semana, nas sextas-feiras. Durante as consultas odontológicas, são realizados apenas os atendimentos básicos, como limpeza e extração. Mesmo assim, não é regular, devido à falta de manutenção dos aparelhos.

Já a comunidade quilombola Comum não tem equipe do ESF e raramente tem atendimento médico. Entre as causas, estão as dificuldades de locomoção, o fato de a estrada não ser pavimentada e a inexistência de infraestrutura mínima de atendimento. Por essas razões, os médicos não chegam até a comunidade. São práticas que evidenciam um racismo banalizado e cotidiano (PHILOMENA, 1990; KILOMBA, 2019).

Nesse sentido, revela-se um padrão desigual no acesso ao direito básico de saúde que se amplifica na vida cotidiana das populações quilombolas, como, por exemplo, para o acesso a uma educação de qualidade. Acrescente-se, a essa situação, carências alimentares, precariedade no provimento das condições mínimas de saneamento básico, no abastecimento de água, no recolhimento adequado do lixo etc. Assim, os principais problemas de saúde vivenciados nas comunidades quilombolas do RN são a hipertensão, o alcoolismo, o diabetes, a cegueira noturna, o glaucoma e as questões de saúde ligadas ao estado sanitário do local de moradia, como a falta de coleta de lixo e o consequente acúmulo.

Nesses casos, o racismo institucional se traduz na indisponibilidade ou no acesso reduzido a políticas de qualidade, no menor acesso à informação, em uma menor participação das lideranças no processo e no controle social. Como destaca Lopes (2004), caracteriza-se por uma desqualificação, uma desvalorização e uma invisibilização das demandas da população negra e quilombola nos serviços que culminam em procedimentos e programas de assistência à saúde. Sem falar da escassez dos equipamentos e dos recursos, que garantiriam acesso e acompanhamentos em saúde de qualidade e que exemplificam a ausência de investimentos e

o pouco caso do Estado brasileiro para as necessidades de saúde dos quilombolas, em especial quanto ao atendimento básico. Os moradores dessas comunidades são impossibilitados de acessar um direito fundamental garantido na Constituição e em diversos arsenais jurídicos.

## Considerações finais

Assim, vimos que a população quilombola do Rio Grande do Norte luta pela garantia de acesso aos serviços de saúde de forma plena. É importante entender a saúde como um direito fundamental da pessoa humana que deve ser prioridade dos governantes. Garantir a saúde de um povo significa investir na qualidade de vida das pessoas e assegurar a oferta de ações e de serviços de saúde conforme a sua necessidade. Um sistema de saúde democrático como o SUS, que desenvolve ações integrais de acesso universal, é uma conquista da sociedade brasileira e, portanto, deve ser valorizado e defendido contra qualquer iniciativa que impeça o seu avanço ou que atente contra os seus princípios.

Nesse sentido, para oportunizar, à população quilombola, o acesso às políticas públicas e, no caso estudado aqui, à saúde, torna-se necessário que haja um diálogo efetivo entre governos e sociedade civil no enfrentamento ao racismo institucional, uma vez que este se revela, muitas vezes, de forma sutil e tem, como base estruturante, a formação da sociedade brasileira.

Mesmo com a criação do comitê de saúde da população negra e quilombola, pouco foi feito para implementação dessa política no RN; assim, há a necessidade de enfrentar os desafios que impedem a efetivação plena do direito à saúde. O Comitê de Saúde da População Negra e Quilombola no RN, aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, e duramente conquistado pelo movimento social negro brasileiro, deveria ser prioridade dos governantes.

## Referências

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

Disponível em: <http://renafrosaude.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Portaria-da-PNSIPN.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

CAVIGNAC, J.A. Desafios identitários e experiências patrimoniais; o programa Tronco, Ramos E Raízes. *Extensão e Sociedade*, v. 9, p. 89-100, 2018.

FREIRE, M.S. *É a luta da gente!: Juventude e etnicidade na Comunidade Quilombola de Capoeiras (RN)*. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

LANGDON, E.J; WIJK, F.B. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.

LOPES, F. *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*. In: Cadernos de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Brasília: DF, 2004. p. 53-101.

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. v. 12, n. 2, p. 419-446. 2005. DOI: 10.1590/S0104-59702005000200010. Acesso em: 01 maio 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº19.870, de 22 junho de 2007. Institui Grupo Especial de Trabalho, com a finalidade de Elaborar e Monitorar a Implantação do Plano Estadual de Promoção da Igualdade Racial. *Diário Oficial do Estado*, RN. n. 11.503, p. 1.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria Estadual de Saúde. Composição do Comitê de promoção à saúde da população negra e quilombola do Estado do Rio Grande do Norte. *Diário Oficial do Estado*, RN, p. 1.

ROSA, W. Sexo e cor/raça como categorias de controle social: uma abordagem sobre desigualdades socioeconômicas a partir dos dados do retrato das desigualdades de gênero e raça – terceira edição. In: BONETTI, A.L., ABREU, M.A.A. *Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil*. 3. Ed. Brasília: Ipea, 2011, p. 111-127. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_facesdadesiguldade.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_facesdadesiguldade.pdf). Acesso em: 15 maio 2020.



# 3 O quesito raça/cor e a equidade no Sistema Único de Saúde: critérios atravessados pelo contexto racial brasileiro

*Camila Rodrigues Estrela  
Izaide Ribeiro dos Santos  
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima*

## Introdução

Considerando o contexto sócio-histórico brasileiro e alguns de seus marcos, como a trajetória dos censos demográficos no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a atuação do movimento negro nesses momentos, pretendemos apontar alguns elementos para impulsionar a reflexão e a discussão sobre a inclusão do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) geridos pelo SUS.

Ademais, longe de esgotar a discussão sobre a temática, queremos respaldar a importância da atual coleta qualificada dos dados de saúde, por meio do quesito raça/cor, para fortalecer a implantação e a avaliação de políticas públicas voltadas à população negra, por parte da gestão e da sociedade como um todo. Sendo assim, ele será estruturado nos seguintes tópicos:

1. dados históricos dos censos demográficos brasileiros;
2. o SUS e a inclusão do quesito raça/cor nos dados de saúde;
3. a saúde da população negra em alguns dados epidemiológicos.

## Racismo e censo demográfico brasileiro: os dados e suas cores

O preenchimento do quesito raça/cor e das suas limitações está intrinsecamente relacionado ao contexto escravocrata brasileiro, cuja forma de levantamento de dados associados a esses requisitos guardam, em sua gênese, as marcas de segregação e de condução

das informações levantadas, a partir dos interesses políticos e econômicos do país em cada momento de sua história. A defasagem dos dados relacionados ao quesito em foco e a falta de compreensão de sua importância, por parte dos profissionais de saúde, demonstram a perpetuação dessa dinâmica, cujas marcas se arrastam até os dias de hoje.

Piza e Rosemberg (1999) destacam que, no censo realizado no Brasil em 1872, as pessoas foram divididas entre livres e escravas, e os termos escolhidos de classificação da população foram: branco, preto, pardo e caboclo. Dito isso, pardos eram as pessoas compreendidas como resultantes da união de pretos e brancos; caboclos, os indígenas e seus descendentes. As autoras também informam que esse censo parece ter usado um critério misto de fenótipos e de descendência para a caracterização racial da população. Esse primeiro movimento censitário é marcado por um contexto imperial, evidenciado pelo esforço de categorização a partir do processo interracial brasileiro.

Segundo Camargo (2018), o objetivo deste primeiro censo foi conhecer as baixas da Guerra do Paraguai (1864-1870) acerca da capacidade de recrutamento do país e estabelecer o número e as características da população escrava, face à exposição da população livre e do afluxo de imigrantes. Sendo assim, a redução do impacto da transição do regime de trabalho representava “a utopia estatística de um Império que queria se mostrar externamente poderoso e civilizado, enquanto internamente integrado e formado por uma população hierarquizada e homogênea” (CAMARGO, 2018, p. 425).

O segundo censo geral da população, realizado em 1890, deu-se sob o contexto de uma república recém-instituída, constituída por *homens livres*. Tal censo publicou dados sobre raça/cor somente acerca da população geral e por estado civil, utilizando os termos *branco, preto, caboclo e mestiço*. Vale salientar que os mestiços eram aqueles que resultaram de relacionamento inter-raciais de pretos e brancos, e os caboclos dos brancos com indígenas (PIZA; ROSEMBERG, 1999).

Nesse momento, o Brasil abandonou a monarquia para dar entrada na construção de um cenário marcado pelo confronto entre as oligarquias tradicionais dos senhores de engenho do Nordeste e dos barões do café do Vale do Paraíba e as novas oligarquias dos fazendeiros do café do Oeste paulista, cujos representantes defendiam a tese do progresso ordeiro, usando-se da forte repressão contra os movimentos, os quais, de alguma forma, se opunham a esse princípio (PATTO, 1999). De acordo com Piza e Rosemberg (1999), no início do século XX, os censos de 1900 e 1920 não incluíram o quesito cor em sua coleta de dados.

José Luis Petrucelli (2012 *apud* SENKEVICS, 2015) recorda que imperavam, nas primeiras décadas do século XX, correntes de racismo científico que associavam a negritude da população a traços de inferioridade sociocultural, concluindo que, talvez, por essa razão,

tenha parecido mais vantajoso, à elite vigente, evitar o levantamento de dados raciais enquanto operava, noutro plano, um projeto de embranquecimento da população brasileira. Entre o final do século XIX e início do XX, se intensifica o processo de imigração europeia, seguido da chegada dos asiáticos ao Brasil.

Nessa continuidade de apagamento, o censo de 1900, ao mesmo tempo em que apagou o registro da composição racial brasileira, “fez exaustivo e minucioso levantamento do número e de procedência dos imigrantes e da nacionalidade de todos os indivíduos que contraíram matrimônio no período, bem como a filiação paterna e materna” (GOUVÊA; XAVIER, 2013, p. 109). Segundo as autoras, o levantamento cunhado pelo enfático registro dos imigrantes ocorre juntamente com o desenvolvimento do movimento eugênico brasileiro, tendo sido o primeiro na América Latina a alcançar o maior número de adeptos e cujo marco foi o sucesso do processo de institucionalização da eugenia.

Dentro do movimento eugenista brasileiro, destaca-se, dentre outros, a atuação de Renato Kehl, que defendia uma eugenia mais dura, ao estilo da “eugenia negativa”, propondo medidas radicais de controle matrimonial e de esterilização, fazendo defesa, ao final dos anos 1920, das políticas de segregação racial, as quais vinham sendo aplicadas em países como os Estados Unidos e a Alemanha Nazista. Ele explicava que não haveria solução para os problemas nacionais sem o desenvolvimento de uma “política biológica” radical, inspirada nos ditames da higiene racial alemã, chegando mesmo a fazer elogios ao recém-criado tribunal eugênico nazista, que havia instituído as leis de esterilização em todo o Reich (SOUZA, 2016).

Segundo o mesmo autor, os argumentos favoráveis à seleção imigratória, nos anos 1930, seriam pautados, em grande medida, pelas questões já levantadas durante o Congresso de Eugenia, servindo como diretriz para os projetos então sugeridos (SOUZA, 2016). O censo de 1940 é realizado sob mergulho no contexto eugenista brasileiro, sendo o censo seguinte a coletar cor.

Esse levantamento estabelece o critério de atribuir as cores branca, preta, parda e amarela à população brasileira, onde não variaram mais. Tal censo foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na ocasião, o termo “caboclo” foi abolido e a cor parda foi retirada dos questionários, retornando nas análises posteriores. Surge também, em 1940, o conceito de amarelo para contemplar os imigrantes de origem asiática e seus descendentes, sem menção à categoria indígena (RAIM, 2017).

Segundo a mesma autora, o censo de 1940 demonstrou que o projeto de embranquecimento foi bem sucedido, visto que as pessoas brancas passaram de 44% da população em 1890 para mais de 63% em 1940. Ao mesmo tempo, esboçava-se um “novo” segmento populacional – os amarelos. Já os indígenas ficaram invisíveis dentro da categoria de pardos, demorando meio século para eles retornarem aos nossos censos (RAIM, 2017).

No censo de 1950, justificou-se que os indígenas poderiam se declarar pardos, uma categoria guarda-chuva que incluiria mulatos, caboclos, cafuzos etc., e assim permaneceu pelas décadas seguintes, até a redemocratização. Esse censo seguiu as cores utilizadas no censo de 1940.

A década de 1950 a 1960 é marcada como sendo a dos “anos dourados” do Brasil. Era o fim das duas grandes guerras mundiais, em que o Brasil saía com o saldo positivo do combate e Getúlio Vargas exaltava o nacionalismo. Assim, a nação buscava o novo e a juventude “dourada” era fortemente influenciada por modelos culturais norte-americanos.

Segundo Piza e Rosenberg (1999):

os censos posteriores, de 1960 e 1980, não fazem menção aos problemas do respondente com a declaração de sua cor, explicitando apenas a classificação estabelecida para a coleta. Já o censo de 1970 não coletou cor, nem explicitou os motivos. Este censo ignorou a cor como dado necessário à caracterização da população brasileira, em plena ditadura militar (PIZA; ROSENBERG, 1999, p. 125).

O censo de 1980 ficou a cargo do IBGE, órgão oficial de realização das estatísticas nacionais, em que o número de habitantes no país alcançou os 120 milhões (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Senkevics (2015) pontua que, em 1991, enfim, o censo demográfico consolidou-se no modelo adotado até hoje (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) e finalmente houve menção aos indígenas como tais. Esse sistema de classificação foi também reproduzido para as edições de 2000 e de 2010 dos censos demográficos. O autor destaca que pela primeira vez, desde o século XX, a população branca deixou de compor a maioria do povo brasileiro e, hoje, 47,7% se autodeclararam da cor branca; 43,1%, parda; 7,6%, preta; 1,1%, amarela; e 0,4%, indígena. Além disso, com as técnicas de pesquisa, reduziu-se o percentual de “não declarados” a praticamente zero.

O contexto histórico do ano de 1991 é marcado pelo fim da Guerra Fria no cenário internacional e pelo início do governo de Fernando Collor de Mello no Brasil, contando com uma campanha eleitoral que preconizava as ideias de modernização, de inserção competitiva na economia mundial e da procura de um lugar no *Primeiro Mundo*, a partir da implementação de políticas neoliberais alinhadas ao contexto estadunidense (FONSECA, 2011).

Outro importante movimento se refere a algumas tendências na composição étnico-racial da população, que apontam para o caráter fluido e ambíguo da classificação racial, demonstrada pelo aumento do número registrado da população indígena, por exemplo, onde “o mesmo pode estar acontecendo com as categorias preta e pardo, para as quais o fortalecimento do movimento negro tende a tornar mais recorrente, aceitável ou até mesmo desejável a autodeclaração em uma dessas duas opções, como uma maneira de reafirmar identidades coletivas em contexto de lutas e reivindicações” (SENKEVICS, 2015).

## A importância do quesito raça/cor e a sua visibilidade no SUS

Lima (2017), com base nas análises de Paim (2009), relembra que o SUS, fortemente impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pelas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e pela Constituição Federal de 1988, foi legalmente criado em 1990, por meio das leis nº 8.080 e nº 8.142. Além de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, o SUS proporcionou transformações na concepção das políticas públicas e sociais até então vigentes no país.

Para permitir que a saúde seja um direito de todos os brasileiros e de todas as brasileiras, o SUS é orientado por princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade), bem como por princípios organizativos (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e participação social). Nas práticas de saúde, sejam elas no âmbito da gestão ou da assistência, a equidade está fortemente vinculada ao princípio da justiça social, implicando em reconhecer a existência de desigualdades entre as classes sociais da população e em desenvolver ações de magnitudes diferentes para mitigá-las (BARATA, 2009).

No Brasil, as relações raciais são forjadas a partir de um contexto de classe; portanto, também é preciso reconhecer que o contexto social brasileiro é marcado por profundas desigualdades étnico-raciais, oriundas, como já foi dito, de um período escravocrata, em que as pessoas negras eram vítimas de ações exploratórias e genocidas praticadas por pessoas brancas europeias, que cultuavam uma falsa supremacia branca. De acordo com Marques (2018), as características físicas das pessoas negras, tais como a textura do cabelo, a cor da pele, o formato do nariz e da boca, são aspectos que levam essas pessoas a serem vítimas do racismo há séculos.

O racismo, que afeta a vida das pessoas negras e as segregam, colocando-as à margem da sociedade, não é resultado somente de ações discriminatórias individuais. Ele é estrutural e ocorre de modo institucional, correspondendo às formas políticas e organizacionais para o desenvolvimento de desigualdades (WERNECK, 2016). O racismo exerce um forte impacto negativo nas condições de saúde da população negra, sendo um fator determinante para os modos de nascer, de viver e, até mesmo, de morrer.

Para combater o racismo, o movimento negro vem atuando há anos em prol da criação de políticas públicas intersetoriais que favoreçam a promoção da equidade racial. Entre algumas ações que impulsionaram a implementação dessas políticas, podemos destacar a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, ocorrida em 1988 (SOUZA *et al.*, 2005).

Na área da saúde, a compreensão da existência de iniquidades raciais, assim como dos marcos conceituais e interdisciplinares da Saúde Coletiva e do novo modo de produzir cuidado em saúde pautado pelo arcabouço legal do SUS, levou o movimento negro a reivindicar a criação de estratégias para monitorar a saúde da população negra no início da década de 1990 (BATISTA; BARROS, 2017). Entre essas estratégias, estava a inclusão do quesito raça/cor nos SIS vinculados ao governo federal.

Entretanto, essa conquista não foi fácil de ser alcançada. Giovanetti *et al.* (2007) ressaltam que, naquela época, as autoridades sanitárias do país relutaram em incluir esse quesito nas informações em saúde, alegando que a inclusão desse dado poderia ser interpretada como uma atitude racista. Afinal, existia no país a falácia da democracia racial, onde todos os brasileiros eram considerados iguais e, portanto, usufruíam os mesmos direitos sociais e civis.

Apesar disso, na contramão, iniciativas ocorreram em Secretarias de Saúde de algumas capitais brasileiras, como São Paulo, em 1992, e Belo Horizonte, em 1995, ajudando a monitorar as condições de vida e saúde da população negra nessas cidades e a contrapor o mito da democracia racial ocasionado pelo ocultamento das informações sobre raça/cor (ADORNO *et al.*, 2004). No âmbito do Ministério da Saúde, a implantação do quesito raça/cor ocorreu de forma gradual em 1996, no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Em 2001, o referido quesito foi implantado no Sistema Nacional dos Agravos de Notificação (SINAN) (GIOVANETTI *et al.*, 2007).

Sem questionamento algum, é evidente que a inclusão do quesito raça/cor nos SIS é fundamental para auxiliar o diagnóstico situacional de saúde da população e o planejamento estratégico em saúde, com recorte étnico-racial. Isso também é primordial para o fortalecimento das práticas de saúde baseadas em evidências, pois é preciso produzir conhecimento científico para vislumbrar novas ações que auxiliem no enfrentamento dos desafios ainda existentes.

Nesse sentido, Batista e Barros (2017) revelam que a presença da informação sobre raça/cor nos SIS propiciou realizar pesquisas sobre: diferenças de mortalidade e morbidade por raça/cor; iniquidades raciais nas condições de vida da população; dificuldades de acesso e de qualidade dos serviços de saúde prestada à população negra; e desigualdades raciais e seus impactos na saúde.

Apesar dos avanços já alcançados pelos atores do movimento negro e pelos que reconhecem a saúde como um direito social, de forma gratuita, equânime e universal, é preciso admitir que lacunas ainda existem em relação ao preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos SIS. Na tentativa de superar essa realidade e de romper com as dificuldades de avaliar as iniciativas tomadas frente às necessidades de saúde da população negra, o Ministério da Saúde decidiu, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, tornar

obrigatória, no âmbito dos serviços de saúde, a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor constantes nos formulários dos SIS (BRASIL, 2017).

Na conjuntura atual, a divulgação de dados da COVID-19 com recorte racial também é uma conquista do movimento negro, em que os boletins epidemiológicos lançados a partir de 10 de abril de 2020 passaram a incluir informações sobre raça e cor, sem deixar de demonstrar, contudo, a subnotificação das informações (JUNIÃO, 2020). Apesar dessa subnotificação, a população negra é majoritária entre as pessoas mortas ou hospitalizadas por COVID-19 no Brasil (ARAGÃO, 2020).

O boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, referente à semana epidemiológica 21 (17 a 23 de maio de 2020), revela que o Brasil é o segundo país com o maior número de casos confirmados e o sexto com o maior número de óbitos por COVID-19. Até o dia 23 de maio de 2020, o Brasil possuía 347.398 casos notificados e 22.013 óbitos, em que a taxa de letalidade atingiu 6,3% (BRASIL, 2020).

No dia 25 de maio de 2020, o país totalizava 52.335 hospitalizações por COVID-19. Desse total de hospitalizações, 36,7% tiveram a variável raça/cor ignorada, 42,0% foram de pessoas pardas, 7,1% de pessoas pretas e 49,0% de pessoas brancas (BRASIL, 2020). Entre os óbitos, 49,6% ocorreram entre pessoas pardas, 7,4% entre pessoas negras e 41,0% entre pessoas brancas (BRASIL, 2020). Ademais, entre os óbitos, 28,3% foram registrados com a variável raça/cor ignorada (BRASIL, 2020).

As condições nas quais vive a maioria da população negra no país e o racismo estrutural, somado ao contexto da pandemia, em que o índice de testagem da COVID-19 é baixíssimo (menos de 300 testes realizados em cada milhão de habitantes) (JUNIÃO, 2020), configuram um cenário de exacerbação dos efeitos da doença no segmento negro. Portanto, são mantidas as encobertas das causas e efeitos da COVID-19 sobre o segmento populacional negro, deturpando-se as informações através da subnotificação dos dados.

Para a população negra, o cenário da pandemia se associa às condições desiguais determinadas pelo racismo estrutural e institucional, visto que ela tem menos acesso aos serviços de saúde e está em maior proporção entre as populações vulneráveis, que secularmente vivenciam a ausência do Estado em seus territórios. A pandemia desnuda o quanto o Brasil é um país desigual e que pouco avançou na superação do racismo. No entanto, para conter a expansão da pandemia no país e dar o próximo passo, será preciso, em primeiro lugar, enfrentar o racismo e as desigualdades, porque, além de tudo, a população negra representa mais da metade da população brasileira. (GOES *et al.*, 2020, p. 4).

Corroboramos com Braz *et al.* (2013) e destacamos que as normativas representam um passo fundamental para o combate ao racismo institucional, todavia, não são suficientes para eliminar as iniquidades relacionadas ao segmento negro. Afinal, para que não haja a manutenção das desigualdades raciais, é preciso adotar outras medidas estatais de grande envergadura.

## Os dados não mentem: o passado e o presente ainda caminham juntos

Para elucidar a importância da inclusão do quesito raça/cor nos SIS geridos pelo SUS, sendo uma ferramenta relevante para a promoção da equidade racial em saúde, apresentaremos a seguir alguns dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Conforme pode ser observado na Tabela 1, no ano de 2019, os dados oriundos do SIH/SUS apresentaram 22,1% de não preenchimento do quesito raça/cor, descumprindo o que é estabelecido pela Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde e não reconhecendo a importância do preenchimento correto desse quesito para a análise em saúde por recorte racial.

Além disso, a proporção de ignorados demonstra que algumas regiões do país, ou especificamente algumas categorias profissionais, estão menos sensíveis ou desconhecem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2009).

**Tabela 1 – Proporção de internações hospitalares por regiões do Brasil e segundo raça/cor (2019)**

Regiões	Branca	Preta	Parda	Negra	Amarela	Indígena	Ignorada	Total	%
Norte	5,5	1,6	86,5	88,1	4,3	2,1	29,5	<b>1020261</b>	<b>8,4</b>
Nordeste	9,3	3,3	81,0	84,3	6,2	0,2	31,2	<b>3247609</b>	<b>26,7</b>
Sudeste	50,1	7,4	40,6	47,9	1,9	0,0	16,4	<b>4786470</b>	<b>39,4</b>
Sul	85,9	3,5	9,6	13,1	0,9	0,2	12,5	<b>2156117</b>	<b>17,7</b>
Centro-Oeste	24,1	3,0	67,3	70,2	4,1	1,6	34,1	<b>945793</b>	<b>7,8</b>
Total	<b>42,5</b>	<b>4,9</b>	<b>49,2</b>	<b>54,1</b>	<b>3,0</b>	<b>0,4</b>	<b>22,1</b>	<b>12156250</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIH/SUS

Segundo Junqueira e Duarte (2013), o SIH/SUS é alimentado pelos dados contidos nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e tem se mostrado uma boa fonte de dados epidemiológicos. Contudo, como a sua função principal é o pagamento de serviços hospitalares, as informações sobre as condições sociais e demográficas dos usuários do SUS tornam-se escassas.



A morbidade hospitalar (internações) nos permite avaliar a oferta e a ocupação dos leitos, assim como a qualidade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários de AIH do SIH/SUS. No ano de 2019, foram realizadas 12.156.250 internações no SUS, sendo 42,5% de pessoas brancas, 4,9% de pessoas pretas, 49,2% de pessoas pardas, 3,0% de pessoas amarelas, 0,4% de indígenas e 22,1% de pessoas com raça/cor ignorada. Desse modo, podemos considerar que os dados fornecidos pelo SIH/SUS para o ano de 2019 são de baixa qualidade, pois segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a informação é considerada de boa qualidade quando a proporção de incompletude é menor que 10% (BRASIL, 2015).

Além disso, constata-se uma heterogeneidade na distribuição da população segundo raça/cor. Assim, as regiões brasileiras com maior proporção de não preenchimento da variável raça/cor (Centro-Oeste, Nordeste e Norte, respectivamente) também correspondem às regiões com maior proporção do uso dos leitos pela população negra, o que reflete a dificuldade dos profissionais para o preenchimento correto do quesito raça/cor, bem como o desconforto e a sutileza do racismo. A população indígena, por sua vez, provavelmente se autodeclara parda na tentativa de ser menos discriminada no enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde. Porém, para responder essa cogitação, faz-se necessário realizar outros estudos sobre a temática.

Podemos afirmar que a população negra ocupa majoritariamente os leitos de internação hospitalar disponíveis no SUS (54,1%), o que nos leva a pensar nas dificuldades encontradas por essa população para o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e o retardo no diagnóstico e no tratamento, bem como na qualidade da assistência prestada aos diferentes grupos.

A Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH) avalia o risco de morte (chances de morrer) em um determinado local ou a causa e a gravidade do quadro clínico, como também a qualidade da assistência prestada à determinada população, com vistas à melhoria dos cuidados ofertados. Outrossim, a TMH mede a proporção dos pacientes que morrem durante o período de internação hospitalar. Na análise de cada 100 internações realizadas no SUS em 2019 (Tabela 2), percebe-se que 4,32% das pessoas internadas possuem o risco de morrer, porém, o risco é duas vezes maior para as pessoas negras (9,07%). O indicador evidencia as iniquidades entre as diferentes raças/cores, o que agrava o quadro clínico e, conseqüentemente, aumenta as chances de morte.

**Tabela 2 – Taxa de mortalidade hospitalar por regiões do Brasil e segundo raça/cor (2019)**

Regiões	Branca	Preta	Parda	Negra	Amarela	Indígena	Ignorada	Total
Norte	3,15	3,88	2,85	6,73	3,83	1,89	2,59	2,81
Nordeste	3,66	3,54	3,59	7,13	3,04	1,58	4,24	3,77
Sudeste	5,44	6,09	4,34	10,43	5,86	2,52	5,57	5,13
Sul	4,55	4,64	3,61	8,25	4,27	2,43	3,95	4,39
Centro-Oeste	3,48	3,61	3,46	7,07	2,88	2,14	3,75	3,53
<b>Total</b>	<b>4,89</b>	<b>5,33</b>	<b>3,74</b>	<b>9,07</b>	<b>3,92</b>	<b>2,00</b>	<b>4,36</b>	<b>4,32</b>

Fonte: SIH/SUS

Ao analisarmos a TMH de 2019 por causalidade (Figura 1), observamos que o risco varia de acordo com a causa e a raça/cor, suscitando a necessidade de aprofundar o estudo. Ainda que a qualidade dos dados seja questionável, eles revelam o impacto do racismo no perfil de saúde da população negra. Para alguns estudiosos, o racismo pode ser considerado cultural, mas não é normal, pois ceifa vidas precocemente, haja vista o risco de crianças negras morrerem por afecções do período perinatal (Tabela 3).

As Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) oferecem o maior risco de morte para a população em geral, sendo ele o de 12,21%. Para os brancos, o risco é de 16,11%, para pretos, é de 19,22% e para pardos, é de 9,50%. Portanto, para o segmento negro, o risco é de 28,72%, sendo um reflexo das más condições de moradia, da falta de saneamento básico, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores que a população negra enfrenta, os quais são determinantes importantes para o surgimento e para a perpetuação das DIP. Além disso, tais aspectos supracitados colocam essa população mais próxima da linha da pobreza e da vulnerabilidade social.

Outro ponto a ser destacado são as causas obstétricas. Embora elas ocupem o 19º lugar, o risco de morte para as gestantes negras é duas vezes maior do que para as gestantes brancas, cujas causas são evitáveis. O mesmo ocorre com sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais, o que evidencia a falta de interesse de investigação da causa de morte das pessoas negras ou o retardo no diagnóstico, como mencionado anteriormente, agravando o quadro clínico e reduzindo as chances de recuperação.

**Tabela 3 – Taxa de mortalidade hospitalar por causalidade e segundo raça/cor (Brasil, 2019)**

Causa de morte	Branca	Preta	Parda	Negra	Amarela	Indígena	Ignorada	Total
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,11	19,22	9,50	28,72	9,13	3,28	12,04	12,21
2. Doenças do aparelho circulatório	7,52	8,86	8,49	17,35	8,27	10,10	9,59	8,34
3. Doenças do aparelho respiratório	9,83	11,06	6,80	17,86	8,47	3,16	7,97	8,26
4. Neoplasias (tumores)	8,08	9,58	7,67	17,25	8,26	7,78	8,97	8,13
5. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra	7,30	12,63	7,94	20,57	8,14	6,63	7,50	7,78
6. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,26	6,64	5,48	12,12	4,84	4,22	5,74	5,49
7. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns	4,60	5,04	4,50	9,54	3,24	4,41	5,05	4,66
8. Doenças do sistema nervoso	4,06	5,41	4,53	9,94	4,14	6,57	4,43	4,35
9. Algumas afecções originadas no período perinatal	3,47	4,12	3,73	7,85	3,45	6,83	3,75	3,68
10. Doenças do aparelho digestivo	3,32	3,68	2,84	6,52	2,62	2,42	3,47	3,17
11. Doenças do aparelho geniturinário	3,16	4,18	2,71	6,89	2,47	1,74	3,12	3,01
12. Malformações congênitas, deformidades e anomalias	1,94	1,82	2,52	4,34	1,19	3,57	2,81	2,35
13. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências	2,39	2,36	2,09	4,45	2,10	0,94	2,23	2,22
14. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,64	2,20	1,35	3,55	1,31	0,71	1,45	1,49
15. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	0,61	0,72	0,61	1,33	0,60	-	0,61	0,61
16. Transtornos mentais e comportamentais	0,46	0,59	0,59	1,18	0,30	-	0,47	0,50
17. Contatos com serviços de saúde	0,56	0,52	0,39	0,91	0,36	0,32	0,40	0,45

18. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,17	0,30	0,11	0,41	-	-	0,28	0,18
19. Gravidez parto e puerpério	0,03	0,04	0,04	0,08	0,03	0,02	0,04	0,04
20. Doenças do olho e anexos	0,02	0,02	0,02	0,04	0,07	-	0,03	0,02
<b>Total</b>	<b>4,89</b>	<b>5,33</b>	<b>3,74</b>	<b>9,07</b>	<b>3,92</b>	<b>2,00</b>	<b>4,36</b>	<b>4,32</b>

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## Considerações finais

A partir dos elementos apontados neste capítulo, podemos inferir que o contexto sócio-histórico brasileiro, enraizado em uma estrutura escravocrata, marca o esforço pela garantia de um SUS universal, integral e equânime, destacando-se a implicação do movimento negro para garantir que o quesito raça/cor, bem como seu fortalecimento e sua visibilidade, seja uma oportunidade para apontar as necessidades específicas desse segmento.

Os dados do SIH/SUS aqui apresentados mostram que o atendimento aos usuários majoritários no âmbito hospitalar do SUS ainda é atravessado pelo racismo institucional, demonstrado pela incompletude das informações, ocasionando, conseqüentemente, a debilidade em respaldar a gestão na tomada de decisão para garantir a efetivação da PNSIPN.

O avanço é notório, no que diz respeito ao entendimento de sua importância por parte dos pesquisadores e das lideranças mais envolvidas com a garantia da equidade no SUS. Porém, para o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos SIS de forma correta e abrangente, será preciso reconhecer o racismo como determinante social em saúde e aprofundar os estudos e as discussões das questões étnico-raciais da população negra na formação daqueles que realizam o acolhimento e a assistência em saúde. Além disso, faz-se necessário desenvolver ações educativas (informativas e reflexivas) para a própria população negra, que historicamente teve a sua identidade e o seu pertencimento retirados, para que se possa compreender a importância da autodeclaração racial no momento do atendimento e, assim, tornar-se mais um agente promotor na implementação da PNSIPN e do direito à saúde, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Desse modo, será possível evidenciar as iniquidades vivenciadas por esse segmento majoritário da população brasileira, favorecendo o enfrentamento do racismo institucional, bem como avançando na desconstrução da relação intencionalmente defasada entre dados e garantindo os direitos voltados ao segmento negro brasileiro.

## Referências

- ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 119-123, jan./abr. 2004.
- ARAGÃO, E. Questão de raça precisa ser obrigatória nos casos de morte por Covid-19, diz deputado. *Central Única dos Trabalhadores*, São Paulo, 20 mai. 2020. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/questao-de-raca-precisa-ser-obrigatoria-nos-casos-e-morte-por-covid-19-diz-deput-bc8d>. Acesso em: 29 maio 2020.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl.1, e00090516, mai. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ASIS – Análise de Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017*. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508). Acesso em: 19 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 17 maio 2020.
- BRAZ, R. M.; OLIVEIRA, P. T. R.; REIS, A. T.; MACHADO, N. M. S. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, out./dez. 2013.
- CAMARGO, A. P. R. O censo de 1872 e a utopia estatística do Brasil Imperial. *História Unisinos*, São Leopoldo, v. 22, n. 3, p. 414-428, set./out. 2018.
- FONSECA, C. A política externa brasileira da democracia: o paradoxo na mudança na continuidade? *Relações Internacionais*, Lisboa, n. 29, p. 33-43, mar. 2011.
- GIOVANETTI, M. R.; SANTOS, N. J. S.; WESTIN, C. P.; DARRÉ, D.; GIANNA, M. C. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2007.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020.

JUNIÃO, A. Racismo atrapalha combate eficiente ao coronavírus, afirma médica. *Ponte*, São Paulo, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/racismo-atrapalha-combate-eficiente-ao-coronavirus-afirma-medica/>. Acesso em: 31 maio 2020.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 29-39, jan./mar. 2013.

LIMA, R. R. T. *A formação em saúde frente às necessidades das pessoas idosas*. 2017. 139f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MARQUES, E. P. S. O acesso à educação superior e o fortalecimento da identidade negra. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 23, e230098, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas Brasil. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: UNIC, 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167-198, jan./abr. 1999.

PIZA, E.; ROSEMBERG, F. Cor nos censos brasileiros. *Revista USP*, São Paulo, n. 40, p. 122-137, dez./fev. 1999.

RAIM, R. N. “Mostre sua raça, declare sua cor”: O censo do MEC e a declaração de cor/raça em escolas públicas municipais. 2017. 150f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2017.

SENKEVICS, A. A cor e a raça nos censos demográficos nacionais. *Portal Geledés*, São Paulo, 23 fev. 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/cor-e-raca-nos-censos-demograficos-nacionais/>. Acesso em: 04 maio 2020.

SOUZA, E. M.; SANTOS, S.; BENTO, M. R.; BARBOSA, C. Histórico da implementação do quesito cor: um relato de experiências. In: BRASIL (Org.). *Saúde da população negra no Brasil: contribuição para a promoção da equidade*. Brasília: FUNASA, p. 437-445. 2005.

SOUZA, V. S. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, suppl.1., p. 93-110, dez. 2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

## 4 A eugenia como saber tecnológico e o embranquecimento como projeto político-sanitário-racial em São Paulo, 1920-1950

André Mota

Os séculos XVIII e XIX foram, para o pensamento médico, um momento de grande ruptura epistemológica, não só pela organização da medicina sob o poder estatal, mas também por mediar o espaço urbano e definir seus níveis de salubridade, assim como por esquadrihar o corpo do trabalhador e suas formas de reparação. Como bem mostra Michel Foucault (1977) em *O nascimento da clínica*, esse é, também, um momento de reorganização hospitalar, de uma nova definição do estatuto do doente e da formação de uma nova relação entre a assistência e a experiência, ou seja:

[...] o uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência – dizer o que se vê; foi, portanto, necessário situar a linguagem médica neste nível aparentemente muito superficial, mas, para dizer a verdade, profundamente escondido, em que a fórmula da descrição é ao mesmo tempo gesto de desvelamento (FOUCAULT, 1977, p. 226).

O corpo ganha uma definição de “normalidade” pautada no silêncio corporal, em sua presença-ausência, resultando num corpo que deve envelhecer sob o desconhecimento coletivo, ou seja, dentro de padrões fisiológicos e anatômicos e também sociais considerados normais. Postula-se um modelo preestabelecido de posturas, de gestos e de ações identificadas e moldadas por uma “natureza saudável de seus órgãos” (LE BRETON, 2011, p. 72). Em sua análise, Mendes-Gonçalves aproxima as definições do normal e do patológico não como uma normatividade extrabiológica, mas imediatamente contida no próprio objeto do trabalho médico:

[...] lá, naquilo que ele designa como doença, [...] o normal e o patológico não existem em estado de pureza biológica “antes”, para “depois” se contaminarem com características advindas de outras ordens de realidade, mas são já imediatamente definidos no encontro do biológico com o não biológico no nível do corpo (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 58).

Canguilhem formula uma questão fundamental: o homem não enfermo pode apreender a saúde, já que só quando adoece pode compreender que perdeu algo? Como não estar enfermo num mundo em que há enfermos? Assim, a ameaça da enfermidade é um dos constituintes da saúde. Nas palavras do autor: “a saúde é a vida em silêncio dos órgãos e, por conseguinte, o normal biológico só é revelado pelas infrações à norma, e só há consciência concreta ou científica da vida por obra da enfermidade” (CANGUILHEM, 1971, p. 86).

A partir das primeiras décadas do século XX, essas proposições tiveram implicações éticas e políticas de longo alcance, porque a exclusão dos estados temporários de doença do conceito tradicional de saúde e o apelo cego àquilo que se definia como ciência concorrem para o surgimento, no século XIX, com sua rápida efetivação no século seguinte, da chamada ciência da raça, a eugenia, que propunha a criação de uma sociedade saudável e de homens bons, identificando, nos chamados “inferiores”, as condições para sair ou não do estado de morbidez e de degeneração.

Nessa perspectiva, em várias instâncias e com grande alcance científico, jurídico e político, abarcando a medicina e a saúde pública, propôs-se que esses homens e mulheres perdessem a liberdade individual de decidir sobre si e sua prole, devendo se submeter aos imperativos cerceadores que a ciência médico-eugênica indicasse.

No momento em que as especialidades médicas ganhavam relevo e mesmo disputavam entre si espaço institucional e científico, a eugenia como ciência da raça invadiu-as todas. Dos estudos obstétricos aos cirúrgicos, das práticas sanitárias às experiências implementadas por psiquiatras, todas incorporavam a eugenia, mesmo interpretada e praticada de formas diversas e, em alguns casos, antagônicas. Esse embate entre as “eugenias” teve desdobramentos políticos, filosóficos, religiosos e científicos, confluindo, no entanto, em duas vertentes centrais: a dos que entendiam que as ações ambientais seriam capazes de equacionar a formatação do “homem bom”, eugenia que recebeu o nome de lamarckista ou positiva, e a dos que viam na hereditariedade e na restrição a única forma de se constituir um homem dentro de um projeto de melhoria racial, denominada eugenia negativa ou mendelista.

Notadamente, tais premissas tiveram impacto na vida social, envolvendo, no caso paulistano, discussões sobre a imigração, o branqueamento e a presença da população negra, com particular atenção aos nordestinos, considerados ora uma saída para o desenvolvimento paulista, ora uma ameaça ao projeto racial, sobretudo quando as endemias e epidemias exigiam das autoridades médicas e sanitárias um diagnóstico sanitário e – *por que não?* – um possível responsável para responder às mazelas e afastar qualquer interrogação menos salutar.



## O embranquecimento como projeto político-sanitário-racial

O tema da eugenia foi assimilado a uma discussão que já estava em curso no âmbito intelectual e político, posto havia um projeto de embranquecimento da população como estratégia de elevação racial. Isso tomou impulso tecnológico nas esferas médicas e de saúde pública, ganhando espaço tanto na instituição das especialidades médicas nos anos de 1930-50 como na estruturação da reforma sanitária empreendida por Geraldo de Paula Souza na década de 1920 em São Paulo, como lastro inequívoco para as seguintes. É fundamental acompanhá-la nesse processo, para alinhar internamente os encaminhamentos dados à gestão médica e de saúde pública.

Por isso, chama a atenção dos analistas o quanto tal campo científico é espaço minado por leituras diversas e por ações que buscavam, em mitos de origem regionais e em inovações modernizantes, saídas para a elevação da raça. No caso de São Paulo, todos estavam afinados quanto à superioridade racial do paulista, inclusive o campo sociológico e histórico defensor da proeminência de um homem branco e racialmente superior (Oliveira Vianna e Alfredo Ellis Junior), definido como “sub-raça superior”, enquanto os afrodescendentes eram considerados “homens inferiores”, o que explicaria sua “ausência” na formação original do estado.

São Paulo se arrogava o privilégio de uma raça superior já ajustada aos novos tempos, apta a pôr o Brasil nos trilhos do progresso. A chegada do trabalho livre, dos migrantes e dos imigrantes, que aportavam de maneira sistemática e não controlada, davam azo ao discurso que ora valorizava essa entrada, por sua força de trabalho e pela cor da pele capaz de concorrer para o branqueamento da população, ora, ao contrário, opunha restrições a essa gente, que poderia “sujar a raça de gigantes” por sua pretensa incapacidade de trabalho, muitas vezes relativa a certa degeneração racial. Isso porque, segundo a versão mitológica paulista, desde os primeiros tempos, a população do estado teria nascido do cruzamento entre os “índios de estirpe” e os “audazes portugueses”, quando aqui fincaram suas raízes e foram, aos poucos, vergando o sangue índio, originando uma população mestiça e branca (MOTA, 2005).

Esse poder atribuído à branquitude pode ser entendido como “uma rede na qual sujeitos brancos estão consciente ou inconscientemente exercendo-o em seu cotidiano por meio de pequenas técnicas, de procedimentos, de fenômenos e de mecanismos que constituem efeitos específicos e locais de desigualdade social” (SCHUCMAN, 2014, p. 57).

No caso paulista, incorporando-se a eugenia também como um termo médico nas diversas especialidades – inclusive a saúde pública –, demarcavam-se estratégias na busca de um homem ideal, reconhecido em sua individualidade para ser modificado, pois se dizia que nem todos tinham as mesmas chances de ascender de um estado considerado mórbido e

degenerado. Entendida como “tecnologia científica” a ser implementada, a eugenia motivou longos debates e desaguou em subdivisões importantes, tendo, em larga medida, a questão dos negros e mulatos na pauta do pensamento eugênico.

Nancy Stepan desenvolveu uma tese sobre o eugenismo na América Latina, apontando as particularidades nacionais. Procurou rebater a visão preponderante nos EUA e na Europa de que o eugenismo nos países latino-americanos seria mera cópia do que vinham produzindo e mostrou como uma visão neolamarckista da eugenia foi a pedra de toque na específica inscrição desse debate, tendo sido da França o polo irradiador da versão eugênica preponderante adotada, resultando a ação sanitária e preventiva na escolha ideal para a formatação populacional (STEPAN, 2005, p. 14). Para essa eugenia, particularmente pautada em fatores influenciados pelo sanitarismo e pela propaganda higiênica, tais ações poderiam intervir na formação física e mental dos indivíduos, tendo seu discurso auferido espaço privilegiado em áreas como a educação e o direito.

Na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a eugenia foi divulgada, em grande medida, por meio das teses doutorais, trabalhos monográficos apresentados pelos alunos para obter o título de doutor. Em seu levantamento dessa obrigatoriedade acadêmica instaurada em 1918, Verzolla encontrou as primeiras teses expressas sobre o tema eugenia em 1920, indo até 1939. Foram 45 teses distribuídas entre as seguintes cadeiras: higiene (33), medicina legal (6), clínica neurológica e psiquiátrica (2), pediatria (2), clínica oftalmológica (1) e terapêutica clínica (1) (VERZOLLA, 2017, p. 82).

Seu estudo também evidenciou um certo equilíbrio entre a divulgação de preceitos eugênicos voltados à eugenia positiva e seus preceitos educativos do bem viver e da eugenia negativa, com suas propostas restritivas e racistas. Entre as teses levantadas, uma é exemplar no que tange aos pressupostos eugenistas de marcação racista. Com o título *Os cinco problemas da eugenia brasileira*, foi defendida em 1929, por Pedro Monteleone, e indicava a raça como um fator médico a ser computado nos diagnósticos eugênicos:

[...] ocupando a branca o primeiro lugar de classificação de seus dotes raciais, por suas altas qualidades intelectuais, não só de assimilação, como principalmente de criação. Em segundo lugar estaria a raça amarela, tida como mais limitadora do que realizadora. E, por último, viria a raça negra, considerada a mais inferior da escala dos valores humanos e que sempre deve seguir as outras (MONTELEONE, 1929, p. 119).

No campo da saúde pública paulista, igualmente, a eugenia foi entendida como uma ciência potente para o andamento da máquina administrativa de saúde. É importante ressaltar que a influência da Fundação Rockefeller na formação de Geraldo de Paula Souza e de Francisco Borges Vieira, bolsistas da Fundação, foi decisiva nesse processo, fundamentando seu plano de saúde pública pautado em tais prédicas.

E não poderia ser diferente, pois, desde a década de 1910, a Fundação Rockefeller foi a maior entusiasta da eugenia, dentro e fora dos EUA, financiando instituições acadêmicas e científicas para ajudar a identificar o “sangue inferior” e as formas de interdita-lo. Nos anos 1930, teria financiado uma rede de cientistas e de instituições, inclusive na Alemanha nazista, fato que a própria Fundação esclareceu: era contra o Reich e sua violência, mas a favor do debate racial alemão, sobretudo, vindo da biologia. Com a deflagração de guerra, em 1939, esses financiamentos foram cessando:

[...] com poucas exceções, a Fundação havia cessado todos os estudos de eugenia na Europa ocupada pelo nazismo quando a guerra foi declarada, em 1939. Mas, àquela altura, os dados já tinham sido lançados. Os homens talentosos que a Fundação Rockefeller financiou, as grandes instituições que auxiliou a fundar e a ciência que ajudou a criar tomaram seu próprio ímpeto científico (BLACK, 2003, p. 588).

Entre as instituições financiadas pela Fundação Rockefeller em toda a América Latina, em São Paulo, foram a Faculdade de Medicina e seu Instituto de Higiene os primeiros impactados por tais questões científicas. Estudava-se a raça como fator de higiene, quer em pesquisas científicas e estudos acadêmicos apresentados aos médicos bolsistas da Fundação, quer em sua “leitura paulista”, introduzindo uma nova tecnologia de saúde, a eugenia.

Fundada como movimento nacional em 1918 sob a assinatura de Arnaldo Vieira de Carvalho e a de Renato Kehl, a eugenia foi inicialmente recebida como um termo médico, demarcando estratégias na busca de um homem ideal numa compreensão eugenista, ou seja, entendida como “tecnologia científica” a ser implementada. As ações eugenistas ambientais, bem como as medidas que visavam à restrição de indivíduos, foram tema de longos debates.

[...] embora não haja dúvida de que o neolamarckismo foi uma orientação científica importante na eugenia e no campo médico brasileiro, sobretudo por sua associação com a proeminente comunidade de sanitaristas e higienistas, o emprego da eugenia mendeliana no Brasil pode ser observado nas discussões promovidas por eugenistas como Renato Kehl, Roquette-Pinto, Otávio Domingues, Salvador de Toledo Piza Júnior e André Dreyfus, para citar algumas das principais lideranças do movimento eugênico e da genética brasileira de início do século XX (SOUZA; WEGNER, 2018, p. 341).

Em 1929, durante o I Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado no Rio de Janeiro, entre os dias 1 e 7 de julho, nos festejos do centenário da Academia Nacional de Medicina, o médico e psiquiatra paulista Antônio Carlos Pacheco e Silva fez um discurso em que as bases eugênicas eram tratadas como um esforço eminentemente de São Paulo. Por isso, iniciou o seu discurso com a seguinte observação:

Meus senhores: bem hajam os abnegados brasileiros que ainda se lembram dos seus compatriotas, preocupando-se com a seleção humana, sem se deixar empolgar pelo extraordinário desenvolvimento material do país, numa época em que muitos cuidam de melhorar as espécies animais e vegetais, deixando no mais completo esquecimento a raça que se forma, sem proteção e sem amparo, sem leis que proíbam a união de elementos malsãos, sem o necessário aparelhamento sanitário e educativo (PACHECO E SILVA, 1929, p. 1).

Nesse amplo debate de nível também internacional (I Conferência Pan-americana de Eugenia e Homocultura, de 1927; II Conferência, de 1934; e Federação Latina Internacional de Sociedades Eugênicas, em 1935), a incorporação à vida dos cidadãos de uma ideia de normalidade/patologia que se estendeu a diversas esferas da construção social e, em particular, à criança, teve repercussões na concepção de família, colonizando a construção da saúde materna, centrada numa higiene pré-natal voltada para uma mulher considerada sobretudo por sua condição de mãe (MOTA; SCHRAIBER, 2009). Buscavam-se naquele ser ainda imperfeito – posto que a perfeição estava no ser adulto – falhas que pudessem estar já em sua gestação; por isso, a hereditariedade seria determinante no surgimento de um ser capaz de se desenvolver dentro da normalidade; segundo defendiam, para poder atingir o estado de perfeição, seria necessário haver o processo de crescimento, uma força vital transmitida pela hereditariedade que a tudo determina. A formatação eugênica da criança logo se popularizou, e, em janeiro de 1926, realizou-se em São Paulo o I Concurso de Eugenia do país, com a classificação de três crianças consideradas plenamente eugenizadas e tendo São Paulo a primazia nesse processo (MOTA, 2003, p. 98).

Uma das organizações filantrópicas voltadas à criança e aos cuidados maternos foi a Cruzada Pró-infância, criada em 1930, com a participação de mulheres da classe média e da elite da cidade, muitas delas com experiência em trabalho voluntário, atentando, em seus primeiros tempos, ao trabalho realizado pelas educadoras sanitárias. Assim, a Cruzada funcionou sob os auspícios da Associação de Educação Sanitária, propondo “um programa que previa a criação de um Dispensário Central onde seriam levados os casos observados nos postos de saúde pelas educadoras sanitárias e por membros de outras associações filantrópicas” (MOTT; BYINGTON; ALVES, 2005, p. 47). Com o tempo, as ações da Cruzada se estenderam a escolas infantis e de formação de professoras e mães, sempre divulgando esses preceitos a partir de bases eugenistas da educação sanitária.

Em 1938, foi lançada a *Viver*, primeira revista de cunho eugenista voltada para a família preocupada com os cuidados capazes de construir seres equilibrados e sadios para a sociedade. Geraldo de Paula Souza foi um dos responsáveis pela revista, cujos objetivos apontou logo no primeiro número, em artigo intitulado “Tenhamos fé no futuro da raça”:

[...] viver, na acepção mais lata do termo, é valer-se de todos os recursos ao nosso alcance – luta; depende dos fatores de inteligência, força e saúde; ter em mira um alvo – felicidade, destacando-se o coletivo, porque da proporção de inteligências, de fortes, de saudáveis – mede-se a grandeza de um povo e resulta a felicidade da nação (PAULA SOUZA, 1938, p. 10).

Talvez aqui um dos grandes problemas de construção histórica do período seja o de tentar retirar das ações reformistas de Paula Souza a sua essência, ou seja, a ciência racial que alinhavou todo o seu projeto, resumindo seu plano tecnológico apenas aos Centros de Saúde e a eugenia como um sinônimo de saneamento. Realmente, seus esforços foram enormes nesse sentido, incorporando ações sanitárias de base ambientalista como a nutrição, a puericultura e a educação sanitária, assuntos difundidos pelo Instituto de Higiene, mas igualmente indicando a inferioridade dos negros e mulatos, prevendo a restrição matrimonial pelos Centros de Saúde ou, ainda, colaborando para a divulgação desses preceitos por meio de cartilhas e de revistas eugenistas.

Assim, não há como compreender seu projeto ao pensamento modernizador paulista sem vinculá-lo a uma interpretação, em certa medida, também de base racista, envolvida, em termos intelectuais mais gerais, na formação social brasileira. O tema racial entrava na pauta de discussão de suas elites, tendo os médicos um lugar privilegiado por haverem não só apontado onde estaria a ameaça de uma hereditariedade futura, mas também proposto uma saída médico-sanitária para salvaguardá-la, “caucionados menos nos méritos ou atributos individuais de cada um dos elementos do que na certeza de que a superioridade inata do branco acabaria, mais cedo ou mais tarde, por triunfar também nos trópicos” (LUCA, 1999, p. 175).

Romero assinala o lugar de São Paulo na contenda racial:

[...] São Paulo tornara-se a cidade precursora do movimento eugênico no Brasil. Afinal, em que outro ponto do país poderia ser observada com maior nitidez essa “transfusão desordenada de sangue”, esses “sangues vários que em confusão crepitante” circulam em nossas veias, esses “sangues perturbadores”, essa policromia? Nas primeiras décadas do século XX, a cidade de São Paulo era, para os eugenistas, a condensação da desordem e da desarmonia que ameaçavam a construção da nacionalidade; era a imagem do Brasil, um calidoscópio de sangues, um caleidoscópio de raças, pois à raça negra, remanescente da escravidão, e aos mestiços, vieram juntar-se milhares de estrangeiros europeus e asiáticos (ROMERO, 2002, p. 111).

Foram de tais premissas que as discussões entre eugenia e raça se voltaram à formação da nacionalidade, da imigração e do branqueamento, pondo em questão:

O argumento de que a eugenia no Brasil foi mais “suave” e de que debates sobre a legislação eugênica mais dura não encontrou espaço entre os brasileiros. Um exemplo disso pode ser visto nas discussões sobre as políticas de imigração, que, desde o final dos anos de 1920, encontrou entusiasmados defensores das políticas de controle imigratório. Para esses, era fundamental criar barreiras legais que impedissem a entrada de imigrantes indesejáveis, como asiáticos, árabes, ciganos e negros (SOUZA; WEGNER, 2018, p. 344).

Exemplarmente, a medicina foi capaz de aproximar eugenia, raça e doenças a partir de critérios raciais, avançando sobre esses grupos, com ênfase nos negros e em suas doenças diagnosticadas pelo fator raça e pelas tendências mórbidas que ela provocaria. Esse foi o caso da psiquiatria, quando:

[...] voltou-se para diversos tipos de doença mental e sua distribuição étnica, que consistia essencialmente na interpretação das estatísticas psiquiátricas. Em estudos específicos sobre a loucura na raça negra, levantaram-se estatísticas sobre a incidência de determinadas doenças, nomeadamente epilepsia, alcoolismo e sífilis (MACHIN; MOTA, 2019, p. 8).

Em 1924, o médico Geraldo de Paula Souza escrevia sobre os problemas étnicos que deveriam ter a atenção da saúde pública, enfatizando a relevância dos serviços de estatística:

[...] importa muito verificar o fenômeno e inspirar na estatística as medidas que nos defendam a raça do aniquilamento e lhe favoreçam o progresso étnico. É fora de dúvida a importância notável que se deve reconhecer na constituição dos característicos finais das raças humanas, ao fenômeno variável do crescimento das atuais populações do globo [...] em São Paulo, embora a nupcialidade entre brasileiros, a natalidade sobrepuja nos casais estrangeiros, donde claramente se vê a influência ativa que nos vai modificando o tipo rácico e muito necessita a nossa melhor atenção voltar-se para os problemas étnicos emergentes (PAULA SOUZA, 1924, p. 5).

Com tal intenção, escreveu uma obra importante sobre o tema e reveladora de seus propósitos. Já na apresentação de *Eugenia e imigração*, de 1928, o autor esclarece de que eugenia se tratava:

[...] fundada na hereditariedade, que repete os pais nos filhos, reclama a eugenia, nome adequado que se dá à nova ciência em ativa e generosa formação, que se purifique, quanto ao alcance da sociedade e compatível com a moral, a fonte que dimanam as populações. Afastados da procriação os anormais, os degenerados, os elementos inferiores e os de cruzamento indesejável, evitar-se-á retrocesso de melhoria humana já adquirida (SOUZA, 1928, p. 1).

Em sua análise, o negro poderia ser entendido como um elemento a configurar a decadência racial brasileira. Mais que o negro, o mulato, que teria sua mais alta representação nos nordestinos que aportavam na cidade, estaria no auge desse processo, podendo-se acompanhar seu grau de decadência física e moral, não obstante atravessado por um processo de arianização, principalmente em solo paulista:

[...] começou a população a se arianizar de modo ativo, pela predominância da raça branca, que se foi formando seguidamente maior, e ainda pela mortalidade de produtos da fusão desta com a preta. O mulato é pouco prolífico e ainda é com grande freqüência vitimado pela menor resistência física, que o expõe às moléstias e pelos vícios. Aos vícios o arrasta o caráter geralmente degenerado ou de fácil corrupção, que o degrada desde o berço e decorre da prostituição materna, da união ilícita ou mais facilmente do contato promíscuo (fonte de sífilis) da mulher preta com o homem branco, de que provém esse mestiço. Com efeito, embora numerosos esses produtos de cruzamento, rareiam as uniões entre brancos e pretas e ainda muito mais entre pretos e brancas, porque a raça superior evita tais casamentos, que se reputam humilhantes, não se furtando, entretanto, ao contato mais ou menos velado pela clandestinidade. Vai ficando em campo, nesse caldeamento, o melhor fator puro ou já bastante arianizado. Aí está a marcha desse fenômeno étnico, que se encaminha de modo feliz (PAULA SOUZA, 1928, p. 4-5).

## Considerações finais

O estudo em pauta pretendeu apontar a plasticidade discursiva que envolveria a eugenia enquanto uma tecnologia médica e uma ciência da raça, por isso maleável e captável em diversas partes do mundo, com leituras gerais e específicas a partir de contextos definidos. Exemplarmente, o discurso eugenista paulista insistia no argumento de que o preconceito racial nada mais era do que a reação de um espírito superior frente ao inferior, respaldado pela ciência da raça. O chamado preconceito racial ou de cor, diziam, pertencia à categoria dos lugares-comuns que se firmaram no consenso por força de repetição. Não haveria desconformidades por força de preconceitos étnicos, mas por imperativo do instinto defensivo e natural de preservação contra a mistura entre determinados grupos. Essa posição negava o “preconceito de raça” ou “de cor”, como defendiam, tratando-se, na verdade, de um instinto considerado superior e defensivo, cujo objetivo seria atender ao futuro da raça paulista.

Entre os grupos que foram enquadrados nesse argumento na capital paulista, os negros, sobretudo, os nordestinos, ganharam particular atenção, principalmente, em momentos nos quais doenças, endemias e epidemias avançavam sobre a cidade, conforme estudamos o caso da esquistossomose a partir dos anos de 1930. Nesse sentido, há que retomar o modelo tecnológico de saúde pública estadual e municipal implicado no momento e em que medida ele conseguia ou não enfrentar tal problemática de ordem econômica, social, política e cultural.

Ao que parece, e procuramos trazê-la aqui, a desarticulação em nível municipal e estadual das instâncias de saúde pública, acima de tudo, explicaria a situação e o recrudescimento desses fenômenos, sendo produzido discursos e práticas com doses profundas de culpabilização de base racial de certos grupos sociais, fato retirado da história oficial da saúde pública paulista. Em tempos de pandemia, como as atuais, quando a hierarquia dos corpos converge para uma sociedade ainda respaldada no racismo de cor e/ou classe social, num processo complexo de invisibilização dos corpos, pode ser valioso atentar para a historicidade desse processo, se quisermos outra forma de viver e viver numa sociedade mais equânime e justa para todas e todos.

## Referências

- BLACK, E. *A guerra contra os fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa, 2003.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.
- CARVALHO, S. A. Esquistossomose mansoni. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 25-26, 1982.
- CHIEFFI, P. P.; WALDMAN, E. A. Aspectos particulares do comportamento epidemiológico da esquistossomose mansônica no estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 257-275, 1988.
- FONTES, P. *Um nordeste em São Paulo: trabalhadores migrantes em São Miguel Paulista 1945-1966*. Rio de Janeiro: FGV, 2008.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- LUCA, L. T. R. *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a nação*. São Paulo: Ed. Unesp, 1999.
- MACHIN, R.; MOTA, A. Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo – 1898-1920. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 23, p. 1-14, 2019. DOI: 10.1590/Interface.180314. Acesso em: 14 jun. 2020.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho da rede estadual dos Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MOTA, A. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista 1892-1920*. São Paulo: Edusp, 2005.
- MOTA, A. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. A infância da gente paulista: eugenia e discurso médico nos anos de 1930-1940. In: MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. *Infância e saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009. p. 194-233.
- MOTT, M. L.; BYINGTON, M. E. B.; ALVES, O. S. E. *O gesto que salva: Pérola Byington e a Cruzada Pró-infância*. São Paulo: Grifo, 2005.
- ROMERO, M. Nordestinos em São Paulo nos anos de 1950: imprensa popular, ciência e exclusão social. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH, 21, 2014, Santos, SP. *Anais Eletrônicos*. Santos, SP, 2014.
- ROMERO, M. *Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930*. Bauru, SP: Edusc, 2002.
- SANTOS, M. A. C.; MOTA, A. *São Paulo, 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo: Alameda, 2010.
- SCHUCMAN, L. V. *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. São Paulo: Fapesp/Annablume, 2014.



SILVA, L. J. Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1985.

SOUZA, V. S.; WEGNER, R. História da eugenia: contextos, temas e perspectivas históricas In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 328-355.

STEPAN, N. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VERZOLLA, B. L. P. *Medicina, saúde e educação: o discurso médico-eugênico nas teses doutorais da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1920-1939*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

## Fontes primárias

CORRÊA, M. O. A. Incidência da esquistossomose mansoni em imigrantes oriundos de outros estados. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, v. 13, n. 1-2, p. 91-98, 1953.

MONTELEONE, P. *Os cinco problemas da eugenia brasileira*. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1929.

*O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 1 mar. 1975, p. 22.

*O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 5 fev. 1972, p. 10.

*O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 3 abr. 1958, p. 3.

*O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 2 mar. 1958, p. 1.

*O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 5 ago. 1952, p. 8.

PACHECO E SILVA, A. C. *Discurso no I Congresso Brasileiro de Eugenia*. São Paulo, 1929, p. 1. Mimeo.

SOUZA, P. G. H. Temos fé no futuro da raça. *Revista Viver – Mensário de Saúde, Força e Beleza*, São Paulo, v. 1, p. 2-4, 1938.

SOUZA, P. G. H. *Eugenia e imigração*. Rio de Janeiro: Canton & Beyer, 1928.

SOUZA, P. G. H. Serviço de estatística sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene*, São Paulo: governo do estado de São Paulo/Fundação Rockefeller, n. 19, p. 1-29, 1924.

# 5 Interseccionalidades na atenção à saúde da população negra

*Sávio Marcelino Gomes*

*Karina Cardoso Meira*

*Mercês de Fátima dos Santos Silva*

## Introdução

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, criadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde do Brasil, preveem políticas de saúde específicas para as populações negra, do campo e da floresta, lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBTQI+), em situação de rua e cigana. Seu objetivo é reconhecer o efeito das iniquidades históricas vivenciadas por esses grupos na saúde, apresentando estratégias de superação das iniquidades sociais (BRASIL, 2013).

Esses efeitos são apoiados no debate dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), alavancado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual evidencia que as condições de vida de uma população estão relacionadas com seu lugar na hierarquia social, que, por sua vez, é definida por fatores como a renda, a educação, o gênero, a raça e outros. Tal modelo é amplamente conhecido e adotado no campo da saúde, no entanto, há críticas quanto à estaticidade desse modelo e à redução de categorias de análise complexas (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

O reconhecimento dessas categorias evidenciou as diferentes condições de vida e a associação às categorias identitárias, amplamente conhecidas como “minorias”, sejam elas de raça, de gênero ou de classe. Porém, ao utilizá-las como categorias mutuamente exclusivas, corre-se o perigo de deslocar as vivências que podem não estar reunidas no mesmo corpo.

Para compreender o efeito das iniquidades sociais na saúde, é essencial reconhecer a existência de múltiplas identidades “cruzadas”, pois estas refletem os resultados dos diversos sistemas de privilégios e opressões (como racismo, heterossexismo, sexismo e classismo), que são responsáveis por manter as iniquidades em saúde. Como alternativa, empreende-se aqui a teoria da interseccionalidade, uma estrutura teórica para entender como múltiplos marcadores sociais se relacionam entre si no nível da experiência individual e comunitária (BOWLEG, 2012).

Torna-se, portanto, objeto deste capítulo, a interseccionalidade entre as categorias de raça, classe social, gênero e sexualidade, enquanto recorte das diversas possibilidades de interseccionalidade entre marcadores como deficiência, lugar de origem ou religião. Serão abordados os seguintes pontos:

- desigualdades de raça, de gênero e de classe social;
- interseccionalidades: histórico e conceitos;
- indicadores de saúde e interseccionalidade.

## Desigualdades de raça, gênero e classe social

A relação entre raça e saúde entra em cena no debate público brasileiro no final do século XIX e início do século XX. De grosso modo, o termo “raça” sempre foi controverso na discussão, mas sempre esteve atrelado às questões de conflito, de poder e de decisão histórica, sobretudo, a partir do século XVI, em que circunstâncias históricas forneceram sentido específico à noção de raça para classificar as diversas formas de ser humano. Tais classificações criaram dicotomia como civilidade e barbárie, fomentando a ideia de que nem todos os indivíduos eram reconhecidos como seres humanos, com o amparo filosófico e das Ciências Biológicas e Físicas. Assim, as facetas dos racismos vão sendo moduladas historicamente e politicamente na sociedade contemporânea (ALMEIDA, 2019).

## Raça e Saúde

Na última década do século XX e no início do século XXI, as relações entre raça e saúde entraram novamente em pauta no debate público brasileiro em um campo político e intelectual denominado “Saúde da População Negra”. O referido campo, liderado pelos Movimentos Negros, estrutura-se para discutir e organizar ações, bem como estratégias para enfrentamento do racismo em saúde, no momento em que gestões de governos (Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff), intelectuais e parcelas significativas da sociedade civil reconheceram as iniquidades sociais e em saúde que são acometidas pela população negra (MAIO; MONTEIRO, 2005).

Como mencionamos, a interface entre raça e saúde já esteve em cena no debate público no final do século XIX e início do século XX, como relações fundamentais para elaboração de políticas públicas no Brasil. Inicialmente, houve o desafio de pensar a modernização do país, a partir da construção da identidade nacional brasileira, diante de uma população

miscigenada que enfrentava os surtos epidêmicos de febre amarela. Nesse período do final do século XIX até a década de 1930, boa parte da historiografia aponta que as políticas sanitárias privilegiaram a proteção aos europeus recém-chegados ao Brasil, considerados como “raças superiores”, tendo o papel de elevar o país à modernização com o processo de “branqueamento da população” (MAIO; MONTEIRO, 2005).

Nesse momento, “raça” emerge como conceito central, para que a aparente contradição entre o ideário de raça superior e o ciclo de morte e de destruição da escravidão pudesse operar simultaneamente como fundamento da sociedade contemporânea (ALMEIDA, 2019). Esta construção do racismo filosófico alinhou-se às bases do racismo científico pela via do determinismo biológico e do meio para explicar a diversidade humana e determinar a raça “branca” como superior às demais.

Com a aceitação do ideário da democracia racial (1930-1940), o debate entre raça e saúde afastou-se do determinismo biologicista, influenciado pela Antropologia Física oitocentista, e adotou a abordagem médico-higienista, que tentou incorporar a visão socio-antropológica culturalista, atribuindo ao saneamento, à higiene e à educação as melhores alternativas para uma superação do atraso social do país, retirando-se a centralidade do debate de raça. Contudo, ao retirar a perspectiva de raça, não se discutiu a questão de que a população negra necessitaria de políticas focalizadas, pois foi jogada à própria sorte na construção da “sociedade de classe brasileira” (FERNANDES, 1978).

Assim, a população negra, antes submetida ao escravismo, é colocada na situação de subcidadania (precárias condições habitacionais e de trabalho, fome, desemprego, baixa educação). Dessa forma, o racismo vai se estruturando na sociedade brasileira. Entre os anos de 1946 e 1964, o combate às doenças endêmicas em áreas periféricas foi acompanhado por outra interface, o binômio “saúde e desenvolvimento”, que acreditava que o processo para atingir a modernização do Brasil se daria pela ampliação do acesso aos serviços de saúde em consonância com as reformas sociais. Com isso, a tradição sanitarista começa a lançar as bases da substituição do quesito raça pelo de classe social.

No período da Ditadura Militar, com a privatização da saúde, a relação raça e saúde não alcança o debate público. Entretanto, nesse período, há denúncia do movimento negro quanto à saúde reprodutiva das mulheres negras, que, nos anos 1970, eram esterilizadas sem consentimento das mulheres e dos seus companheiros (MAIO; MONTEIRO, 2005). Tal fato denotava um controle de natalidade dessa população, sem mencionar a questão do genocídio da população jovem negra, que era mascarado na nossa sociedade (NASCIMENTO, 1978).

Mesmo após a Ditadura Militar, a tradição sanitarista continuou não atribuindo relevância à temática racial. Cabe, no entanto, pontuar que algumas iniciativas do movimento feminista e, em particular, de lideranças negras foram desenvolvidas a partir da década de 1980, com o objetivo de ressaltar especificidades raciais no âmbito da saúde reprodutiva. Essas ações, de alcance limitado no contexto nacional, foram influenciadas pela produção intelectual feminista e pelo ativismo negro norte-americanos, que passaram da perspectiva universalista à diferencialista, atribuindo centralidade à questão das relações raciais e do racismo (MAIO; SIMONE, 2005; PIERUCCI, 1999).

Essa discussão, iniciada pelo movimento negro, floresceu no debate público no século XXI, trazendo a relação entre raça e saúde de volta às discussões de saúde pública, com a proposta de criação de uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A PNSIPN apresenta as desigualdades raciais em saúde, apontando que alguns agravos de saúde incidem mais e/ou são específicos na população negra, e que um dos agravantes das doenças atrela-se ao racismo institucional praticado pelas instituições sociais e em saúde no Brasil, pontuando a necessidade da relevância do quesito cor no sistema de informação de saúde para produção de ações e estratégias específicas, para consolidação de políticas públicas para o enfrentamento do racismo no Brasil (BRASIL, 2013).

Assim, ao utilizar o conceito raça, estamos utilizando da perspectiva sociopolítica do termo, levando em consideração estratégias de avaliar as desigualdades sociais e a necessidade de não substituição da categoria por fator socioeconômico nas análises e nas pesquisas na área da saúde. Parte-se do pressuposto de que cor/raça, etnia, gênero, sexualidade, classe social, lugar de origem, deficiência, religião e geração são considerados como estruturantes na sociedade, interferindo nos desfechos de saúde, de doença, de cuidado, de assistência e de morte, sendo uma das formas de enfrentar as iniquidades em saúde a partir do avanço de políticas de promoção de equidade.

Por isso, ao tomarmos o conceito de raça, apontando o racismo sofrido pela população negra, não podemos homogeneizar as diversidades e as diferenças desta população, mas interrelacionar aos marcadores sociais da diferença (raça x classe social; raça x gênero; raça x deficiência; raça x lugar de origem) para fazer emergir as especificidades das comunidades religiosas de matriz afro-brasileira, as comunidades quilombolas, a população negra periférica, a situação das mulheres negras, a masculinidade negra, a comunidade negra LGBTQI+ e a situação da população negra nas regiões brasileiras. Neste capítulo, apontaremos a relação de saúde e as interfaces de raça e classe e raça e gênero.

## Classe Social e Saúde

Como apontamos acima, a relação entre classe social e saúde ensaiou timidamente seus primeiros debates no Brasil nos anos 1950 e 1960, com a perspectiva do sanitarismo desenvolvimentista. Entretanto, essa relação consolidou-se nos anos 1970, a partir do crescimento da desigualdade de renda e diante das novas formas de exclusão social, situação que apresentava impactos nos agravos de saúde. Nesse período, algumas perspectivas de pesquisas sociais buscaram formular modelos de aplicação do conceito de classes sociais que pudessem ser usados em pesquisas empíricas destinadas a documentar apropriadamente esses fenômenos (BARATA *et al.*, 2016).

Assim, no campo da Saúde Coletiva, o conceito de classe social foi incorporado como determinante das condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais que impactam no processo de nascer, viver e morrer de uma dada população. Essa concepção faz parte da própria construção do campo da Saúde Coletiva, na medida em que o conceito entra como categoria chave para os estudos da determinação social do processo saúde-doença (LAURELL, 1983).

Mas o que é “classe social”? O seu conceito apresenta diferentes abordagens nas Ciências Sociais. Segundo Fernandes (1977), alguns autores o utilizam para designar estratificação social, geralmente como análogo ao conceito amplo de “camada social”. Além disso, há autores que utilizam classe social com restrição, para indicar estratos sociais que se caracterizam por comunidades de interesses, percebidos ou não socialmente, os quais se associam a relações de dominação, de poder, de prestígio social e de estilo de vida. Por fim, existem autores que, baseados na perspectiva marxista de classe social, utilizam o conceito considerando as especificidades históricas e concretas da realidade, a fim de demarcar o arranjo societário inerente à produção do sistema capitalista.

Embora o conceito seja consagrado na perspectiva marxista, ela não é a mais utilizada no campo da saúde, que, por vezes, busca, na perspectiva da estratificação social, o recorte empirista para comprovar o caráter social da doença, não analisando esse caráter como manifestações concretas e dialéticas da realidade social (VIANA, 2012). Grosso modo, o conceito de classe social é fundamental na teoria marxista, que o compreende como um conjunto de sujeitos que compartilham o mesmo modo de vida, mesmos interesses e mesma oposição a outras classes sociais; além disso, exercem atividades de trabalhos fixadas pela divisão social do trabalho, que, por sua vez, é determinada pelas relações de produção dominantes, determinando também as condições de vida material destes sujeitos (MARX; ENGELS, 2010; VIANA, 2012).

Em certa medida, ao tomarmos a assertiva marxista de que as classes sociais determinam as condições de vida material e, por sua vez, que estas influenciam no processo saúde-doença, estamos levando em consideração que tais implicações têm concepções valorativas, políticas e ideológicas, bem como concepções objetivas e subjetivas. Portanto, a cada forma de adoecimento, faz-se necessário analisar cada caso concreto, pois ele poderá ser síntese de múltiplas determinações (VIANA, 2012). Desse modo, ao tratarmos de condições de vida em uma sociedade racista como a brasileira, devemos considerar várias perspectivas e questões históricas e políticas dessa sociedade e não apenas incorporar a categoria de classe social como central e substitutiva de outras categorias, mas sempre interseccionalizá-la com outras categorias, para apreensão da forma de adoecimento.

## Gênero, Sexualidade e Saúde

De modo complementar, existe uma construção de sistemas simbólicos também em torno dos sexos (masculino e feminino), o que faz com que estes deixem de ser somente um fato da natureza e passem a operar sob a lógica de papéis sociais (ORTNER, 1979), definidos a partir da atividade humana, envolvendo conflitos de interesse e manobras políticas e comumente marcada por uma compreensão essencialista, o que produz diferentes efeitos sobre os corpos, a depender da época e do local (RUBIN, 2003).

Tal sistema demarca, especialmente nos países ocidentais, sistemas de opressão baseados no binarismo homem x mulher. Segundo Beauvoir (1980), o feminino ocupa o lugar do Outro, sempre em prol dos interesses dos homens, das suas pretensões ontológicas e morais. A dominação masculina, como definida por Bourdieu (2012), está impressa nas relações de trabalho e na ordem social, afetando não só os corpos femininos, mas fazendo com que os corpos masculinos também sejam subordinados às normas da masculinidade.

Os símbolos culturais que compõem esse sistema configuram a categoria de gênero e são acionados antes mesmo do nascimento (BENTO, 2006), como produto de tecnologias sociais: cinema, discursos, epistemologias e práticas institucionais, institucionalizadas e cotidianas. Dão origem, portanto, a processos de exclusão e de produção de iniquidades sociais nos diferentes setores da sociedade (LAURETIS, 1994).

No campo da saúde, a construção da masculinidade hegemônica a partir de um prisma de virilidade e de invulnerabilidade afasta os corpos masculinos dos serviços de saúde, bem como também retarda as políticas e as ações específicas a esses grupos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). As mulheres, por sua vez, enfrentam a forma mais cruel de personificação dessas iniquidades: o feminicídio, para além de diversas questões decorrentes dos papéis de subordinação ainda vigentes na estrutura social (MENEGHEL; MARGARITES, 2017).

Os dados sobre a saúde da população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (LGBT) brasileira ainda são escassos, centrados especialmente no problema da violência enfrentada por esse grupo (BRASIL, 2018). Outras disparidades relacionadas à saúde desse grupo foram evidenciadas nos Estados Unidos por meio da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES), principalmente relacionadas ao desenvolvimento da obesidade, diabetes, hipertensão, tabagismo e ISTs (SHOVER *et al.*, 2018).

## Interseccionalidade: histórico e conceitos

Um dos primeiros registros da palavra interseccionalidade acontece na Convenção das Mulheres de Akron, Ohio, em 1851, quando Sojourner Truth, escravizada liberta, desafiou a dicotomização entre raça e gênero. Entretanto, o termo passa a ser conhecido a partir do movimento feminista negro, principalmente na década de 1990, em especial através de Kimberlé Crenshaw, cujos textos tinham o objetivo de evidenciar a exclusão das mulheres negras do discurso feminista branco (BOWLEG, 2012).

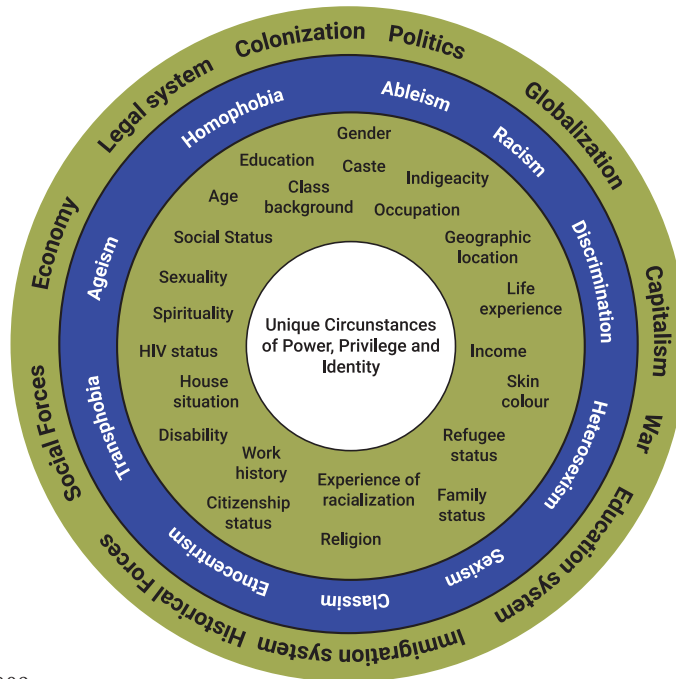
O termo é recente no campo da saúde pública, sendo proposto, nesse âmbito, como uma estratégia de modelo teórico de análise. Houve um aumento progressivo de sua menção em periódicos da saúde a partir de 2011. Por exemplo, a busca pelo termo interseccionalidade em novembro de 2011 resultou em 49 artigos, enquanto que, no mesmo período, em 2019, esse número aumentou para 747 resultados de busca (AGÉNOR, 2020).

A interseccionalidade considera múltiplos níveis, como expresso na Figura 1, e pode ser definida como:

A compreensão dos seres humanos conforme a interação de diferentes locais sociais (por exemplo, raça/etnia, gênero, classe, sexualidade, geografia, idade, deficiência/capacidade, status de migração, religião). Essas interações ocorrem dentro de um contexto de sistema conectado a estruturas de poder (por exemplo, leis, políticas, governos estaduais e outros sindicatos políticos e econômicos, instituições religiosas, mídia). Através de tais processos, formas interdependentes de privilégios e opressões moldadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, homofobia, capacidade e patriarcado são criadas (HANKIVSKY, 2014).



Figura 1 – Círculo da interseccionalidade



Fonte: Simpson, 2009

O conceito de interseccionalidade coloca em evidência paradigmas postos às investigações empíricas; estes são sistematizados por Hancock (2007) e aqui adaptados para o campo da saúde. Por exemplo, toda população que é afetada por um problema é caracterizada por mais de uma categoria de análise. Retornando aos conceitos básicos da epidemiologia, as variáveis relacionadas às pessoas podem ser de gênero, de cor da pele, de orientação sexual, de idade, de altura, de renda, de escolaridade, de religião, entre tantas outras mais.

Para as investigações no campo da saúde, deve-se, entretanto, atentar-se para as variáveis de interesse. De forma simples, podemos tomar como exemplo o fenômeno da rigidez arterial e, ao estudá-lo, podemos caracterizar os indivíduos afetados a partir do gênero e da cor de pele; assim, podem ser geradas hipóteses sobre fatores associados a um gênero x e a uma cor de pele y. Fogem a essa equação, no entanto, evidências que considerem os efeitos que as categorias de gênero e raça são capazes de resultar quando consideradas juntas.

O exercício de compreender esses efeitos, porém, oportunizou um grupo de pesquisadores dos Estados Unidos a concluir que mulheres negras têm risco aumentado para rigidez arterial quando comparadas às mulheres não negras ou aos homens, fato que está associado à carga de discriminação vivenciada por esse grupo (BROMFIELD *et al.*, 2020).

Para cada variável relacionada à pessoa, no entanto, existe uma diversidade de categorias adjacentes. Tomando a variável gênero como exemplo, deve-se assumir que o mundo real foge ao binarismo homem-mulher, e que essas categorias não abarcam a pluralidade dos modos de vida e as opressões que os grupos vivenciam. É possível acrescentar, somente entre a categoria homem, experiências de homens cisgêneros, homens transgêneros, homens cisgêneros ou transgêneros heterossexuais e/ou homossexuais.

Essas variáveis assumem diferentes dinâmicas e efeitos sobre o indivíduo, a depender do contexto e da cultura. Assim, uma investigação interseccional deve considerar, em suas hipóteses e achados, os diferentes efeitos e vieses que essas categorias (ou a ausência delas) podem produzir, o que requer um esforço teórico e empírico de análise e de perspectiva do problema.

Assim, uma mulher negra que é vítima de racismo institucional, ao tentar acessar uma instituição de saúde, pode também ser vítima de lesbofobia ao acessar a mesma consulta, se esta se reconhecer como mulher lésbica. Essa mesma mulher pode sofrer, em paralelo, pela falta de acesso à renda e, conseqüentemente, ter suas necessidades básicas comprometidas.

Não se trata, entretanto, de uma equação aritmética, em que categorias se acumulam ou competem entre os mais oprimidos ou menos oprimidos, de acordo com a quantidade de marcadores que reúnem. Para tanto, o termo “interação” é proposto para se referir aos cruzamentos das categorias de opressão, sugerindo que esses fatores operam em conjunto (VIVEROS VIGOYA, 2016).

Alguns princípios são propostos por Hankivsky *et al.* (2014), na perspectiva de orientar pesquisadores, ativistas e profissionais a incorporar o conceito da interseccionalidade em suas práticas, apresentadas a seguir:

- As vidas humanas não devem ser reduzidas a categorias únicas, nem podem ser hierarquizadas. As categorias sociais devem ser investigadas sob a premissa de suas interações.
- Os vários níveis da sociedade devem ser considerados, como exposto na Figura 1.
- O poder, de forma relacional, exclui alguns tipos de conhecimento e algumas experiências, molda posições e categorias dos sujeitos e geram privilégios e penalidades, e isso deve ser levado em consideração.
- A consideração do poder deve estar atrelada à reflexividade dos papéis individuais e coletivos dos sujeitos. É importante dar espaço às vozes tipicamente excluídas dos papéis de especialistas através do diálogo.

- As categorias de privilégio e de opressão se dão de forma relacional ao tempo e ao espaço, fatores fundamentais na análise interseccional.
- As epistemologias adotadas devem também ser levadas em consideração, uma vez que estas, ao estarem relacionadas com poder, podem invisibilizar questões importantes de grupos marginalizados.
- O uso deve ser amplo para promoção da justiça social, uma vez que esta deve considerar a intersecção de diferentes categorias em indivíduos.
- Os indivíduos devem ser considerados em suas diferenças para o alcance da equidade.
- A consideração de resistência e de resiliência é essencial para que sejam compreendidas as formas de poder e de opressão, mesmo em espaços ditos marginalizados.

## Interseccionalidade e indicadores de saúde

A identificação da discriminação interseccional é complexa, especialmente em contextos nos quais forças econômicas, culturais e sociais sustentam sistemas de múltiplas formas de subordinação. As categorias de raça e de gênero têm sido largamente utilizadas para diferenciar opressões entre grupos, especialmente no caso do Brasil (ASSIS, 2018).

É importante considerar que captar os efeitos de múltiplas desigualdades requer um aparato metodológico que também possa considerar essas interações de indicadores. Recursos como pesquisas de métodos mistos são amplamente utilizadas para essa finalidade (AGÉNOR, 2020). Aqui, apresentamos alguns indicadores básicos que podem servir para aprofundamento de suas interações nos quesitos de raça, interseccionalmente ao gênero e à classe social.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece a intersecção de diferentes marcadores sociais na produção de agravos e de adoecimento dessa população, considerando especialmente a discriminação por gênero e por orientação sexual, de modo a orientar políticas e ações sobre a importância de considerar a intersecção (BRASIL, 2009).

Ao explorar os dados de acesso público sobre saúde da população brasileira, é possível constatar que as causas de adoecimento e de morte estão diretamente associadas ao acesso aos serviços de infraestrutura, à alimentação, à moradia, à educação, à renda e ao trabalho. A população negra ocupa os postos de trabalho de menores rendimentos, apresenta o menor nível de escolaridade, residem em territórios nos quais o Estado é ausente, em que há falta

de água encanada, de esgotamento sanitário e de coleta seletiva de lixo, baixa qualidade dos serviços de saúde e educação e convívio com permanente ausência ou rotatividade de profissionais de saúde e de educação (IBGE, 2019).

Ao se avaliar o acesso aos serviços de saúde, dados da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciam que a população branca mostrou maior prevalência de acesso aos planos de saúde, de consulta ao dentista e de consulta médica nos últimos 12 meses, quando comparados à população preta e parda (Quadro 1). Ainda, especificamente, as mulheres brancas também apresentavam maior chance de ter um pedido de mamografia solicitado por um médico quando comparadas às mulheres pretas e pardas (OR= 1,23; IC 1,08-1,40) (SILVA *et al.*, 2017). Destaca-se que os brasileiros os quais se autodeclararam como pretos ou pardos referiram em maior proporção se sentirem discriminados no serviço de saúde quando comparados aos brancos, o que pode justificar a menor qualidade da assistência à saúde prestada a essa população (Quadro 1).

**Quadro 1 – Acesso aos serviços de saúde de acordo com diferenciais de raça/cor, com base na Pesquisa Nacional de Saúde**

Serviço/bem de saúde (%)	Raça/cor		
	Branca	Preta	Parda
Plano de saúde	37,9	21,6	18,7
Consulta ao médico nos últimos 12 meses	74,8	69,5	39,2
Consulta ao dentista nos últimos 12 meses	50,4	38,2	39,2
Pessoas que se sentem discriminadas no serviço de saúde	9,5	11,9	11,4

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Nota-se, pelo exposto, que os brasileiros brancos apresentam melhores condições de acesso aos serviços e bens de saúde do que pretos e pardos. O oposto ocorre quando se avaliam as condições de saúde associadas à pobreza, como as doenças transmissíveis e causas externas, nas quais percebe-se maior incidência e prevalência em brasileiros afrodescendentes. Nesse sentido, verifica-se que o coeficiente de detecção de doenças transmissíveis negligenciadas entre os pretos é 2,4 vezes maior que o observado nos brancos (31,37 contra 12,74 casos por 100.000 habitantes) e 2,7 vezes maior entre pardos (34,34 contra 12,74 casos por 100.000 habitantes). Ademais, a prevalência de HIV/AIDS no período de 2007 a 2019 foi 1,21 vezes maior em negros (pretos e pardos quando comparados aos brancos (49,7% X 40,9%) (BRASIL, 2018).

Em relação às causas externas, destacam-se os homicídios com maiores taxas de mortalidade em homens e mulheres negros quando comparado aos não negros. No período de 2007 a 2017, houve aumento de 33,1% nas taxas de homicídios da população negra, enquanto que, nos não negros, houve elevação de 3,1%. Tal cenário é mantido quando se analisa os assassinatos de mulheres, pois, no mesmo período, em mulheres negras, os homicídios aumentaram 29,9% e, nas não negras, 4,5%. Nesse contexto, chama a atenção o estado de Alagoas, pois uma pessoa negra tem o risco 18,3 vezes maior de morrer por homicídio do que uma pessoa não negra (IPEA, 2017).

De acordo com Jurema Werneck (2016), apesar da expressiva participação das mulheres negras na luta pela formulação de diretrizes e estratégias, bem como do papel fundamental que historicamente vem expressando nas profissões da área da saúde, as ciências da saúde ainda ignoram o recorte de gênero dentro dos estudos sobre a saúde da população negra, evidenciando o racismo institucional do qual são vítimas.

## Considerações finais

Considerar os marcadores sociais da diferença isoladamente não é capaz de traduzir os reais efeitos desses indicadores na saúde de indivíduos e populações, uma vez que a estrutura social a qual produz saúde e doença é composta por interações complexas, que demandam especificidades e adoção de um aparato teórico, metodológico e conceitual que, minimamente, os apreenda. Ao campo da Saúde Coletiva, portanto, se expressa o desafio de construção de arcabouços metodológicos que apreendam os diferentes aspectos da interação dos corpos no mundo.

Assim, também, a formulação de políticas públicas deve levar em consideração as interseccionalidades expressas nas vivências dos indivíduos a que se elege o público-alvo, estabelecendo indicadores de acompanhamento e avaliação, os quais considerem o impacto a partir de diversos marcadores sociais em conjunto, bem como incorporem diferentes atores interseccionais nos processos de controle social.

## Referências

- ALMEIDA, S. L. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).
- AGÉNOR, M. Future Directions for Incorporating Intersectionality Into Quantitative Population Health Research. *American Journal of Public Health*, v. 110, n. 6, p. 803-806, jun. 2020.

- BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVA, Z. P.; ANTUNES, J. L. F. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, ago. 2013.
- BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BOWLEG, L. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 7, p. 1267-1273, jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. *Violência LGTBfóbicas no Brasil: dados da violência*. Brasília: 2018.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CACERES, B. A. *et al.* Sexual orientation differences in modifiable risk factors for cardiovascular disease and cardiovascular disease diagnoses in men. *LGBT Health*, v. 5, n. 5, p. 284-294, jul. 2018.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.
- CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241, jul. 1991.
- CANADIAN RESEARCH INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN – CRIAW. *Everyone Belongs: A Toolkit for Applying Intersectionality*. Ottawa: CRIAW, 2009.
- FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1978, v. 1.
- FERNANDES, F. *As classes sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 173-246, 1977.
- GUIMARÃES, A. S. A. Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-107, jan./jun. 2003.
- HANCOCK, A.-M. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Politics & Gender*, Cambridge University Press, v. 3, n. 02, 9 jun. 2007.
- CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241, jul. 1991.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: 29/05/2019.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas da violência 2019*. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.
- LAURELL, A.C. A Saúde-Doença como Processo Social. In: Nunes, Everardo Duarte. *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- LAURETIS, T. DE. A Tecnologia do Gênero. In: *Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, p. 206–242, 1994.
- LUNN, M. R. *et al.* Sociodemographic Characteristics and Health Outcomes Among Lesbian, Gay, and Bisexual U.S. Adults Using Healthy People 2020 Leading Health Indicators. *New Rochelle, NY: LGBT Health*, v. 4, n. 4, p. 283–294, ago. 2017.
- MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. Rio de Janeiro: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.
- MARX, K; ENGELS, F. *Manifesto Comunista*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- ORTNER, S. B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ZIMBALIST, M. *et al.* (Eds.). *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 256.
- PIERUCCI, F. *Ciladas da diferença*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- PRECIADO, B. *Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: N-1 Edições, 2014.
- RUBIN, G. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 21, p. 01-88, 2003.
- SHOVER, C. L. *et al.* Using Sexual Orientation and Gender Identity to Monitor Disparities in HIV, Sexually Transmitted Infections, and Viral Hepatitis. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 108, n. S4, p. S277-S283, nov. 2018.

SILVA, G. A. E *et al.* Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. suppl 1, 2017.

SOUZA, M. H. T. DE *et al.* Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, 2015.

VIANA, N. Classes sociais, condições de vida e processo saúde-doença. *Revista da Faculdade Estácio de Sá*, Goiânia, v. 2, n. 7, p. 139-151, jan./jun. 2012.

VIVEROS V.M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, Cidade do México, v. 52, p. 1-17, out. 2016.



# 6 Vulnerabilidade socioambiental da população negra: o território na determinação social do processo saúde-doença

*Grácia Maria de Miranda Gondim*

*Fatima Cristina Rangel Sant'Anna*

*Samba, inocente, pé-no-chão,  
A fidalguia do salão, te abraçou, te envolveu.  
Mudaram toda a sua estrutura,  
Te impuseram outra cultura, e você não percebeu.  
(SARGENTO, 1979)*

## Introdução

A música de Nelson Sargento (1979) “Agoniza, mas não Morre” traduz a sutileza, a violência e a complexidade que envolve a questão racial no Brasil. Expõe em versos o reverso, a determinação social e seus determinantes culturais, ambientais, econômicos e políticos, que, ao longo de séculos, de forma velada e subliminar, estruturaram profundas desigualdades e iniquidades na sociedade brasileira. As consequências (in)visíveis desse processo são a exclusão social e a vulnerabilização sistêmica da população negra, silenciada na vida cotidiana, na cultura, no trabalho e segregada em territórios da cidade – racismo estrutural. *Negro forte destemido, foi duramente perseguido, na esquina, no botequim, no terreiro...* Resistiu! Lutas étnico-raciais, por direitos civis e equidade social, ergueram, no mundo, a bandeira da justiça ambiental.

Racismo é um fenômeno cuja dinâmica vem sendo atualizada ao longo do tempo nas estruturas de sociedades. É prática que desqualifica, anula semelhança e humanidade, trata diferença como erro, como raça menor, desprovida de qualidade e culpada biológica e geograficamente pela própria situação. Afasta qualquer aproximação e diálogo em circunstâncias múltiplas e complexas, desde sentimentos pessoais e ações interpessoais à estruturação de

políticas públicas, de governos e de Estados, moldando culturas e posturas éticas. Desse modo, cria e potencializa vulnerabilidades, impondo barreiras a direitos, negligenciando necessidades de populações singulares (negros, sem escolaridade, pobres) e naturalizam desigualdades sociais (HERCULANO, 2017, 2008).

A expressão ambiental do racismo pode estar associada a políticas, práticas ou diretrizes que afetam diferentemente ou de forma desvantajosa (intencional ou não) indivíduos, grupos ou comunidades com base na cor ou raça, podendo ser reforçada por instituições governamentais, jurídicas, econômicas, políticas ou militares. Por isso, para compreender o fenômeno nos territórios, é preciso indagar sobre a cor da pele de quem mora nas favelas e sobe os morros, se abriga à beira dos rios e trilhos, não tem saneamento e moradia salubre, ou são a maioria dos corpos arrastados por enchentes ou soterrados por deslizamentos (BRASIL, 2016; HERCULANO, 2008).

Compreender a vulnerabilidade e a saúde da população negra, em toda a sua complexidade, convoca à reflexão acerca de múltiplas variáveis. Tal caminhada traz, como desafio, a abordagem interseccional de classe, gênero e raça que impulse a construção de estratégias para a visibilidade dos sujeitos. Significa reconhecer que esses marcadores operam de forma integrada, seja em sua vida privada, seja em suas inserções e trajetórias no mundo do trabalho e na vida pública. E a presença desses marcadores se confirma através da criação e do aprimoramento contínuo de dispositivos de controle e de hierarquização das relações socioambientais, promovendo discriminação de classe, racial e de gênero (DAVIS, 2016).

Do mesmo modo, tais ideologias servem para designar os lugares e as relações de pertencimento a cada um desses grupos. Produzem fragmentação dos territórios, a partir da lógica de exclusão, que se apresenta de variadas formas, por vezes como privação outras como inclusão injusta (SEN; KLIKSBURG, 2007; GEBARA, 1986).

Para a melhor compreensão dessa dinâmica e suas repercussões, é importante resgatá-la historicamente e analisar alguns dados sobre saúde e vulnerabilidade socioambiental da população negra, para compreendermos seus desdobramentos e seus desafios contemporâneos.

## A questão ambiental e seus matizes

O movimento ambientalista nasceu nos anos 1760-1840 para responder a problemas sócio-sanitários decorrentes da Revolução Industrial na Europa, que retirou um contingente expressivo de população do campo e do modo de produção feudal para viver aglomerado nas cidades, em condições insalubres e inumanas, e vender sua força de trabalho ao dono dos meios de produção em troca de liberdade.

O aviltamento da natureza é endógeno ao mundo capitalista, dada a crescente expropriação de riquezas naturais para a produção de mercadorias e de lucro. O território como produto social, lugar de interação humana e de sociabilidades, é apropriado de forma espúria pelas forças hegemônicas do capital, que, em nome de privilégios, exclui parcelas significativas de população, desprotegidas por sua posição periférica no corpo social (pobres, negros, povos tradicionais, sem-terra, sem-teto, dentre outros) e, portanto, excluídas dos benefícios da riqueza material da sociedade, sem direito a cidade e a saúde (GONDIM, 2018; HARVEY, 1980).

O século XX aguçou as contradições da sociedade do capital em escala global e, de forma dramática, o fracasso do modelo excludente – com o aumento da pobreza e da fome –, a precarização do trabalho e o desemprego estrutural, a privatização de serviços públicos (saúde, educação, segurança, previdência), a desregulamentação da economia e a injustiça social, cujo fenômeno subjacente foi uma crise ambiental-ecológica sem precedentes, como resultado e agravamento da luta de classes (MÉSZÁROS, 2009; ANTUNES, 2004).

A noção de vulnerabilidade surge em meio à crise socioambiental, associada a um conjunto de condições que tornam sujeitos, grupos ou comunidades suscetíveis ou fragilizados a exposições e a agravos. Diferente da noção de risco, que estima a probabilidade de ocorrência de um evento em face a determinada característica ou fator em um tempo e lugar específicos, na análise da vulnerabilidade, buscam-se associações e/ou correlações com outras dimensões intervenientes que podem condicionar ou influenciar a situação de alguém vir a sofrer um dano por exposição a perigo ou por contexto de desproteção (AYRES, 2003).

Processos de vulnerabilização podem ser explicados na articulação de diferentes âmbitos – individual, social e político-institucional. O individual refere estilos de vida, escolhas ou buscas pessoais arriscadas que os expõem a situações de maior suscetibilidade a danos; o político-institucional são ações e processos que discriminam, excluem, tratam de forma desigual pessoas ou grupos, diante de condições a elas imputadas; e o social situa formas injustas de conviver, de interagir, de integrar, de produzir e de reproduzir a vida societária, determinadas cultural e historicamente por desigualdades no corpo da sociedade (GONDIM, 2008).

Para efeito deste texto, vulnerabilidade é entendida como noção relativa, por estar referida ou associada, sistematicamente, à exposição a perigos, riscos ou situações de fragilização produzidas socialmente, denotando maior ou menor suscetibilidade de pessoas, de lugares, de infraestruturas ou de ecossistemas, de virem a ter algum tipo particular de dano ou sofrimento (HARVEY, 2013; GONDIM, 2008).

A vulnerabilidade ambiental, ou do lugar (HOGAN, 2001, 2005), pode ser mensurada por aspectos e condições do meio ambiente, somados à vulnerabilidade sociodemográfica dos grupos sociais. Alguns lugares conjugam condições de vida adversas – moradias precárias,

favelização e segregação espacial – como aspectos de não inclusão ao estilo de vida dominante. Em certos contextos, a vulnerabilidade ambiental pode ser significativamente maior para aqueles que, expostos a ambientes fragilizados ou de discriminação, sofrem com as iniquidades sociais e se veem com poucos recursos para mobilizar no enfrentamento aos perigos a que estão expostos cotidianamente (GONDIM, 2008; CUTTER, 2001).

Desse modo, descrever aspectos da vulnerabilidade socioambiental na população negra em cenário de crise global do capitalismo-neoliberalismo e de incerteza ético-sanitária requer examinar, nos territórios, as formas de espoliação e de apropriação injusta dos espaços designados aos negros e aos despossuídos (ZIEGLER, 2013; HARVEY, 2013).

## Ambiente e vulnerabilização da população negra no processo de apropriação do território

A preocupação global com o uso racional e sustentável dos recursos do planeta desencadeou movimentos nacionais e internacionais, que consolidaram a problemática ambiental na agenda de compromissos de todos os países, incluindo, em cada uma delas, aspectos das desigualdades sociais. Em 2015, foram definidos oito Objetivos do Desenvolvimento do Sustentável (ODS) e 169 metas, como estratégias operacionais para o enfrentamento das desigualdades sociais e da vulnerabilidade de populações específicas, selando a estreita relação entre a questão ambiental e a justiça social.

Os ODS de número 10 (redução das desigualdades) e 11 (cidades e comunidades sustentáveis) foram propostos, respectivamente, para reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles, e tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis, colocando a centralidade de análise e de uso da categoria território como dispositivo necessário para compreender a determinação e os determinantes sociais na distribuição espacial de fenômenos de diferentes ordens – dentre eles, os relacionados à saúde.

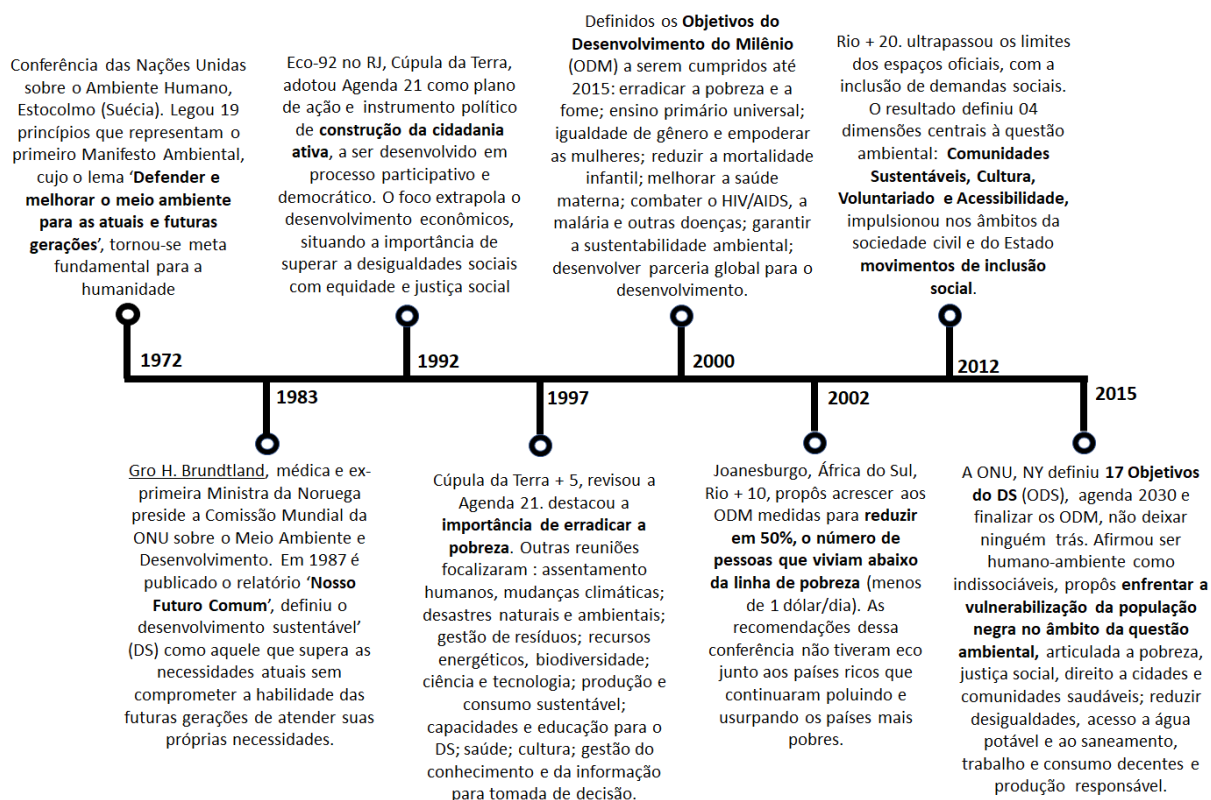
Nessa direção, a população negra, por sua distribuição e suas condições de vida desfavoráveis nos territórios, foi contemplada na agenda ambiental. Essa inclusão tardia representou avanços da luta que vem sendo travada por homens e mulheres negros, em espaços institucionais e no âmbito dos movimentos sociais, onde pardos e pretos representam a força da raça que “*agoniza, mas não morre*” (SARGENTO, 1979). Com isso, o movimento ambiental ganhou em forma e conteúdo (Figura 1).

A noção de raça, quando atribuída a processos de distinção e de classificação entre seres humanos, se modifica em diferentes momentos históricos. Almeida (2019, p. 25) afirma que “por trás do conceito de *raça* sempre há contingência, conflito, poder e decisão de tal

sorte que se trata de um conceito *relacional e histórico*. [...] a raça é a história da constituição da política econômica das sociedades”. Semelhante à noção de homem ou humano, a noção de raça sofre variações espaço-temporais. No entanto, para a sua sustentação e a do sistema de ideias racistas, tem sido necessário o aporte da ciência em seu discurso de autoridade.

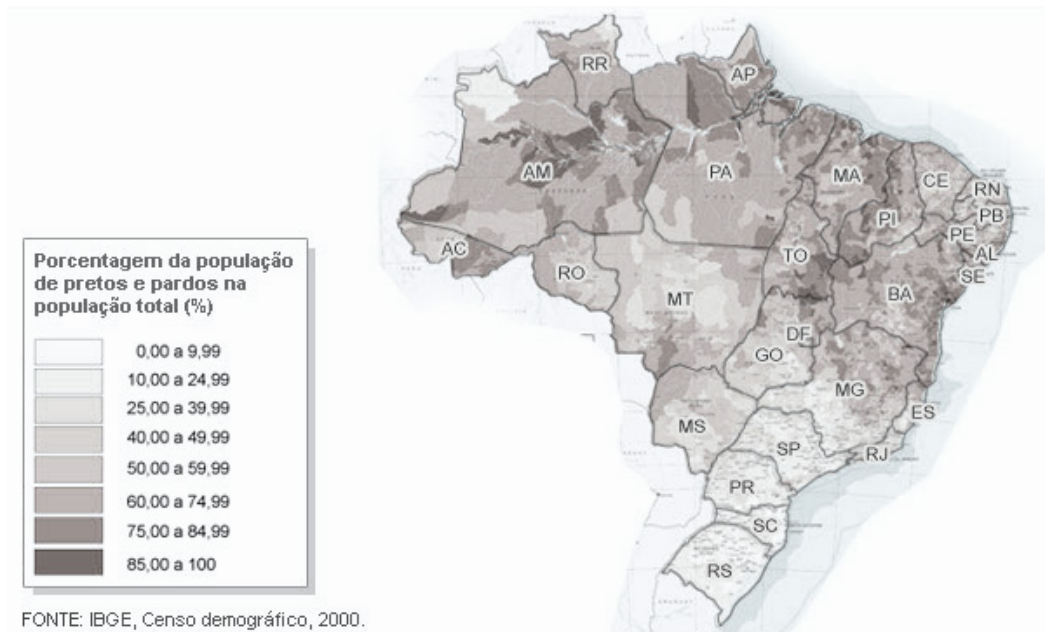
Tais ideias não se sustentam apenas em irracionalidades; é preciso criar e recriar, no imaginário social, características biológicas, além de práticas culturais, no sentido de legitimá-las (ALMEIDA, 2019). É preciso uma racionalidade universal e colonizadora que inscreva *colonizados e colonizadores* num projeto civilizatório (MBEMBE, 2018). Em tempos de capitalismo cínico, continua presente a necessidade de que racismo e colonialismo andem juntos. O Brasil, cujo projeto político-econômico e ético-social em curso reforça os traços do colonizador-opressor, mostra, no mapa “A Distribuição Espacial da População Brasileira segundo Cor ou Raça” (IBGE, 2010) por municípios, um país majoritariamente preto ou pardo. (Figura 2).

**Figura 1 – Agenda Ambiental e o enfrentamento aos determinantes sociais (DSS)**



Fonte: elaboração própria dos autores.

Figura 2 – Distribuição Espacial da População Brasileira por Cor ou Raça, IBGE 2010



Observa-se que os maiores percentuais de população negra estão nas regiões Nordeste (NE) e Norte (N), seguido da região Centro-Oeste (CO) e do estado do Rio de Janeiro no Sudeste (SE) do país. As regiões Sul (S) e SE concentram a população branca do país. Esse espalhamento singular representa a ocupação histórica do território brasileiro, desde a colonização até os dias atuais, e revela desigualdades socioespaciais quando associadas à indicadores de condições de vida (saneamento básico, condições da moradia, adensamento populacional, IDH, escolaridade, dentre outros) e situação de saúde (mortalidade, morbidade, acesso a serviços de saúde) dessa população em relação à população branca (LUIZ et al, 2009; CASTELLANOS, 1994).

## Racismo Ambiental e a determinação social da saúde-doença na população negra

A injustiça ambiental é o ato ou o processo discriminatório decorrente da imposição a pessoas e lugares de conviver com atividades insalubres ou danosas (aterros sanitários, lixo tóxico e depósitos de material indesejado, plantas industriais poluentes), sem proteção contra perigos e riscos. Essa problemática ocorre sempre em populações com menos recursos econômicos e dispositivos de poder para resistir aos interesses dos agentes econômicos do

espaço. Em sociedades desiguais, os mecanismos de injustiça ambiental destinam a maior carga de danos produzidos no processo de desenvolvimento econômico a grupos étnico-raciais, trabalhadores, populações de baixa renda e marginalizados sociais (PACHECO, 2016; PORTO *et al.*, 2013).

O estudo “Desigualdades por Cor ou Raça no Brasil” (IBGE, 2018) e o “Atlas da Violência” (IPEA, 2019) mostraram diferenciais significativos entre municípios. As grandes cidades e a área rural agregam um conjunto de vulnerabilidades e de iniquidades impostas aos pretos e aos pardos, no qual ser negro – e suas repercussões no processo de produção, de apropriação e de consumo dos espaços da cidade – tornou-se fator de risco verificável em múltiplas dimensões da vida social, geográfica e epidemiológica.

Há diferenças importantes na distribuição de renda e nas condições da moradia por cor e raça (PNUD, 2018) entre pessoas situadas abaixo da linha de pobreza e extrema pobreza. Dentre as pessoas que ganham menos de US\$5,50/dia, 15,4% são brancas e 32,9% negras, e entre as que ganham menos que US\$1,90/dia, 3,6% são brancas e 8,8% negras. Com relação à educação, entre indivíduos de 15 ou mais anos de idade, a taxa de analfabetismo entre brancos é de 3,9%, distribuída entre área urbana (3,1%) e rural (11,0%), e entre pretos ou pardos é de 9,1%, sendo 6,8% em área urbana e 20,7% em área rural. Os diferenciais entre brancos e negros em área urbana e rural, mesmo dentre os mais pobres, denotam situações de injustiça social, que contribuem para aumentar a vulnerabilidade da população negra quando exposta aos riscos e aos perigos cotidianos.

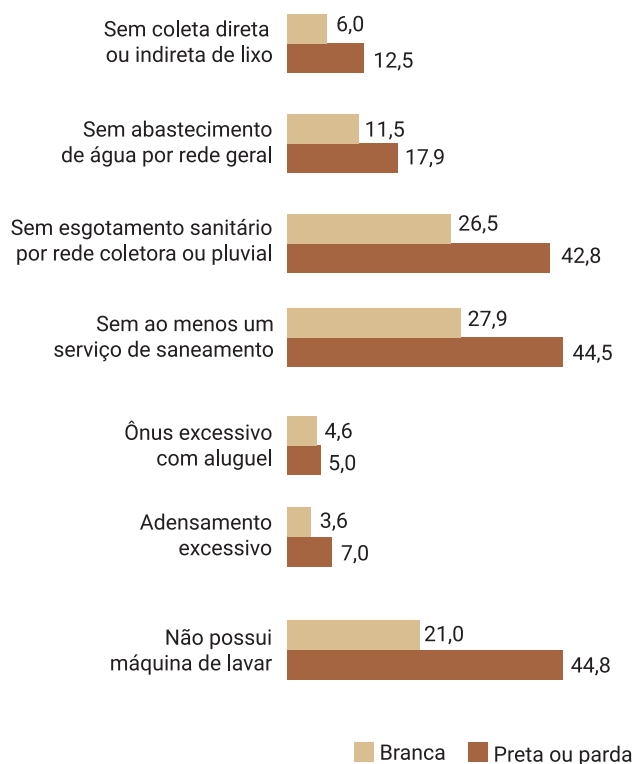
A distribuição espacial da violência associando a taxa de homicídios e o tamanho dos municípios apontou que, quanto maior a cidade, maior o número de mortes violentas, embora, entre 1997 e 2017, tenha havido um crescimento de 113,0% na taxa de homicídios em municípios pequenos e redução de 4,5% nos grandes, tornando esses dois grupos mais parecidos.

Ao analisar essa distribuição à luz do percentual de vítimas por homicídios no Brasil em 2017, nota-se que 75,5% foram indivíduos pardos ou pretos e a taxa de homicídios por 100 mil negros foi de 43,1, enquanto em indivíduos brancos foi de 16,0%, a proporção de homicídios. Em ambas as populações, aponta, para cada indivíduo branco vítima de homicídios, aproximadamente 2,7 negros mortos. Depreende-se que a diferença na prevalência de homicídios entre territórios de até 100 mil e maior que 500 mil habitantes pode denotar dupla exclusão da população negra pela imposição na escolha do território-domicílio e/ou território-laboral. Em ambos, há riscos diferenciados de exposição a violência, mas, para os pretos e pardos, a chance de morrer é sempre maior pela impossibilidade de opção e a desproteção social (IPEA, 2019).

O Censo (IBGE, 2010) mostrou que a população brasileira possui 48% de brancos e 51% de pretos ou pardos<sup>5</sup>. No entanto, quando analisadas as condições de saneamento, evidenciam-se as condições insalubres de moradia da população negra: 61% de população sem cobertura de abastecimento de água era negra e apenas 37% era branca; 67% sem acesso à coleta de resíduos era negra e apenas 30% era branca; 58% sem cobertura de esgotamento sanitário era negra e 40% era branca, e 76% sem banheiro era negra e apenas 20% era branca. As condições de vida nos municípios brasileiros mostram desigualdades por cor ou raça, expressas na qualidade da moradia, seja na distribuição espacial e nas características individuais dos domicílios, seja no acesso a serviços (Figura 3).

**Figura 3 – Condições dos serviços de Saneamento Básico – IBGE, 2018**

**Pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento, com inadequações domiciliares e posse de bens (%)**



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018)

5 A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (2013) mostrou que 53,1% da população brasileira se autodeclarou negra (45% parda e 8,1% preta), enquanto 46,1% branca e 0,8% amarela e indígena.



Condições inadequadas de saneamento básico estão associadas às causas das causas de mortalidade infantil e de várias morbidades evitáveis. Domicílios e espaços peridomiciliares insalubres onde vive a maior parte de população negra propiciam e impactam de forma negativa na situação de vulnerabilidade e na exposição a riscos, decorrentes da ausência de água de qualidade para consumo humano, de esgotamento sanitário, de coleta de resíduos sólidos e drenagem urbana, além de doenças de transmissão hídrica e proliferação de vetores (IBGE, 2018).

Com relação à distribuição espacial, o Censo 2010 revelou que, nos dois maiores municípios do Brasil – São Paulo e Rio de Janeiro –, a chance de uma pessoa preta ou parda residir em um aglomerado subnormal era mais do que o dobro da verificada entre as pessoas brancas. Em São Paulo, 18,7% das pessoas pretas ou pardas residiam em aglomerados subnormais, enquanto que, entre as pessoas brancas, esse percentual era de 7,3%. Já no Rio de Janeiro, 30,5% de pretos ou pardos residiam em aglomerados subnormais, enquanto 14,3% eram pessoas brancas (IBGE, 2016). Indicadores de cobertura dos serviços de saneamento básico apontam relevante desigualdade, por cor ou raça, explicitando o racismo ambiental, onde aos negros estão reservados os territórios e as condições perigosas e violentas das cidades.

Outra inadequação nas condições de moradia é o adensamento domiciliar excessivo (três moradores por cômodo utilizado como dormitório), que, entre as pessoas pretas ou pardas, é 7,0%, quase duas vezes maior do que entre as brancas (3,6%). O ônus excessivo com aluguel (valor do aluguel igual ou que ultrapassa 30% do rendimento domiciliar) nas pessoas pretas ou pardas atingiu 5,0%, e nos brancos, 4,6%. Se localizar essas diferenças em arranjos domiciliares formados por mulheres sem cônjuge e com filho(s) de até 14 anos, entre a população preta ou parda, o adensamento excessivo é de 11,9% e o aluguel excessivo de 13,6% (IBGE, 2018).

## Cenários do racismo ambiental

O Estado e suas ações territorializadas caracterizam domínios de permanente disputa entre ideologias hegemônicas e contra hegemônicas, cuja legitimidade também se ancora em determinadas racionalidades científicas e outras formas de compreender o mundo. Nestas últimas, a diversidade das lutas pela dignidade da vida assume um papel central e a orientação do Estado deve se voltar para a efetivação de políticas públicas que ampliem, permanentemente, com equidade, o “pluriverso dos direitos humanos” (SANTOS, 2019).

Dessa forma, a ideologia do racismo promove o consentimento a uma cartografia que confere a homens brancos, homens negros, homens indígenas, mulheres brancas, mulheres negras e mulheres indígenas, lugares diferenciados e hierarquizados. Trata-se

de lugares que se distanciam no que se refere à distribuição dos recursos socioambientais e à distribuição dos riscos e danos à saúde decorrentes dos processos produtivos. Tais ideologias fragmentam territórios cuja mobilidade socioambiental dos sujeitos sofre profundas restrições e, constantemente, a existência de um lugar se dá em oposição e conflito com a existência de outro. No entanto, à medida que a natureza das políticas públicas, em especial da atenção à saúde, se afirma a partir de um elemento-chave, que é o cuidado, a representação do outro e o reconhecimento de suas necessidades são essenciais na definição das estratégias e do ato de cuidar.

As lutas sociais que culminaram na afirmação constitucional do direito universal à saúde e na criação do SUS convocam um projeto de sociedade solidária, singular e robusta, mesmo em comparação com muitos países onde a garantia dos direitos se dá de forma sustentável. O conjunto de políticas que derivam da Constituição de 1988, em especial da Lei Orgânica da Saúde e da criação do SUS (políticas de Saúde Indígena, da População Negra, das populações do Campo, da Floresta e das águas, dentre outras), expressam o cenário de conquistas e de lutas constantes que se travam no Brasil pela dignidade das diversas formas de vida. Nesse processo, as ações afirmativas vêm contribuindo para materializar importantes processos de inclusão. Trazem fôlego novo ao intento de superar, com equidade, uma história de país cravada pela violência do Estado e por abismos socioambientais imensuráveis. Promovem um debate vigoroso que confronta a meritocracia e o mito da democracia racial, “mudando a paisagem” (SANTOS, 2007).

No cenário atual, observa-se que o refinamento de lógicas opressoras, a produção de assimetrias raciais e de gênero e a sustentação das iniquidades não se dão, necessariamente, através do uso da força, mas, principalmente, mediante formas de compor o imaginário social com valores. Torna-se possível a combinação entre ideologia e uso da força, no sentido de legitimar uma necropolítica obstinada, como a que se vivencia contemporaneamente, intensificada pelo atual cenário pandêmico (MBEMBE, 2018).

Todavia, solo cultivado é solo fértil. Milton Santos (1997, p. 95), chama atenção para a importância do território na realização da história. Convida-nos a contemplar a paisagem como algo vivo e compreender que “o que aparece hoje como resultado é também processo [...] onde a paisagem é a herança de muitos momentos e as relações entre homem e natureza não podem ser cabalmente previstas”.

A mobilização de populações tradicionais vulnerabilizadas, como indígenas, quilombolas, as ligadas à pesca artesanal e a agroecologia, as que habitam as favelas, dentre outras, majoritariamente composta por mulheres negras, vem protagonizando, de forma expressiva, um conjunto de estratégias para o enfrentamento de injustiças e, em 2020, a Covid-19. Apesar

das inúmeras mazelas derivadas ou agravadas na pandemia, essas ações têm sido potentes e (res)suscitam condições de possibilidade para a construção de processos de vigilância em saúde de base popular, participativa e democrática. (CARNEIRO; PESSOA, 2020). Por fim, é preciso procurar, no território vivo, por onde se trava a revanche! (SARGENTO, 1979).

## Considerações finais

Esse capítulo situou a questão da vulnerabilidade socioambiental na especificidade da população negra e nos múltiplos usos do território, para desvelar processos de exclusão ou de inclusão injusta, de iniquidade e de *apartheid* social, que comprometem a vida e a plena realização dos sujeitos, a partir de uma clivagem racial. O uso da abordagem crítico-dialética permitiu tratar esse tema-objeto de forma não linear e não fragmentada, associando-o a questões emergentes (direitos humanos, conflitos étnico-raciais, classe, gênero), a desigualdades e a iniquidades sociais em saúde. Os números apresentados dão visibilidade e traduzem o fenômeno da exclusão racial no Brasil, em sua intersecção indissociável dos processos de dominação de classe e de raça, historicamente estruturado e estruturante da sociedade brasileira, constitutivo da diversidade das lutas sociais por igualdade e justiça ambiental e seus desdobramentos, como desafios para o século XXI.

## Referências

- ANTUNES, R. A. (org.). *Dialética do Trabalho*: Escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressa Popular, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.) *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. *Mapa da Distribuição Espacial da População segundo Cor e Raça – pretos e pardos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- BRUNDTLAND, G.mH. *Nosso futuro comum*: comissão mundial sobre meio ambiente e desenvolvimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1991.
- BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARSON, R. *Primavera Silenciosa*. São Paulo: Gaia, 2010.
- CARLOS, A. F. A. *A (re)produção do espaço urbano*. São Paulo: Edusp, 1994.

CASTELLANOS P. L. *Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

CARNEIRO, F; PESSOA, V. Iniciativas de Organização Comunitária e COVID-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

CUTTER, S. L. Vulnerability to environmental hazards. *Progress in Human Geography*, Columbia, v. 20, n. 4, p. 529-539, 1996.

DAVIS, A. *Mulher, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

FERREIRA, A. A produção do espaço: entre dominação e apropriação – um olhar sobre os movimentos sociais. *Scripta Nova: Revista Eletrônica de Geografia y Ciencias Sociales*. Universidade de Barcelona, v. 11, n. 245, 1 ago. 2007. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-24515.htm>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FOSTER, J. B. *A Ecologia de Marx*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. et al (org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GONDIM, G. M. M. Do Conceito de Risco ao da Prevenção: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A. F. (org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.

HEIDEGGER, M. A coisa. In: \_\_\_\_\_. *Ensaio e conferências*. Trad. Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2010.

HARVEY, D. *Os limites do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

\_\_\_\_\_. *A justiça social e a cidade*. São Paulo: Hucitec, 1980.

HOGAN, D. J. Demographic dynamics and environmental change in Brazil. *Ambiente e Sociedade*, Campinas, v. 4, n. 9, p. 43-73, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Atlas da Violência: Retrato dos Municípios*. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

LUIZ, O. C. et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 115-22. 2009.

MACHADO-JUNIOR, C.; BANZANINI, R.; MANTOVANI, D. M. N. The Myth of Racial Democracy in the Labour Market: a critical analysis of the participation of afro-descendants in Brazilian companies. *Revista Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 25, n. 87, p.632-655, 2018.

MARTINS, B. C. (org.). *O Pluriverso dos Direitos Humanos: a diversidade das lutas por dignidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MÉSZÁROS, I. *A Crise Estrutural do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2009.

\_\_\_\_\_. *O conceito de dialética em Lukács*. São Paulo: Boitempo, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *ONU e o Meio Ambiente*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente>. Acesso em: 28 jul. 2020.

PORTO, M. F. S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD – Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 33-46, 1998.

SANTOS, S. A. *Ações Afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Edições Mec/Unesco. Brasília. 2007.

SANTOS, B. S. Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento. *In: SANTOS, B. S.; SANTOS, M. Metamorfose do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, p. 1-9, 1997.

SARGENTO, N. *Agoniza mas não Morre*. 1979. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/nelson-sargento/2001487/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SEN, A.; KLIKSBERG, B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

ZIEGLER, J. *Destruição em massa: geopolítica da fome*. São Paulo: Cortez, 2013.

# 7 Carga de doenças infecciosas e parasitárias na população negra do Brasil: a marca de um povo negligenciado

*Isabelle Ribeiro Barbosa*

## Introdução

A tragédia social do genocídio negro ao longo da construção da nação brasileira tem sido amplamente estudada por pesquisadores em diversos campos do conhecimento, em um esforço de caracterizá-lo e, na medida em que produzem evidências de sua dimensão, sua profundidade e sua gravidade, combatê-lo. No campo da saúde, as marcas da herança de desigualdade racial perpetuam-se fortemente até os dias atuais, e estas se manifestam por meio das causas de adoecimento e de morte do povo negro, deixando evidente a necessidade de luta e de atuação política contra tais iniquidades.

Nada expõe tanto o ímpeto racista de uma nação do que a atitude indiferente quanto à naturalização do adoecimento e da morte dos corpos negros. Um fim à negligência em relação aos problemas de saúde da população negra do Brasil seria uma retratação histórica e a consolidação do país em seu posicionamento frente ao princípio da equidade, enquanto um preceito constitucional do direito à saúde, à cidadania e à democracia.

Quanto a isso, para os profissionais de saúde e os estudiosos brasileiros envolvidos na formulação de políticas públicas direcionadas à situação de desigualdade em saúde que acomete a população negra brasileira, é necessário fazer uma reflexão crítica, especialmente sobre a carga de doenças infecciosas e parasitárias e suas implicações sociais. Essas doenças afetam principalmente a parcela mais pobre da população, perpetuando os ciclos de pobreza e de exclusão. Com grande contingente da população negra brasileira vivendo em situação de vulnerabilidade, as doenças infecciosas e parasitárias são impulsionadoras da manutenção dessa roda viva.

A dinâmica da carga dessas doenças no povo negro está intimamente implicada às características peculiares dos processos de transição demográfica e epidemiológica brasileira, atreladas à complexidade do racismo, sua presença nas instituições, seu impacto negativo no uso efetivo dos serviços e na reprodução do lugar de exclusão e de privação na condição social do negro (BRASIL, 2017a; WERNECK, 2016; DANTAS *et al.*, 2019).

A transição demográfica e epidemiológica no Brasil é caracterizada como não linear e está marcada por atrasos e retrocessos, com introdução de novas doenças, reemergência de doenças “antigas”, além da polarização epidemiológica, que combina elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas com altas incidências de doenças infecciosas e parasitárias, com prolongada persistência de níveis diferenciados de transição entre grupos sociais distintos (ARAÚJO *et al.*, 2012; DUARTE; BARRETO, 2012). Quanto a esse último aspecto, além das desigualdades regionais (polarização geográfica), existe o impacto contundente e desigual nas populações mais vulnerabilizadas (polarização social).

Um contraponto a ser considerado nesta análise é que a carga global das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil tem apresentado tendência de redução ao longo das últimas décadas. Nos anos 1960, o grupo das doenças transmissíveis respondia por cerca de 40% do total de óbitos no Brasil (IPEA, 2010). Em 1990, essas doenças foram responsáveis por 23,5% da carga de doenças no país (MARINHO; PASSOS; FRANCA, 2016). Já em 2008, do total do total de DALY (anos de vida perdidos por incapacidade), 13,2% se deveram às doenças infecciosas e parasitárias e às condições maternas e perinatais, bem como deficiências nutricionais, ao passo que 77,2% eram por agravos não transmissíveis e 9,5%, devido às causas externas (LEITE *et al.*, 2015).

Essas mudanças têm sido observadas em todo o mundo, em virtude das transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas nos últimos 50 anos (SCHRAMM *et al.*, 2004). No âmbito dessas transformações, a ampliação da cobertura do saneamento, a melhoria das condições habitacionais e a introdução de novas tecnologias de saúde, particularmente vacinas e antibióticos, foram decisivas para o rápido declínio da magnitude das doenças infecciosas (WALDMAN; SATO, 2016).

No entanto, se os avanços sociais, econômicos e tecnológicos do Brasil nas últimas seis décadas lograram significativas mudanças no quadro epidemiológico do país e as doenças infecciosas e parasitárias não figuram mais entre as principais causas de morbimortalidade, por que esse grupo de doenças ainda merece destaque para o debate?

Nesse caso, pontuamos que os ganhos sociais e econômicos vistos no Brasil não foram atravessados pela construção de uma política de equidade racial, inclusive na saúde, que pudesse institucionalizar ações voltadas a mitigar as desigualdades as quais marcam o país.

O bônus não foi distribuído para todos. Na última década, no Brasil, a redução da pobreza tem beneficiado mais a população branca do que a negra. O resultado é que, apesar de compor a maioria do contingente populacional brasileiro, entre a população negra há maior prevalência de doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, a exemplo da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), da Tuberculose, da Leishmaniose visceral e da Doença de Chagas (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a).

Essa é uma das marcas do racismo, dos seus efeitos históricos, políticos e sociais que restringiram o acesso a bens, a serviços, a direitos, a oportunidades e que negligenciaram as necessidades desta população. Impregnado nas instituições e no *modus operandi* da sociedade, o racismo institucional provocou repercussões na forma como as políticas públicas foram desenhadas e no modo como o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços de saúde se organizam para atender ou não as necessidades desta população (BRASIL, 2016; WERNECK, 2016).

Considerando a magnitude do racismo institucional no delineamento das desvantagens de vida e de saúde da população negra brasileira, este capítulo se propõe a realizar um breve histórico para compreensão do impacto das doenças infecciosas e parasitárias na população negra brasileira, visto ao longo da história até os dias atuais, e refletir sobre as lições aprendidas.

## Da chegada nos navios negreiros à pandemia da COVID-19: o impacto das doenças infecciosas e parasitárias na população negra

O grupo das doenças infecciosas e parasitárias engloba um conjunto de condições clínicas de origem bacteriana, viral, fúngica, por protozoários e helmintos, doenças provocadas por endo e ectoparasitas, além daquelas de origem zoonótica (WHO, 2019). Essas enfermidades incapacitam ou matam milhões de pessoas e representam uma necessidade médica importante que permanece não atendida.

Nesse conjunto, destaca-se, ainda, um subgrupo chamado de “doenças negligenciadas”, das quais são apontadas: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. Para essas doenças, o conhecimento produzido não se reverte em avanços terapêuticos, como, por exemplo, novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas. Assim, uma das razões para esse quadro é o baixo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, justificado pelo reduzido potencial de retorno lucrativo para a indústria, uma vez que a população atingida é de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países pobres e em desenvolvimento (DECIT, 2010).



Em um breve resgate histórico da ocorrência das doenças infecciosas e parasitárias mais prevalentes no Brasil, vemos que a população negra é o grupo que está sob maior influência dos determinantes sociais que predisõem a tais doenças, como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger e enfrentar as adversidades (BARBOSA; GONÇALVES; SANTANA, 2019).

A constatação é de que epidemias e racismo aparecem na mesma equação. Ao serem usadas como explicação das iniquidades raciais, as desigualdades econômicas e de classe “maquiam” a exclusão racial, evidenciadas nas diferenças entre os indicadores socioeconômicos da população branca e negra do país. Esse argumento é fragilizado ao se demonstrar que as desigualdades sociais têm um forte componente de discriminação baseado na raça, desmontando a ideia de redução da problemática do racismo à problemática da pobreza (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007).

É importante destacar, inicialmente, a dificuldade de estimar a magnitude da carga dessas doenças no Brasil pela carência de estudos que se propuseram a analisar o quesito raça/cor e sua relação com o processo saúde-doença. Ao contrário dos bancos de dados de outros países, que têm na raça uma variável fundamental, a inclusão dessa variável nos grandes bancos de dados nacionais no Brasil não é só recente como ainda bastante deficiente, seja da perspectiva da utilização de classificações contrastantes nos diferentes sistemas de informação, seja da perspectiva do não preenchimento da variável (FRY *et al.*, 2007).

A história natural das doenças infecciosas e parasitárias na população negra no território brasileiro remonta à chegada dos primeiros africanos escravizados. Na análise do percurso histórico, sob diferentes aspectos da vida e morte dos africanos escravizados, com ênfase na sobrevivência desses indivíduos tanto nos navios negreiros ao longo das travessias atlânticas quanto nos espaços das cidades e das fazendas no Brasil, os dados sobre a mortalidade da população escravizada revelam um arsenal valioso de informações para a reconstrução dos cenários escravistas, partindo de todas as atrocidades que essa etnia sofreu, desde a diáspora africana até sua chegada ao território brasileiro (BARBOSA, 2014).

No continente americano, o Brasil foi o país que mais recebeu africanos escravizados. Estima-se que mais de quatro milhões de negros entraram no Brasil como escravizados durante os séculos XVI ao XIX, o equivalente a mais de um terço de todo o comércio de seres humanos, o que é uma triste contabilidade para o Brasil (IBGE, 2000). O tempo das viagens, a superlotação e as condições físicas e higiênicas das embarcações contribuíam para a disseminação de doenças infectocontagiosas entre os escravizados (SILVA; LEITE,

2015). O escorbuto, a varíola e as gastrointestinais constituíram as principais doenças que acometiam homens, mulheres e crianças na travessia do Oceano Atlântico. Muitos escravizados se contaminavam por varíola no desembarque ou já desembarcavam nos portos contaminados, e essa doença, em vários momentos, disseminou-se de maneira epidêmica no Brasil (BARBOSA, 2018). Registra-se, para o mesmo período, a entrada do *Schistosoma mansoni* e da esquistossomose no Brasil, já que essa doença era endêmica na costa africana.

Já no período oitocentista, com o advento da medicina social, durante a epidemia da cólera que afetou a cidade do Rio de Janeiro em 1855, as medidas sanitárias tomadas naquela localidade para combater a doença se baseavam na retirada dos enfermos de seu ambiente doméstico para posterior confinamento em instituição asilar. Essas medidas deixavam transparecer que havia um significativo conflito social, pois enquanto os grupos mais abastados podiam escolher onde e como se tratar, a camada subalterna era a mais atingida pela remoção e pelo sequestro. Os escravizados, africanos e afrodescendentes livres e libertos, constituíam a classe social menos favorecida, sendo plausível inferir que fossem os primeiros em quem o poder médico intervinha (MATTOS, 2016, p. 67).

No início do século XX, outra questão sanitária viria explicitar as heranças da escravidão. A Revolta da Vacina (1904), ocorrida na capital da República, nada mais foi que a resposta de negros e operários a um problema sanitário, em que as massas trabalhadoras eram tão miseráveis que nem ao menos podiam entender e se posicionar sobre o tratamento da varíola. Esse movimento se constituiu em uma das mais pungentes demonstrações de resistência dos grupos subalternos do país contra a exploração, a discriminação e o tratamento espúrio a que eram submetidos nessa fase da nossa história (SEVCENKO, 2018).

As campanhas de vacinação iniciadas por Oswaldo Cruz em 1904 tiveram papel importante no declínio dos casos de varíola nas duas décadas subsequentes, até a sua erradicação na década de 1960. Todavia, há de se destacar que a autorização para adentrar nas residências para vacinar seus moradores e a obrigatoriedade da vacinação por si só trazia força suficiente para provocar reações violentas, o que resultou em um incontável saldo de mortos, de feridos e de presos (HOCHMAN, 2011; PÔRTO; PONTE, 2003).

A era Oswaldo Cruz, nos primeiros anos do século XX, foi marcada pela ousadia e força da “polícia sanitária”. No combate à febre amarela, o trabalho foi organizado sob forma de campanhas inspiradas na disciplina militar, com os exércitos de “mata mosquitos” entrando nas casas à procura de focos do vetor, além da instituição da notificação imediata de caso suspeito com a adoção de medidas repressivas enérgicas para os que ocultassem doenças (COSTA *et al.*, 2011). Os cortiços, que abarcavam a grande massa de negros recém-libertos da escravidão, eram frequentemente indissociados das epidemias de febre amarela, fortalecendo

a ideia sanitaria eugenista de que estes deveriam ser eliminados, para afastar do centro aquelas classes consideradas perigosas que neles residiam (CHALHOUB, 2018).

A história da saúde pública brasileira no pós-Segunda Guerra Mundial se destaca no esforço para o controle e a erradicação de doenças como a malária, esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose visceral e outras endemias rurais. Algumas endemias importantes foram controladas, umas por ação direta dos programas de controle e outras por força da evolução da sociedade, como urbanização, saneamento e melhoria das condições de vida (SILVA, 2003). Todavia, o sucesso do controle dessas doenças a longo prazo foi questionável, sendo descritos processos de reemergência nas décadas subsequentes, tornando essas doenças endêmicas em algumas regiões, acometendo a população brasileira mais pobre em elevada magnitude.

A primeira grande epidemia de malária na Amazônia explodiu no fim do século XIX, quando a borracha se tornou matéria-prima preciosa, levando para a Amazônia legiões de nordestinos flagelados por terrível seca em suas terras (CAMARGO, 2003). Atualmente, no Brasil, a transmissão da malária está basicamente restrita à Região Amazônica, que concentra 97% do total de casos registrados. Entretanto, tem-se registrado pior oportunidade de tratamento e maior proporção de óbitos entre os indivíduos de raça/cor preta (BRASIL, 2017b).

Em relação à esquistossomose, não houve sucesso na interrupção da transmissão, tampouco na redução da prevalência a um nível inferior a 5,0% (SILVA; DOMINGUES, 2011). O Ministério da Saúde estima que, em 2011, 2,5 a 8 milhões de brasileiros eram portadores da doença, a maioria na região Nordeste e no Estado de Minas Gerais, com maior prevalência entre pardos e negros. A precariedade do saneamento básico, o destino dos resíduos e o contato com coleções hídricas contaminadas são determinantes para o aumento da prevalência dessa endemia (MELO *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2016).

A doença de Chagas completou, em 2009, 100 anos de seu descobrimento. Embora a incidência da doença no continente americano tenha reduzido em cerca de 70% nos últimos 30 anos, continua negligenciada e sendo uma das maiores causas de óbitos entre as doenças parasitárias. Entre os três milhões de infectados no Brasil, estima-se que 86% correspondam a indivíduos de raça/cor negra (BRASIL, 2017b). O ambiente onde ocorre a transmissão domiciliar da infecção chagásica é aquele em que as populações em risco vivem em estado precário, isto é, em casas mal construídas, mal acabadas ou mal conservadas. De um modo geral, o mapa da distribuição da doença coincide com o da pobreza (WESTPHALEN; BISUGO; ARAÚJO, 2012).

Outra doença negligenciada de populações deixadas à margem é a leishmaniose visceral humana. Pobreza, migração, ocupação urbana não planejada, destruição ambiental, condições precárias de saneamento e de habitação, assim como desnutrição são alguns dos

muitos determinantes de sua ocorrência (WERNECK, 2010). Historicamente reconhecida como uma endemia rural, a partir da década de 1980, foi registrado um paulatino processo de urbanização dessa doença, com aparecimento de casos autóctones fora da região nordeste. Apesar dessas mudanças, o perfil epidemiológico persistente para essa doença mostra que 80% dos casos ocorrem entre pretos e pardos, inclusive quando analisados para a faixa etária infantil (BARBOSA; COSTA, 2013).

Similarmente ao que ocorreu na Europa durante a Revolução Industrial, a epidemia de tuberculose no Brasil tornou-se realidade na maior parte das cidades, sendo denominada “a praga dos pobres”, dada sua íntima relação com moradias insalubres, apresentando pequeno espaço interior e repleção de pessoas, com falta de higiene e com alimentação deficiente (MACIEL *et al.*, 2012). Embora a incidência e a mortalidade por tuberculose (TB) tenham diminuído aproximadamente 20% e 30%, respectivamente, no Brasil, ao longo das últimas décadas, cerca de 80.000 casos e 4.000 óbitos são notificados anualmente no país (BASTA *et al.*, 2012). Entre 2004 e 2013, a taxa de incidência de tuberculose foi maior na população indígena, seguida pela taxa da população preta. O risco de morte por tuberculose é 1,9 vezes maior entre as pessoas pardas e 2,5 vezes maior entre as pessoas pretas, quando comparado ao risco entre as pessoas brancas (BRASIL, 2017b).

Tanto a tuberculose quanto a leishmaniose visceral tiveram seus perfis epidemiológicos alterados pelo advento da pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Essa coinfeção vem se expandindo numérica e geograficamente no Brasil, com a disseminação em centros urbanos menores, entre as mulheres, em indivíduos jovens e de menor status socioeconômico. Essa coinfeção reduz a eficácia da resposta terapêutica e aumenta consideravelmente a probabilidade de recidivas, ao mesmo tempo em que a LV e a TB promovem a progressão clínica da doença por HIV e o desenvolvimento da AIDS (BARBOSA *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2012).

Inicialmente, a epidemia do HIV/AIDS no Brasil se concentrou em contingentes populacionais delimitados, particularmente das camadas das classes média e alta. Após uma fase inicial, a epidemia brasileira se disseminou para estratos mais amplos, majoritariamente desfavorecidos da população, o que a literatura descreve como “pauperização” da doença. Em 2000, a população negra respondia a 36,4% dos casos, passando a 43,9% em 2005; os óbitos pela doença afetam mais negros (58,7%) que brancos (40,9%) (FRY *et al.*, 2007). Além disso, o risco de incidência da AIDS é 40% maior entre as mulheres negras (SANTOS, 2016).

Ainda sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o aumento do número de casos de sífilis no Brasil é assustador e muito maior entre a população negra. A tendência de sífilis na gravidez apresentou uma taxa bruta de crescimento de 660% entre 2007 e 2017,

enquanto a sífilis congênita apresentou uma taxa de 338% (SANTOS *et al.*, 2020). No mesmo período, 38,5% das notificações de sífilis adquiridas ocorreram entre pessoas brancas e 42,4% em negras. Das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis, 59,8% eram negras e 30,6% brancas. Em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, as negras foram mais que o dobro (65,1%) das brancas (25,0%) (FIOCRUZ, 2018).

Já em relação às principais arboviroses que circulam no Brasil, como dengue, chikungunya e zika, a completitude do campo raça/cor ainda não alcançou o percentual desejado no Brasil, portanto, é necessário cautela nesse tipo de análise. Porém, dados do Ministério da Saúde mostram que a microcefalia associada à zika é maior entre negros (MARINHO *et al.*, 2016). Além disso, oito de cada dez bebês nascidos com microcefalia e outras alterações cerebrais ligadas ao vírus da zika são filhos de mulheres negras. A maioria das mulheres que foram infectadas pelo zika vírus na gestação era pobre, nordestina, pouco escolarizada e com frágil inserção no mundo do trabalho (FREITAS *et al.*, 2019).

Entre as doenças de veiculação hídrica, a exemplo da Hepatite A, os pretos e pardos concentraram a maioria dos casos (70,4%), vindo, em seguida, os brancos (25,0%) e indígenas (3,9%). Para as doenças infecto-parasitárias mais prevalentes na infância, é notável a redução nas taxas de mortalidade infantil por diarreia no Brasil, que caíram de 11,9 para 0,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos, uma redução de 98,6% entre 1980 e 2000. As internações hospitalares em consequência de diarreia também caíram consideravelmente nas partes mais pobres do país (VICTORA, 2009).

Apesar dos avanços na redução da mortalidade infantil no Brasil, as desigualdades raciais ainda são marcantes. A mortalidade infantil das crianças pretas superou em 30% e 80% a mortalidade infantil das brancas e em 40% e 80% a das pardas (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2005).

Chegamos ao início do século XXI e nos deparamos com a pandemia pelo SARS-CoV-2, ou a doença provocada pelo Coronavírus (COVID-19). A pandemia da COVID-19 expôs a geografia das desigualdades e refletiu impiedosamente os processos históricos passados, em especial com as pessoas idosas e com a população negra. Essa pandemia escancarou a segregação racial, quando se observa que as maiores taxas de letalidade estão entre os negros que vivem em áreas de menor nível socioeconômico. Na composição racial dos vulneráveis pela COVID-19 no Brasil, os moradores de favelas e de periferias, as pessoas em situação de rua e o grupo com maior prevalência de morbidades específicas (diabetes e hipertensão, por exemplo) são expressivamente compostos por pessoas negras (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, são diversas as variáveis que tornam a população de baixa renda mais propensa à infecção pelo novo Coronavírus, tais como a necessidade do uso de transporte

público, o maior número de moradores por domicílio, o deficitário acesso ao saneamento básico e à saúde, bem como a dificuldade dos idosos e de seus familiares em manter o isolamento social sem perda importante da renda ou do trabalho (MENDONÇA *et al.*, 2020).

## Quais as lições aprendidas?

Ponderando os séculos de história de discriminação racial sofrida pela população negra, as precárias condições de vida e a maior exposição aos fatores que levam ao adoecimento e à morte por doenças que estão relacionadas à pobreza, é urgente que o Brasil aprenda algumas lições importantes.

A primeira questão diz respeito à superação do modelo que descreve as doenças infecciosas e parasitárias como “doenças da pobreza” em um grande bloco homogêneo sem considerar os aspectos raciais nessa análise. No Brasil, a população negra tem a pior remuneração do mercado de trabalho, tem a escolaridade mais baixa e sofre mais restrições no acesso a serviços de saúde. Mesmo quando apresenta escolaridade idêntica à da população branca, não tem níveis de renda similares. E, ainda que igualmente inserida em um ambiente de vulnerabilidades, a população negra é afetada de maneira desigual.

Essa reparação demanda a ampliação da disponibilidade, do acesso e do uso de serviços de saúde para essa população. É preciso solucionar o problema da baixa qualidade dos serviços prestados e da dificuldade de utilizar a assistência em saúde, além de prestar um modelo livre de discriminação praticada por profissionais das mais diversas instituições e organizações.

O segundo ponto seria o fortalecimento do compromisso brasileiro com a promoção da igualdade racial, a ser traduzido nas iniciativas mais focalizadas e no desenvolvimento de programas específicos para essa população. Isso é particularmente importante em países com grandes iniquidades raciais, como o Brasil. Nesse quesito, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), efetivada por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, e ratificada em 2010, por meio do Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288/2010, enfrenta desafios para sua consolidação e sua implementação.

No terceiro aspecto, reforça-se a necessidade da padronização, da implementação e do correto preenchimento do quesito raça/cor nos grandes sistemas de informações no Brasil, além do fortalecimento de uma agenda de pesquisa que fomente estudos específicos sobre doenças infecciosas e parasitárias na população negra. Na medida em que os processos de monitoramento constituem ferramentas obrigatórias para a adequada implantação de qualquer programa ou estratégia de intervenção em políticas públicas, a análise de indicadores de saúde com base

em aspectos raciais irá auxiliar o acompanhamento e o aperfeiçoamento não só da política de saúde brasileira, como também de programas intersetoriais de combate às desigualdades.

O quarto ponto diz respeito ao respaldo governamental para a pesquisa e ao desenvolvimento orientado pelas necessidades dos pacientes, para a proposição de tratamentos seguros, eficazes e acessíveis para milhões de pessoas em situação vulnerável, as quais são afetadas por doenças negligenciadas. Para tanto, precisaremos de um nível de cooperação, nunca antes visto, entre os países, o setor privado, a filantropia e outros, alinhados à Organização Mundial da Saúde, o que envolve diplomacia e recursos para a transferência de tecnologias, a capacidade de produção, a abertura de patentes e a adaptação de políticas regulatórias.

O quinto ponto, talvez o mais desafiador, diz respeito à construção de um modelo de Estado do Bem-Estar Social no Brasil, com ampliação das políticas sociais, para a garantia de direitos e de condições dignas de vida. E nesse aspecto, a questão racial é um dos desafios fundamentais a serem superados para o enfrentamento das profundas desigualdades que marcam o Brasil. Portanto, refletir e, sobretudo, atuar para enfrentar essa realidade é urgente e obrigatório.

## Considerações finais

O Brasil é o 70º país no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano e concentra nove das dez principais doenças tropicais consideradas negligenciadas pela OMS. As doenças parasitárias causadas por protozoários e helmintos estão na base do desenvolvimento científico brasileiro há cerca de um século, porém, os esforços destinados à pesquisa e a programas voltados a essa temática ainda são insuficientes para continuarmos avançando em uma área em que o Brasil deve perseguir a liderança mundial.

Mais do que nunca, torna-se relevante reconhecer as iniquidades raciais na magnitude dessas doenças, no sentido de debater os pilares do Sistema Único de Saúde, como a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, buscando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis com respeito às diferenças, entre elas, as étnico-raciais. Portanto, as evidências apontadas no presente capítulo permitem detectar uma ruptura dos princípios do sistema de saúde brasileiro e apontam para a necessidade de ampliar as discussões sobre o tratamento equitativo a grupos vulneráveis nesse e em outros espaços.

## Referências

- ARAÚJO, J. D. Epidemiological Polarization in Brazil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.
- BARBOSA, B. C. A. Infortúnios na travessia do atlântico: naufrágios, doenças e mortes nas viagens da Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão (1755-1778). *Revista Historiar*, Sobral, v. 10, n. 18, p. 5-22, 2018.
- BARBOSA, I. R. *et al.* Aspectos da Coinfecção Leishmaniose visceral e HIV no Nordeste do Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 3, p. 672-687, 2014.
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Sci. Med.*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 5-11, 2013.
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. A emergência da co-infecção tuberculose-HIV no Brasil. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 8, n. 15, p. 232-244, 2012.
- BARBOSA, I. R.; GONÇALVES, R. C. B; SANTANA, R. L. Social vulnerability map for the municipality of Natal (Northeast Brazil) at a census sector level. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 48-56, 2019.
- BARBOSA, K. Escravidão e saúde nas fazendas cafeeiras do Vale do Paraíba fluminense, século XIX. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, Guarulhos, v. 6, n. 14, p. 25-49, 2014.
- BASTA, P. C., MARQUES, M., OLIVEIRA, R. L. D., CUNHA, E. A. T., RESENDES, A. P. D. C.; SOUZA-SANTOS, R. Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, p. 854-864, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Temático Saúde da População Negra*. Painel de Indicadores do SUS, v. 7, p. 82, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional da Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 44p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 10 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet], Brasília, v. 48, n. 4, p. 1-35, 2017b.
- CAMARGO, E. P. Malária, maleita, paludismo. *Revista Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 26-29. 2003.
- CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1602-1608, 2005.



- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- COSTA, Z. G. A *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011.
- DANTAS, M. N. P.; AIQUOC, K. M.; SANTOS, E. G.O.; SILVA, M. D. F. S; SOUZA, D. L. B.; MEDEIROS, N. B. M.; BARBOSA, I. R. Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, n. 9764, v. 32, p. 1-14, 2019.
- MELO, A. G. S *et al.* Esquistossomose em área de transição rural-urbana: reflexões epidemiológicas. *Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 506-513, 2011.
- DECIT. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, p. 1, p. 200-202, 2010.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012 .
- FIOCRUZ. Canal saúde. *Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU*. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu-2018-02-01>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- FREITAS, P. S. S. *et al.* Síndrome congênita do vírus zika: perfil sociodemográfico das mães. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, n. 24, v. 43, p. 1-7, 2019.
- FRY, P. H *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, 2007.
- GOMES, A. C. L *et al.* Prevalência e carga parasitária da esquistossomose mansônica antes e depois do tratamento coletivo em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, n. 2, v. 25, p. 243-250, 2016.
- HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Brasil: 500 anos de povoamento*. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/negros.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *O Brasil em 4 décadas: 1500 textos para discussão*. Rio de Janeiro, set. 2010. ISSN 1415-4765. 100 páginas.
- LEITE, I. C. *et al.* Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.

- MACIEL, M. S.; MENDES, P. D.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012.
- MARINHO, F. *et al.* Microcefalia em Brasil: prevalencia y caracterización de casos a partir del Sistema de Informaciones sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, n. 4, v. 25, p. 701-712, 2016.
- MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANCA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, dez. 2016.
- SANTOS, M. M. *et al.* Trends of syphilis in Brazil: A growth portrait of the treponemic epidemic. *PLOS ONE*, v. 15, n. 4, p. e0231029, 9 abr. 2020.
- MATTOS, D. M. Do que eles padeciam... Doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1859). In: PIMENTA, T. S.; GOMES, F. (org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*, Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016, p. 63-89. 312 p.
- MENDONÇA, F. D. *et al.* Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica/North region of Brazil and the COVID-19 pandemic: socioeconomic and epidemiologic analysis/Región Norte de Brasil y la pandemia de COVID-19: análisis. *Journal Health Npeps*, Mato Grosso, v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020.
- PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 725-742, 2003.
- SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 3, v. 25, p. 602-618, 2016.
- SANTOS, S. M.; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAUJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007.
- SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- SEVCENKO, N. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: SciELO; Editora UNESP, 2018.
- SILVA, L. R. T.; LEITE, E. S. O Lugar Destinado ao Negro na Sociedade Brasileira. In: SEMINÁRIO AMÉRICA LATINA: CULTURA, HISTÓRIA E POLÍTICA, 2015, Uberlândia, MG. *Anais [...]*. Uberlândia, MG: UFU, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Leite-7/publication/342335004\\_O\\_LUGAR\\_DESTINADO\\_AO\\_NEGRO\\_NA\\_SOCIEDADE\\_BRASILEIRA/links/5ee1bbba6fdcc73be8d9c5a/O-LUGAR-DESTINADO-AO-NEGRO-NA-SOCIEDADE-BRASILEIRA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Leite-7/publication/342335004_O_LUGAR_DESTINADO_AO_NEGRO_NA_SOCIEDADE_BRASILEIRA/links/5ee1bbba6fdcc73be8d9c5a/O-LUGAR-DESTINADO-AO-NEGRO-NA-SOCIEDADE-BRASILEIRA.pdf). Acesso em: 1 jul. 2021.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. *Revista Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 44-47, 2003.

SILVA, P. V. V.; DOMINGUES, A. L. C. Epidemiologic aspects of hepatosplenic schistosomiasis in the State of Pernambuco, Brazil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 327-336, 2011.

TEIXEIRA, K. K. S.; KARVALHO, K. M. G.; MEDEIROS, A. A.; BARBOSA, I. R. Indicators of cases and deaths by COVID-19 and its relationship with contextual factors: an ecological study in the city of Natal-RN. *Brazilian Journal of Development*, São José do Pinhais, v. 6, n. 6, p. 40689, jun. 2020.

VICTORA, C. G. Mortalidade por diarreia: o que o mundo pode aprender com o Brasil?. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 85, n. 1, p. 3-5, 2009.

WALDMAN, E.A.; SATO, A.P.S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, p. 68, 2016.

WERNECK, G. L. Expansão geográfica da leishmaniose visceral no Brasil. 2010. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.644-645, 2010.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WESTPHALEN, E. V. N; BISUGO, M. C; ARAÚJO, M. F. L. Aspectos epidemiológicos e históricos do controle da doença de Chagas no Continente Americano. BEPA. *Boletim Epidemiológico Paulista* (Online), São Paulo, v. 9, n. 105, p. 18-35, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* - WHO Version for: 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/I> Acesso em: 24 jun. 2020.

# 8 Aspectos relacionados às doenças crônicas na população negra do Brasil

*Ana Mayara Gomes de Souza*

*Maria Helena Rodrigues Galvão*

*Talita Araujo de Souza*

## Introdução

Neste capítulo, apresentaremos uma abordagem geral sobre os principais aspectos relacionados às doenças crônicas na população negra do Brasil. Assim, iremos desvelar a situação de saúde, considerando a morbidade autorreferida para as principais doenças crônicas não transmissíveis apresentadas pela Organização Pan-Americana Saúde (OPAS), a saber: hipertensão, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (OPAS, 2007). Além dessas, também traremos informações acerca de cardiopatias e insuficiência renal crônica.

Utilizaram-se dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, onde foram entrevistados 5.631 indivíduos de cor preta, que representaram 9,4% da amostra total; destes, 4.582 eram adultos de 18 a 59 anos, compondo a amostra para as análises aqui apresentadas. Os achados deste capítulo visam a corroborar com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para que haja redução das desigualdades sociais e atendimento às necessidades reais dessa parcela significativa da população.

## Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e a dificuldade de acesso aos tratamentos para esses agravos

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida, possuem uma etiologia incerta, são de longa duração e podem estar associadas a deficiências e a incapacidades funcionais (YOKOTA *et al.*, 2007). Configuram-se como grave problema de saúde pública, as quais implicam em grandes custos para os sistemas de saúde, em elevado número de mortes prematuras e em altos índices de morbidade na população do Brasil e no mundo, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

As disparidades em saúde na população negra e o risco de DCNTs vinculam-se diretamente às condições de privação econômica e social, à exposição a substâncias tóxicas e condições danosas, ao trauma socialmente infligido, aos cuidados inadequados de saúde e à resistência à opressão racial que estes foram submetidos durante todo esse processo histórico até os dias atuais. As DCNT foram responsáveis por 71% das 57 milhões de mortes ocorridas globalmente em 2016. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%) (WHO, 2018a; WHO, 2018b).

A população negra, historicamente, sofre mais restrições no acesso aos serviços de saúde essenciais, com evidente prejuízo em relação aos cuidados de saúde (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011). O negro era visto como a causa de muitos males, representando perigo físico e moral; dessa forma, poucas foram as propostas oficiais de atenção à saúde destes, e menos ainda as que foram acompanhadas por medidas que sequer eram cumpridas. Não existia um serviço destinado ao tratamento médico, demarcando a inexistência de uma preocupação para com a força de trabalho escrava (PÔRTO, 2006).

Os dados compilados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) demonstram que, considerando a morbidade por doenças crônicas, 15,3% dos indivíduos negros referiram ter diagnóstico médico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença com mais de seis meses de duração. Assim, 47,1% referiram que tal doença causava limitação em suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola e realizar afazeres domésticos. Vale a pena salientar que, nessa população, apenas 68,7% dos respondentes referiram ter realizado consulta ao médico no último ano, enquanto 10,9% realizaram consulta médica há três anos ou mais. Outro dado ainda mais preocupante é que 0,8% nunca realizou ao menos uma consulta médica ao longo da vida.

As maiores prevalências de doenças crônicas autorreferidas também foram observadas na população negra quando comparadas à branca, a exemplo das comunidades quilombolas de Minas Gerais, mostrando associação com dimensões demográficas e socioeconômicas nas quais essa população se insere (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Quando considerada a cor da pele, também já foi descrita desigualdade na proporção de mortes prematuras por DCNTs, porque, enquanto para indivíduos brancos a proporção de mortes precoces por doença cardiovascular foi de 36%, para a população negra, a proporção chegou a 50% (LOTUFO, 2015; MALTA *et al.*, 2015).

A discriminação racial é um fator que pode agir sinergicamente na morbimortalidade da população negra por DCNTs, devido à barreira dessa população ao acesso a serviços de saúde (KLONOFF; LANDRINE; 2000). Malta *et al.* (2015) igualmente reforçam que

as diferenças socioeconômicas não plenamente ajustáveis também determinam menos oportunidades de sobrevivência para esta população.

Em relação à prevalência de insuficiência renal crônica na população negra, esta foi de 0,9%. Desses, apenas 1 (2,4%) indivíduo referiu fazer ou já ter feito hemodiálise em decorrência da insuficiência renal crônica, enquanto 50% referiram que tal condição não limita as suas atividades rotineiras. As formas mais graves de hipertensão e/ou uma maior susceptibilidade dos negros para lesão renal na presença de pressão arterial elevada pode ser uma das razões para a maior incidência de doenças crônicas renais, como glomerulonefrite (LOPES *et al.*, 2002).

Diante desse cenário, estudo realizado por Neto *et al.* (2015) demonstrou que, apesar de haver uma política de saúde voltada especificamente à população negra, dos 391 entrevistados na pesquisa, 90,5% não a conhecem. Isso reflete a falta de informação acerca das políticas públicas de saúde; além do mais, nos casos em que os entrevistados relataram desconhecimento da política, eles foram informados pelo entrevistador sobre sua existência.

## Presença e dificuldades nos tratamentos da hipertensão arterial e diabetes

Hipertensão é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg. É considerada uma doença silenciosa, devido à ausência de sinais e de sintomas e ao número elevado de portadores que desconhecem o diagnóstico da doença (WHO, 2013).

A HAS, assim como as outras DCNTs citadas anteriormente, está relacionada diretamente a baixo nível de atividade física, a consumo abusivo de álcool, a tabagismo e a obesidade, além do consumo excessivo de sal, os quais contribuem para o aumento da prevalência dessa patologia (GOMES, 2014).

No que versa à hipertensão arterial, 95,5% dos indivíduos avaliados afirmaram já ter realizado procedimento de aferição da pressão arterial, e é importante ressaltar que 4,5% da amostra nunca realizou nenhum procedimento que permita o diagnóstico da hipertensão arterial. Obtiveram diagnóstico médico de hipertensão arterial 16,2% dos entrevistados; entre estes, apenas 52,4% relataram utilizar o serviço médico ou de saúde regularmente devido à hipertensão, outros 34,4% relataram que só procuram o serviço de saúde quando tem algum problema, e 13,2% dos pacientes com hipertensão relataram nunca procurar o serviço médico ou de saúde. Nos pacientes que não visitam frequentemente o serviço de saúde, 57,5% referem como principal motivo não achar necessário. Apenas 58,1% dos indivíduos com hipertensão receberam assistência médica por esse motivo nos últimos seis meses, e 12,7% nunca receberam assistência médica por esse motivo.

Em relação à cor/raça, estudos prévios demonstraram que essa associação entre cor da pele preta e maiores prevalências de HAS é explicada pelas características sociodemográficas desfavoráveis, como renda, escolaridade e seguro de saúde, e não propriamente pela questão biológica (SZOSTAK-WEĞIEREK *et al.*, 2017). Contudo, esses fatores não são suficientes para explicar a associação da HAS nessa população.

No que se refere especificamente à política de controle da hipertensão arterial entre a população negra, além da falta de capacitação específica dos profissionais da saúde, enfrentam-se o problema de protocolos terapêuticos inadequados e a frequente descontinuidade da distribuição dos medicamentos disponibilizados pela rede de serviços do SUS. A literatura ainda demonstra que as drogas mais prescritas para seu controle, e que fazem parte da lista de medicamentos básicos do Ministério da Saúde, o Captopril e o Maleato de Enalapril, do grupo dos anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA), estão contraindicadas para pessoas negras hipertensas, segundo o próprio Ministério da Saúde (VARGAS; CARDOSO, 2016).

Dessa forma, apesar dos avanços observados, ainda permanecem muitos desafios no desenvolvimento de políticas efetivas, principalmente em relação à necessidade de avançar nas ações de integração e de articulação dos setores para mobilizar e tornar o tema de enfrentamento da DCNT aos processos de organização dos serviços de saúde, de modo a priorizar as populações minoritárias (MALTA; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Com as tendências crescentes de sobrepeso e de obesidade, surgiram preocupações sobre uma epidemia global de diabetes, com efeitos nocivos sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas e os custos crescentes dos cuidados de saúde (ABEGUNDE *et al.*, 2007). Diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que têm em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação ou na secreção da insulina, ou em ambas (SBD, 2016).

Devido à elevada morbidade, o diabetes pode transcorrer com redução drástica da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, sendo estimado que a doença resulte em 89 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no mundo (WHO, 2014).

Ao avaliar a presença de diabetes, inicialmente analisando o acesso ao diagnóstico nessa população, observou-se que 85,2% relataram ter realizado, alguma vez na vida, exame para medir a glicemia no sangue, enquanto 14,8% referiram nunca ter realizado tal exame. A prevalência de diabetes na população de adultos negros foi de 4,3%. Entre esses indivíduos com diagnóstico médico prévio de diabetes, 63,3% relataram visitar o serviço médico ou de saúde regularmente devido ao diabetes, 26,1% relataram só procurar o serviço de saúde quando apresentam algum problema e 10,6% relataram nunca ir ao serviço de saúde devido

ao diabetes. O principal motivo apontado pelos entrevistados que referiram não procurar o serviço de saúde regularmente foi por não achar necessário (50,7%). Dos indivíduos com diabetes, 61,3% relataram que a última vez que receberam assistência médica devido ao diabetes foi há menos de seis meses, 19,5% receberam assistência há mais de três anos ou nunca receberam assistência médica direcionada ao diabetes.

Um estudo realizado com idosos de diversas capitais brasileiras demonstrou que, ao se considerar o diabetes autorrelatado, idosos que haviam referido cor/raça preta ou parda possuíam valores maiores de IMC e de circunferência da cintura, independentemente da condição econômica (renda) e do nível de escolaridade (MORETTO *et al.*, 2016). De forma semelhante, Whitson *et al.* (2011), em análise ajustada para gênero e condição socioeconômica, demonstraram que idosos negros eram mais obesos, incapacitados e apresentavam maior prevalência de diabetes quando comparados aos brancos.

Evidências científicas determinam que tais diferenças raciais da obesidade no diabetes resultam de interação complexa que vão além dos fatores socioeconômicos e ambientais (estilo de vida), mas incluem: condições biológicas/fisiológicas que incluem o menor gasto energético em repouso e total em negros (principalmente mulheres) do que em brancos; o nível mais baixo de adiponectinas (associadas à maior adiposidade corporal e à síndrome metabólica) em negros; e a maior predisposição das minorias étnicas para a resistência à insulina (TILLIN *et al.*, 2013).

Além disso, a maior predisposição associada a essa população se dá pelas diversas modificações nos hábitos alimentares, as quais ocorreram devido a mudanças na forma de produção e no comércio de alimentos, com maior disponibilidade de gêneros e maior grau de processamento de alimentos. Além disso, rotinas que incluem maior número de refeições fora de casa, com diversas opções de comidas rápidas (*fast-foods*), resultaram em dietas com alta densidade energética, ricas em gorduras saturadas, elevados teores de açúcares e pobres em carboidratos integrais e fibras, sendo consideradas as grandes responsáveis pelo aumento da incidência e da prevalência da diabetes (BORGES; LACERDA, 2018).

As evidências demonstram que o bom manejo desse agravo na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, logo, a AB desempenha um papel central nesse processo por ser a porta de entrada para os demais serviços dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio de ações como o acompanhamento sistemático dos casos, a prevenção das complicações e a atualização dos profissionais de saúde (BORGES; LACERDA, 2018).



## Neoplasias

Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células (maligno) que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2019a). Suas causas são variadas, podendo estar associados a: causas externas, como os fatores ambientais (substâncias químicas, irradiação, micro-organismos e fatores comportamentais, responsáveis por 80% a 90% dos casos de câncer); causas internas, como a predisposição genética – hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas (INCA, 2019a).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer. Em termos globais, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de mama feminina ocupa a primeira posição mais frequente em todas as regiões brasileiras, com estimativa de 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019b).

Com relação à prevalência de neoplasia na população negra, a PNS demonstra que 0,8% dos adultos negros referiram já ter tido diagnóstico médico de câncer. Destes, 51,4% referiram que o câncer ou algum problema por ele provocado não limita as suas atividades habituais. Sobre a localização do câncer em seu primeiro diagnóstico, a mais prevalente foi o câncer de mama, com 18,9%, em seguida, o câncer de colo de útero, com 9,3%, e outras localizações, 40,5%.

Dados epidemiológicos internacionais sugerem que as mulheres afro-americanas são desproporcionalmente afetadas pelo câncer de mama, comparadas às mulheres brancas. Além disso, a população negra é diagnosticada em idades mais jovens (menos de 50 anos), com frequência 30 a 40%, e com estágios mais agressivos da doença do que em brancas (DANFORTH, 2013). De acordo com *American Cancer Society* (ACS), a taxa de sobrevivência em cinco anos é significativamente menor para as mulheres negras comparadas às brancas. O estudo evidencia que, em todas as idades e subtipos de tumor, as taxas de mortalidade ajustadas por idade para negras são as mais altas (32,4 óbitos/100.000 habitantes) entre todas as etnias e os grupos raciais estudados (ACS, 2011).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos (INCA, 2019c). Contudo, apesar de o rastreamento por intermédio da mamografia ser o principal meio de detecção da neoplasia maligna da mama, há grandes problemas de acessibilidade e que não podem ser simplesmente atribuídos à falta de

equipamentos (SANTOS, 2019). Bairros *et al.* (2011) identificaram que a probabilidade de as mulheres não realizarem o exame de mama foi significativamente maior entre as negras.

Em relação ao câncer de colo do útero, segundo estudo realizado por Thuler *et al.* (2012), no período de 2000 e 2009, a média de idade do diagnóstico para esse tipo de câncer foi de 49,2 anos (55,3% tinham menos de 50 anos), com predomínio em mulheres de cor parda (47,9%), com ensino fundamental incompleto (49,0%). Mais uma vez, a não realização do exame Papanicolau foi significativa nas mulheres com até quatro anos de escolaridade, que se autorreferiram negras e com idade entre 40 e 59 anos. A maior prevalência de não realização do exame relacionada à raça aponta a existência de desigualdade racial quanto ao acesso ao exame de citologia oncológica cervical (SANTOS, 2019).

Como visto anteriormente, as desigualdades raciais, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde são temas recorrentes e podem justificar a alta incidência e o diagnóstico em estágios avançados do câncer de mama e de colo do útero. Para Santos (2019), é inegável a dificuldade do paciente negro aos cuidados oncológicos, logo, os profissionais de saúde devem assegurar o atendimento à população negra em um mesmo nível ao prestado aos demais grupos sociais, a fim de garantir e superar as barreiras de acesso aos bens e serviços de saúde.

## Doenças respiratórias crônicas e doenças cardíacas

No que diz respeito à morbidade por doenças respiratórias crônicas, a PNS aborda a prevalência de diagnóstico médico de asma ou de bronquite asmática. A prevalência de bronquite asmática na população analisada foi de 4,1%. Mundialmente, o tabagismo é o fator de risco mais comumente encontrado para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (WHO, 2011) e, segundo Malta *et al.* (2015), um sexto da população adulta – 21,8 milhões de pessoas – faz uso de tabaco fumado, sendo os homens os que mais consomem o tabaco, assim como a população negra e de baixa escolaridade, residentes na zona rural.

Estudos realizados com a população adulta quilombola, estritamente rural, reportaram hábitos e comportamentos inadequados, como o uso do tabaco (BEZERRA *et al.*, 2014). As vulnerabilidades não estão distribuídas de forma homogênea na relação entre sociedade e espaço; as desigualdades repercutem, sobretudo, nas comunidades quilombolas e estão relacionadas à resistência étnica, cultural e histórica dessa população.

Relacionado à prevalência de diagnóstico médico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outras, 2,2% da população negra adulta referiu ter diagnóstico de alguma dessas doenças. Destes, 34,3% referiram o diagnóstico de insuficiência cardíaca, 30,4% referiram histórico de infarto e 10,8% referiram diagnóstico

de angina. Ainda, 47,1% afirmaram possuir diagnóstico médico de outras cardiopatias, associadas ou não com as anteriores. Entre os indivíduos com diagnóstico de cardiopatias, 59,8% referiram que a doença apresentada não limita suas atividades habituais. O mesmo pôde ser identificado em estudo realizado por Lotufo (2015), o qual evidenciou que, enquanto, para indivíduos brancos, a proporção de mortes precoces por doença cardiovascular foi de 36%, para pessoas de pele negra, a proporção chegou a 50%.

A literatura aponta que o consumo de frutas, de verduras e de legumes são marcadores essenciais da dieta saudável e fator de proteção dessas doenças. Contudo, foi possível observar um menor consumo desses alimentos, regularmente, pela população negra, que possui um maior consumo de carnes com gorduras, de feijão e de leite com teor integral de gordura, podendo ser explicado por se tratar de hábitos culturais, já que o consumo do feijão e da feijoada foi popularizado no Brasil colônia justamente pela população negra (MALTA *et al.*, 2015).

Em 2011, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT até 2022, o qual tem como objetivo a redução dessas doenças e dos seus fatores de risco comuns e modificáveis: tabagismo, atividade física insuficiente, alimentação não saudável e uso abusivo do álcool (BRASIL, 2011). Dados do Vigitel, da PNS 2013 e do Sistema de Informação sobre Mortalidade apontaram que a maioria das metas está em bom andamento para serem cumpridas até 2022; contudo, é necessário manter a atenção mesmo sobre as metas bem encaminhadas (MALTA; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

## Considerações finais

As desigualdades raciais e socioeconômicas foram temas recorrentes ao longo deste capítulo e podem justificar a alta incidência de DCNTs na população negra. Os estudos demonstraram que, claramente, ainda há obstáculos a serem superados, sendo a implementação da PNSIPN o maior deles, tendo em vista a necessidade do empenho dos gestores e dos profissionais de saúde na formulação, na avaliação e no monitoramento dessa política. Além disso, torna-se evidente a necessidade da articulação entre gestão e representantes da população negra, a fim de viabilizar ações que promovam a interface necessária entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças para a melhoria da qualidade de vida.

Ressalta-se, ainda, que as análises direcionadas à população negra permitem que esta assuma um protagonismo com relação à sua saúde e à conquista de seus direitos. Logo, é necessária uma maior sensibilização dos pesquisadores, de modo a produzir estudos com temáticas voltadas a essa população. Por fim, é necessária a construção de oficinas de atualização e de capacitação em saúde da população negra para todos os profissionais da saúde, em especial para as equipes das Estratégias de Saúde da Família no país.

## Referências

- ABEGUNDE, D. O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Grã-Bretanha, Reino Unido, v. 370, n. 9603, p. 1929-1938, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61696. Acesso em: 06 maio 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). *Breast Cancer Facts and Figures 2011-2012*. Atlanta: American Cancer Society, 2011.
- BAIROS, F. S.; MENEGHEL S. N., DIAS DA COSTA. J. S. *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-72, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001200008. Acesso em: 06 jul. 2020.
- BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S.; GOMES, K. D. O.; SOUZA, S. R.; GIATTI, L.; STEFFENS, A. P.; KOCHERGIN, C. N.; SOUZA, C. L.; MOURA, C. S.; SOARES, D. A.; SANTOS, L. R. C. S.; CARDOSO, L. G. V.; OLIVEIRA, M. V.; MARTINS, P. C.; NEVES, O. S. C.; GUIMARÃES, M. D. C. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.01992013. Acesso em: 05 jul. 2020.
- BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 116, v. 42, p. 162-178, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811613. Acesso em: 19 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- DANFORTH, D. N. Disparities in breast cancer outcomes between Caucasian and African American women: a model for describing the relationship of biological and nonbiological factors. *Breast Cancer Research*, Londres, n. 3, v. 15, p. 208. DOI: 10.1186/bcr3429. Acesso em: 12 jun. 2020.
- GOMES, J. C. *Relação entre Hábitos de Vida e Tensão Arterial em Adultos Jovens*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Fernando Pessoa. Pontes de Lima. 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2019a, 111 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-5-edicao.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019b, 120 p. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

\_\_\_\_\_. *A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação*. Rio de Janeiro: INCA, 2019c, p. 85. [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Acesso em: 21 maio 2020.

KLONOFF, E. A.; LANDRINE, H. Is skin color a marker for racial discrimination? Explaining the skin color–hypertension relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, Alemanha, v. 23, n. 4, p. 329-338, 2000. DOI: 10.1023/A:1005580300128. Acesso em: 22 maio 2020.

LOPES, A. A.; SILVEIRA, M. A.; MARTINELLI, R.; NOBLATE, A. C. B. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 167-171, 2002. DOI: 10.1590/S0104-42302002000200038. Acesso em: 22 maio 2020.

LOTUFO, P. A. Cardiovascular diseases in Brazil: premature mortality, risk factors and priorities for action. Comments on the preliminary results from the Brazilian National Health Survey (PNS), 2013. *Sao Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 133, n. 2, p. 69-72, 2015. DOI: 10.1590/1516-3180.2015.13320018. Acesso em: 24 maio 2020.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. *Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde*. Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Nova York: BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), 2011.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, p. 3-16, 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500060002. Acesso em: 23 maio 2020.

MALTA, D. C.; VIEIRA, M. L.; SZWARCOWALD, C. L.; CAIXETA, R.; BRITO, S. M. F.; REIS, A. A. C. D. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, p. 45-56, 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500060005. Acesso em: 23 maio 2020.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; VIEIRA, M. L.; ALMEIDA, L.; SZWARCOWALD, C. L. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, n. 2, v. 24, p. 239-248, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200006. Acesso em: 23 maio 2020.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; BERNAL, R. T. T. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 20, p. 713-725, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16182014. Acesso em: 24 jul. 2020.

MORETTO, M. C.; FONTAINE, A. M.; GARCIA, C. D. A. M. S.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 10, v. 32, p. e00081315, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00081315. Acesso em: 24 jun. 2020.

OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; GUIMARÃES, A. L. S.; CALDEIRA, A.P. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015209.20342014. Acesso em: 24 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde*. Washington, D.C: OPAS, © 2007 ISBN 978-92-7-572826-0.

PÔRTO, A. The healthcare system for slaves in nineteenth century Brazil: disease, institutions, and treatment practices. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, 2006. DOI: 10.1590 / s0104-59702006000400013. Acesso em: 25 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: 2016. Disponível em: [www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf](http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf). Acesso em: 07 maio 2020.

SZOSTAK-WĘGIEREK, D.; WAŚKIEWICZ, A.; PIOTROWSKI, W.; STEPANIAK, U.; PAJĄK, A.; KWAŚNIEWSKA, M.; DRYGAS, W. Metabolic syndrome and its components in Polish women of childbearing age: a nationwide study. *BMC Public Health*, Londres, v. 18, n. 1, p. 15, 2018. DOI: 10.1186/s12889-017-4564-5. Acesso em: 25 jun. 2020.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012. DOI: <https://10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.583>. Acesso em: 25 jun. 2020.

TILLIN, T.; HUGHES, A. D.; GODSLAND, I. F.; WHINCUP, P.; FOROUHI, N. G.; WELSH, P.; CHATURVEDI, N. *et al.* Insulin resistance and truncal obesity as important determinants of the greater incidence of diabetes in Indian Asians and African Caribbeans compared with Europeans: the Southall And Brent REvisited (SABRE) cohort. *Diabetes care*, Condado de Arlington, Virgínia, v. 36, n. 2, p. 383-393, 2013. DOI:10.2337/dc12-0544. Acesso em: 25 jun. 2020.

WHITSON, H. E.; HASTINGS, S. N.; LANDERMAN, L. R.; FILLENBAUM, G. G.; COHEN, H. J.; JOHNSON, K. Black-white disparity in disability: The role of medical conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, Louisiana, v. 59, n. 5, p. 844-850, 2011. DOI:10.1111/j.1532-5415.2011.03401.x. Acesso em: 26 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis*. Geneva: WHO, 2013a. Disponível em: [http://ishworld.com/downloads/pdf/global\\_brief\\_hypertension.pdf](http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf). Acesso em: 26 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global Health Estimates 2016: deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva: WHO, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO, 2018b.

YOKOTA, R. T. C.; VASCONCELOS, T. F.; ITO, M. K.; *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. *Ciências da Saúde*, Brasília, v. 18, n. 4, p. 289-296, 2007.

# 9 O nascer negro: reflexões acerca da mortalidade materno-infantil na população negra

*Kezauyn Miranda Aiquoc*

*Pedro Henrique Alcântara da Silva*

*Bruna Rodrigues Monteiro*

## Introdução

A mortalidade materna (MM) e infantil são considerados importantes problemas de saúde pública. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a MM é caracterizada pela morte de uma mulher durante a gestação ou após o seu término, no período de até 42 dias, independentemente da duração gestacional ou da localização da gravidez. Essa mortalidade pode ser em decorrência de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, porém não devido às causas acidentais ou incidentais (OMS, 1997). Já a mortalidade infantil é caracterizada pela morte de crianças com idade menor que um ano (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2015).

Destaca-se que a maioria dessas mortes é por causas evitáveis. A mortalidade materna (MM) e a infantil formam a face mais trágica da negligência do estado no que tange aos direitos da mulher, à proteção à vida e à saúde materno-infantil. No Brasil, mulheres e crianças negras e indígenas têm suas vidas ceifadas todos os dias por falta de atendimento de qualidade e em tempo oportuno. Historicamente, a mortalidade do povo negro tem origem no racismo estrutural que banaliza e negligencia a saúde da população negra e gera, até os dias atuais, uma naturalização do seu lugar, dos seus contextos e dos seus desfechos, sobretudo na saúde materna-infantil. Dessa forma, este capítulo foi estruturado a partir dos seguintes eixos:

- a mortalidade materna no contexto da mulher negra;
- a outra face da assistência obstétrica;
- redução da mortalidade materna e infantil para quem?



## A mortalidade materna no contexto da mulher negra

Um navio de escravos era um espectáculo asqueroso e lancinante. Amontoada no porão, quando o navio jogava batido pelo temporal, a massa de corpos negros agitava-se como um formigueiro de homens, para beber avidamente um pouco desse ar lúgubre que se escoava pela escotilha gradada de ferro. Havia, lá no seio do navio balouçado pelo mar, lutas ferozes, gritos, uivos de cólera e desespero. Os que a sorte favorecia, nesse ondear de carne viva e negra, aferravam-se à luz e rolhavam a estreita nesga de céu. [...]. Quando o navio chegava ao porto do destino – uma praia deserta e afastada –, o carregamento desembarcava: e à luz clara do sol dos trópicos aparecia uma coluna de esqueletos cheios de pústulas, com ventre protuberante, as rótulas chagadas, a pele rasgada, comidos de bichos, com o ar parvo esgazeado dos idiotas. Muitos não se tinham em pé; tropeçavam, caíam, e eram levados aos ombros como fardos (MARTINS, 1978, p. 62).

Nesse trecho, relatado por Oliveira Martins, no século XIX, podemos perceber a desumanização da população negra, a qual, tratada como mera mercadoria, padecia e perecia nos fundos dos navios negreiros e que, em carne viva, presenciava não só a morte dos seus, mas também a morte da sua humanidade e sua dignidade, a perda das suas raízes, do direito de usar o próprio nome e de sua religiosidade. Esse cenário, vivenciado pelos negros escravizados por mais de três séculos, tem uma face ainda mais perversa: além das mulheres e os seus filhos, outras crianças separadas dos seus familiares eram amontoadas nas cabines do leme dos navios, onde eram submetidas a altas temperaturas quando atravessavam em direção às regiões mais quentes, como o Brasil. No desembarque, era comum separar as crianças das suas mães. Enquanto mercadoria, não tinham o direito de permanecer com os seus, mesmo com pouca idade (UCHOA, 2007).

Segundo o historiador David Eltis, em entrevista, aproximadamente 750 mil crianças foram trazidas do continente africano para o Brasil entre os anos 1800 e 1850. Isso se deu não somente pelo motivo de as crianças apresentarem uma maior resistência à travessia (a mortalidade de crianças era menor), o que foi percebido pelos traficantes de pessoas, mas também pela escassez de homens adultos no continente africano (UCHOA, 2007). Para Manolo Florentino, em entrevista à BBC Brasil, com o fim da legalização do tráfico negreiro se aproximando, os senhores donos de escravos começaram a comprar mais crianças e mulheres, a fim de garantir mão de obra futura (UCHOA, 2007).

No entanto, antes dos rumores da abolição chegarem à colônia, não havia tanto interesse pela mão de obra infantil. Como esta tinha baixo valor e baixa produtividade, fora o custo para criá-las e até a idade produtiva, não era de interesse dos compradores (MOTT, 1989). Então, por que trazer tantas crianças junto às suas mães? Elas tinham uma função: manter o leite materno. Ser ama de leite agregava valor às mulheres escravizadas, pois “teorias raciais que circulavam na época afirmavam que o leite da mulher negra era mais forte e abundante” (BRASILIANA ICONOGRÁFICA, 2017).

Logo, essas mulheres eram separadas dos seus filhos para amamentar o filho do senhor, enquanto os dela eram cuidados pelas outras escravas e alimentado com mingau de mandioca e/ou leite não pasteurizado (BRASILIANA ICONOGRÁFICA, 2017). Esse fato, conseqüentemente, gerou muitos óbitos infantis, uma vez que a amamentação está diretamente ligada à redução de risco de mortalidade, principalmente por diarreia, por doenças respiratórias, por alergias e por desnutrição (BRASIL, 2009). Sob esse aspecto, Reis (2009) mostra um estudo sobre a mortalidade da população escravizada, em que, entre os anos de 1871 e 1888, foram registrados em Vassouras, no Rio de Janeiro (RJ), 9.310 nascimentos de filhos de escravos, sendo que 3.074 morreram no mesmo período.

Segundo Mott (1989), a reprodução da população escravizada era baixa, pois além de o número de mulheres negras ser consideravelmente menor do que o de homens negros, a facilidade de se conseguir escravos acabava por incentivar os senhores a aplicar punições mais severas, dado que era fácil trocar a “peça defeituosa”. Tendo isso em vista, as mulheres, durante a gravidez, eram submetidas a cargas de trabalho extremas, sofriam maus tratos e o interesse dos proprietários em investir nessa gravidez e, futuramente, no parto, no puerpério e na criação das crianças até a idade produtiva, não era comum. Com isso, era alta a taxa de mortalidade infantil, e, até como ato de resistência e desespero para que sua prole não passasse pela mesma barbárie da escravidão, elas improvisavam práticas contraceptivas, bem como recorriam ao aborto e, possivelmente, ao infanticídio (MOTT, 1989).

Nesse último trecho, é possível evidenciar não somente o sofrimento psíquico e físico diante de tanta violência e violação, mas também de uma realidade que era determinante na mortalidade dessa mulher. Hoje, sabemos que, além do acesso aos serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno, a contracepção, a prevenção da gravidez precoce e o abortamento seguro estão diretamente relacionados à redução de risco de mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Em constatação a isso, estudos sobre a mortalidade da população livre e da escravizada no estado do Goiás e no município de Vassouras/RJ mostram que a mortalidade por causa de gravidez, de parto e de abortamento era comum e que, comparando os registros das duas populações, a livre apresentou maior mortalidade materno-infantil (MAGALHÃES, 2004; REIS, 2009). Tal dado pode evidenciar que, apesar de livre, a população negra não teve amparo estatal por algo essencial: o direito à saúde. A humanidade não era devolvida a esses sujeitos junto a sua alforria.

Constata-se que a população negra brasileira, historicamente, apresentou um contexto de segregação e de desinteresse do estado em formular políticas públicas de amparo a esse grupo étnico. Como exemplo, nota-se a ausência de uma política de promoção efetiva

de inserção social e cidadania à população negra e aos seus descendentes, no momento em que foi decretado o fim da escravidão, por meio da Lei nº 3.353 de 1888. O abrupto encerramento de um modo de produção hegemônico de quase quatro séculos, baseado na violência e objetificação do indivíduo negro, não foi suficiente para a desconstrução da naturalização e a legitimação de uma rígida hierarquia étnica, combinada ao enraizamento da discriminação racial na sociedade brasileira (SCHWARCZ; MENEZES NETO, 2016). A população negra acabou lançada à própria sorte na busca pela cidadania plena.

Já no século XX, representantes do movimento negro reivindicaram melhor acesso às políticas públicas, em especial, ao direito à saúde. Tal luta é intensificada a partir dos anos 1960, com participação atuante na luta pela Reforma Sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o cuidado à pessoa negra ainda é um gargalo estrutural do modelo de atenção à saúde, pois é preciso superar as barreiras sócio-históricas enfrentadas pela população negra no acesso à saúde (WERNECK, 2016). Esse é, ainda, um desafio apontado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), já em sua terceira edição. Nela, foi firmado que seriam desenvolvidas ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2017). Tal fato, na prática, pouco foi realizado, uma vez que a política não foi implementada em todo o território nacional (BATISTA; BARROS, 2017).

## A outra face da assistência obstétrica

A assistência à mulher durante o processo parturitivo, historicamente considerada como prática exclusivamente feminina, era executada por grupos de mulheres geralmente do grupo familiar e/ou por parteiras detentoras de conhecimento empírico na assistência ao parto. Contudo, com o avanço da ciência médica, a assistência obstétrica passa a adquirir um conhecimento científico e, conseqüentemente, a prática antes executada exclusivamente por mulheres passa a ser realizada por homens, e adquire um perfil hospitalar (OBLADEN, 2018).

A transição dessa assistência pode ser observada no livro “Tenda Vermelha”, da escritora Anita Diamant, de 2018, que problematiza a realidade vivenciada por mulheres na antiguidade em tribos israelitas (DIAMANT, 2018). No mesmo segmento, a série inglesa *Call the midwife* evidencia fortemente o contexto social desfavorável de mulheres que vivenciaram o processo gravídico durante a Revolução Industrial, bem como a transição da assistência obstétrica do domicílio para o ambiente hospitalar (CALL THE MIDWIFE, 2012). Tal fato pode ser evidenciado em uma caricatura de Samuel W. Fores, Londres, em 1793, que retrata a obstetrícia do homem dissecada na Europa entre os séculos XVIII e XIX,

expondo os conflitos entre médico/homem, mulher/parteira e conhecimento empírico/conhecimento científico pela culpabilização das “mortes aparente dos recém-nascidos” (OBLADEN, 2018, p. 406).

Verifica-se que, apesar da mudança do cenário do domicílio para o ambiente hospitalar, a mortalidade materno-infantil, no século XIX, passou a ser representada por infecções puerperais, denominada como *febre do filho* ou febre puerperal. Tal fato retratou a necessidade de lavagem das mãos para assistência, conforme defendido por Ignaz Semmelweis, médico ginecologista húngaro (ATAMAN; VATANOĞLU-LUTZ; YILDIRIM, 2013).

No mesmo período, o médico James Marion Sims (1813-1883), fundador do Hospital da Mulher do Estado de Nova York, e considerado o *pai da ginecologia moderna*, fazia experimentos a fim de aperfeiçoar técnicas, dentre elas, a de reparação de fístula vesicovaginal e fístula rectovaginal. No entanto, para os seus experimentos, usava como cobaias as mulheres negras e, como se não bastasse submetê-las a esses procedimentos cirúrgicos, eles eram realizados sem anestesia (PORTAL GELEDÉS, 2018). Segundo o médico James Sims, “as mulheres negras são mais resistentes à dor”, imaginário que se perpetua até os dias de hoje, pois, de acordo com Leal *et al.* (2017, p. 37), as mulheres negras são as que menos recebem anestésias quando submetidas à episiotomia.

Historicamente, a assistência prestada à mulher durante a gestação e o puerpério apresentou desafios frente ao contexto social e econômico da sociedade, na busca pelo desenvolvimento físico, afetivo e mental das crianças, tendo as genitoras como o único ser responsável por fornecer o nutriente necessário para o desenvolvimento delas. Logo, o acompanhamento desta mulher passou a ser estruturado em consultas de pré-natal, na intenção de reduzir a mortalidade materna e fetal, indicador que retrata a qualidade da assistência obstétrica no ciclo gravídico e puerperal (CRUZ, 2014).

À luz desse entendimento, o acesso ao pré-natal deve ser fornecido a todas as gestantes, independentemente do seu contexto socioeconômico, visando a obter desfechos favoráveis em saúde materno-infantil e que repercutem na melhoria dos indicadores de saúde, elevando a nação a um novo patamar. Contudo, esta assistência encontra-se fragmentada, conforme evidenciado no estudo realizado com 203 puérperas, o qual retratou que as mulheres negras, solteiras e sem fonte de renda receberam menos orientações no pré-natal frente às mulheres brancas, casadas e com fonte de renda (MONTEIRO, 2020).

A atenção pré-natal deve ser iniciada idealmente pelo profissional médico ou de enfermagem (SILVA, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza o início ainda no primeiro trimestre gestacional, com consultas devidamente planejadas para proporcionar

acompanhamento efetivo de todo o período, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional (BRASIL, 2009).

Isso se faz necessário em decorrência da apresentação do processo saúde-doença, que se manifesta de diferentes maneiras, levando em conta as condições sociais, econômicas e culturais de cada população. Quando associada à raça, as mulheres negras apresentam, além do acesso reduzido à assistência obstétrica, a evasão, bem como a interação entre os fatores biológicos, sociais e ambientais, que as tornam mais vulneráveis a agravos, como: hipertensão, diabetes gestacional e doenças específicas, como a gravidez de mulheres com anemia falciforme (CARDOSO, 2015; NOMURA *et al.*, 2010).

O Brasil apresenta desigualdades socioeconômicas, resultando em diferentes modos de acesso de serviços, o que reflete nos índices de mortalidade. No caso da saúde reprodutiva, há ligação entre mortalidade materna e acesso aos serviços assistenciais de qualidade (PEREIRA, 2018). Dada a complexidade das causas dessas disparidades na saúde, são necessárias práticas assistenciais voltadas para a melhoria do atendimento obstétrico, independentemente da raça.

## Redução da mortalidade materna e infantil para quem?

O contexto da mortalidade materna é pauta de discussão desde 1987. Porém, somente em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio, o Comitê das Nações Unidas dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabeleceu o tema como prioritário, recomendando que os países atingissem uma redução em 75% da taxa de mortalidade materna até o ano de 2015 (ALKEMA *et al.*, 2016; CARRENO; BONILHA; DA COSTA, 2014). Além disso, foi traçada, também, como meta, a redução da mortalidade infantil nos cinco primeiros anos de vida.

A maioria dessas mortes, das quais ocorrem até um ano de vida, concentra-se, sobretudo, no primeiro mês, havendo uma relação direta com as causas perinatais, como a prematuridade (FRANÇA *et al.*, 2017). Logo, para a redução da taxa desses óbitos, é importante considerar uma atenção à saúde de qualidade durante a gestação, o parto e o pós-parto.

Desde então, observa-se uma discreta mudança nesse cenário, com tendência à redução anual da taxa, aproximando-se ou afastando-se do objetivo preconizado a depender da região do globo (ALKEMA *et al.*, 2016; BARROS; MATIJASEVICH; REQUEJO, 2010). Mesmo considerando essas desigualdades na redução, o Brasil, entre os países em desenvolvimento, foi o que apresentou melhores resultados. Isso se deve, principalmente, ao acesso universal e gratuito ofertado pelo SUS.

No entanto, vale salientar que essa mortalidade ainda é pungente para grupos populacionais específicos. Segundo Caldas et. al. (2017), a depender da região do país, a taxa de mortalidade infantil (TMI) é elevada para as populações negras e indígenas. Esse índice é maior para os pretos nas regiões Norte e Nordeste: 52,5 e 50,1 óbitos/1.000 nascidos vivos, respectivamente, sem considerar a população parda, a qual apresentou 18,8 e 17,8/1.000 nas mesmas regiões, e para a população indígena, no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo 29,7; 31,1 e 56,7/1.000, respectivamente. Outro ponto importante, frisado pelos autores, é que o único grupo populacional que apresentou as menores taxas em todas as regiões foi a população branca.

No que tange à Taxa de Mortalidade Materna (TMM), quando se considera as diferentes regiões brasileiras para o ano de 2003, nota-se que o Nordeste apresentou uma TMM de 62,8 óbitos/100.000 nascidos vivos; o Norte, 56,9/ 100.000 nascidos vivos; o Sudeste, 41,7/100.000 nascidos vivos; no Centro-Oeste, 52,7/100.000 nascidos vivos; e a região Sul com uma TMM de 51,3/100.000 nascidos vivos (CARRENO; BONILHA; DA COSTA, 2014).

As causas de mortalidade materna no país transitam entre as causas obstétricas diretas e indiretas, com maior prevalência da primeira. As doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas, são as principais causas de mortalidade no país, acompanhadas pelas infecções puerperais e pelo aborto, ou pelas doenças do aparelho cardiovascular, complicadas pela gravidez, pelo parto ou pelo puerpério (MARTINS, 2006).

Estudos apontam níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevados em mulheres de minorias étnico-raciais, em que a razão de mortalidade materna é maior duas vezes e meia em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (LEAL *et al.*, 2017). Estes autores afirmam que mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir.

Dessa maneira, as disparidades na MM não estão presentes apenas entre as regiões do país. Quando consideramos a TMM por raça/cor, observamos diferenças ainda mais discrepantes, sendo notórias as taxas de mortalidade materna maiores entre a população negra, mesmo após redução da taxa ao longo dos anos (Tabela 1).

**Tabela 1 – Taxa de Mortalidade Materna por cor/raça, Brasil (2009-2017)**

Cor/raça	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Branca	49,66	46,41	42,98	49,06	49,53	49,42	52,20	52,33	54,93
Preta	438,31	411,93	137,43	111,97	117,01	131,74	117,03	119,37	117,70
Amarela	34,45	73,92	36,57	27,05	25,89	25,84	18,36	28,71	66,88
Parda	63,06	59,83	55,86	51,54	57,15	57,82	55,45	57,77	56,13
Indígena	157,32	113,30	147,88	105,99	131,67	91,24	157,45	90,26	101,17
Ignorado	91,50	71,75	83,43	60,42	58,15	48,65	46,18	39,51	36,84
Total	64,96	60,07	55,27	54,48	58,06	58,37	57,59	58,44	58,76

Fonte: SIM/DATASUS, 2019

As mulheres negras vivem em condições de vulnerabilidade social e de saúde no Brasil e no mundo. São condições que se refletem no grande número de grávidas com morbidades graves e, por conseguinte, na TMM, uma vez que a MM é a segunda causa de morte entre as negras. (HOLDT SOMER; SINKEY; BRYANT, 2017; MARTINS, 2006). Outrossim, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da qualidade da assistência prestada ou dos cuidados recebidos, é determinante para o aumento dessa taxa (HOLDT SOMER; SINKEY; BRYANT, 2017; MARTINS, 2006).

Quando o público de mulheres são gestantes adolescentes, verifica-se que 71% das adolescentes (11-14 anos de idade), que se autodeclararam negra, iniciaram sua vida sexual ativa de forma desprotegida em decorrência da violência sexual no âmbito familiar, exploração sexual comercial, bem como uma gestação não planejada, levando-a a uma gravidez indesejada e o risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (TEIXEIRA, 2010). Além disso, foi retratado em estudo que o grupo de 38 jovens negras relataram insegurança nos prestadores de serviço para oferta de métodos contraceptivos e experiências negativas durante o atendimento (GOMEZ, 2019).

Em relação ao histórico obstétrico destas mulheres, verifica-se uma redução na aceitabilidade do grupo para o uso de contraceptivos reversíveis de longa duração (TEODORO, 2019). Vale enfatizar que, apesar do contexto socioeconômico desfavorável e de uma gravidez não desejada, uma parcela reduzida de mulheres negras possuem aceitação do uso do método pelo parceiro (PARCERO, 2017).

Na população negra, observa-se que, além da gravidez não planejada, como referenciado ao longo do texto, há também um intervalo curto entre as gestações. Tal fato não se diferencia da realidade do Brasil e isso pode ser evidenciado na região Sul, em que a raça influenciou diretamente em uma gestação não planejada em um grupo de 2.557 puérperas, no qual 65% das mulheres negras tiveram uma gravidez não planejada, com idade inferior a 20 anos de idade, solteiras e com histórico de parto anterior em relação às brancas (PRIETSCH, 2011).

Consequentemente, observa-se que, mesmo diante das políticas de atenção à saúde da mulher, a mulher negra ainda apresenta vulnerabilidade a respeito do acesso aos sistemas de saúde, seja ele público ou privado, da escolha do método, das condições socioeconômicas e do processo de aceitação tanto para a mulher quanto para o companheiro e familiares.

Nesse sentido, a interrupção da gravidez por meio do processo de abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, se faz presente frente ao acesso e às condições socioeconômicas. O aborto, apesar do caráter milenar, tornou-se ilegal e criminalizado, principalmente nos países subdesenvolvidos e com religiosidade predominante (FONSECA, 2020). Na América Latina, o Brasil e a Argentina são os países com medidas restritivas em relação à legalização do aborto, levando à morte e à seqüela de mulheres em idade fértil que recorrem ao método (GALLI, 2020).

Quando o aborto ocorre legalmente, observa-se uma iniquidade nos serviços de saúde no aspecto da raça, em que 32% das mulheres negras relataram dificuldades no primeiro atendimento no serviço de saúde, decorrente da discriminação racial, do medo de ser maltratada e da dificuldade de deslocamento da residência para o hospital, agravando, assim, o quadro de abortamento (GOES, 2020). Devido às leis restritivas e ao tratamento do aborto como crime, ocasiona-se, na mulher, o estigma social, sendo as negras, as indígenas e as que vivem em áreas suburbanas os grupos vulneráveis, com impactos relacionados ao medo e à busca por serviços clandestinos, mesmo diante do direito do abortamento previsto em lei (SYDOW, 2011).

O perfil social das mulheres não é o único fator de estigma na prática do aborto. Mesmo ocorrendo legalmente, a mulher negra e da periferia sofre barreiras na assistência dos profissionais de saúde, entre elas: a objeção de consciência nos casos decorrentes de estupro, o desconhecimento dos profissionais em relação às normativas e a fragilidade no encaminhamento das usuárias (FONSECA, 2020).

Outros fatores que podem ser evidenciados, no aspecto do aborto legalizado, são os das perseguições religiosas e da necessidade de judicializar a interrupção da gravidez, mesmo que legal, comprometendo, assim, os direitos reprodutivos da mulher e a busca por outros métodos de interrupção (FERNANDES, 2020). No que diz respeito aos métodos para execução do aborto, as mulheres pobres e negras recorrem primeiro a outros métodos



de interrupção (automedicação e remédio caseiro para interrupção da gestação) para o esvaziamento uterino, e, no insucesso, contam com os hospitais públicos. Já as mulheres de raça branca buscam clínicas, hospitais, consultórios particulares e/ou viagens internacionais para execução do aborto em outros países, os quais consideram a prática legal (GOES, 2020).

Na América Latina e no Caribe, a proporção de mortalidade materna por causas indiretas aumentou de 9,2%, em 1990, para 11,5%, em 2013. Em contraste, nas regiões consideradas de média e baixa renda, ainda se observa um predomínio das causas diretas (aborto e hemorragia) como as principais responsáveis pela TMM (KASSEBAUM *et al.*, 2014).

Esse fato pode ser evidenciado na Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA-2016), cujo objetivo principal foi o de estimar a magnitude dessa prática no Brasil. Nesta pesquisa, foi evidenciado que mulheres passaram a utilizar medicamentos para execução do aborto, reduzindo a mortalidade materna por complicações decorrentes do aborto. Contudo, evidenciou-se a persistência de outros métodos para o esvaziamento uterino nas mulheres com baixa escolaridade, pretas e indígenas, as quais vivem na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, e a finalização do processo de abortamento no hospital (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

O motivo do internamento pode ser observado no levantamento realizado em três estados do Nordeste – Brasil, em que 31,1% das mulheres pretas declararam o aborto do tipo provocado após 12 semanas de gestação, tendo 15,4% das mulheres internadas no hospital para finalização desse procedimento (GOES, 2020). Nesse mesmo seguimento, tal grupo de risco, adicionado à faixa etária de 14 a 40 anos de idade e ao fato de ser solteira, apresentou um maior risco de óbito decorrente de complicações do aborto (KASSEBAUM, 2020).

Estudo demonstra, ainda, que as mulheres não brancas, principalmente as negras, são do grupo que ocupa o topo na mortalidade materna decorrente de complicações resultantes do processo de aborto, da demora e da dificuldade na busca pelos serviços de saúde. Isso foi associado à peregrinação para realização do abortamento devido ao estigma social, além da insensibilidade do profissional de saúde, mesmo tendo indicação para execução do procedimento (CARDOSO, 2020).

Pensando no processo histórico do Brasil, é preciso encarar essa situação de que, em um país que teve como pilar para o seu desenvolvimento econômico a escravização da população negra, não seria mera coincidência ser justamente as mulheres e crianças negras a apresentarem os piores indicadores de saúde e os desfechos decorrentes deles. Quanto à assistência à saúde materno-infantil prestada, o que difere nessa atenção, quando esta é orientada pelas mesmas políticas, mas refletem resultados discrepantes ao compararmos mulheres brancas e negras?

A vinculação do racismo e das vulnerabilidades é uma pauta antiga do movimento negro. Para Werneck (2016), políticas e práticas organizacionais que resultam em desigualdade são consideradas como consequência do racismo institucional e que acabam por gerar uma exclusão seletiva. Não considerar aspectos étnico-raciais impossibilita uma mudança real e redução das desigualdades. É preciso, então, mais do que nunca, considerar os aspectos interseccionais.

## Considerações finais

A mortalidade materna e infantil fornece um dos exemplos mais marcantes das disparidades na saúde da população. No Brasil, essas discrepâncias evidenciam mais que os indicadores de desenvolvimento social expõem, por sua vez, o racismo. Mulheres e crianças negras são, historicamente, invisibilizadas e negligenciadas, bem como têm como sina a luta pela sobrevivência diária, mesmo quando toda a estrutura da sociedade e das instituições foi pensada para excluí-las.

Nesse sentido, é preciso, mais do que nunca, deixar de negar que a raça é um fator determinante na vida e na morte da população, passando a considerar aspectos transversais e interseccionais na construção e na implementação de políticas públicas, sobretudo, impulsionando, em território nacional, a implementação da PNSIPN.

## Referências

ALKEMA, L. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, Londres, v. 387, n. 10017, p. 462-474, 2016.

ALVES Â. G. *et al.* Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação da rede cegonha: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 11, n. 2, p. 691-702, 2017. DOI: 10.5205/reol.10263-91568-1-RV.1102201724. Acesso em: 26 maio 2020.

DIAMANT, Anita. *A tenda vermelha*. Rio de Janeiro: Verus, 2018. 294p.

ATAMAN, A. D., VATANOĞLU-LUTZ, E. E.; YILDIRIM, G. Medicina em selos – Ignaz Semmelweis e Puerperal Fever. *Jornal da Associação Ginecológica Alemã Turca*, Istambul, v. 14, n. 1,p. 35-39, 2013. DOI: 10.5152/jtgga.2013.08. Acesso em: 20 maio 2020.

BARROS FC, MATIJASEVICH A, REQUEJO JH, *et al.* Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *American Journal of Public Health*, Estados Unidos, v. 100, n. 10, p. 1877-1889; 2010. DOI:10.2105/AJPH.2010.196816. Acesso em: 22 maio 2020.

- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, p. 1-5, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.
- BRASILIANA ICONOGRÁFICA. *Mãe preta: o aleitamento no período escravista*. [s.l.]. 2019. Disponível em: <https://www.brasilianaiconografica.art.br/artigos/20196/mae-preta-o-aleitamento-no-periodo-escravista>. Acesso em: 21 maio 2020.
- CALDAS, A. D. R. *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00046516, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00046516. Acesso em: 19 maio 2020.
- CALL the midwife*. Criação: Heidi Thomas. Great Britain: BBC, 2012-. Série. 44 episódios.
- CARDOSO M. D.; RIBEIRO C. M. S.; OLIVEIRA I. B. *et al.* Perceptions of pregnant women about the organization of the service/assistance in prenatal low risk in Recife. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016. Acesso em: 22 maio 2020.
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00188718, 2020. DOI: 10.1590/01002-311x00188718. Acesso em: 20 maio 2020.
- CARRENO, I.; BONILHA, A. L. DE L.; DA COSTA, J. S. D. Temporal evolution and spatial distribution of maternal death. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 662-670, 2014.
- CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, Recife, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.23812016. Acesso em: 20 maio 2020.
- DOMINGUES R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147. 2015. Acesso em: 17 maio 2020.
- FERNANDES, I. B. *et al.* Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 429-438, 2020.
- FONSECA, S. C. *et al.* Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00189718, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00189718. Acesso em: 28 maio 2020.

- GALLI, B. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00168419, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00168419. Acesso em: 22 maio 2020.
- GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00189618, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00189618. Acesso em: 23 maio 2020.
- GOMEZ, A. M. *et al.* No Perfect Method: Exploring How Past Contraceptive Methods Influence Current Attitudes Toward Intrauterine Devices. *Arch Sex Behav*, Toronto, v. 49, n. 4, p. 1367-1378, 2019. Acesso em: 23 maio 2020.
- HELLER, C. *et al.* Emergency Contraception Use: The Influence of Awareness, Attitudes, and Beliefs Among Non-Hispanic White, Non-Hispanic Black, and Hispanic Women in the United States. *Women's Health Issues*, Washington, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2019. Acesso em: 15 maio 2020.
- HOLDT SOMER, S. J.; SINKEY, R. G.; BRYANT, A. S. Epidemiology of racial/ethnic disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*, Nova York, v. 41, n. 5, p. 258-265, 2017.
- KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, Londres, v. 384, n. 9947, p. 980-1004, 2014.
- LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. e00078816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00078816. Acesso em: 07 jul. 2020.
- MAGALHÃES, S. M. de. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2004.
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.
- MARTINS, Oliveira. *O Brasil e as Colônias Portuguesas*. Lisboa: Guimarães Editora, 1978. 62p.
- MONTEIRO, B. R. *et al.* Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 4, p. 1-6, 2020.
- MOTT, M. L. de B. Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio. *Revista de História*, São Paulo, v. 120, p. 85-96, 1989.
- NOMURA, R. M. Y. *et al.* Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por doenças falciformes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 405-411, aug. 2010. DOI: 10.1590/S0100-72032010000800008. Acesso em: 08 jul. 2020
- OBLADEN, M. From “apparent death” to “birth asphyxia”: a history of blame. *Pediatric Residency*, v. 83, n. 2, p. 403-411, 2018. DOI: 10.1038/pr.2017.238. Acesso em: 18 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. *OPAS/OMS Brasil – Folha informativa – Mortalidade materna*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PARCERO, S. M. J. *et al.* Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 2, p. e17332, 2017.

PEREIRA, R. M. *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.07832016. Acesso em: 3 ago 2020.

PORTAL GELEDÉS. Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta. *Geledés*. [s.l.]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sims-era-um-salvador-ou-um-sadico-depender-da-cor-das-mulheres-que-voce-pergunta/>. Acesso em: 18 maio 2020.

PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, 2011.

REIS, T. de S. dos. *Morte e escravidão: padrões de morte da população escrava de Vassouras, 1865-1888*. 2009. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SCHWARCZ, L.; MENEZES NETO, H. Quando o passado atropela o presente: notas de um Brasil que insiste no racismo. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 25, n. 25, p. 31-35, 2016. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v25i25p31-35. Acesso em: 16 maio 2020.

SILVA, R. M. *et al.* Saúde de Fortaleza - Ceará. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1015, 2009.

SYDOW, E.; GALLI, B. *Isoladas: a história de 8 mulheres criminalizadas por aborto*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll e Action Aid, 2011. 96p.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010.

TEODORO, N. *et al.* Long-acting reversible contraception knowledge, attitudes and use among HIV-infected and -uninfected women and their providers. *Contraception*, Estados Unidos, v. 100, n. 4, p. 269-274, 2019.

UCHOA, Pablo. No ápice do tráfico, Brasil recebeu 775 mil crianças escravas. BBC. Londres. 09 abr. 2007. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2007/04/070405\\_crianças\\_escravas\\_pu.shtml](https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2007/04/070405_crianças_escravas_pu.shtml). Acesso em: 10 jul. 2020.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Levels & trends in child mortality: report 2015 estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2015.asp>. Acesso em: 16 maio 2020.

UNITED NATIONS INTER-AGENCY AND EXPERT GROUP ON MDG. Indicators. Millennium Development Goals Report 2009. New York, NY: United Nations Dept of Economic and Social Affairs; 2009. Disponível em: [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2009/MDG\\_Report\\_2009\\_En.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2009/MDG_Report_2009_En.pdf). Acesso em: 17 maio 2020.

WERNECK J. 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. Acesso em: 22 maio 2020.

WORLD HEALTH STATISTICS – WHO. Geneva, Switzerland: WHO, 2009.

# 10 Violência interpessoal no Brasil: desigualdade entre brancos e negros

*Karina Cardoso Meira*

*Weverton Thiago da Silva Rodrigues*

*Eder Samuel Oliveira Dantas*

## Introdução

Segundo Minayo (1994), não existiu sociedade na qual a violência não tenha se feito presente. No entanto, a mesma não faz parte da natureza humana, sendo caracterizada com um fenômeno biopsicossocial que se desenvolve na vida em sociedade.

O Brasil é um país extremamente violento, apresentando taxas de mortalidade por homicídios mais elevadas do que países que se encontram em conflito armado por disputas territoriais, por movimentos emancipatórios, por conflitos religiosos ou étnicos-raciais (WASELFSZ, 2016). Neste contexto, destaca-se que mais de 70% dos assassinatos são perpetrados contra indivíduos negros (pretos e pardos), realidade que se deve à formação do Estado brasileiro construído a partir da exploração, da escravização e do extermínio dos corpos indígenas e negros (RIBEIRO; CARDOSO, 1995).

Nosso país foi o último a abolir a escravidão, em um processo que se estendeu por três séculos, marcado pela desumanização dos corpos negros, que eram considerados objetos, e o seu senhor tinha poder para decidir sobre sua vida ou sua morte (RIBEIRO; CARDOSO, 1995). A ocupação do território brasileiro baseado no sistema escravocrata latifundiário originou uma sociedade hierarquizada, excludente e desigual, características que ainda persistem (SCHWARCZ; STARLING, 2015).

O processo de colonização das Américas construiu o conceito de raça moderno, a partir das diferenças entre os fenótipos do colonizador e dos colonizados. Assim, as características fenotípicas foram relacionadas a conceitos de ordem cultural, mental e sexual, e a raça tornou-se o principal critério para a alocação da população mundial na nova estrutura de poder (GOMES; LABORNE, 2018; QUIJANO, 2005).

Neste modelo econômico colonizador e escravagista, fundamentou-se a construção da sociedade brasileira, hierarquizando os indivíduos de acordo com o seu tom de pele, sendo o branco o padrão a ser alcançado (GOMES; LABORNE, 2018; QUIJANO, 2005; ZAMORRA, 2012), incentivando o branqueamento dos corpos e das mentes dos negros, destruindo suas características físicas e culturais, promovendo o genocídio do povo negro (NASCIMENTO; VERÍSSIMO, 2016). Após a abolição da escravidão, o Brasil importou teorias raciais europeias, e assim, utilizaram a ciência para justificar o racismo e a desigualdade de tratamento entre negros e brancos, pois estas teorias discutiam que os negros nunca alcançariam um nível civilizatório dos brancos, sendo propensos ao crime e a violência (NUNES, 2006).

O racismo estigmatiza os negros como uma raça inferior, perigosa e violenta, como um inimigo a ser combatido (GOMES; LABORNE, 2018). É um processo que naturaliza a violentação dos corpos negros desde o período colonial até os dias atuais, gerando milhares de mortes simbólicas devido à negação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho renda, culminando com o encarceramento em massa e o extermínio da juventude negra residente nas periferias (SCHWARCZ; STARLING, 2015). Os jovens negros, independentes de que situação ou local em que se encontram, sempre serão julgados no imaginário social violento e racista como suspeito número um. E, assim, correm maior risco de sofrer abordagem policial, tendo seus direitos como cidadão negados, com grande chance de sofrerem agressão e de serem assassinados (GOMES; LABORNE, 2018).

Este capítulo tem por objetivo promover discussões sobre a violência e a população negra no Brasil. Dessa forma, foi estruturado a partir dos seguintes eixos:

- violência: conceito e tipos;
- encarceramento em massa da população negra;
- homicídios na população negra.

## Violência: conceito e tipos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a violência como o “uso intencional de força física ou de poder real como ameaça a si próprio, a outra pessoa, a um grupo ou a uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (WHO, 1996, p. 5), e pode ser classificada em interpessoal, autodirigida ou coletiva. De acordo com sua forma de perpetração, a violência interpessoal pode ser discriminada em física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial (WHO, 2014; WHO, 1996).



A morbimortalidade associada às violências em todas as suas formas – interpessoal, autodirigida e coletiva – representa um problema de saúde pública de alta magnitude e transcendência. Anualmente, estima-se mais de 1,3 milhão de mortes por esse grupo de causas, correspondendo a mais de 2% das mortes globais, sendo a quarta causa de óbito em indivíduos na faixa etária de 15 a 44 anos (WHO, 2014).

A violência gera impactos importantes na economia e saúde. Estima-se que, anualmente, centenas de milhares de pessoas vitimadas necessitam de atendimento médico em emergências, com grandes consequências para a saúde física, sexual e reprodutiva, para a saúde mental e para as doenças crônicas (WHO, 2014).

O risco de morbimortalidade por violência não atinge igualmente a toda a população; existe um recorte de classe, de raça e de gênero na vulnerabilidade às violências, sendo os grupos de maior risco de violência interpessoal os homens, jovens, negros, com baixa escolaridade e residentes em países de baixa renda (WHO, 2014). Os negros apresentam maior risco de sofrerem todos os tipos de violência física e/ou simbólica, devido à relação íntima entre o racismo, a pobreza, a discriminação institucional e a impunidade (NUNES, 2006). A população negra no Brasil apresenta os piores indicadores de renda e de trabalho, de acesso a saneamento básico, de taxa de analfabetismo, de taxa de mortalidade materna, de taxa de mortalidade infantil e de homicídios. Essa realidade é fruto do racismo institucional que permeia as relações sociais no Brasil, e acaba por promover a violência estrutural que se fundamenta no extremo das desigualdades sociais, em que uma parte da população é excluída e não acessa direitos humanos básicos, abrindo espaço para a banalização da morte dos negros e para a impunidade (MINAYO, 2017).

No que diz respeito à violência doméstica, percebe-se maior risco para as mulheres, os idosos e as crianças, perpetrada por familiares e conhecidos, tendo como principal local de ocorrência o domicílio, sendo a violência física e a sexual as de maior prevalência (WHO, 2014; WHO, 2011).

As mulheres negras apresentam maior risco de sofrerem violência sexual quando comparadas às mulheres brancas (RODRIGUES *et al.*, 2017). Essa realidade deve-se ao racismo juntamente com o machismo, pois seus corpos eram utilizados como ferramenta para manter a força de trabalho, e assim, o estupro dessas mulheres era naturalizado (MATOS; CRUZ, 2018, p. 2). E segundo Matos e Cruz (2018), “o homem branco, especialmente aquele detentor de poder econômico, sempre se sentiu no direito de acesso ao corpo das mulheres, ainda mais das negras. O abuso sexual, tão praticado na escravidão – como uma forma cruel de dominação econômica –, sobreviveu à abolição”. Sobreviveu e é reafirmado todos os dias pela cultura do estupro que justifica atos machistas, sexistas e misóginos contra as mulheres negras, fazendo com que elas se sintam em constante ameaça de todos os tipos de violência, desde a cantada de rua até o feminicídio.

## Encarceramento em massa da população negra

O Brasil encontra-se entre os cinco países que apresentam maior população encarcerada em relação à população total. As taxas de encarceramento apresentam tendência ascendente a partir de meados de 1995, o que não foi acompanhado pelo número de vagas, promovendo a superlotação (CARVALHO, 2016). As instituições prisionais brasileiras são frequentemente denunciadas, devido às péssimas condições de higiene, a maus tratos, a tratamentos cruéis e a tortura, violando o princípio da dignidade humana (CARVALHO, 2016).

No período de 2000 a 2017, a taxa de aprisionamento aumentou mais de 150% em todo o país, sendo registrado, em junho de 2017, a taxa de 349,78 pessoas presas para cada 100 mil habitantes; mais de 60% desta taxa é composta por pessoas negras (pardas e pretas) (DEPEN, 2018). Neste cenário, 33% dos aprisionados são presos provisórios, ou seja, não tiveram julgamento, sendo prisões fruto do policiamento ostensivo e de flagrantes e não de investigação policial. Ainda, é importante salientar que a maior proporção dos crimes foram cometidos contra o patrimônio e tráfico de drogas, e os crimes violentos contra a vida representam cerca de 12% (DEPEN, 2018).

Em relação ao tipo de regime, 44% das pessoas presas no ano de 2017 eram de presos sentenciados em regime fechado e 17% em regime semiaberto (DEPEN, 2018). Ainda é importante destacar que há uma seletividade penal por jovens e negros: 54% da população carcerária tinham entre 18 a 29 anos e 63% eram negros (pretos e pardos), destacando-se que, na população brasileira, no ano de 2017, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), os negros representavam 55% da população brasileira (DEPEN, 2018).

Contribuindo para essa realidade, destaca-se a política repressiva de combate às drogas. Esperava-se que, com a nova Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), houvesse redução do aprisionamento, ao incluir a distinção entre usuário e traficante. Para o usuário, é prevista uma pena alternativa, como prestar serviços à comunidade ou cumprir medidas educativas, enquanto, para o tráfico, a pena é de cinco a quinze anos de prisão (BRASIL, 2006). No entanto, a lei não é precisa na distinção de uso e tráfico, e na falta de uma regra nítida, quem faz essa diferenciação é o policial, que tem um enorme poder em suas mãos para definir se o crime é um pequeno delito ou se é uma grave infração que pode ser comparada ao crime hediondo (BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015). Esse grande poder nas mãos do agente policial contribui para a ocorrência de injustiças e para o aumento de prisões, mesmo que o indivíduo seja portador de pequenas quantidades de drogas ilícitas (BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015).

Após a vigência da Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), houve aumento de pessoas acusadas por tráfico de drogas e redução por uso de entorpecentes. Assim, percebe-se uma recusa do sistema de justiça em tratar os usuários de drogas ilícitas como uma questão de saúde pública, como previa a lei (BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015).

Um estudo realizado em duas regiões da cidade de São Paulo mostrou que 75% das pessoas acusadas portavam até 25 gramas de substância ilícitas (CAMPOS, 2015). Isto posto, é importante destacar o papel da aplicação desta lei no encarceramento em massa de mulheres, pois o tráfico de drogas representa 62% das prisões femininas, sendo estas, em sua maioria, mulheres negras, chefes do domicílio, com baixa escolaridade e moradoras de regiões periféricas (DEPEN, 2018).

O artigo 27 da Lei nº 11.343/2006 permite ao juiz utilizar como critério para determinar se a droga era para uso pessoal, levando em consideração a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local, as circunstâncias e os antecedentes do agente. E assim, deixa claro que essa política atingirá de maneira diferenciada as diferentes classes sociais e por raça/cor, hierarquizando os indivíduos, selecionando os que serão excluídos da sociedade e farão parte do sistema prisional (BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015). É nesse cenário que os indivíduos negros moradores das periferias apresentam maior risco de serem sentenciados como traficantes, pois, como já foi discutido anteriormente neste capítulo, o racismo que fundamenta as relações sociais no Brasil faz com que os negros sejam considerados um ladrão, um traficante, um sequestrador, um assassino em potencial, ou seja, uma ameaça a ser combatida. Trata-se de um estereótipo especialmente direcionado para os jovens negros do sexo masculino, moradores das periferias, excluídos do mercado de trabalho, ou que possuem trabalho informal, para os quais o Brasil apresenta, como política de Estado, a cadeia ou a morte (GOMES; LABORNE, 2018; QUIJANO, 2005).

A estratégia de guerra às drogas está baseada em uma Política de Segurança Pública belicista que, fundamentada no confronto, reforça a seletividade penal, pois as pessoas presas e condenadas em grande medida são os pequenos varejistas de drogas, enquanto os grandes financiadores e os que mais lucram com o comércio ilegal das substâncias entorpecentes permanecem em liberdade e dificilmente são acessados pelo sistema de justiça penal (BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015).

Essa estratégia tem gerado mais prejuízos do que ganhos para a sociedade, porque, além das drogas ilícitas continuarem circulando, ela também tem produzido corrupção, violência, encarceramento em massa e consolidação das organizações criminosas. O fortalecimento das facções criminosas se dá à medida que jovens, muitas vezes usuários de drogas, ou pequenos varejistas terão contato nas prisões com traficantes mais experientes e, para a sua proteção

dentro da instituição, passam a integrar alguma dessas organizações criminosas. Segundo Dias e Manso (2018, p. 6), “a porta da cadeia, girando freneticamente, foi tecendo essa rede e conectando esses indivíduos, produzindo vínculos, identificações e alianças. Mas também, competição, rupturas, conflitos, violência e mortes”.

## Homicídios masculinos

A América Latina é considerada uma das regiões mais violentas do mundo, apresentando taxas de mortalidade que correspondem a 4,25 vezes o coeficiente mundial (28,5 óbitos vs 6,7 óbitos/100.000 habitantes), sendo a arma de fogo o principal meio de perpetração da violência (OMS, 2014). No Brasil, os homicídios ultrapassaram os acidentes de transporte como principal causa de morte na década de 1980, alcançando elevadas taxas de mortalidade nas décadas seguintes e atingindo seu pico nos anos 2000 (REICHENHEIM *et al.*, 2011; STEEVES *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013).

Acredita-se que esta realidade se relaciona à urbanização acelerada e mal planejada das cidades brasileiras, para onde migraram amplas parcelas populacionais vindas de áreas rurais e de regiões menos desenvolvidas socioeconomicamente. O processo de ocupação do território das grandes cidades apresenta recorte de raça e de classe, sendo a população negra a mais impactada; após a abolição da escravidão, houve um processo intencional de deslocamento desta população dos grandes centros em direção às regiões periféricas das grandes cidades, promovendo higienização social, pois, devido ao racismo, os mesmos eram considerados vagabundos, indolentes, alcoólatras e propensos ao crime e, assim, considerou-se importante mantê-los distantes dos centros econômicos das cidades (MONSMA, 2010; ANDRADE, 2018).

Este contingente populacional foi empurrado para as periferias dessas cidades, territórios estes nos quais ainda persiste extrema precariedade dos equipamentos sociais necessários à sobrevivência e a uma vida digna (REICHENHEIM *et al.*, 2011). Somado a isto, nestas localidades, temos a presença do narcotráfico, da Política de Segurança Pública belicista e dos conflitos urbanos entre facções criminosas, além das desigualdades socioeconômicas, que mantém milhares de jovens sem acesso aos direitos de cidadania básicos, expondo-os a serem vítimas ou executores de violência letal (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Até os anos 2000, os maiores coeficientes de homicídios concentravam-se nas regiões metropolitanas do Sudeste. No entanto, observou-se um deslocamento da mortalidade para o interior do Brasil, destacando-se o aumento vertiginoso dos homicídios na região Nordeste (WASELFSZ, 2016; ANDRADE; DINIZ, 2013). Nessa região, a mortalidade por homicídio aumentou mais de 80% quando se compara os anos de 2004 e 2014, destacando-se as cidades

de Natal (+441,4%), de Fortaleza (+342,3%) e de São Luís (+334,4%). A cidade de Recife, em Pernambuco, foi a única localidade com redução nas taxas de mortalidade (-54,0%) ao comparar-se esses dois anos (WAISELFISZ, 2016; REICHENHEIM *et al.*, 2011).

O processo de disseminação e de interiorização da violência pode ser explicado, em parte, pelos programas de transferência de renda, que ampliaram a circulação de dinheiro em cidades do interior do país, tornando-as mais atrativas para o comércio ilegal de drogas e, conseqüentemente, aumentando os homicídios, devido às disputas de territórios, a assassinatos de devedores e de trabalhadores do tráfico com condutas desviantes (WAISELFISZ, 2016; ANDRADE; DINIZ, 2013; CERQUEIRA; MOURA, 2015). Outra possível explicação para este processo é a inequidade na distribuição de recursos para melhoria e aparelhamento das estruturas de segurança pública dos estados. No início dos anos 2000, recursos do Plano Nacional de Segurança Pública foram destinados para os estados mais violentos, o que contribui, em partes, para a redução das taxas de homicídios em São Paulo e Rio de Janeiro, o que não ocorreu nas cidades de pequeno e médio porte e nos estados da região Nordeste, promovendo a migração de facções criminosas para as localidades com menor organização e estrutura de Segurança Pública (WAISELFISZ, 2016; ANDRADE; DINIZ, 2013; CERQUEIRA; MOURA, 2015).

A migração das facções criminosas promoveu a chamada “faccionalização” do Brasil por meio da disseminação do Primeiro Comando da Capital (PCC) e do Comando Vermelho (CV) para outros estados, por meio do sistema carcerário ou de integrantes que se estabeleceram em outras localidades do país após fugirem do eixo Rio–São Paulo. Outro mecanismo foi o desenvolvimento de facções criminosas locais vinculadas às paulistas ou cariocas, ou em oposição às mesmas (DIAS; MANSO, 2018). O efeito da dispersão das facções criminosas pelo Brasil não ocorreu de maneira homogênea, apresentando configurações próprias em cada região quando o modo de funcionamento das facções do Sudeste se associou às características locais. A chegada dessas organizações criminosas em estados do Norte e do Nordeste ampliou os conflitos locais e as taxas de homicídios especialmente a partir de 2010, devido às disputas de territórios e ao mercado de drogas, e quando os mesmos são conquistados, há uma tendência à redução das taxas de mortalidade por homicídios, que independem de ações de Segurança Pública por parte do Estado (DIAS; MANSO, 2018; Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2018).

No ano de 2017, a taxa de mortalidade por homicídio correspondeu a 31,6 óbitos por 100.000 habitantes, representando um aumento de 24% durante o período de 2007 a 2017 (Atlas, 2019), corroborando os resultados apresentados em 2014, em que houve aumento significativo da vitimização, sobretudo de negros por arma de fogo em todas as grandes regiões geográficas, com destaque para o Nordeste (319,6%) e o Norte (166,4%). A região Sul

foi a única que mostrou variação negativa da morte de pessoas negras (-7,8%), sendo esta maior em pessoas não negras, o que pode ser explicado pela própria composição de raça/cor desta região, que apresenta maior quantitativo de pessoas brancas (WAISELFISZ, 2016).

Destaca-se que 75,5% dos assassinatos foram perpetrados em indivíduos negros, e os negros apresentaram 2,7 maior risco de óbito por homicídios em 2017 do que um não negro (43,1 óbitos vs 16,0 óbitos por 100.000 habitantes; Atlas, 2019). Realidade que se manteve no ano de 2018, em que mais de 78,27% dos homicídios em homens foram perpetrados contra homens negros, sendo os negros a maior proporção das vítimas nas regiões Nordeste e Norte, com frequências superiores a 80,0% (Tabela 1; SIM/DATASUS). A proporção de elucidação destes crimes varia em torno de 5% a 8% dos casos, sendo muitas vezes arquivados por falta de provas, e o racismo também se faz presente, pois o assassinato de negros chama pouca atenção das forças policiais, da mídia e sociedade em geral, por associá-los a criminosos e vagabundos, e por essa questão, são consideradas mortes “justificáveis” (WAISELFISZ, 2016).

**Tabela 1 – Proporção de óbitos\* por homicídios no sexo masculino, segundo raça /cor e região geográfica brasileira no ano de 2018 (Brasil, 2020)**

Região	Branca	Amarela	Indígena	Negra
Região Norte	7,80	0,24	1,27	90,68
Região Nordeste	7,83	0,12	0,16	91,89
Região Sudeste	30,48	0,10	0,09	69,33
Região Sul	73,67	0,25	0,29	25,79
Região Centro-Oeste	21,30	0,17	0,85	77,68
Brasil	21,20	0,15	0,38	78,27

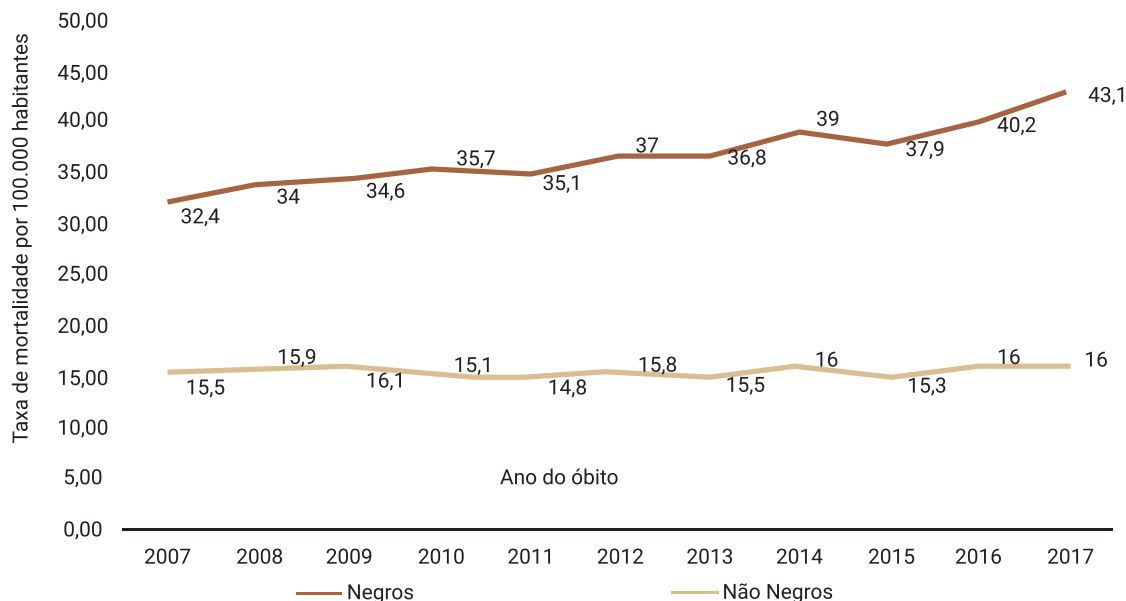
\* as proporções foram calculadas apenas com os registros que apresentaram a raça/cor discriminada. Percentual de ignorado foi 1,76\* na região Norte, 2,93% na região Nordeste, 1,73% na região Sudeste, 1,20% na região Sul, 1,31% na região Centro-Oeste e 2,16% no Brasil.

Fonte: SIM/DATASUS

Em relação à evolução temporal das taxas de mortalidade, no período de 2007 a 2017, verificou-se tendência ascendente na mortalidade por homicídios em pessoas negras ( $y = 0.0465x^2 + 0.3192x + 32.836$ ,  $R^2 = 0.9264$ ) e estacionariedade nos não negros ( $y = 0.0177x^2 - 0.1853x + 15.933$ ,  $R^2 = 0.1902$ ) (Figura 1). Apenas oito estados brasileiros apresentaram redução na variação percentual de homicídios de pessoas negras. São eles: São Paulo, Distrito Federal, Piauí, Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais (Atlas, 2019).

Neste cenário, destacaram-se cinco estados da região Nordeste com as maiores taxas de mortalidade para pessoas negras (Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará e Alagoas), com grandes disparidades quando se compara o risco de óbito por agressão entre negros e não negros, com a maior diferença evidenciada no estado de Alagoas. Neste estado, uma pessoa negra apresenta 18,35 maior risco de ser vitimada por um homicídio quando comparada a uma pessoa não negra.

**Figura 1 – Taxas de homicídios segundo raça/cor, no período de 2007 a 2017, Brasil**



Fonte: Atlas da Violência, 2019

A violência estrutural a qual a população negra brasileira é submetida se fundamenta no racismo estrutural, pois nossa sociedade foi alicerçada na exploração, na dominação e no extermínio de corpos negros por mais de três séculos durante a escravidão, sem nenhuma modificação após a abolição (NASCIMENTO; VERÍSSIMO, 2016).

O Estado brasileiro apoia suas práticas de controle e de manutenção de poder através da necropolítica, tendo o racismo como tecnologia para o seu exercício, utilizando-se do estado de sítio e do estado de exceção para desempenhar suas ações de escolha de quem deve viver ou morrer (MBEMBE, 2017). E assim, em nome da “segurança”, é dado ao Estado o direito de desrespeitar os Direitos Humanos, tornando-se cenas cotidianas a invasão de casas sem ordem judicial nas periferias, atirar em cima de escolas e casas de dentro de helicópteros e o extermínio de milhares de jovens negros ano após ano em intervenções legais.

A Polícia Militar brasileira foi criada à época da ditadura militar com o objetivo de ser força auxiliar do exército, baseada no autoritarismo que se mantém até os dias atuais, mesmo após a redemocratização do país. O treinamento e a identidade profissional da polícia militar e das forças armadas se assemelham por estarem permeados da metáfora de guerra e, na “guerra” travada contra os traficantes de drogas, são consideradas aceitáveis ações violentas, tortura e execuções (FRANCO; da SILVA, 2017; BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015).

O espaço do confronto na visão dos policiais assim formados é a periferia e as favelas e a imagem do inimigo é o jovem negro. Agentes de segurança atuando oficialmente ou em grupos paramilitares, os chamados “esquadrões da morte”, têm sido responsabilizados em certa medida pelo extermínio da juventude negra em nosso país (FRANCO; SILVA, 2017; BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015).

Essa realidade coloca a polícia brasileira entre as mais violentas do mundo. Frente a isso, o Conselho de Direitos Humanos da Organização Mundial da Saúde, em 2012, recomendou ao Estado Brasileiro o fim da Polícia Militar e que envidasse esforços para combater os “esquadrões da morte”. No entanto, até o momento, poucas ações foram realizadas em direção a essa recomendação e, anualmente, o Brasil registra chacinas e milhares de mortes em intervenções policiais (FRANCO; SILVA, 2017). Neste contexto no ano de 2018, foram vitimadas 6220 pessoas em intervenções policiais, sendo que 11% de todas as mortes violentas intencionais foram provocadas pela polícia, representando 17 pessoas mortas por dia, e destas, 99,3% eram homens e 75,4% em negros (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2018).

No senso comum da sociedade brasileira, acredita-se que a alta violência da polícia em suas ações é acompanhada por alta incidência de óbitos de agentes de segurança em serviço. No entanto, os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública evidenciaram que 75% das mortes de policiais no ano de 2018 ocorreram fora do serviço e que, no mesmo período, houve maior quantitativo de suicídios em serviço (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2018).

O racismo estruturante das relações sociais no Brasil, por meio de suas tecnologias, invisibiliza violência praticada contra os negros, pois, ao desumanizar os corpos negros, lhes retiram os direitos atribuídos aos considerados humanos, justificando a violência sofrida, sendo mais um dos mecanismos da necropolítica do Estado brasileiro para realizar sua limpeza social (LEITE, 2012; FRANCO; SILVA, 2017; BRAGA, 2017; CAMPOS, 2015). Essas mortes, por serem consideradas justificáveis, contribuem para a impunidade dos agentes policiais, sendo oficializadas como auto de resistência em que o agente policial alega legítima defesa e que houve resistência à prisão; em muitos casos, as testemunhas são os próprios policiais que participaram da ação. No entanto, em muitos casos, essas mortes apresentam sinais de extermínio, nos quais o homicídio foi perpetrado com vários tiros, sendo as vítimas alvejadas à queima roupa ou pelas costas (LEITE, 2012).



## Homicídios femininos

Os homicídios em mulheres, apesar de apresentarem menor magnitude do que os homicídios no sexo masculino, merecem especial atenção por estarem associados, em sua grande maioria, a violência de gênero e terem como seu principal fator associado o patriarcado, um sistema de relações de opressão, exploração e dominação masculina sobre as mulheres (SAFFIOTI, 2004), manifestando-se nos diversos âmbitos da vida social e em vários tipos de violências cotidianas, que têm o feminicídio como a sua face mais cruel. Constitui-se uma violação aos direitos humanos das mulheres, ao lhes retirar o direito à vida pelo fato de serem mulheres, reforçando a cultura patriarcal e machista.

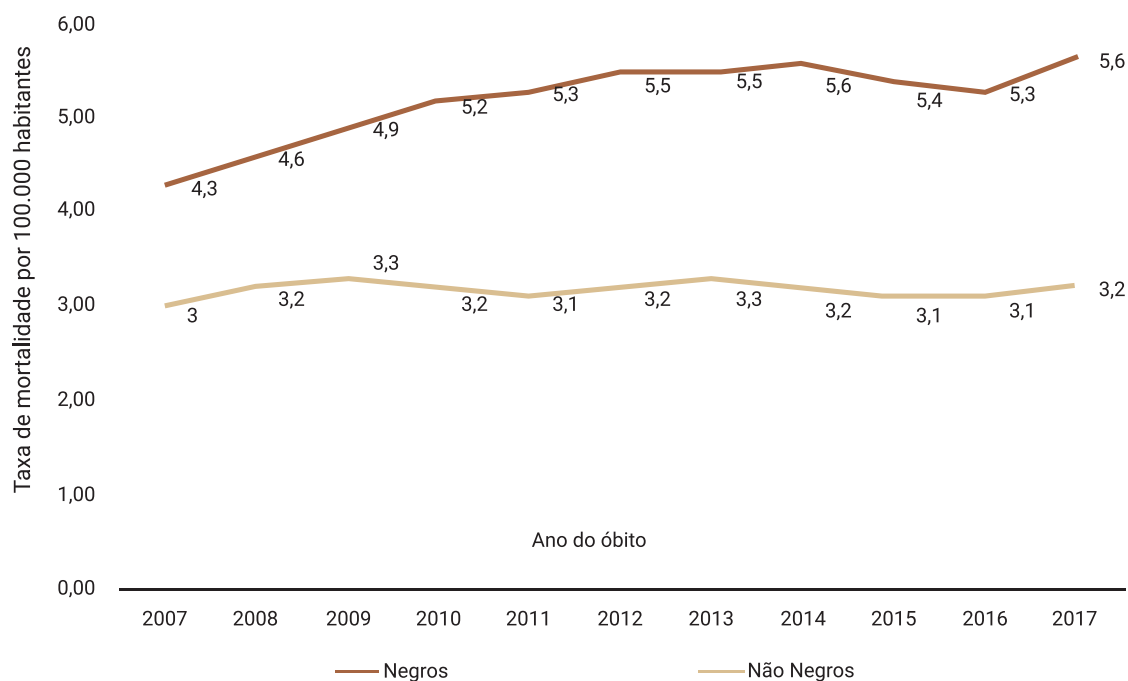
O feminicídio pode ser perpetrado em diversos cenários, como mortes perpetradas por parceiros íntimos, crimes seriais, violência sexual seguida de morte e crimes de vingança, especialmente em localidades de grande desigualdade socioeconômica e dominadas pelo crime organizado (MENEGHEL; PORTELA 2017).

No Brasil, os homicídios femininos constituem-se como um importante problema de saúde e de segurança pública, pois somos o quinto país mais violento para as mulheres, sendo as mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade, negras e residentes em territórios onde o Estado é ausente as que apresentam maior risco de morte por esse grupo de causas (Atlas, 2019; BARUFALDI *et al.*, 2017).

No Brasil, no ano de 2018, foram registrados 4512 homicídios femininos; 69,30% das vítimas eram mulheres negras, perfil que se manteve em todas as regiões geográficas brasileiras, com exceção da região Sul, em que a maior frequência dos óbitos ocorreu em mulheres brancas. Destaca-se a alta proporção de óbitos em mulheres negras nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (Tabela 2), mantendo o perfil observado no período de 2011 a 2013 (GARCIA, 2016).

A taxa de mortalidade por homicídios femininos no Brasil, no ano de 2017, correspondeu a 4,7 óbitos por 100.000 mulheres, com aumento de 30,7% durante o período de 2007 a 2017, com os maiores aumentos sendo observados nos estados do Rio Grande do Norte (214,4%), Ceará (176,9%) e Sergipe (107,0%; Atlas, 2019). Em todo o período, verificou-se maiores taxas de mortalidade em mulheres negras quando comparadas às mulheres não negras (Figura 2). Conclui-se que ainda é evidente uma tendência temporal ascendente na mortalidade das mulheres negras ( $Y = -0.0226x^2 + 0.3786x + 3.9685$ ,  $R^2 = 0.9365$ ), enquanto que das não negras foi estacionária ( $y = -0.0042x^2 + 0.0522x + 3.052$ ,  $R^2 = 0.1891$ ) (Figura 2). Esse perfil é semelhante ao observado na mortalidade da população geral.

**Figura 2 – Taxas de homicídios femininos segundo raça/cor, no período de 2007 a 2017, Brasil, 2020**



Fonte: Atlas da Violência, 2019

**Tabela 2 – Proporção de óbitos\* por homicídios no sexo feminino, segundo raça /cor e região geográfica brasileira no ano de 2018, Brasil, 2020**

Região	Branca	Amarela	Indígena	Negra
Região Norte	10,70	0,48	5,43	83,39
Região Nordeste	11,74	0,00	0,13	88,13
Região Sudeste	41,12	0,24	0,32	58,32
Região Sul	75,32	0,18	0,36	24,14
Região Centro-Oeste	27,90	0,47	1,18	70,45
Brasil	29,43	0,20	1,06	69,31

\* as proporções foram calculadas apenas com os registros que apresentaram a raça/cor discriminada. Percentual de ignorado foi 2,49 na região Norte, 2,49% na região Nordeste, 2,04% na região Sudeste, 0,54% na região Sul, 1,40% na região Centro-Oeste e 2,02% no Brasil.

Fonte: SIM/DATASUS

As políticas brasileiras implementadas, sobretudo a partir dos anos 2000, não foram capazes de reduzir a violência contra as mulheres negras. O Estado, ao implementar essas políticas, não considera as particularidades da população, pois, para aquele, o sujeito universal é o branco, e assim, acaba por promover equidade reversa, na qual as parcelas da população que já apresentavam melhores indicadores de saúde desfrutam dos efeitos das ações implementadas, melhorando ainda mais suas condições de saúde, enquanto as demais permanecem com suas condições de saúde inalteradas ou pioradas, o que acaba por amplificar as desigualdades em saúde entre mulheres brancas e mulheres negras.

As mulheres negras enfrentam maior dificuldade para denunciar as agressões sofridas, pois não têm confiança nas forças de segurança pública, que costumam agir com grande violência nos territórios em que elas residem, sendo essas forças consideradas mais um agente de violência. Além disso, existe o estereótipo da “mulher de malandro” – isto é, que gosta de apanhar –, que é atribuído, sobretudo, às mulheres negras residentes em áreas periféricas, e assim, ao procurarem os agentes de segurança pública, não têm suas denúncias consideradas, experimentando a violência institucional, reforçando o ciclo de violência e impossibilitando que as mesmas tenham acesso às prerrogativas da Lei Maria da Penha (BARUFALDI *et al.*, 2017; MENEGHEL; PORTELA 2017).

## Considerações finais

A violência apresenta diferentes nuances na vida da população negra e geram impactos negativos nessa população no campo da saúde pública e na sociedade como um todo. Partindo-se das premissas vistas neste capítulo, fica mais clara a necessidade de políticas públicas afirmativas para prevenção de violências, no intuito de preservar a integridade física, psicológica e social das pessoas negras, diminuindo drasticamente a violência estrutural no Brasil e suas consequências.

## Referências

- ANDRADE, L. T.; DINIZ, A. M. A. A reorganização espacial dos homicídios no Brasil e a tese da interiorização. *Revista Brasileira de Estudos da População*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 171-191, 2013.
- ANDRADE, V. A. A reforma Pereira Passos (1902-1906), a memória da escravidão e algumas implicações sociais e raciais. *Mosaico*, Rio de Janeiro, 2018, v. 9, n. 15, p. 86-103.

BRAGA, G. M. *O impacto da nova lei de drogas no sistema carcerário brasileiro*. 2017. 60 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BARUFALDI, L. A.; SOUTO, R. M. C. V.; CORREIA, R. S. B.; MONTENEGRO, M. M. S.; PINTO, I. V; SILVA, M. M. A. D. *et al.* Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios*. Brasília: MS, 2019.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. *Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2015.

CARVALHO, S. de. O encarceramento seletivo da juventude negra brasileira: a decisiva contribuição do poder judiciário. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG*, Belo Horizonte, n. 67, p. 623-652, jul.-dez. 2015.

Capítulo de livro. CERQUEIRA, D; MOURA, R.L. Custo da juventude perdida no Brasil. In: CORSEUIL, C. H.; BOTELHO, R. U. (Org.). *Desafio à trajetória profissional dos jovens brasileiros*. IPEA. Rio de Janeiro, p. 291-320, 2014. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_desafios\\_completo-web.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_desafios_completo-web.pdf). Acesso em: 16 maio 2020.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL – DEPEN. *Censo Penitenciário*, 2018.

DIAS, C.N, MANSO, B.P. *A guerra: a ascensão do PCC e o novo mundo do crime no Brasil*. São Paulo: Todavia, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (org.). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014 a 2017*. Brasília, 2018.

FRANCO, M. C; SILVA, M. L. M. da. Quem aperta o gatilho? Reflexões sobre a letalidade policial no Brasil. *Revista Interação Interdisciplinar*, Mineiros - Goiás, v. 1, n. 1, p. 170-188, 2017.

GARCIA, L. P.; DA SILVA, G. B. M. *Mortalidade de mulheres por agressão no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013)*. Texto para discussão. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), p. 33, 2016.

GOMES, N. L; LABORNE, A. A. P. Pedagogia da crueldade: racismo e extermínio da juventude negra. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 34, p. e197406, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (org.). *Atlas da violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019.

LEITE, M. P. Da 'metáfora da guerra' ao projeto de 'pacificação': favelas e políticas de segurança pública no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 374-389, 2012.

LOPES, A. S.; PASSOS, V. M. A.; SOUZA, M. F. M.; CASCÃO, A. M. Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores de Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet], v. 27, n. 4, p. e20180582018, 2018. DOI: 10.5123/s1679-49742018000400011. Acesso em: 14 jun 2020.

MATOS, N. A.; CRUZ, A. C. S. Mulheres, raça e classe. *Travessias*, Cascavel, v. 12, n. 2, p. 105-111, 2018.

MBEMBE, A. *Políticas da inimizade*. 1. ed. Lisboa, Portugal: Antígona, 1 jan. 2017.

MINAYO, M. C. S. A violência sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (org.) *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 41.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017.

MONSMA, K. Vantagens de imigrantes e desvantagens de negros: emprego, propriedade, estrutura familiar e alfabetização depois da abolição no oeste paulista. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 509-543, 2010.

NASCIMENTO, A.; VERÍSSIMO, J. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NUNES, S. S. Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita. *Revista de Psicologia da USP*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 89-98, 2018.

PAES, N. A. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. *Revista de Saúde Pública* [Internet], São Paulo, v. 41, n. 3, p. 436-445, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000300016. Acesso em: 15 jun. 2020.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: Clacso, 2007, p. 227-278.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; MELLO-JORGE, M. H. P.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. S. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*, Londres, n. 5, p. 69-82, 2011.

RIBEIRO, D; CARDOSO, A. P. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, N. C. B. *et al.* The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2873-2880, 2017.

SAFIOTTI, H. I. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. S. *Brasil: uma biografia*. 1. ed. Guarulhos, São Paulo: Companhia das Letras, 27 abr. 2015.

SCHWARCZ, L. M. *et al.* *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

STEEVES, G. M.; PETTERINI, F. C.; MOURA, G. V. The interiorization of Brazilian violence, policing, and economic growth. *Economia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 359-375, 2015.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo*. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global Health Observatory Data Repository [online database]. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [http:// apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER?lang=](http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODNUMBER?lang=). Acesso em: 20 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Multi-country study on womens' health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva [online]: WHO, 2011.

ZAMORRA, M. H. R. N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 24, n. 3, p. 563-578, 2012.

# 11 As repercussões do racismo na saúde mental da população negra

*Roberta Machado Alves*

*Brunno Alves de Lucena*

## Introdução

Ao considerar a complexa dinâmica de discriminação racial, das desigualdades étnico-raciais e dos estereótipos dos quais a população negra tem sido vítima, compreende-se que tal população vive em constante sofrimento psíquico, advindo da permanente condição de tensão emocional, de angústia e de ansiedade. Frente a essa realidade que o indivíduo não consegue modificar ou à qual não consegue adaptar-se, ou ainda, diante da impossibilidade de enfrentá-la, utiliza-se de substâncias psicoativas como um recurso para modificar a percepção dessa realidade.

Assim, é fundamental abordar a vivência da população negra com o racismo, como um indutor de adoecimento mental, que necessita ser mais bem pesquisado, a fim de subsidiar melhores estratégias de intervenções para superação desse quadro. Este capítulo será estruturado nos seguintes tópicos:

- a raça como determinante social em saúde;
- os impactos psicológicos vivenciado pela população negra;
- uso de álcool e drogas na população negra.

## A raça como determinante social em saúde

Os determinantes sociais são componentes fundamentais na busca da compreensão da situação de saúde de uma certa população. Essa forma de conceber saúde parte do pressuposto de que o humano é um ser integral, interligado e complexo, e, portanto, o aspecto fisiológico/biológico não deve ser desconectado do contexto externo em que está inserido.

Ao se tratar de saúde mental, compreender os determinantes sociais se faz imprescindível, uma vez que a maioria das ocorrências de adoecimento mental está relacionada, com maior ou menor intensidade, à pobreza, à raça, ao gênero, ao desemprego e à violência urbana (SILVA; SANTANA, 2012).

A desigualdade operada pela raça resulta do fato de que as características raciais-fenotípicas atuam como marcador social, que designa posições desiguais nas relações sociais, colocando, assim, certo grupo racial em desvantagem. Dessa maneira, ela é capaz de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência (JONES, 2002).

O racismo também pode ser visto como um sistema, tendo em vista sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e seu desenvolvimento por meio de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência (JONES, 2002). Isso produz efeitos sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas), gera sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, bem como atua sobre processos e políticas institucionais. Para tanto, esse sistema de poder que sobrepõe uma raça sobre a outra gera, também, formas de subjetividades adoecidas, colocando os negros em lugares inferiores e vulneráveis nas relações sociais e pessoais (DAVID, 2018).

Faro e Pereira (2011) asseguram que o racismo é um forte fator desencadeante de estresse e de sofrimento psíquico, resultante da falta de acesso a bens e serviços. Essa condição de inferioridade social em que vive a população negra deixa marcas psíquicas individuais e grupais, além de que a torna vulnerável a comportamentos de risco, como, por exemplo, o uso nocivo do álcool e de outras substâncias psicoativas.

Outros autores propõem três mecanismos, por meio dos quais as experiências discriminatórias poderiam afetar a saúde. Todos consideram as experiências discriminatórias como formas de estresse relativamente imprevisíveis e de caráter tanto agudo quanto crônico. Em primeiro lugar, tem-se a ideia de que a discriminação afetaria a saúde de forma direta, provocando distúrbios psicológicos e agravos mentais, como a ansiedade e os sintomas depressivos. Em segundo lugar, evidencia-se a adoção de comportamentos de risco à saúde, tendo-se, como exemplo, o tabagismo ou o abandono de comportamentos saudáveis, como boa alimentação, atividade física e aderência a tratamentos medicamentosos. Finalmente, em terceiro lugar, nota-se o mecanismo que se dá por intermédio das respostas fisiológicas do organismo ao estresse, incluindo alterações relacionadas aos aparelhos cardiovascular e gastrointestinal, ao sistema neuroendócrino e sua função imunológica, a sensibilidade à dor e a dor crônica (WILLIAMS; MOHAMMED, 2009).



No Brasil, o racismo, como determinante social da saúde, é reconhecido pelo Governo Federal por meio do documento da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial de 2011, que demonstra a persistência da raça ou do racismo como fator importante na produção de desigualdades no campo da saúde. A Política tem, como objetivo geral, “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2010, p. 38).

Para enfrentar tais limitações, é preciso compreender de forma mais aprofundada o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e de riqueza existentes.

Ainda que o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante identificar, também, a existência de determinantes associados, ou seja, outros fatores os quais atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Dessa maneira, o patriarcalismo, a opressão de classe e os outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de raças, de etnias, de classes e de sexo, gerando opressões (CRENSHAW, 2002).

## Os impactos psicológicos vivenciados pela população negra

A saúde mental é resultado de variadas e complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, em conformidade com o equilíbrio dinâmico nas interações do indivíduo com os outros, levando em conta suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares. Nesse sentido, a exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes – a exemplo de ambientes familiares instáveis, vivências de violência de gênero, discriminação e exclusão social, de forma única ou sistemática – é apontada como um fator propulsor de possíveis alterações emocionais negativas na saúde mental dos indivíduos e nas suas vidas de modo geral (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Diante disso, estressores associados à discriminação racial podem afetar a saúde mental por meio de diversos modos, como, por exemplo, as relações de poder assimétricas entre grupos discriminantes e discriminados, refletidas em diferenças no status socioeconômico e no acesso a bens e a serviços, bem como a percepção de experiências de discriminação em nível individual, as quais podem resultar em níveis elevados de estresse psicológico e agravos à saúde física e mental. Esse quadro se agrava quando um grande número de eventos estressores é percebido cotidianamente em contextos individuais ou sociais, intencionais ou não, que transmitem ofensas raciais hostis, depreciativas ou negativas a uma pessoa ou a um grupo-alvo (MATA; PELISOLI, 2016).

Estudos têm sugerido que as exposições a determinados tipos de discriminação de forma contínua possuem repercussões negativas na saúde mental de indivíduos negros (LAMBERT *et al.*, 2009). Experiências de cunho racista, por exemplo, estão relacionadas ao uso abusivo de substâncias (CLARK *et al.*, 2015), à baixa autoestima (MOLINA; JAMES, 2016), a transtornos mentais e a sintomas depressivos de um modo geral (SHULZ *et al.*, 2006). Do mesmo modo, estudos também têm apontado os efeitos do racismo na saúde mental e, por consequência, na saúde física, indicando correlações elevadas com o estresse e a depressão e com o declínio da saúde física, tendo-se maior prevalência de doenças cardiovasculares e de obesidade (DAVIS; STEVENSON, 2006).

A internalização da discriminação racial, das desigualdades étnico-raciais e dos estereótipos são elementos importantes para se entender a saúde mental da população negra. Isso porque mesmo alguns negros tendo alcançado nível satisfatório de acesso a bens e serviços, estes não ficam imunes ao sofrimento mental (SANTOS, 2013). O sentimento de pertencer a um grupo oprimido e marginalizado, muitas vezes, gera crises de identidade.

A construção da identidade surge do olhar do outro, uma vez que o sujeito tende a se ver de acordo com a legitimação do olhar dos que o rodeiam (GOMES, 2005). Dessa forma, o olhar da sociedade sobre o negro, carregado de discriminação, de rejeição e de preconceito, abala de forma significativa a construção identitária desse sujeito e, por isso, a sua autoestima.

Esse sofrimento emocional pode ser percebido por meio da vivência de sentimentos de angústia, culpa, medo, raiva, solidão e melancolia, podendo evoluir para possíveis transtornos como depressão e ansiedade. Tais atitudes expressam a ambivalência do excluído em relação ao mundo hostil da elite dominante (SILVA, 2004).

Com base no exposto, pode-se inferir que o racismo fornece o contexto necessário para a criação e a manutenção de estereótipos, de preconceitos e de discriminação, pois é fomentado por um histórico de injustiça e de sustentação da desigualdade, estando ligado a estressores persistentes que minam cronicamente a capacidade de adaptação, de ajuste social e de sensação de bem-estar dos indivíduos.

Essas desigualdades têm se revelado persistentes e requerem que a promoção da atenção à saúde considere as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades de saúde e da ampliação do acesso do usuário às políticas, especialmente aquelas voltadas para populações em situação de desigualdade por fatores genéticos, por condicionantes de exclusão social e por desigualdades étnicas e raciais.

O número de jovens e adolescentes que tiram a própria vida é maior na população negra, dado que, a cada dez suicídios na faixa etária de 10 a 29 anos, aproximadamente seis

ocorreram com negros. Há o alerta para maior risco de vulnerabilidade psicológica desse grupo, que enfrenta questões como preconceito, discriminação e racismo institucional. Jovens e adolescentes negros têm 45% mais chances de sofrer com o risco do autoextermínio e, entre adolescentes de 10 a 19 anos, o risco de suicídio é 67% maior se comparado às pessoas brancas da mesma faixa etária (BRASIL, 2018).

Para a população negra, ao longo da história, a possibilidade e o direito de decidir sobre a própria vida e morte têm sido expropriadas. Escravização, políticas de miscigenação e de branqueamento, violência obstétrica, mortalidade infantil, encarceramento em massa, subemprego, desemprego e miséria são algumas das expressões sistêmicas desse complexo processo.

No Brasil, não existem muitos estudos sobre a prevalência dos transtornos mentais especificamente na população negra. Isso pode ser explicado pelo baixo uso do indicador raça/cor nos instrumentos de saúde e/ou nas pesquisas de saúde mental (SILVA *et al.*, 2017).

Um estudo sobre depressão na população geral reportou prevalência por raça/cor da pele e achou uma prevalência maior nos de cor da pele preta (11,2%) em comparação com pessoas brancas (9,4%) (ALMEIDA-FILHO, 2004). O estudo de Bastos (2014) sobre Transtornos Mentais Comuns (TMC) achou uma prevalência maior entre as pessoas negras (51,6%) do que entre as pessoas brancas (37,0%), corroborando com estudos de Anselmi (2009), que identificou uma prevalência significativamente maior de TMC nas pessoas pretas/pardas do que em pessoas brancas. Além disso, sintomas de depressão foram vistos mais em mulheres negras (52,8%) do que em mulheres brancas (42,3%) (GUIMARÃES, 2009).

Assim, qualificar a informação de raça/cor nos instrumentos de saúde é importante para monitorar e avaliar as ações de promoção da igualdade racial previstas no Estatuto da Igualdade Racial, em que é garantida à população negra acesso universal e igualitário a todo e qualquer tipo de serviço de saúde.

## Uso de álcool e drogas na população negra

A história da política de drogas no Brasil passou por modificações, a fim de compreender o sofrimento causado pelo uso prejudicial de álcool e de outras drogas enquanto um problema a ser tratado pelo sistema de saúde e não pelo sistema de justiça, sendo incorporadas as estratégias da política e os conceitos de clínica ampliada e autonomia. No entanto, a prática vem se distanciando desses pilares para uma intervenção não manicomial, excludente e das evidências científicas, aproximando-se das práticas autoritárias e da ideologia manicomial e excludente.

O resultado da política pautada na guerra às drogas vem se revelando enquanto guerra às pessoas que fazem uso de drogas, tendo como perfil os jovens negros e as pessoas mais vulneráveis. Torna-se emergente a ampliação de discussão e compreensão do fenômeno, para a modificação de práticas higienistas, segregadoras e promotoras de exclusão social e de iniquidade.

No mundo, milhões de pessoas ingerem substância alcoólica. Para tanto, as regiões das Américas, da Europa e do Pacífico Ocidental apresentam a maior prevalência no consumo do álcool e, além disso, os maiores níveis de consumo per capita de álcool são observados em países da Região Europeia. Já a prevalência de consumo episódico pesado é elevada entre os usuários em partes da Europa Oriental e em alguns países da África Subsaariana.

Nesse sentido, em 2016, o uso nocivo de álcool resultou em cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) em todo o mundo e 132,6 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (WHO, 2018). Ademais, mais de um quarto (26,5%) das pessoas em todo o mundo, de 15 a 19 anos, são bebedores atuais, totalizando 155 milhões de adolescentes.

Para além dessas informações, as mulheres consomem menos álcool que os homens, mas o número absoluto de mulheres que bebem atualmente aumentou no mundo, assim como a riqueza econômica dos países está associada ao maior consumo de álcool e a uma maior prevalência de bebedores atuais. Nesse sentido, tem-se projeção de aumento, até o ano de 2025, do consumo total de álcool per capita em pessoas com 15 anos ou mais nas Américas, no Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental (WHO, 2018).

Em 2015, a dependência de álcool mundial apresentou a prevalência de 843,2 por 100.000 pessoas (taxa ajustada por idade). Nesse sentido, a região sul da América Latina apresenta uma taxa ajustada por idade de 1.215,3 por 100.000 pessoas, estando acima da taxa global (PEACOCK *et al.*, 2018). No Brasil, a prevalência do consumo abusivo de álcool, pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores, foi de 13,7%, superior entre os homens (21,6%), adultos jovens de 18 a 29 anos de idade (18,8%), de cor da pele preta (16,6%). As regiões com maior prevalência ao consumo abusivo do álcool foram Centro-Oeste (16,2%) e Nordeste (15,6%) (GARCIA; FREITAS, 2015).

Os negros, por sua vez, apresentam menor frequência e quantidade de consumo de álcool; contudo, essa população tem sido associada a um maior risco de lesão pós-consumo episódico intenso de álcool e de dependência de álcool (KEYS; LIU; CERDA, 2012; ZAPOLSKI *et al.*, 2014). A discriminação racial e os preconceitos podem explicar os comportamentos de consumo do álcool, uma vez que a estrutura de resistência social pode implicar na discriminação sofrida por esse grupo, juntamente com seu baixo status social e senso de alienação da sociedade, levando à resistência ativa, que pode incluir maus comportamentos de saúde, como abuso do álcool (VAETH; WANG-SCHWEIG; CAETANO, 2017).

O uso do álcool e seu consumo excessivo em negros americanos estiveram associados positivamente a situações de discriminação racial, principalmente quando experimentada com um alto grau de estresse percebido em resposta à experiência dessa discriminação. As hipóteses indicam que esses indivíduos podem recorrer a mecanismos de enfrentamento não adaptativos, como o consumo de álcool, para ajudar na recuperação dessas experiências estressantes (METZGER *et al.*, 2018). A discriminação racial também apresenta uma associação mais forte com o uso problemático de álcool, especialmente entre indivíduos mais jovens (DESALU *et al.*, 2019).

A população negra americana apresentou chance duas vezes maior de receber um exame de urina positivo para o uso de drogas em relação aos brancos. Os negros tiveram 3,6 vezes mais chances do que os brancos de dar positivo para cocaína, enquanto que os indivíduos brancos tiveram uma probabilidade 1,3 vezes maior que os negros de positivar para maconha (GAITHER *et al.*, 2018).

Ser negro e usuário de drogas, especialmente as ilegais, no Brasil, significa que os processos e procedimentos de saúde destinados a eles, por vezes, são discriminatórios e negligentes, sendo um problema de saúde pública concernente à reflexão bioética (NASCIMENTO, 2018).

A discriminação racial também foi associada ao uso frequente de drogas ilícitas entre os negros, o que pode estar relacionada a uma interação complexa entre status desfavorecido e privilegiado (CARLINER *et al.*, 2016). Assim, o uso de drogas ilícitas também está associado à morte precoce, tendo os negros um risco aumentado de homicídio, o que remete à análise da vitimização do jovem negro (LEMOS *et al.*, 2019).

Poucos estudos examinam as disparidades étnico-raciais relacionadas ao uso de álcool e drogas a nível global, dificultando uma discussão mais ampla e com a magnitude que a temática exige. Sabe-se que os negros apresentam um maior risco de desenvolver dependência ao uso de álcool e drogas, mas esse fato pode estar associado aos fatores econômicos e socioculturais atribuídos à cor da pele, além do histórico de discriminação racial a que estão expostos.

## Considerações finais

Considerando os resultados alcançados no presente capítulo, foi possível evidenciar que a exposição cotidiana a situações humilhantes e constrangedoras que a população negra vivencia pode desencadear um número de processos desorganizadores dos componentes psicológicos e emocionais, resultando em adoecimento e em conflitos, os quais são materializados por meio de sintomatologias diversas e de sofrimento psíquico. Esse adoecimento incide, então, negativamente no processo saúde-doença e diminui a qualidade de vida dessa população.

Ademais, por se tratar de um problema que acarreta no desenvolvimento, no agravamento ou na recidiva de transtornos mentais, tal sofrimento causado pelos processos de discriminação e pelas desigualdades étnicas-raciais passa, necessariamente, a ser um problema de saúde pública e, por isso, requer a implementação de políticas públicas que garantam o direito a um serviço de saúde mental eficaz direcionado especificamente ao sofrimento da população negra produzido pelo racismo.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, Nova York, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.
- ALVES, A. A. RODRIGUES, N. F. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 28, p. 127-131, 2010.
- ANSELM, L. *et al.* Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2 (Supl.), p. 25-32, 2008.
- BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: heir interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 175-186, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf?fbclid=IwAR1JvKQIuNZNIT6s\\_XKYEm6OiAUWfWH1toENITr1xUB1TjV\\_wlWCeA1iBIM](https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf?fbclid=IwAR1JvKQIuNZNIT6s_XKYEm6OiAUWfWH1toENITr1xUB1TjV_wlWCeA1iBIM). Acesso em: 01 jul. 2021.
- CARLINER, H. *et al.* Racial discrimination, socioeconomic position, and illicit drug use among US Blacks. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Califórnia, v. 51, n. 4, p. 551-560, 2016. DOI: 10.1007/s00127-016-1174-y. Acesso em: 20 out. 2020.
- CLARK, T. *et al.* Everyday discrimination and mood and substance use disorders: a latent profile analysis with African Americans and Caribbean Blacks. *Addictive behaviors*, Chapel Hill, n. 3, v. 40, p. 119-125, 2015.

- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.
- DAVID, E. de C. *Saúde Mental e Racismo: A atuação de um Centro Psicossocial em um CAPS II Infantojuvenil*. 2018. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- DAVIS, G.; STEVENSON, H. C. Racial socialization and symptoms of depression among black youth. *Journal of Child and Family Studies*, Filadélfia, n. 3, v. 15, p. 293-307, 2006.
- DESALU, J. M; GOODHINES, P. A; PARK, A. Racial discrimination and alcohol use and negative drinking consequences among Black Americans: a meta-analytical review. *Addiction*, Londres, v. 114, p. 957-967, 2019. DOI:10.1111/add.14578. Acesso em: 20 maio 2020.
- FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, 2011.
- GAITHER, J. R. *et al.* Racial disparities in discontinuation of long-term opioid therapy following illicit drug use among black and white patients. *Drug and alcohol dependence*, New Haven, n. 3, v. 192, p. 371-376, 2018. DOI: 10.1016/j.drugalcdep. 2018.05.033. Acesso em: 18 maio 2020.
- GARCIA, L. P; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200005. Acesso em: 13 maio 2020.
- GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. *Educação Antirracista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03*. Brasília, MEC, Secretaria de Educação Continuada e Alfabetização e Diversidade, 2005, p. 39-62.
- GUIMARÃES, J.M.N. LOPES, C.S. BAIMA, J. SICHIERI, R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *Affect Disord* v. 117, n. 1-2, p. 120-123, 2009.
- JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*, Atlanta, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.
- KEYES K. M; LIU, X. C; CERDA, M. The Role of Race/Ethnicity in Alcohol-attributable Injury in the United States. *Epidemiologic Reviews*, New York, n. 1, v. 34, p. 89-102, 2012. DOI: 10.1093/epirev/mxr018. Acesso em: 10 maio 2020.
- LAMBERT S. *et al.* Perceptions of racism and depressive symptoms in African American adolescents: The role of perceived academic and social control. *Journal of youth and adolescence*, New York, n. 4, v. 38, p. 519-531, 2009.
- LEMONS, Y. V. *et al.* Epidemiological and toxicological profile of homicide victims in a legal medicine unit in Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, Kidlington, v. 65, p. 55-60, 2019. DOI: 10.1016/j.jflm.2019.05.008. Acesso em: 20 jun. 2020.

MATA, V. P.; PELISOLI, C. L. Expressões do racismo como fator desencadeante de estresse agudo pós-traumático. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador, n. 1, v. 3, p. 128-140, 2016.

METZGER, I. W.; SALAMI, T.; CARTER, S.; HALLIDAY-BOYKINS, C.; ANDERSON, R. E.; JERNIGAN, M. M.; RITCHWOOD, T. African American emerging adults' experiences with racial discrimination and drinking habits: The moderating roles of perceived stress. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, v. 218, n. 24(4), p. 489-496, 2018.

MOLINA, K.; JAMES, D. Discrimination, internalized racism, and depression: A comparative study of African American and Afro-Caribbean adults in the US. *Group Processes & Intergroup Relations*, Chicago, n. 4, v. 19, p. 439-461, 2016.

PEACOCK, A. *et al.* Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, Londres, v. 113, n. 10, p. 1905-1926, 2018. DOI: 10.1111/add.14234. Acesso em: 14 jun. 2020.

SANTANA, P. R.; SILVA, D. F. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 6, n. 4, p. 23, 2012.

SANTOS, S. B. Famílias Negras, Desigualdades, saúde e Saneamento Básico no Brasil. *Revista Tempus – Actas de Saúde*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013.

SHULZ, A. *et al.* Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: results from longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, n. 7, v. 96, p. 1-7, 2006.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: *I Seminário da População Negra*, 2004. p. 129-132. Recuperado em 14 de junho de 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec\\_saude\\_sp\\_saudepopnegra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf)

SILVA, N.G. *et al.* O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de centro de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 100-114, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017164968. Acesso em: 13 jun. 2020.

VAETH, P. A. C.; WANG-SCHWEIG, M.; CAETANO, R. Drinking, Alcohol Use Disorder, and Treatment Access and Utilization among U.S. Racial/Ethnic Groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Washington, v. 41, n. 1, p. 6-19, 2017. DOI: 10.1111/acer.13285. Acesso em: 14 jun. 2020.

WILLIAMS, D.; MOHAMMED, S. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, Nova York, n. 1, v. 32. p. 20-47, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global status report on alcohol and health 2018: executive summary*. Geneva: WHO, 2018.

ZAPOLSKI, T. C. B. *et al.* Menos bebida, ainda mais problemas: entender o consumo de álcool afro-americano e problemas relacionados. *Boletim Psicológico*, v. 140, n. 1, p. 188, 2014. Acesso em: 12 jun. 2020.



# 12 Racismo e saúde mental: subsídios para uma clínica socialmente contextualizada

*Jeane Saskya Campos Tavares*

*Leny Alves Bomfim Trad*

## Introdução

No Brasil, a literatura científica abordando os impactos do racismo na saúde mental da população negra ainda é incipiente. Neste sentido, concorda-se com Damasceno e Zanello (2018, p. 460) quanto à urgência da incorporação desta temática na agenda da Psicologia clínica, contemplando “tanto a vivência diária do racismo como estressor e causador de sofrimento, quanto o racismo invisível dos serviços de saúde mental, que primariamente deveriam acolher a pessoa alvo do racismo”.

A escassez de publicações sobre este tema pode se relacionar, em parte, com o fato de que a Psiquiatria e Psicologia contribuíram até um certo momento com teorias e práticas para justificar e perpetuar a discriminação racial ao defender e “demonstrar” a suposta inferioridade psíquica, moral e social dos não brancos. Como representantes do racismo científico do século XIX até meados do século XX, os profissionais dessas áreas associavam características fenotípicas a comportamentos socialmente indesejados, propondo haver uma tendência natural dos negros ao crime e à loucura. Embasaram, portanto, as políticas brasileiras de branqueamento por meio de migração europeia e de eugenia da população negra no início do século passado, assim como o desenvolvimento do campo da criminologia e da saúde mental.

Embora não mais se defenda explicitamente a superioridade de um grupo racial sobre o outro, estas noções iniciais de eugenia e de racismo científico ainda podem ser observadas na prática da Psicologia e da Psiquiatria contemporâneas (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). Observam-se a centralidade do sujeito branco no processo formativo (entendido como “ser humano” e não racializado), a hegemonia das concepções eurocêntricas de ser humano no processo de formação acadêmica desses profissionais e o acesso privilegiado ao atendimento clínico continuado em saúde mental concentrado nos grupos sociais economicamente superiores e, portanto, majoritariamente brancos.

Tais fatores contribuem para a invisibilidade ou a negação dos efeitos do racismo estrutural, para a aceitação do mito da “democracia racial” no Brasil e para o desconhecimento das políticas públicas direcionadas à saúde da população negra por grande parte desses profissionais. Isso se relaciona com uma atuação que prescinde do desenvolvimento de estratégias voltadas para o atendimento sensível e competente à população negra e consequente reprodução de violência racial na atuação clínica.

Nas duas últimas décadas, houve maior visibilidade da discussão acerca da associação entre vulnerabilidades sociais e as formas institucionalizadas de racismo, que resultam em dificuldade de acesso a serviços e a bens públicos como educação, saúde, habitação, justiça e trabalho pela população negra e a produção de sofrimento psíquico (FARO; PEREIRA, 2011; SCHUCMAN, 2014; ALMEIDA, 2019). Essas vulnerabilidades e sua relação com a saúde mental desta população são reconhecidas em documentos oficiais, como no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra e em publicação do Ministério da Saúde sobre indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que informa que

O racismo no Brasil afeta diretamente a saúde mental da população não branca, parcela majoritária da população brasileira. Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas (TEMÁTICO..., 2016, p. 24).

Uma revisão que merece destaque, realizada por Damasceno e Zanello (2018), objetivou mapear publicações brasileiras sobre o impacto do racismo na saúde mental da população negra e, especificamente, verificar a contribuição da psicologia clínica neste debate. Os artigos selecionados pelas autoras foram divididos em 5 categorias: a) Impacto do racismo/discriminação (social e institucional) na saúde mental; b) Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas/psiquiátricas (que teve maior concentração de artigos); c) Percepção de psicólogos da saúde mental sobre o racismo; d) A psicologia clínica/psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade; e) Crítica epistemológica/metodológica à Psicologia.

Além da constatação da exiguidade de publicação, ao final da análise, as autoras apontam o resultado insatisfatório da revisão devido à incipiência da produção e concluem que as relações étnico-raciais na saúde mental continuam não sendo tema para a pesquisa psicológica clínica. No entanto, chama-nos a atenção que as autoras identificam na literatura a depressão como um dos principais efeitos das experiências de discriminação racial e discutem a incapacidade dos profissionais de saúde mental em reconhecer seu racismo internalizado.

Pelo exposto, procurou-se ressaltar, no delineamento deste capítulo, as repercussões significativas do racismo no desencadeamento de estresse crônico, de ansiedade, de depressão e de sintomas depressivos, apresentando uma proposta de uma clínica contextualizada e multirracializada. Os sintomas e/ou agravos aqui privilegiados são enfatizados na literatura como importantes repercussões deletérias do racismo e referidas com frequência pela população negra que recorre aos serviços de saúde mental. Portanto, eles devem receber especial atenção dos psicólogos clínicos e dos demais profissionais de saúde, pois se relacionam com as múltiplas formas de violência racial a que a população negra é submetida cotidianamente.

Considera-se fundamental estabelecer pontes mais efetivas entre a produção científica e a prática clínica (TAVARES; KURATANI, 2019). Partindo-se da articulação entre a prática clínica, da pesquisa em Saúde Coletiva e da análise da literatura produzida, apresenta-se, na seção final, um conjunto de proposições (de forma introdutória) que pode orientar a conformação de uma clínica multirracializada e antirracista. Espera-se, com este trabalho, fornecer subsídios para uma prática clínica em saúde que reconheça e que valide o sofrimento psíquico relacionado ao racismo.

A aproximação com a produção científica nacional e internacional (EUA e Canadá) sobre o tema se deu através da pesquisa nas bases de dados SciELO e PUBMED, considerando os descritores – racismo, saúde, saúde mental, sofrimento psíquico, população negra e termos correlatos em inglês. A interlocução com esta produção ao longo do capítulo se concentrou em alguns trabalhos (um total de dezesseis publicações), considerando especialmente o escopo temático.

## Estresse crônico e ansiedade

A robusta literatura internacional tem sido produzida acerca das repercussões do estresse e de suas possibilidades de enfrentamento desde meados do século passado. O corpo de estudos sobre estresse entre minorias aponta para ampla concordância entre os pesquisadores de que o estresse produzido pelo racismo e pela discriminação está associado ao estresse crônico e, por consequência, a um maior adoecimento físico e mental nessas populações.

Faro e Pereira (2011) centraram-se nos conceitos de raça e racismo, bem como no perfil de saúde de grupos minoritários e, em particular, buscaram levantar evidências da relação entre racismo e saúde através da revisão de pesquisas sobre o estresse. Baseando-se em artigos internacionais, os autores apontam que a desigualdade social causa iniquidades no acesso aos sistemas de saúde, a educação, a moradia, a justiça dentre outros e estas, por sua vez, são a base das disparidades de prevalência de estresse nos diferentes grupos raciais. Como o racismo cria e mantém estressores no âmbito das relações sociais, através

de múltiplas e decisivas limitações na vida dos indivíduos, há níveis de estresse muito mais elevados entre grupos discriminados racialmente.

Os mesmos autores discutem a categoria raça como um marcador de vulnerabilidade no campo da saúde e destacam que a discriminação impacta diretamente sobre a autocategorização, por pertencer a um grupo desprivilegiado socialmente, e sobre o seu bem-estar psicológico. Estressores crônicos estruturais unem-se aos estressores agudos cotidianos da vida minoritária, particularizados nos contextos discriminatórios, e minam cronicamente a capacidade de adaptação, de ajuste social e de bem-estar do indivíduo.

Publicações internacionais mais recentes sugerem que a discriminação racial/étnica, seus efeitos psicológicos e suas consequências fisiológicas (adesão aos comportamentos de risco à saúde, dificuldade de autocuidado, abuso de drogas, pressão arterial e frequência cardíaca elevadas, secreções de cortisol em níveis elevados e contínuos, desenvolvimento de doenças crônicas) isoladamente assumem papel importante na criação e na manutenção de disparidades no adoecimento físico e psicológico. Especialmente o racismo percebido e a discriminação têm sido descritos como estressores sociais crônicos e são associados na literatura internacional com elevados níveis de estresse, sintomas depressivos, sofrimento psicológico e adoecimento físico grave, que resultam numa qualidade de vida ruim para a população discriminada (McNEIL; FINCHAM; BEACH, 2013; HALL, FIELDS, 2015; JONES; NEBLETT, 2016) mesmo entre negros com escolaridade e posição socioeconômica relativamente altas (CUEVAS *et al*, 2013).

Um importante gerador de estresse crônico, também associado aos sintomas mentais e físicos, são as microagressões. Resultados do racismo interpessoal dirigido contra a população negra são as dificuldades raciais diárias, os insultos racistas depreciativos ou negativos, as indignidades verbais, comportamentais ou ambientais, os comportamentos paternalistas, os xingamentos, a externalização de estereótipos, ser ignorado ou invisibilizado, a minimização ou negação do racismo e do privilégio branco, por exemplo. De modo geral, as microagressões raciais são breves e seus perpetradores, muitas vezes, não percebem que são hostis em sua interação com pessoas negras (HALL; FIELDS, 2015). Chama a nossa atenção que estas práticas dissimuladas de racismo passaram a ser mais experienciadas e investigadas nos EUA após a eleição de Barack Obama, como indicam as autoras, mas são secularmente praticadas e pouco valorizadas em seu potencial de gerar adoecimento no contexto brasileiro.

Moreira (2019), analisando o humor racista, ou racismo recreativo, como elemento central na cultura pública brasileira e como estratégia para impedir a politização da raça, identifica as microagressões como uma forma de propagação de hostilidade racial em contextos em que demonstrações explícitas de intolerância racial são legal e moralmente condenáveis.

O autor cita três categorias de microagressões: a) Microassaltos (falas ou comportamentos que pressupõem diferença de valor entre pessoas são as expressões de estereótipos negativos); b) Microinsultos (atribuição de importância distinta a grupos sociais e suas vivências de opressão ou tradições culturais, ausência de sensibilidade à experiência, à tradição ou à identidade cultural); e c) Microinvalidações (não atribuir relevância aos pensamentos experiências interesses de um membro específico de uma minoria).

O estudo publicado por Martins, Lima e Santos (2020) aborda o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. Baseando-se em dados quantitativos, os resultados indicam que a) a alta frequência de microagressões raciais de gênero prediz piores níveis de saúde mental e de autoestima, b) a autoestima medeia completamente a relação entre microagressões e saúde geral, sendo considerada como fator protetor da saúde mental e, por fim, c) a identidade parece moderar a relação entre microagressões e saúde mental. Nesse sentido, a alta identificação enquanto mulher negra se relaciona com menores níveis de saúde mental, devido à percepção de alta frequência de situações de discriminação.

Considerando nossa prática clínica no atendimento psicoterápico à população negra, concordamos com Hall e Fields (2015) quando afirmam que este tipo de violência é de difícil manejo clínico, pois o enfrentamento das microagressões pressupõe vigilância, que pode atenuar o choque, mas gerar hipervigilância, que aumenta o risco de depressão e a desconfiança pessimista. As microagressões podem, ainda, desencadear memórias de incidentes traumáticos relacionados à violência racial, funcionando, portanto, tanto como eventos potencialmente traumáticos quanto como gatilhos de reações de estresse pós-traumático. Nesse sentido, entendemos que os mesmos princípios usados para cuidar de sobreviventes de traumas abusivos, como desastres e guerras, podem ser utilizados pelos profissionais para intervir sobre os efeitos das microagressões na população negra. E, concordando com Pieterse *et al* (2011), sugerimos que a avaliação de ansiedade e de experiências traumáticas relacionadas ao racismo seja um aspecto rotineiro no processo de cuidado de pacientes negros.

## Depressão e sintomas depressivos

Entende-se que a depressão se relaciona com a discriminação e as suas consequências (experiências de humilhação, de injustiça, de isolamento, de insegurança alimentar, habitacional e financeira, dentre outras), mas também com o desenvolvimento de uma percepção distorcida de si e do mundo (crenças de incapacidade, de incompetência, de inadequação; modelo de branquitude como o ideal a ser alcançado). Os estudos sobre a relação entre racismo e depressão concentram-se nos efeitos da discriminação, havendo evidências em

um elevado número de estudos populacionais internacionais sobre maior incidência de depressão e outros transtornos entre minorias raciais. Sobre a autopercepção e o racismo, de acordo com James (2016), há uma inversão no interesse dos pesquisadores, sendo poucos os estudos internacionais com esse foco.

Nas revisões nacionais desenvolvidas por Smolen e Araújo (2017) e Damasceno e Zanello (2018), a depressão aparece como uma das principais repercussões do racismo. Souza (1983) relaciona o desenvolvimento de depressão nos negros em ascensão social ao processo de negação de identidade imposta pela sociedade racista e à frustração da possibilidade de assimilação de características relacionadas aos brancos, que são estabelecidas como desejáveis, necessárias e, por definição, impossíveis de serem alcançadas por não brancos. Esta é uma proposição semelhante à discutida nos estudos internacionais que relacionam o *racismo internalizado* à depressão.

Racismo internalizado, segundo Mouzon e McLean (2017), pode ser compreendido como a aceitação por membros de grupos estigmatizados de mensagens negativas sobre suas próprias habilidades e seu valor intrínseco. É um processo gradual em que os indivíduos assimilam estereótipos negativos e crenças compartilhadas acerca de seu grupo racial, reforçando as crenças sobre uma suposta superioridade de brancos e contribuindo para manutenção da opressão de outros grupos raciais minoritários.

O racismo internalizado tem relação, portanto, com a baixa autoestima e a baixa identidade étnica, que se associa ao aumento do risco de depressão na população negra (JAMES, 2016). Desta forma, além das intervenções e dos protocolos conhecidos e empregados no campo da saúde mental para manejo da depressão, é importante educar a população negra quanto aos efeitos do racismo internalizado, sobre os estereótipos que podem gerar a percepção de si como inferior e alterar sua interpretação da realidade. Outro aspecto que James (2016) destaca é que intervenções que visam reduzir riscos para depressão entre os afro-americanos devem ser diferenciadas entre os que apresentam elevada autoestima e os que não a tem. Por exemplo, com o primeiro grupo, pode-se focalizar intervenções na autoafirmação, incentivando-os a pensar sobre qualidades pessoais positivas, o que não seria indicado para o segundo grupo.

Na população brasileira, ainda é comum que pessoas negras não se reconheçam como tal graças ao processo histórico de branqueamento da população, à crença numa suposta democracia racial e à negação do racismo. Dessa forma, destacamos a importância de que as estratégias terapêuticas considerem se a pessoa em atendimento já se “tornou negra” (SOUZA, 1983) e em que fase deste processo ela se encontra ou se permanece alienada de sua identidade racial.

Neste sentido, pessoas que se reconhecem como negras necessitam de estratégias e de metas terapêuticas distintas das que ainda não se reconhecem, como apontado por como relatado por Tavares e Kuratani (2019). Por exemplo, o profissional deve direcionar estratégias de autoafirmação para pessoas que já se tornaram negras, enquanto as estratégias desenvolvidas com o grupo ainda alienado devem priorizar a identificação do racismo como elemento relevante na produção e no sofrimento psíquico e o desenvolvimento de identidade racial saudável após o acolhimento e vinculação entre pessoa negra atendida e terapeuta. As autoras destacam que a sensibilidade para perceber essas diferenças e a competência para criar, colaborativamente, intervenções de cunho antirracista dependerá não apenas da fase em que o paciente se encontra em seu processo de “tornar-se negro”, mas também do “letramento racial” do terapeuta, que se refere a reeducar o indivíduo em uma perspectiva antirracista (SANTOS; SCHUCMAN, 2015).

Para Tavares e Kuratani (2019), o processo de desenvolvimento de uma identidade racial negra e saudável é delicado e o terapeuta deve estar atento à inversão de objeto de medo/ódio à frustração em não alcançar mudanças sociais significativas em curto prazo e à probabilidade de sofrer mais violência racial que se associa com afetos e crenças de desesperança e ideação suicida. Se a pessoa negra alienada experimentava raiva e o desprezo:

[...] direcionados para si e seus semelhantes, ao reconhecer os efeitos nefastos do racismo em sua ancestralidade e na sua vida atual, a pessoa negra poderá redirecionar esses potentes afetos contra as instâncias que simbolizam a opressão racial, tais como Estado e seus representantes (indivíduos e instituições) e não negros. O terapeuta deve ter a sensibilidade de acompanhá-lo nesta mudança de foco para que haja um direcionamento que resulte numa vida psíquica e social segura e satisfatória para o seu paciente e sua comunidade, evitando-se o início de um novo processo de desesperança e autodestruição (TAVARES; KURATANI, 2019 p. 8).

Outro aspecto importante a ser considerado é que o adulto negro em atendimento, de modo geral, sobreviveu a experiências de perdas simbólicas e concretas de pessoas significativas – rompimentos de vínculos por encarceramento, por mortes múltiplas, violentas e evitáveis ou por negligência e motivos banais que vêm ocorrendo desde a infância. Este mesmo adulto convive intimamente com elevado risco de morrer por causas externas (homicídios, acidentes e outras razões não naturais), principal causa de morte entre homens negros, ou de morte por causas não definidas ou complicações na gravidez, no parto e no puerpério, que se relaciona com o racismo institucional nas instituições de saúde contra mulheres negras, ou pode ter sobrevivido ao suicídio na adolescência (significativamente mais comum entre negros do que entre brancos).

Portanto, a análise das repercussões do racismo deve considerar os fatos atuais, assim como seus graves efeitos nas fases iniciais do desenvolvimento, quando crianças e

adolescentes ainda não possuem capacidade cognitiva e afetiva para lidar com este tipo de violência. No contexto brasileiro, observamos que estes ataques durante a infância e a juventude podem ocorrer no âmbito familiar, sejam famílias negras ou inter-raciais (SCHUCMAN; GONÇALVES, 2017), e no âmbito escolar, em que, muitas vezes, violência racial é confundida com *bullying* pessoal.

Em relação ao âmbito escolar, como nos informam Rodríguez-Hidalgo *et al.* (2019), a discriminação étnico-cultural nas escolas ameaça o desenvolvimento pessoal e social das crianças e, segundo Priest *et al.* (2014), experiências diretas de racismo estão fortemente relacionadas à maior solidão e maiores sintomas depressivos entre crianças e jovens de minorias raciais. Estes mesmos autores indicam que há crescente evidência empírica de que a discriminação racial vicária, definida como ouvir sobre ou assistir a experiência de racismo de outra pessoa, bem como cuidadores ou próximos membros da família que sofrem discriminação que pode ou não ser testemunhada por crianças e adolescentes, também tem repercussões negativas para a sua saúde mental.

## Por uma clínica contextualizada e multirracializada

Com base na literatura, entendemos que a clínica exercida no Brasil no campo da saúde e, particularmente, na saúde mental, é racializada e desenvolvida com base em critérios, diagnósticos e tratamentos que têm a população branca como padrão de normalidade e de adoecimento. Dito de outra forma, a assistência em saúde mental se organiza a partir da noção de branquitude, o que implica em elevado risco de conduta iatrogênica para a população negra.

É necessário, portanto, investir na construção de uma clínica multirracializada e antirracista. Trata-se, ainda, de conceber uma assistência em saúde que compreende o sofrimento psíquico e os sintomas como parte de um contexto histórico e político resultante de mais de quatro séculos de escravização e de outros 130 anos de negação e/ou negligência das necessidades da população negra. Faz-se importante, portanto, uma assistência em saúde que reconheça que a promoção da saúde mental desta população não se limita ao processo psicoterápico, mas que este é apenas um dos diversos espaços políticos em que se deve fazer o enfrentamento do racismo.

Nesse contexto, por exemplo, compreender que reações agressivas aos ataques raciais, assim como manifestações de raiva e de medo, são legítimas e não devem ser patologizadas. Antes, devem ser manejadas em função da integridade física e psíquica do sujeito negro, pois são bons indicadores de saúde mental e de que esta pessoa consegue identificar a desigualdade racial na sociedade em que vive. É importante, ainda, considerar uma clínica que estabeleça



uma relação entre dificuldades de adesão aos tratamentos e as condições socioeconômicas dessa população, sendo assim, é necessário adequar instrumentos/métodos, horários, custos, localização e organização dos settings terapêuticos às suas características sociodemográficas.

Concordando com Damasceno e Zanello (2018), é urgente a desconstrução da psiquiatrização racial e da medicalização do negro, especialmente diante da atual exacerbação da intolerância racial no Brasil, que, como afirmam as autoras, terá impacto sobre a demanda por atendimento de pessoas alvo do racismo. É urgente, também, o enfrentamento do racismo institucional nas unidades de saúde pública que têm como principal usuário a população negra brasileira, como resposta à necropolítica<sup>6</sup> em curso no país e ao desmonte do SUS e das redes de saúde mental.

## Considerações finais

Finalizamos destacando que a adequação da assistência às especificidades da população negra brasileira e a efetivação da PNSIPN implicam uma mudança na formação, na gestão e num posicionamento político dos profissionais de saúde. Isso diz respeito a uma tomada de decisão racional de observação da realidade de maneira crítica, de investimento no estudo e na produção de conhecimento que ultrapassem abordagens teóricas específicas. Tal medida implica escolhas sistemáticas, cotidianas, dentro e fora do *setting* terapêutico que deve se relacionar com a identificação e a erradicação do racismo e de suas repercussões na vida privada da população negra e na sociedade de modo geral.

## Referências

- ALEXANDER, M. *A nova segregação: racismo e encarceramento em massa*. São Paulo: Boitempo, 2017.
- ALMEIDA, S. *O que é racismo estrutural?* São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALVES, M. C.; JESUS, J. P. de; SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde em Debate*, Cascavel, v. 39, n. 106, p.869-880, 2015. DOI:10.1590/0103-1104201510600030025. Acesso em: 10 ago. 2020.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. Brasília: IPEA, 2020.

---

6 O termo necropolítica foi proposto pelo filósofo e historiador negro camaronês Achille Mbembe para se referir ao poder e a capacidade do Estado “de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (2018, p. 5). Para aprofundar o tema, ler: MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80 p.

- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. DOI: 10.1590/0103-6564D20140004. Acesso em: 18 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CUEVAS, A. G. et al. *American Journal of Health Behavior*, Star City, v. 37, n. 6, p. 745-754, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.37.6.3>. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2013/00000037/00000006/art00003;jsessionid=b78mm2hflgad7.x-ic-live-01>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, 2018. DOI: 10.1590/1982-3703000326201. Acesso em: 16 ago. 2020.
- FARO, A., PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: A desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, 2011. DOI: 10.1590/S1413-294X2011000300009. Acesso em: 18 ago. 2020.
- GUIMARÃES, M. A. C.; PODKAMENI, A. B. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: projeto mãe-criadeira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 117-130, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902008000100011. Acesso em: 20 ago. 2020.
- HALL, J. M., FIELDS, B. "It's Killing Us!" Narratives of Black Adults About Microaggression Experiences and Related Health Stress. *Global Qualitative Nursing Research*, Columbia - Canadá, v. 2, p. 1-14, 2015. DOI: 10.1177/2333393615591569. Acesso em: 06 ago. 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (org.). *Atlas da violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019.
- JAMES, D. J. Internalized Racism and Past-Year Major Depressive Disorder Among African-Americans: the Role of Ethnic Identity and Self-Esteem. *Racial Ethnic Health Disparities*, Nova York, v. 4, n. 4, p.659-670, 2017. DOI: 10.1007/s40615-016-0269-1. Acesso em: 20 ago. 2020.
- JONES, S. C. T., NEBLETT, E. W. Future Directions in Research on Racism-Related Stress and Racial-Ethnic Protective Factors for Black Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, v. 48, n. 5, p. 754-766, 2017. DOI: 10.1080/15374416.2016.1146991. Acesso em: 16 ago. 2020.
- LAGES, S. R. C. et al. Pesquisas em Psicologia Social no Campo da Saúde da População Negra no Brasil. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-10. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984=90442014000100001-&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984=90442014000100001-&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 18 ago. 2020.

- MARTINS, E; SANTOS, A. O.; COLOSSO, M. Relações étnico-raciais e psicologia: publicações em periódicos da SciELO e Lilacs. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 118-133, 2013.
- MARTINS, T. V.; LIMA, T. J. S.; SANTOS, W. S. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [online], v. 25, n. 7, p. 2793-2802, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020257.29182018. Acesso em: 16 ago. 2020.
- MBEMBE, J. A. *Necropolítica. Arte & Ensaios*, n. 32, p. 123-151, 2016.
- MBEMBE, J. A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1 Edições, 2018. 80 p.
- McNEIL, S. N., FINCHAM, F. D., BEACH, S. R. Does Spousal Support Moderate the Association Between Perceived Racial Discrimination and Depressive Symptoms among African American Couples?. *Family Process*, Estados Unidos, v. 53, n. 1, p. 109-119, 2014. DOI: 10.1111/famp. 12054. Acesso em: 20 ago. 2020.
- MOREIRA, A. *Racismo Recreativo*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2016.
- MOUZON, D. M.; McLEAN, J. S. Internalized racism and mental health among African-Americans, US-born Caribbean Blacks, and foreign-born Caribbean Blacks. *Ethnicity & Health*, Inglaterra, v. 22, n. 1, p. 36-48, 2017. DOI: 10.1080/13557858.2016.1196652. Acesso em: 17 ago. 2020.
- PIETERSE, A. L. *et al* Perceived racism and mental health among Black American adults: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, Washington, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2012. DOI: 10.1037/a0026208. Acesso em: 17 ago. 2020.
- PRIEST, N., *et al*. Experiences of Racism, Racial/Ethnic Attitudes, Motivated Fairness and Mental Health Outcomes Among Primary and Secondary School Students. *Journal of Youth and Adolescence*. Nova York, v. 43, n. 10, p. 1672-1687, 2014. DOI: 10.1007/s10964-014-0140-9. Acesso em: 15 ago. 2020.
- RODRÍGUEZ-HIDALGO A. J., *et al*. Ethnic-Cultural Bullying Versus Personal Bullying: Specificity and Measurement of Discriminatory Aggression and Victimization Among Adolescents. *Frontiers in Psychology*, Madrid, n. 1, v. 10, p. 1-12, 2014. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00046. Acesso em: 18 set. 2020.
- SANTOS, A. O.; SCHUCMAN, L. V. Desigualdade, relações raciais e a formação de psicólogo(as). *Revista Epos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 117-140, dez. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2015000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2015000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 ago. 2020.
- SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: Estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 26, n. 1, p.83-94, 2014. DOI:10.1590/S0102-71822014000100010. Acesso em: 24 ago. 2020.

SCHUCMAN, L. V.; GONÇALVES, M. M. Racismo na família e a construção da negritude: embates e limites entre a degradação e a positivação na constituição do sujeito. *Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – UESB, Vitória da Conquista*, v. 2, n. 4, p. 61-83, 2017. DOI: 10.22481/odeere.v0i4.2366. Acesso em: 24 ago. 2020.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.19782016. Acesso em: 28 ago. 2020.

SOUZA, N. S. *Tornar-se negro: As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

TAVARES, J.S.C; KURATANI, S. M. A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, p. e184764, 2019. DOI:10.1590/1982-3703003184764. Acesso em: 22 ago 2020.

TEMÁTICO Saúde da População Negra. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília: Ministério da Saúde, v. 7, n. 10, 2016.

# 13 Doença falciforme na saúde da população negra: epidemiologia, acesso à saúde e impactos em longo prazo

*Altair dos Santos Lira  
Ana Paula Nogueira Nunes  
Rosimery Costa dos Santos*

## Introdução

Em 1995, o Movimento Negro Brasileiro caminha sobre Brasília (Distrito Federal) com a Marcha Zumbi dos Palmares: Contra o Racismo, Pela Igualdade e a Vida. A falta de políticas públicas voltadas para a população negra e para o enfrentamento do racismo colocava este grupo em situação de vulnerabilidade. O Presidente Fernando Henrique Cardoso recebeu representantes da Marcha e posteriormente assinou o decreto de 20 de novembro de 1995, o qual instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial, que tinha a finalidade de desenvolver políticas para a valorização da População Negra, e de outras providências (BRASIL, 1995).

Importante resgatar um trecho do Documento elaborado pela Marcha e entregue ao Senhor Presidente no que se refere ao campo Saúde:

A população negra, mais do que qualquer outro setor da população brasileira, exige o preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Constituindo-se no setor mais marginalizado da população brasileira, está sendo fortemente atingida pelas propostas de redução do Estado, especialmente pelas tentativas de privatização do setor de saúde. É necessária uma real alocação de recursos para saúde pública.

[...]

Segundo a Organização Mundial de Saúde, nascem no Brasil 2500 crianças falcêmicas/ano e para cada 100 nascidos vivos 03 são portadores do traço falcêmico. Em cada mil gestantes 30 são portadoras do traço falciforme. No Estado de São Paulo 6 a 10% dos negros são portadores do gene enquanto para a população em geral um índice de 2%. A anemia falciforme é a doença genética de maior incidência no Brasil (MEMORIAL DA DEMOCRACIA, 2020).

Nesse contexto, umas das ações efetuadas a partir das atividades do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) foi a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF), dentro do Ministério da Saúde, que tinha como ofertas:

- Realizar o diagnóstico neonatal às crianças nascidas em hospitais.
- Fornecer assistência aos portadores da doença.
- Ampliar os serviços de diagnóstico e de tratamento na rede pública de saúde.
- Apoiar as associações de falcêmicos, instituições de pesquisa.
- Produzir material educativo para aumentar o nível de informação da sociedade sobre a doença.

Nesse contexto, somente o diagnóstico neonatal apresentou-se como efetivo daquilo que foi proposto para o PAF. A Portaria do Ministério da Saúde Nº 822, de 6 de junho de 2001, regulamentou a triagem neonatal da fenilcetonúria, do hipotireoidismo congênito, das doenças falciformes e de outras hemoglobinopatias, bem como da fibrose cística, em todo território nacional (BRASIL, 2001).

Analisamos esse contexto histórico resgatando a participação Movimento de Mulheres Negras e Homens Negros no Brasil, tanto na luta por políticas de ação afirmativa quanto no enfrentamento ao racismo e às suas sequelas, dentre eles, o direito à saúde. Assim, temos, na construção do campo da saúde da população negra, a doença falciforme apresentando-se como uma das principais referências, seja por sua incidência ou por sua gravidade clínica com alto grau de morbimortalidade, seja pelo descaso histórico do poder público na construção de políticas públicas para atender às pessoas afetadas pela doença.

Este capítulo pretende apresentar o contexto da doença falciforme e sua correlação no campo da saúde da população negra, bem como a importância da discussão desta no contexto do racismo institucional.

## Sobre a doença falciforme

A doença falciforme (DF) é considerada a doença hereditária monogênica mais presente no Brasil, com predominância entre os afrodescendentes (CANÇADO; JESUS, 2007; RAMALHO; MAGNA; PAIVA-SILVA, 2003). Dentre as patologias desse tipo, a de maior significado clínico é a anemia falciforme, determinada pela presença da HbS em homozigose (HbSS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S (JESUS,

2010). Em 2001, a doença foi incluída no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 822, de 6 de junho de 2001 (BRASIL, 2001), passando a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) enquanto um problema de saúde pública (RAMALHO; MAGNA; PAIVA-SILVA, 2003).

Segundo os dados coletados por meio do PNTN, nascem, em média, 3.500 crianças com DF por ano no Brasil, com incidência média de 1 em cada 1.000 nascidos vivos. Esse programa é fundamental para a identificação, a quantificação e o acompanhamento dos casos, bem como para o planejamento e a organização da rede de atenção integral (JESUS, 2010).

Observando que a incidência da DF varia entre os estados brasileiros, temos, por exemplo, a Bahia como o estado com maior incidência, apresentando o nascimento de uma criança com DF a cada 650 nascidos vivos (1:650). O Rio de Janeiro tem uma relação de um caso a cada 1.200 nascidos vivos, seguido de Pernambuco, Maranhão e Minas Gerais, com 1:1400 (LOBO; MARRA; RUGANI, 2008). Com a frequência de 3.500 novos casos a cada ano, estimativas não oficiais apontam a existência de 100 a 200 mil pessoas com a DF no Brasil.

Esse é o contexto da importância da reivindicação elaborada pelo Movimento Negro em 1995, a qual, reforçada pelas ações das Associações de Pessoas com Doença Falciforme, retira da invisibilidade a doença falciforme e a coloca para os governos de todos os três níveis de atenção enquanto doença genética de maior prevalência no Brasil e que está presente em todos os estados brasileiros.

Podemos considerar, também, que o PNTN possibilitou o reconhecimento do diagnóstico precoce (outro ponto apontado desde 1995) como dado importante para o tratamento imediato e adequado, atuando como um fator preponderante para minorar os problemas decorrentes dessa doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas (CANÇADO; JESUS, 2007). O diagnóstico, no Brasil, atualmente é realizado pelos serviços de referência em triagem neonatal, o Teste do Pezinho, que é gratuito nas unidades de saúde dos serviços públicos.

A doença falciforme é uma doença hereditária, caracterizada por uma mutação na hemoglobina, denominada HbS, em contraposição à HbA, considerada normal. Na HbS, as células vermelhas do sangue que têm a função de aglutinar as hemoglobinas, em determinadas situações, podem vir a adquirir o formato de meia lua, ou foice, daí a denominação falciforme. Essa alteração na forma das hemácias é uma das condições responsáveis por inúmeros agravos, que resultam em uma maior dificuldade para a oxigenação do sangue. Por causa do formato modificado, as células frequentemente entopem os vasos sanguíneos, gerando, assim, um quadro sintomático de crises de dores nas articulações, nos ossos, nos músculos ou em qualquer outra parte do corpo, além de doença intensa e maior vulnerabilidade a infecções e úlceras.

Por isso, frisa-se que a doença falciforme, além de ser uma doença genética, deve ser considerada como uma doença crônica, bem como degenerativa, e, sobretudo, sistêmica, visto seu impacto em vários sistemas do corpo: sistema circulatório, sistema cardiovascular, sistema musculoesquelético, sistema respiratório, sistema nervoso, dentre outros. Portanto, estamos diante de uma doença com alta incidência e com um grau de severidade que urge ações tanto de diagnóstico precoce, de prevenção de agravos e complicações quanto de acompanhamento.

O primeiro relato científico amplo sobre a DF aconteceu em 1910, quando J. B. Herricks, um médico americano, publicou um artigo científico na revista americana *Archives of Internal Medicine* sobre a presença de eritrócitos com a forma de foice em um paciente negro, seu estudante, com doença grave, icterícia e fortes dores nas articulações. (NAOUM, P.; NAOUM, F., 2004). Esse relato foi extremamente importante pela visibilidade do tema, aumentando, assim, a possibilidade de que outros autores fizessem as pesquisas necessárias para se ter o conhecimento mais amplo do funcionamento da mutação genética na hemoglobina. Enquanto todos os estudos estavam relacionados à célula falciforme, à sua clínica, aos efeitos sobre o organismo e a como se dava o desenvolvimento da patologia nos indivíduos, a assistência ao acometido não acontecia.

A primeira política de atenção às pessoas com a DF somente veio a ser implantada em 16 de agosto de 2005, com a publicação da Portaria nº 1391 (BRASIL, 2005). Com essa portaria, foram instituídas as Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias. A área responsável por esta no âmbito do Ministério da Saúde foi a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH).

Percebe-se, então, a dimensão do racismo institucional que cerca a atenção às pessoas com doença falciforme. A distância entre o primeiro relato científico amplo e a primeira política pública foi de 95 anos, ainda que, durante todo esse período, conseguiu-se produzir ciência, mas não assistência ao indivíduo em relação à doença genética de maior prevalência. Em relação a isso, no ano de 2011, em uma audiência pública no Senado Federal, Lira reflete:

O primeiro relato científico da doença falciforme foi em 1910. A doença falciforme é aquilo que nós falamos, é a base da genética clássica. Todos os estudos da genética e da hematologia têm a doença falciforme como base. Esse é o elemento fundamental que o Paulo Naoum coloca. Então, nós somos o quê? Objeto de pesquisa. Durante um século se desenvolveram todos os estudos, mas, por outro lado, não se desenvolveram as políticas públicas de saúde. [...] O Estado brasileiro nem sabe quanto nós somos. [...] Fomos objeto de pesquisa, agora queremos ser objetos de saúde? Não. Queremos ser sujeitos, cidadãos e cidadãs deste País. Não podemos considerar que hoje, em 2011, se este Senado, este plenário aqui não sabe o que é anemia falciforme, vamos falar uma coisa muito mais grave: profissionais de saúde estão saindo da universidade sem saber o que é anemia falciforme; profissionais de saúde estão à beira de macas, de leitos sem saber o que é anemia falciforme. Então essa invisibilidade histórica não pode ser considerada como uma coisa natural. Ela não é. Como eu disse, várias pessoas fizeram doutorado, mestrado



em cima da anemia falciforme, viajaram para Cuba, Jamaica, Estados Unidos, fizeram suas pós, diversas pós, e por que hoje nós não sabemos? Então esta combinação entre racismo institucional e visibilidade histórica é um processo fundamental para a gente compreender. (Informação Verbal)<sup>7</sup>

A partir disso, reforça-se a necessidade de olhar a questão da doença falciforme e a temática racial com bastante cuidado, já que, para ela, a questão racial é crucial e exerce relevante aspecto pela própria forma como ela passou a ter visibilidade. Primeiro, por meio dos cientistas que a relacionavam à população negra e, na falta de assistência e cuidado, passava a ser reivindicada pelos movimentos de homens e mulheres negras, bem como das associações de pessoas com doença falciforme e de seus familiares, até se constituir em um programa de saúde (Programa de Doença Falciforme – PAF, 1996), que, como citado acima, não apresentou as devidas soluções para o cuidado integral.

O conhecimento dessa patologia por parte da ciência e do poder público como doença genética predominante no mundo todo e no Brasil em particular (OLIVEIRA, 2003) deveria ser tomada como importante referencial para o desenvolvimento de ações e de cuidados em saúde. Em relação ao racismo institucional, López (2012, p. 127) nos relembra que:

Ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Ele extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades.

Sendo, então, a doença falciforme uma doença prevalente na população negra, é possível observar que tal condição colocou a criação de um programa de atenção às pessoas com a doença no rol das “não-prioridades”, em que não somente a criação de um programa específico, nem a sua transversalização por outros programas, como o de saúde da mulher, saúde da criança, poderia impactar na qualidade de vida das pessoas com DF.

## Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias – 2005

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2005) afirmou o compromisso público para a proteção à

---

7 Fala realizada por Altair Lira em uma Audiência Pública no Senado Federal, sobre Doença Falciforme no Brasil, em 2011.

saúde das pessoas com DF e a garantia dos direitos sociais dos pacientes a todos os níveis de assistência existentes no sistema público de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS): níveis primário, secundário e terciário.

O reconhecimento pelo Ministério da Saúde (MS) da importância da doença falciforme se dá devido à/ao:

- elevada prevalência na população brasileira;
- inclusão das hemoglobinopatias nos testes de triagem neonatal;
- elevado grau de morbidade e de mortalidade passíveis de prevenção;
- importância médico-social do início precoce do tratamento;
- necessidade de tratamento multidisciplinar realizado por profissionais treinados.

A necessidade de formular políticas específicas para os indivíduos por ela acometidos resultou na formulação de 27 projetos-piloto e de programas regionais por técnicos do MS e por especialistas brasileiros de diversas áreas, até chegar à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias, publicada em 16 de agosto de 2005 pela Portaria Nº 1391 (BRASIL, 2005), que instituiu no SUS as seguintes diretrizes:

1. Promover a garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal, recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do SUS, prioritariamente a partir da Hemorrede Pública, e promover a assistência às pessoas com diagnóstico tardio, com criação de um cadastro nacional dos doentes.
2. Promover a garantia da integralidade da atenção, por intermédio de equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do MS, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede.
3. Instituir política de capacitação de todos os atores envolvidos e a promoção de educação permanente.
4. Promover acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com doença falciforme e com traço falcêmico.
5. Promover a integração da Política ao Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando à implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme.

6. Promover acesso a medicamentos e a insumos essenciais.
7. Estimular a pesquisa.

As ações de prevenção estabelecidas para a doença falciforme seguem o modelo de Leavell e Clarck, que se baseia no conhecimento da história natural da doença, e ocorrem nos níveis primário, secundário e terciário (CZERESNIA, 2003). A prevenção primária envolve ações que previnam a ocorrência da doença, como a triagem de portadores do traço falciforme e o aconselhamento genético. A prevenção secundária inclui a detecção precoce dos doentes pela triagem neonatal e a abordagem pré-sintomática, com o início de profilaxia com penicilina a partir dos quatro meses, além da educação dos pais sobre a doença. A prevenção terciária tem como objetivo reduzir os efeitos já instalados da doença, causadores de sofrimento e de incapacidade e, em geral, envolve tratamentos de maior complexidade (BRASIL, 2007).

No contexto de uma política pública que propõe o atendimento integral, esses três níveis de atenção devem ser articulados entre si. O atendimento médico às pessoas com hemoglobinopatias no Brasil historicamente é realizado em serviços de hematologia de hospitais gerais, em hemocentros e em emergências, de forma descoordenada. O modelo hospitalocêntrico de assistência, que, durante anos, foi o modelo hegemônico, tanto tem privado os pacientes de ações e de programas pertinentes à Atenção Básica quanto tem promovido a iniquidade, devido às diferenças de recursos tecnológicos entre os hospitais. O Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, publicado em fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), é composto de três componentes: (1) Pacto pela Vida, (2) Pacto em Defesa do SUS e (3) Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades sanitárias, sendo que duas delas são importantes para a consolidação da Política de Atenção à Doença Falciforme: a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2007a). O Pacto em Defesa do SUS envolve as três instâncias de governo em ações que consolidam o SUS como uma política de Estado, tendo como pilares a questão da garantia do financiamento da saúde e a mobilização da sociedade.

O Pacto de Gestão do SUS tem como eixo central a descentralização e reformula o conceito de “território”, incorporando os das “regiões de saúde”, que são espaços geográficos contínuos definidos por suas identidades culturais, econômicas e sociais, que compartilham redes de comunicação e infraestrutura de transportes. Esse novo direcionamento implica duas importantes questões, as quais são a definição mais explícita das atribuições de cada gestor e a solidariedade entre eles, e remete à necessidade de planejamento, de pactuação e de financiamento (BRASIL, 2007b).

## Considerações finais

Frente ao exposto pelo autor e pelas autoras, vê-se a necessidade de um olhar que atenda às necessidades de saúde para as pessoas acometidas pela DF para além das questões biológicas, que já estão bem descritas e elucidadas, tendo em vista ações de diagnóstico precoce e de acompanhamento adequado tanto dos doentes como de seus familiares. É preciso destacar, também, a participação do racismo estrutural de maneira transversal quando se trata da doença falciforme, principalmente na formação dos profissionais de saúde, uma vez que desconhecem sobre a patologia em resposta ao racismo institucional que permeia todo o setor da saúde. Sendo assim, há a necessidade de que as políticas e portarias criadas pelo poder público, em resposta aos movimentos sociais, sejam de fato aplicadas a essa população em questão, a fim de que possamos fornecer aos pacientes uma boa qualidade na assistência e, conseqüentemente, boa qualidade de vida.

## Referências

- BRASIL. Presidência da República. Decreto de 20 de novembro de 1995. Institui Grupo de Trabalho Interministerial, com a finalidade de desenvolver políticas para a valorização da População Negra, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 nov. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822\\_06\\_06\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html). Acesso em: 13 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.391/GM, de 16 de agosto de 2005*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391\\_16\\_08\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html). Acesso em: 2 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 20 jul. 2020.
- BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2007a.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*. CONASS: Brasília, p. 1-291, 2007b.
- BRASIL. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Secretaria de Registro e Redação Parlamentar. Congresso. Senado. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/comissoes/sessao/disc/disc.asp?s=000522/11>. Acesso em: 02 jul. 2020.

CANÇADO, R. D. ; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 204-206, 2007. DOI: 10.1590/S1516-84842007000300002. Acesso em: 20 jul. 2020.

CZERESNIA, D. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2007.

Herrick JB. Peculiar elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia. 1910. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, New Haven, v. 74, n. 3, p. 179-184, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2588723/pdf/yjbm00012-0035.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

JESUS, J. A. Doença Falciforme no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 8-9, 2010. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1102/1058>. Acesso em: 20 jul 2020.

LOBO, C.; MARRA, V.; RUGANI, M. A. Consenso brasileiro sobre atividades esportivas e militares e herança falciforme no Brasil – 2007. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 488-495, 2008. DOI: 10.1590/S1516-84842008000600013. Acesso em: 18 jul. 2020.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012.

MEMORIAL DA DEMOCRACIA. Por uma Política Nacional de Combate ao Racismo e a Desigualdade Racial. In: *Marcha Zumbi Contra o Racismo, pela Igualdade e a Vida*. Brasília: Memorial da Democracia, 1995. Disponível em: <http://memorialdademocracia.com.br/card/marcha-zumbi-reune-30-mil-em-brasilia/docset/910>. Acesso em: 02 jul. 2020.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. Doença Falciforme. *Academia de Ciência e Tecnologia de São José do Rio Preto*, São José do Rio Preto, 2004 [online]. Disponível em: <https://www.hemoglobinopatias.com.br/d-falciforme/d-falciforme-index.htm>. Acesso em: 02 jul 2020.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: OPAS, 2003. 344p.

RAMALHO, A. S.; MAGNA, L. A.; PAIVA-SILVA, R. B. A portaria nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1195-1199, 2003.

# 14 Condições desfavoráveis de nutrição da população negra brasileira

*Marcos Felipe Silva de Lima*

## Introdução

A abolição da escravatura no Brasil não significou uma integração da população negra enquanto força de trabalho remunerada. Se, por um lado, a alforria trouxe a quebra dos grilhões que restringiam a liberdade da negritude, de outro, o Estado brasileiro não via com bons olhos a remuneração adequada pelo trabalho prestado por negros e negras que outrora foram escravizados (HERNÁNDEZ, 2017).

Assim sendo, os efeitos sociais e econômicos da segregação da população negra são sentidos até hoje. No âmbito da saúde, mais especificamente na alimentação e nutrição, é possível identificar o reflexo de ações tomadas há 150 anos e que não foram remediadas adequadamente.

Este capítulo, portanto, tratará sobre as questões as quais afetam as condições de alimentação e de nutrição da população negra brasileira, abordando:

- desigualdades no acesso à renda, que implicarão no acesso dificultado a alimentos;
- desigualdades no estado nutricional da população negra;
- remanescentes de quilombolas.

## Desigualdades no acesso à renda que implicarão no acesso dificultado a alimentos

O sincretismo cultural levou à formação da cultura brasileira hábitos alimentares diversos. A mistura de povos nativos, de origem africana e europeia formou a nossa cultura alimentar. Entretanto, o acesso da população negra aos alimentos é dificultado desde que esses

povos foram escravizados. Durante os séculos de escravização, a alimentação era baseada em fava, em farinha, em arroz ou em plantações que tivessem na localidade, havendo uma precariedade no acesso a frutas, verduras e legumes, destinados aos senhores. É creditada à população negra, dentre outros, o uso do dendê, da mandioca, a caça de tatus, de lagartos, de cutias, de capivaras, de preás e de caranguejos, o vatapá, o xinxim, o caruru, o cuscuz, a pamonha, o acarajé e o uso de pimentas (CASCUDO, 2004).

Embora aos povos negros seja atribuída boa parte da formação de cultura alimentar brasileira, a esses povos é negado o direito a uma alimentação adequada e ao acesso regular e permanente nos dias atuais. Passado mais de um século desde a abolição da escravatura, ainda observamos reflexos da política de embranquecimento populacional e da criminalização e da marginalização da negritude.

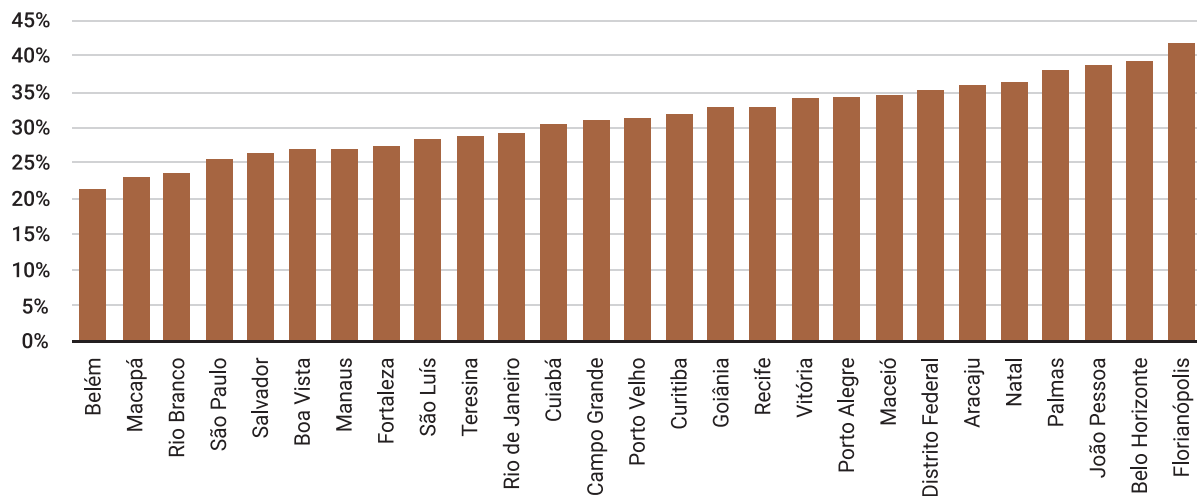
O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2014, recomenda que, para uma alimentação saudável, uma refeição seja baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, ao passo que deve ser limitado o consumo de processados e evitado o de ultraprocessados (BRASIL, 2014). Em 2019, pela primeira vez, foi publicado um recorte da VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do ano de 2018, específico para a população negra brasileira. Nesse recorte, foi pesquisado o consumo de frutas e de hortaliças, alimentos que devem constituir a base da alimentação, e de refrigerantes e de outros alimentos ultraprocessados, que devem ser evitados (BRASIL, 2019).

A partir dos dados, observa-se que, em nenhuma das capitais brasileiras, mais de 50% de adultos negros ( $\geq 18$  anos) consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. Nem mesmo em Florianópolis, capital com maior prevalência de consumo, foi observado um consumo maior que 50% (IC95%: 34,5%-49,1%). Considerando-se as 27 cidades analisadas, 29,5% da população negra adulta consumia frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. Comparando-se esses resultados com o da população branca, observa-se um cenário desfavorável, uma vez que o consumo regular de frutas e hortaliças esteve presente em 39,1% da população branca (Figura 1) (BRASIL, 2019).

Em relação ao consumo de refrigerantes (Figura 2), a variação entre as capitais foi maior. Levando em conta todas as capitais analisadas, 14,4% dos adultos consumiam refrigerantes em cinco ou mais dias da semana. Esse percentual foi de 13,9% para a população adulta branca, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (BRASIL, 2019).

Dessa maneira, conclui-se que, em relação aos fatores de risco para doenças crônicas relativas à alimentação, os negros estão igualmente expostos. Contudo, em relação aos fatores de proteção, esse grupo populacional está menos protegido (BRASIL, 2019).

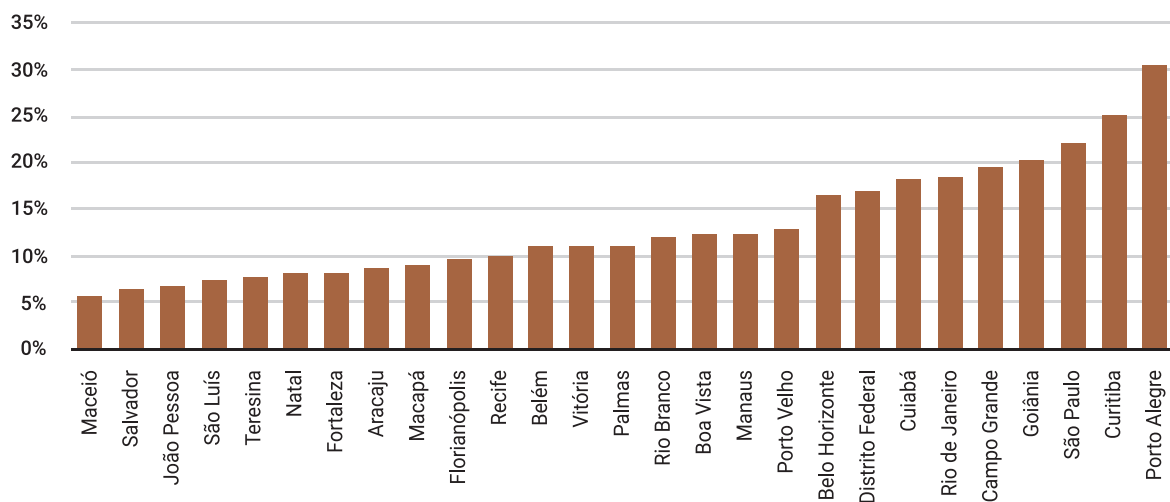
**Figura 1 – Percentual de adultos negros (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal**



Fonte: BRASIL. Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019

**Figura 2 – Percentual de adultos negros (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal**



Fonte: BRASIL. Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019



Uma fonte essencial de informações sobre marcadores de consumo alimentar da população negra são os relatórios públicos do SISVAN. Contudo, no momento da escrita deste capítulo, as informações não estão disponíveis por possíveis problemas técnicos no sítio eletrônico da Secretaria de Atenção Primária.

Uma análise feita com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, comparando pretos e pardos com brancos identificou desigualdade no consumo regular (maior que cinco vezes na semana) de frutas, de verduras e de legumes crus e cozidos. Os pretos e os pardos apresentaram menor prevalência de consumo desses itens. O mesmo se repetiu para leite desnatado ou semidesnatado e carne vermelha sem gordura aparente (MEDINA *et al.*, 2019).

O uso dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) foi aplicado pelo autor deste capítulo para verificar a diferença nos marcadores de consumo alimentar de adolescentes escolares. Desse modo, foi verificado o consumo regular ( $\geq 5x$  na semana) de feijão, de frutas, de verduras e de legumes, bem como o hábito regular de tomar café da manhã da população preta e parda em comparativo com a branca. A partir dos resultados da Tabela 1, evidencia-se que o consumo regular de frutas, de verduras e de legumes é menor em adolescentes pretos/pardos do que em adolescentes brancos.

**Tabela 1 – Marcadores de consumo alimentar saudável regular ( $\geq 5x$  na semana) de escolares pretos/pardos e brancos, 2015**

Hábito alimentar	Tipo de Consumo	Pretos/Pardos		Brancos	
		n	%	n	%
Feijão*	Regular	33.046	55,4	18.058	53,6
	Não regular	26.630	44,6	15.658	46,4
Frutas*	Regular	18.739	31,4	11.141	33,0
	Não regular	40.928	68,6	22.577	67,0
Verduras e legumes*	Regular	21.275	35,7	13.550	40,2
	Não regular	38.400	64,3	20.161	59,8
Café da manhã*	Regular	38.702	64,8	21.511	63,7
	Não regular	21.043	35,2	12.236	36,3

\*valor-p 0,05 para qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015, IBGE

Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (2004) evidenciaram que, em 6,5% dos domicílios brasileiros, residem famílias com insegurança alimentar grave, segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). E, enquanto 4,1% da população branca vivia nessas condições, o percentual para a população negra era de 11,5%, denotando a

desigualdade econômica que se reflete no menor acesso a alimentos (IBGE, 2006). Por outro lado, a situação de segurança alimentar – quando o questionário da EBIA tem pontuação zero – era observada em 71,9% das famílias brancas e em 47,7% das negras.

Marin-Leon *et al.* (2011), refinando os dados da PNAD (2004), buscaram associar a insegurança alimentar com condições sociodemográficas e econômicas. Os autores observaram que a situação de insegurança alimentar é agravada em domicílios chefiados por mulheres e onde residem pessoas que se autorreferiram como negras. Domicílios chefiados por homens negros e mulheres brancas apresentam condições semelhantes de insegurança alimentar. Essa informação joga luz, também, na desigualdade de gênero, que, atrelada à desigualdade racial, acentua as más condições de renda e, conseqüentemente, de alimentação da população negra com família chefiada por mulheres.

## Desigualdades no estado nutricional da população negra

Intuitivamente, há a tendência de associar a insegurança alimentar e fome à magreza e ao baixo peso. Contudo, essa visão não corresponde fielmente à realidade. Gonçalves *et al.* (2019) identificaram não haver associação do baixo peso para idade e IMC para idade com cor da pele em crianças menores de 6 meses acompanhadas pelo SISVAN.

Barbosa (2012), buscando analisar os fatores associados ao consumo alimentar saudável em negros soteropolitanos, criou a variável *consumo alimentar predominantemente saudável*, relacionando o consumo de alimentos saudáveis, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), com sua frequência. O consumo alimentar predominantemente saudável esteve presente em apenas 11,5% dos participantes. Por outro lado, também foi criada a variável *dieta predominantemente de risco* (DPR), a qual foi testada com a obesidade abdominal a partir do perímetro da cintura (PC), a fim de buscar associação entre ambas. Assim, identificou-se um leve vínculo negativo entre DPR e obesidade abdominal (RP=0.90; IC95% 0.81-0.99), a qual é provavelmente explicada pela mudança de hábitos alimentares nos obesos, contudo sem reflexos no perímetro da cintura.

No público infantil, mais especificamente em âmbitos escolares, identificou-se que negros apresentam menor média de peso e de estatura. Contudo, não foram observadas diferenças raciais no baixo peso e na baixa estatura para idade (Ribeiro *et al.* 2009).

Na literatura científica brasileira, há pouco sobre o estado nutricional da população negra. Em uma breve análise bibliométrica, utilizando-se o descritor MeSH, referente “Grupo com Ancestrais do Continente Africano”, no SciElo, há o retorno de 48 trabalhos publicados, após a filtragem de repetidos. Desses, 33 (68,8%) utilizam o grupo remanescente de quilombolas

como população do estudo. Ao associar o descritor pesquisado ao estado nutricional, há o retorno de seis trabalhos, em que cinco são com quilombolas e apenas um considera a população negra no geral, sendo esse estudo com temática referente a doenças renais.

Há, portanto, uma carência de estudos específicos para a população negra brasileira e um reducionismo nos estudos que buscam esse grupo populacional, pois identificam como população negra apenas os remanescentes de quilombolas, foco da próxima seção deste capítulo.

## Remanescentes de quilombolas

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) publicou, em 2014, uma grande pesquisa realizada com 9.191 domicílios de 97 territórios quilombolas, distribuídos em 55 municípios de 14 unidades da federação. Ao se analisar a insegurança alimentar pela falta de alimento no domicílio, observou-se que, em mais da metade dos domicílios (55,6%), um adulto e, em 41,1%, uma criança ou adolescente passou um dia inteiro sem comer porque não havia renda para o acesso a alimentos (Tabela 2).

Ao se avaliar a disponibilidade de alimentos nos últimos sete dias no domicílio, identificou-se a disponibilidade alta (90%) apenas de arroz e de farinha de arroz. Os demais itens, saudáveis (carnes, hortaliças, legumes) ou não (refrigerantes ou sucos em pó, biscoitos, bolos e bolachas, industrializados e enlatados), tiveram baixa disponibilidade. Ressalta-se que, embora não saudáveis, refrigerantes ou sucos em pó e biscoitos, bolos e bolachas industrializadas tiveram maior disponibilidade do que hortaliças e legumes (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

**Tabela 2 – frequência percentual da situação de insegurança alimentar por meio da vivência de falta de comida na residência, Brasil, 2011**

Variáveis	Baixo amazonas	Nordeste Paraense	Norte maranhense	Norte semiárido	Semiárido	Centro sul	Total
Adulto <sup>1</sup>	86,3%	62,7%	58,9%	34,9%	33,8%	24,2%	55,6%
18 anos <sup>2</sup>	79,1%	43,0%	45,7%	31,7%	15,9%	18,0%	41,1%

Legenda: 1. Aconteceu de algum adulto da casa ficar o dia inteiro sem comer só uma vez no dia porque não tinha comida em casa; 2. Aconteceu de as crianças ou adolescentes ficarem o dia inteiro sem comer ou comer só uma vez porque não tinha comida em casa.

Fonte: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 20 (2014). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014. 212 p.; 28 cm

Em relação ao estado nutricional antropométrico, observou-se 32,7% das crianças menores de cinco anos com excesso de peso (IMC para idade com escore-z 1). O excesso de peso também chamou a atenção nas mães de crianças menores de cinco anos, em que a prevalência foi de 38,5% (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

Para compreender o consumo alimentar e o estado nutricional dos quilombolas, é necessário analisar a dimensão da renda. Nesse sentido, a renda per capita de 45,8% dos quilombolas é menor que R\$ 70,00 por mês, ponto de corte para pobreza extrema. O Programa Bolsa Família (PBF) amenizava essa pobreza extrema, uma vez que, nas famílias em pobreza extrema com adesão ao PBF, a renda era de R\$ 33,00 per capita, enquanto que, nas famílias sem o benefício assistencial, a renda per capita era de R\$ 13,00 (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

Ressalta-se que, mesmo no grupo fora da pobreza extrema, a renda média per capita não era elevada. Assim, os que recebiam auxílio financeiro pelo PBF tinham renda per capita de R\$ 198,00, ao passo que os que não usufruíam desse benefício tinham renda de R\$ 214,00 per capita (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

Os autores elencam quatro dimensões da pobreza: a) condição de pobreza extrema, na qual foi analisada a renda das famílias; b) qualidade de vida e de bem-estar; c) segurança alimentar e nutricional; e d) acesso a políticas públicas. Verificou-se a necessidade da reavaliação das transferências de renda a essa população e a participação desse grupo na (re)formulação de políticas públicas que atendam todas as dimensões e possam oferecer cidadania e dignidade aos quilombolas brasileiros (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014).

## Considerações finais

Embora a fome seja o sinal mais evidente da insegurança alimentar e nutricional, observa-se, na população negra brasileira, essa insegurança em outros aspectos que não vão, necessariamente, resultar em um déficit ponderal. A menor renda faz com que essa parcela da população tenha menor acesso a alimentos promotores de saúde (frutas, verduras e legumes).

Faz-se necessário que as políticas afirmativas e de transferência de renda englobem a temática da segurança alimentar e nutricional. Essas políticas devem ir além da dimensão do acesso a alimentos, mas ter um enfoque na perspectiva da qualidade dos alimentos, a fim de incentivar a compra e o consumo de alimentos promotores de saúde.

## Referências

- BARBOSA, S. J. O. *Consumo alimentar, seus fatores explicativos e a associação com a obesidade abdominal em população de etnia negra de Salvador*. 2012. 112 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.
- BRASIL. *Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília, 2019.
- CASCUDO, L. C. *História da Alimentação no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Global, 2004.
- GONCALVES, V. S. S. *et al.* Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 2, p. e2018358, 2019.
- HERNÁNDEZ, T. K. *Subordinação racial no Brasil e na América Latina: o papel do Estado, o Direito Costumeiro e a Nova Resposta dos Direitos Civis* [online]. Traduzido por Arivaldo Santos de Souza e Luciana Carvalho Fonseca. Salvador: EDUFBA, 2017. DOI: 10.7476/9788523220150. Acesso em: 13 ago. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2004: suplemento de segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 126 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro: IBGE, n. 41, 2019.
- MARIN-LEON, L. *et al.* Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor de pele autorreferida e condição socioeconômica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 398-410, set. 2011.
- MEDINA, L. P. B. *et al.* Desigualdades sociais no perfil de consumo de alimentos da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 2, p. e190011, 2019.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*, Brasília, DF, n. 20, 2014. 212 p.; 28 cm.
- RIBEIRO, R. R. *et al.* Estado nutricional de escolares brancos e negros do sul do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 121-126, 2009.

# 15 Um sorriso negro: acesso e condições de saúde bucal da população negra

*Marla Raquel Leandro da Silva*

*“Um sorriso negro, um sorriso negro  
Um abraço negro  
Traz felicidade  
Negro sem emprego  
Fica sem sossego  
Negro é a raiz de liberdade”  
 (“Sorriso negro”, canção de Ivone Lara)*

## Introdução

Recém-chegados ao Brasil, os africanos escravizados, depois de dias de travessia intercontinental em condições precárias, eram maquiados para a venda. Além da caracterização mais saudável do corpo, era a saúde de sua boca um referencial de como estava toda a sua condição de saúde e, além disso, promovia a ambição de algum comprador. Segundo Mattoso, ao chegar em solo brasileiro, o negro escravizado era bem-cuidado e engordado antes da venda: o corpo era besuntado com óleo de palma para camuflar eventuais ferimentos ou esconder doenças da pele e especialmente para dar-lhe o aspecto brilhante, símbolo de vigor físico; a gengiva e os dentes eram esfregados com raízes adstringentes que davam à boca um aspecto sadio (MATTOSO, 2016).

Com o passar de séculos, a dinâmica dos negros em solo brasileiro se modificou, mas traz resquícios desse passado infame, principalmente, quando o assunto é saúde. Tendo isso em vista, os processos de marginalização e de exclusão desse grupo populacional os direcionou a quadros sensíveis relacionados com o acesso e o uso dos instrumentos de saúde. Assim, podemos nos questionar sobre como a Odontologia esteve presente nesses meios de afastamento e em como o “Sorriso Negro” cantado por Yvone Lara, em 1981, nesse quesito, não fala muito sobre liberdade.

## A Odontologia e a população negra

A Odontologia no Brasil, em seu início, contou com a presença dos saberes dos negros escravizados, isto é, eram eles que, a partir dos conhecimentos tradicionais, realizavam os procedimentos que cabiam aos denominados ‘barbeiros’. Segundo Rosenthal, “até os séculos XVII e XVIII, a Odontologia praticada no Brasil passa por pouquíssimas alterações, sempre com pouco prestígio e, em grande escala, exercida por negros e escravos alforriados” (2001 *apud* MARTINS; DIAS; LIMA, 2018). Nesse período, o desenvolvimento de estudos odontológicos tornava-se possível graças à listagem de doenças dentárias mais comuns, como o tártaro, o escurecimento, o inchaço decorrente de extrações e os efeitos do escorbuto (PEREIRA, 2012). O escorbuto, inclusive, caracteriza-se por uma doença aguda ou crônica proveniente do déficit de vitamina C. Durante o período de tráfico negreiro, esta era uma condição comum entre os negros escravizados, devido aos longos períodos de privação alimentar. Dessa forma, podemos notar que, além do exercício inicial do ofício odontológico, os negros guiaram estudos na área médica.

Partindo dessas informações, questiona-se acerca dos fatores associados para que, nos dias de hoje, a Odontologia e a população negra não sustentem uma relação tão próxima. Além disso, salta aos olhos o fato de que esse distanciamento acontece em camadas, desde a formação de um menor quantitativo de profissionais negros em relação à quantidade de profissionais brancos até, logo mais, ao fato de que a maior parte das condições favoráveis de saúde bucal tenha predominância entre indivíduos brancos em comparação com indivíduos negros. Para além disso, podemos compreender que o racismo passeia pela esfera estrutural, caminha pela individual e produz a sua principal função: garantir a exclusão do negro.

Segundo Almeida, deve-se compreender que o racismo não é um ato ou um conjunto de atos e tampouco se resume a um fenômeno restrito às práticas institucionais; é, sobretudo, um processo histórico e político em que as condições de subalternidade ou de privilégio de sujeitos racializados é estruturalmente reproduzida (ALMEIDA, 2019). Assim, passamos a compreender que, por associar duas esferas sociais muito importantes — saúde e estética —, a Odontologia se constrói de modo a reproduzir, em seus maiores e menores graus, esse afastamento.

O termo estética deriva da palavra grega *aisthētikē*, conforme Alexander Baumgarten (1714-1762), filósofo alemão que cunhou o termo estética, tratando-se da ciência das faculdades sensitivas que consiste na apreensão da beleza e das formas artísticas (MICHAELIS, 2020). No país da “democracia racial”, Abdias Nascimento (1914-2011) sinaliza que as dinâmicas desse termo objetivaram “o desaparecimento inapelável do descende africano, tanto fisicamente, quanto espiritualmente, através do malicioso processo de embranquecer a pele e a cultura

do negro”, em que a apreensão da beleza é branca: a sociedade quer casais brancos, famílias brancas, empresas brancas, escolas e universidades brancas, banqueiros brancos, proprietários de imóveis brancos, mestres e doutores brancos – tudo branco (PORTAL GELEDÉS 2016).

Assim, o que pode parecer algo corriqueiro traz sequelas significativas. Grada Kilomba (2019) expõe que “o centro acadêmico não é um local neutro. Ele é um espaço branco onde o privilégio da fala tem sido negado a pessoas negras [...], onde acadêmicos brancos têm desenvolvido discursos teóricos que formalmente construíram negros como “outras/ outros””. Assim, é de se esperar que a Odontologia demonstre essa face problemática. Em seu estudo *Beleza, Racismo e Embranquecimento: Um olhar para Odontologia*, Bolla (2016), por exemplo, destaca a influência do etnocentrismo e das perpetuações deste no ensino da Odontologia, movimentando cirurgiões-dentistas a possíveis práticas de descaracterização do negro graças a ideias estéticas brancas.

O autor destaca, também, a análise de livros de Periodontia Clínica – ciência que estuda os tecidos de sustentação dos dentes, ou seja, as gengivas, o ligamento periodontal e os ossos alveolares –, em que se propaga a ideia de que uma gengiva nos padrões adequados e mais harmônicos foge dos padrões de pessoas negras. Assim, adverte que o aluno pode internalizar que a gengiva normal é de cor rosa e que ainda que aprenda posteriormente que a pigmentação fisiológica não é uma patologia, este ainda irá considerar um desvio de normalidade (BOLLA, 2016).

Além disso, o artigo ainda conta com entrevista de cirurgiões-dentistas sobre suas concepções estéticas de beleza. O autor confirma, assim, que estes expressam que o padrão ideal é o branco: o belo é o que já está instituído, é o padrão de beleza do branco (BOLLA, 2016). Complementarmente, Chisini *et al.* (2019) confirmam que, além da presença de julgamentos estéticos, existe a possibilidade de julgamentos socioeconômicos, visto que a cor da pele de um paciente influencia na escolha de tratamentos ofertados a ele, isto é, cirurgiões-dentistas tendem a realizar procedimentos mais baratos e simples para estes pacientes. Outrossim, Cabral *al.* (2005) assinalam, também, que existe uma diferença entre as abordagens clínicas, dado que os tratamentos podem ser mais mutiladores quando o paciente é negro, pois é mais frequente a decisão de extração dentária ao invés de um tratamento restaurador.

Além disso, por ter caráter elitizado, a Odontologia nivela aqueles que podem ter acesso a ela. Isto é, pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Quando falamos de Brasil, devemos compreender que essas pessoas possuem cor e que esse fato vai nortear a maneira como devemos reparar essa população, afinal, tal



condição não acontece por um acaso, mas é fruto de uma estrutura sócio-histórica e política. A população negra brasileira se apresenta com indicadores sensíveis relacionados com a educação. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domicílio em 2019, a taxa de analfabetismo entre essa população (8,9%) é o dobro daquela entre a população branca (3,6%) (IBGE, 2019). Esse dado se complementa com os fatores históricos de restrição do direito à educação, visto que, no período colonial, “pela legislação do império, os negros não podiam frequentar escolas, pois eram considerados doentes de moléstias contagiosas” (SANTOS, 2014). Concomitantemente, a PNAD destaca que 64,3% dos desempregados em solo brasileiro são pretos ou pardos, o que nos reforça que são estes que irão apresentar índices mais críticos de saúde bucal (IBGE, 2019).

Segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde, a população negra tem quadros vulneráveis quanto à saúde bucal (IBGE, 2013). Segundo a PNS, a possibilidade dos indivíduos de adicionarem, à sua rotina de limpeza bucal, escovas de dente, dentifrícios e fio dental é permeada pela raça, já que demonstra que os indivíduos negros (pretos e pardos) estão abaixo da média total (53,0). A escovação bucal faz parte das estratégias de promoção em saúde e essa transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva (REIS, 2010). É a partir da escovação que o sujeito é capaz de também se fazer autônomo no cuidado em saúde bucal. Dessa forma, devemos questionar: que circunstâncias levam um indivíduo a não fazer uso de produtos básicos de higiene? Será falta de conhecimento sobre a necessidade desses instrumentos?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estar saudável não está relacionado apenas à ausência de doença, mas a um completo bem-estar físico, psíquico e social. Por isso, a educação em saúde demonstra-se como uma das etapas mais importantes na atenção, pois vai ser a partir dela que o sujeito também se tornará parte agente participante do seu cuidado. Para prevenção em saúde bucal, uma das principais etapas e mais desafiadoras é o controle do biofilme dentário, logo, controle da cárie e inflamação gengival (CARVALHO *et al.* e SEKINO *et al.*) e, assim, métodos mecânicos, como a utilização de escova dentária e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, auxiliam na redução e no controle do índice de sangramento gengival e de biofilme dental.

Além disso, outro ponto importante é a eficácia da presença de dentifrícios e de fio dental. Segundo um estudo realizado por Chaves e Silva (2002), que tinha por objetivo avaliar a efetividade da escovação com dentifrício fluoretado na redução da cárie dental, por meio de artigos publicados, foi notado que maiores reduções de cárie foram encontradas nos estudos que utilizaram escovação supervisionada juntamente com a escovação em casa.

Outro dado importante expressado pela PNS é quanto à dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou na dentadura (IBGE, 2013). A população negra (pretos 2,2% e parda 1,7%) apresenta uma taxa maior que a total (1,5%), diferentemente da população branca. Dessa forma, para a análise desse fato, é necessário partir do princípio de que a perda dentária está atrelada à falta crônica de cuidados em saúde bucal (a não ser em casos de perda abrupta – traumas dentários, por exemplo) e também há um resquício da odontologia mutiladora. Porém, como já sinalizado, a perda dentária em pessoas negras também pode estar associada à escolha de tratamento ofertado aos pacientes.

Segundo Cimões (2007), a classe social tem influência significativa na determinação de razões clínicas das perdas dentárias, isto é, indivíduos mais abastados, na maioria das vezes, apresentam perda dentária associada a fatores agudos (traumas, pericoronarite, indicações ortodônticas e protéticas, pedido do paciente e outras), o que se torna diferente quando o paciente não compartilha dessa condição socioeconômica. Além disso, as práticas de cuidado em saúde estão associadas também ao fator cultural, isto é, a experiência de dor também guiará a procura por atendimento. Dessa forma, podemos compreender que a experiência de dor não irá acontecer de maneira homogênea e, muitas vezes, este sintoma está mais presente nas classes sociais desfavorecidas e que, para além disso, os quadros mais alarmantes ocorrem devido a uma diversidade de fatores sociais, dentre eles, a jornada de trabalho. Tal fenômeno se demonstra constante nas classes operárias, já que não se permite que o empregado se ausente do serviço para cuidar preventivamente da saúde bucal, a não ser que esta dor comprometa o desempenho do trabalhador (FERREIRA *et al.* 2006)

Inclusive, essa experiência de dor também gerará o efeito de repulsa à procura pelo cirurgião-dentista. O signo social do papel do cirurgião-dentista ainda é associado a práticas odontológicas mutiladoras representadas pelas Exodontias. Consequentemente, as pessoas trazem consigo uma carga de medo e de ansiedade muito grande ao chegar ao consultório odontológico (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007). Ademais, quando motivado pela dor na procura por cuidados em saúde bucal, o indivíduo encontra um dilema: a partir da tentativa de se retirar a dor de maneira rápida e econômica, a extração dentária nos faz alterar o padrão de normalidade funcional. Ferreira *et al.* (2006) acrescentam que essa ação, uma vez realizada, extingue a dor (restaura a condição de normalidade), mas instaura a anormalidade do agora: não possuir todos os dentes. Dessa forma, o paciente precisará buscar novas alternativas de reabilitação dentária. Complementarmente, “um desconforto psicológico, dor e inabilidade psicológica foram as dimensões de maior impacto na qualidade de vida” (SILVA *et al.* 2010).

Outro fator importante é compreender que a Política Nacional de Saúde utilizou, como análise, os grupos acima de 18 anos de idade. Isso nos mostra o quão crítica é a condição, já que, muitas vezes, o grupo populacional que apresenta menores índices de preservação

dentária é o de idosos, afinal, a condição bucal pode expressar uma história vivida (IBGE, 2013). No estudo de Sachs (2005), por exemplo, realizado em idosos com mais de 80 anos, foi observado que eram os problemas dentários que prejudicavam a alimentação e geravam níveis de desnutrição neles. Além de tudo, é importante entender que a nutrição tem um papel essencial no processo de vida de um indivíduo e, dessa forma, a saúde bucal é um dos fatores que pode influenciar no estado nutricional de alguém, provocando hábitos alimentares precários quando não há um equilíbrio do aparelho estomatognático, o que pode levar a práticas ineficazes de mastigação e deglutição.

Analisando, então, essas particularidades da condição de saúde bucal da população negra, apresentadas pela PNS, devemos notar que um dos norteadores para implementação de políticas públicas relacionadas com a Saúde Bucal deve possuir especificidades para esse grupo populacional (IBGE, 2013). Dessa forma, movimentaria-se as relações dos demais, afinal, como Alves (2017) sinaliza: observar a população negra é movimentar toda uma estrutura a partir dela.

## Política Nacional de Saúde Bucal

Instituída no ano de 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal tem por objetivo a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis da atenção, buscando ampliar o conceito de cuidado em que esta não se apresente apenas como as manifestações de doenças, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e da intervenção nos fatores que a colocam em risco. Além disso, a política conta com instrumentos para que seja criado um *estímulo à construção de uma consciência sanitária*, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado, o que permitirá desenvolver o processo de controle social das ações e dos serviços em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Para tanto, a estratégia conta com as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso), implicando em um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes (BRASIL, 2004). Dessa forma, nesta seção do capítulo, vamos dialogar sobre as lacunas que encontramos referentes à quebra das iniquidades em saúde bucal no que se refere à população negra.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS. Dessa forma, podemos frisar, novamente, que a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde tem cor e é importante reverberar esse fato em práticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Nesse viés, o Plano Nacional de Saúde aponta como necessidade a ampliação do acesso aos serviços de saúde com

equidade e destacando a necessidade de enfrentamento de iniquidades e de vulnerabilidades relacionadas à população negra e quilombola, bem como às comunidades tradicionais.

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), por exemplo, “a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e de discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos” (BRASIL, 2017). Assim sendo, seriam as linhas de cuidados suficientes para que a atenção em saúde bucal compreenda de maneira mais incisiva a população negra que, além de desenvolver resquícios individuais dessa dinâmica de afastamento, também conta com a maneira como os profissionais de saúde, impregnados de conhecimentos etnocentros, reproduzem estigmas sobre o negro? Antecipadamente, podemos compreender que não.

A fim de minimizar os agravos em saúde relacionados com o racismo institucional, o Ministério da Saúde propõe políticas de promoção à equidade em saúde para populações que vivem em condições de vulnerabilidade, dentre elas a população negra. Tais políticas vêm sendo implementadas pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) – parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). O DAGEP promove o enfrentamento do racismo institucional no âmbito do SUS com ações que envolvem práticas educativas nos serviços de saúde, educação popular em saúde e mobilização social e fortalecimento do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

À vista disso, nota-se que, na Odontologia, a população negra, além de possuir adversidades nas esferas de prevenção a doenças bucais, também possui resquícios das cronicidades delas. Ademais, também há decisões de tratamentos rápidos e econômicos por escolha profissional baseadas na cor de pele de seu paciente e, por isso, é importante que a Política Nacional de Saúde Bucal pense em estratégias para o desmantelamento do racismo institucional. De acordo com Jones, o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas (2002 *apud* WERNECK, 2016, p. 541). A autora complementa que o racismo institucional “é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, a políticas, a práticas e a normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (WERNECK, 2016, p. 541).

Assim, é indispensável se pensar estratégias que estejam vinculadas à capacitação profissional quanto à população negra. A PNSB possui, em suas diretrizes, a proposta de “política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS” (BRASIL, 2004, p. 5). Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é necessário se notar

as dimensões do racismo institucional de maneira a ampliar as potencialidades individuais, o investimento em ações e os programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias, pelas possibilidades de elaboração e de implementação de mecanismos e de estratégias de não-discriminação; pelo combate e prevenção do racismo e de intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e a capacitação de profissionais; e pelo compromisso em priorizar a formulação e a implementação de mecanismos e de estratégias de redução das disparidades e de promoção de uma real equidade (BRASIL, 2007).

Dessa forma, é interessante pensarmos que essa fenda de estudo focada na população negra é promovida desde a graduação e, assim, os profissionais formados continuam em um ritmo de distanciamento de entender a necessidade de se dialogar sobre esse grupo populacional e, para além disso, reproduzem as violências associadas com uma formação etnocêntrica e elitizada. Nesse sentido, após a sua formação, a ausência de discussões dessa natureza irá afetar a sua prática clínica.

Ademais, a Política Nacional de Saúde Bucal elenca a necessidade de se utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiar o planejamento e, também, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados (BRASIL, 2004). Assim sendo, devemos sinalizar a importância de outra característica importante quanto à população negra: o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários e nos sistemas de informação de saúde, que fornecem dados para a construção de seus indicadores. Afinal, será a partir destes que as estratégias no cuidado ampliado em saúde bucal poderão ser realizadas.

Inclusive, é com base nesses dados que a PNS traz informações sobre a condição de saúde bucal da população negra (como sinalizado) e, assim, podemos perceber suas fragilidades (IBGE, 2003). No quesito ações, devemos observar que a PNSB traz, em suas obrigações, o cuidado posterior a uma perda dentária, isto é, a reabilitação por meio da instalação de prótese dentária. A partir disso, é sinalizado que a viabilização dessas possibilidades (de oferta) implica suporte financeiro e técnico específico, a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde, que é: contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões (BRASIL, 2004). Assim, devemos compreender que, além das diferentes regiões, devemos pensar sobre os diversos grupos populacionais, principalmente o negro, visto que este se apresenta com um dos mais afetados pela perda dentária.

Mediante a reabilitação oral, é possível devolver função mastigatória, estética, fonação e conforto ao paciente e, para além disso, no tocante à população negra, temos, também, a recuperação de toda uma trajetória de vida marcada pelas iniquidades em saúde bucal (CARREIRO *et al.* 2016).

A PNSB apresenta um pressuposto que busca “assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população” (BRASIL, 2004, p. 4). Este se comunica com uma das diretrizes gerais da PNSIPN, que busca fortalecimento e articulação do controle social. Porém, a PNSIPN acrescenta a necessidade da inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde, para, assim, praticar o exercício do controle social na saúde (BRASIL, 2007).

É interessante ressaltar que a participação popular é parte imprescindível para a ligação entre profissionais e comunidade. Podemos notar isso no fato de que as estratégias de atenção voltadas para a população negra não surgem ao acaso, e sim pela luta de Movimentos Sociais Negros ao Ministério da Saúde, formando o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Dessa forma, devemos nos questionar enquanto profissionais da odontologia sobre nosso espaço e nossa presença em lugares de luta.

Pensando em todo o processo histórico do Brasil, onde o negro surge enquanto corpo como produto e a utilização e cuidado deste servir a algo ou alguém, tendo em vista que uma das esferas de cuidado para isso era a boca, é preciso se questionar o porquê de a Odontologia estar tão distante e ainda poder ser autora de iniquidades, bem como de violência. Questionar as razões para que as práticas em odontologia, hoje, estejam, em sua grande maioria, nas mãos de profissionais brancos. Questionar o porquê de os profissionais negros da Odontologia ainda serem poucos e o porquê de não dialogarmos sobre essa população com indicadores sensíveis quanto à saúde de algo que entendemos: a boca.

## Considerações finais

Portanto, como nos lembra a canção cantada por Ivone Lara: negro é uma cor de respeito. Negro é inspiração! E, dessa forma, essa inspiração pode nos guiar a notar que a saúde bucal da população negra precisa ser reestruturada, a fim de encontrarmos “Um Sorriso Negro”, de fato.

Perceber que o Brasil apresenta discordâncias entre os índices de saúde bucal da população branca *versus* a população negra demonstra que o racismo institucional permeia essa área da saúde e, principalmente, da saúde pública, visto que esta é a maior porta de entrada da população negra.

Assim, é mais do que necessário que estejamos discutindo sobre as lacunas do cuidado para a população negra. Além de ser expressa a necessidade de sinalizarmos a raça como um

norteador da oportunidade de manutenção da saúde bucal ou violação da mesma, percebe-se que, para mais das linhas de cuidado para grupos etários, em Odontologia, é necessário traçarmos linhas de cuidados que especifiquem estratégias para mudarmos tal dinâmica.

## Referências

- ALMEIDA, Silvio de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- BOLLA, E. D. *Beleza, racismo e embranquecimento: um olhar para a odontologia*. 2016. 120 p. Tese (Doutorado em Psicologia Educacional) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS nº10: Saúde da População Negra*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/04/miolo-painel-10-22032016.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. *Diário Oficial da União*, n. 1, 13 ago. 2004. Brasília, DF, 2004.
- CABRAL, E. D.; CALDAS JR, A. F.; CABRAL, H. A. M. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 33, n. 6, p. 461-466, 2005.
- CARREIRO et. al. *Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis*. Natal, RN: EDUFRRN, 2016. 216 p.
- CARVALHO, L. E. P.; GRANJEIRO, J. M.; BASTOS, J. R. M.; HENRIQUES, J. F. C.; TARZIA, O. Clorexidina em Odontologia. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 39, n. 6, p. 423-427, 1991.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 598-606, 2002.
- CHISINI, L. A. et al. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clinical Oral Investigations*, Berlin, v. 23, n. 3, p. 1023-1030, 2019.
- CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 6, v. 12, p. 1691-1696, 2007.
- ALVES, A. Ângela Davis: “Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”. *El País*, São Paulo, v. 27, 27 jul. 2017. Acesso em: 18 ago. 2020.

- FERREIRA, A. A. A. *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.
- HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 4, v. 12, p. 1051-1056, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Rio de Janeiro, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *População Rural e Urbana* [internet]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínuos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=downloads>. Acesso em: 12 jul 2020.
- KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2020.
- MARTINS, Y.; DIAS, J.; LIMA, I. A Evolução da prática odontológica Brasileira: Revisão da Literatura. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 83-90, 15 dez. 2018.
- MATTOSO, K. M. Q. *Ser escravo no Brasil: séculos XVI-XIX*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2016.
- MICHAELIS, Dicionário. v. 13. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br>. Acesso em: 02 ago. 2020.
- MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, 2007.
- NASCIMENTO, A. do [1914-2011]. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. 3 ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.
- PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. *Revista História & Perspectivas*, Uberlândia, v. 25, n. 47, p. 47-173, 24 jan. 2013.
- PORTAL GELEDÉS. Pessoas brancas: o padrão social normativo. *Geledés*. [s.l.]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/pessoas-branca-o-padrao-social-normativo/>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 269-276, 2010.
- SACHS, A.; OLIVEIRA, P. A.; MAGNONI, D. Riscos nutricionais na terceira idade. In: MAGNOMI, D; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. (org.). *Nutrição na terceira idade*. São Paulo: Sarvier, 2005.



SANTOS, F. D. *Sete atos oficiais que decretaram a marginalização do povo no Brasil*. São Paulo: Educafro, 2014.

SEKINO S.; RAMBERG P.; UZEL N. G.; SOCRANSKY S.; LINDHE J. Effect of various chlorhexidine regimens on salivary bacteria and de novo plaque formation. *Journal of Clinical Periodontology*, Nova York, v. 30, n. 10, p. 919-925. 2003.

SILVA, M. E. S. *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 841-850, 2010.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 5, v. 36, p. 634-637, 2002.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, p. 535-549, 2016.

# 16 Envelhecimento e velhice da população negra: (re)construindo uma trajetória de cidadania com dignidade

*Alexandre da Silva  
Kenio Costa de Lima*

O Brasil, país democrático e que tem, na formação da sua sociedade, a presença de indígenas, de africanos, de europeus e de outros povos do mundo todo, é um país que envelhece. Envelhecer no Brasil é um fato “democrático”, ou seja, pessoas pretas, pardas, brancas e indígenas chegam a envelhecer e usufruir das mesmas condições? É essa a pergunta que norteará este capítulo, que abordará o envelhecimento da população negra e os aspectos das condições de vida das pessoas negras idosas. Trataremos, aqui, de aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, capacidade funcional, formas de adoecimento, lazer, educação, trabalho, violência, institucionalização, sexualidade, religiosidade, desigualdades, iniquidades e racismo. Tentaremos, também, mostrar que condições territoriais influenciam nas especificidades das pessoas que envelhecem e das pessoas idosas.

O envelhecimento da população brasileira traz como uma das suas marcas a heterogeneidade dos seus grupos sociais, a qual reflete maneiras diferentes para se envelhecer e que, na maioria das vezes, é a partir de trajetórias desiguais do percurso da vida. É por esse motivo que trataremos, neste capítulo, da população idosa negra brasileira, grupo que ainda sofre com os resquícios de um período de escravização que se manifesta na sua particularidade em ficar velho ou velha. Pode-se acreditar que a acelerada desconstrução cultural de tudo aquilo que era africano, indígena ou afro-brasileiro, ocorrida no Brasil como parte da política de embranquecimento, fez com que a pessoa idosa negra deixasse de ser considerada como anciã, que na cultura africana é uma pessoa muito valorizada e respeitada, e passasse a ser quase que um sujeito invisibilizado para a grande maioria da sociedade.

Na Gerontologia, ainda não há um consenso para se definir com exatidão o que é ser e quando é que podemos considerar uma pessoa velha. Usamos, comumente, um critério etário de 60 anos ou mais e, em países mais desenvolvidos, a partir dos 65 anos. Partindo da premissa de que o recorte etário para as pessoas idosas seria de dez anos a menos do que a expectativa de vida, estaríamos falando de 66 anos para a população brasileira.

No entanto, essa idade balizadora da velhice não leva em consideração as diferentes expectativas de vida, estratificadas pelas iniquidades sociais. Nesse sentido, seria uma pessoa negra considerada idosa com a mesma idade de uma pessoa branca que sempre desfrutou de privilégios e de oportunidades em todo o curso de sua vida? Certamente não. As iniquidades sociais nos seus múltiplos eixos (raça/cor, classe social, gênero) têm criado múltiplas expectativas de vida para o Brasil, onde encontramos indivíduos e coletivos com expectativa de vida dos japoneses e outros com expectativas de vida de povos da África subsaariana (LIMA; MENDES, 2019).

Nesse sentido, podemos já questionar, considerando as repercussões sociais, os sofrimentos mentais e emocionais, as discriminações e o adoecimento para a população negra, se esse é o melhor critério para definir a população idosa brasileira e se as iniquidades sociais e raciais vividas ao longo do tempo são o que justificam tal diferença e discrepância na forma de envelhecer. Fisiologicamente, os estresses vividos podem ter deteriorado mais o corpo negro se comparado ao corpo branco, que são pessoas que usufruem de possibilidades, de privilégios e de oportunidades maiores ao longo da vida, com variações também de acordo com o gênero (ROUX *et al.*, 2009).

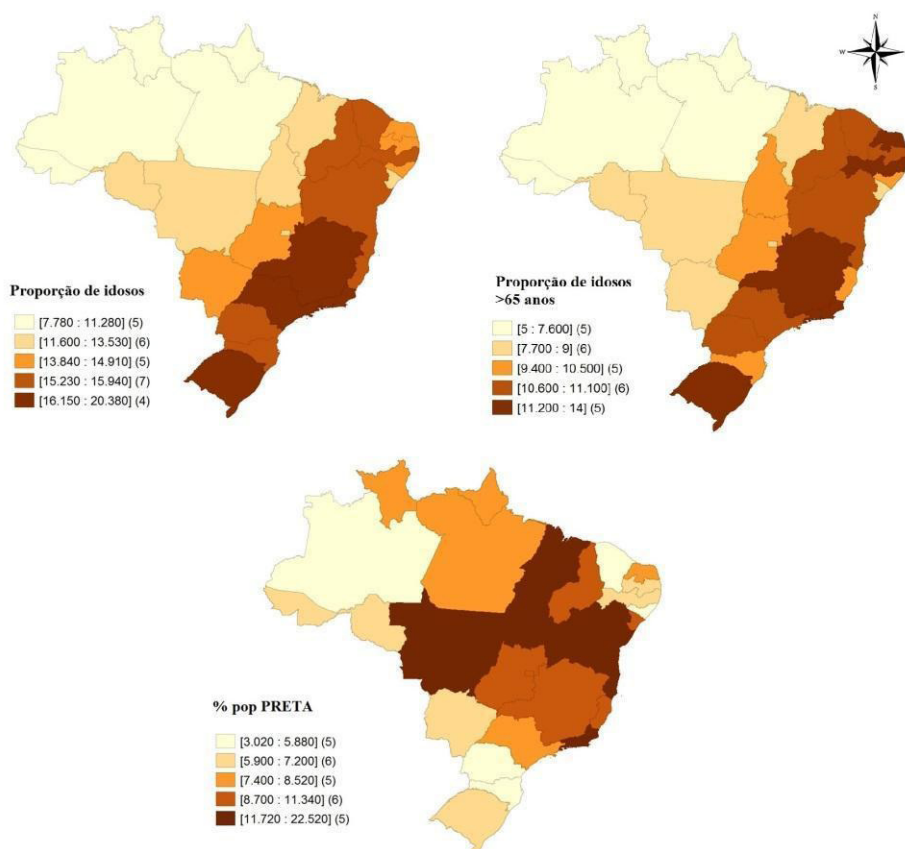
Em muitos municípios, a maior parte da população é negra, mas isso não quer dizer que a população idosa negra também o seja. Dados da Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios (PNAD) de 2019, que traz resultados sobre a demografia, mostram que, de 2012 até os dias de hoje, estamos enegrecendo, ou seja, nos tornando uma sociedade mais negra, isto é, com mais brasileiros se autodeclarando pretos ou pardos e envelhecidos, com proporções maiores de pessoas mais velhas e redução da quantidade de crianças e de adolescentes, quando comparados aos dados de 2012 (IBGE, 2019).

No entanto, ainda há um longo caminho para que grande parte da população negra envelheça. Esse longo caminho pode ser ilustrado em termos demográficos na Figura 1, quando analisamos a proporção de idosos com 60 anos e mais, e com 65 anos e mais, bem como a proporção da população que se autodeclara preta.

Podemos observar, na figura a seguir, que os estados com maior proporção de população preta não coincidem com aqueles mais envelhecidos, tendo como exceção o estado do Rio de Janeiro. Isso nos permite afirmar que, certamente, a população preta desses estados não consegue ultrapassar a barreira dos 60 anos, o que podemos extrapolar para os pardos, os quais, em conjunto com os pretos, constituem a população negra, tendo-se a necessidade de outro recorte etário para denominarmos os idosos dessa raça/cor. No entanto, mais do que isso, nós devemos buscar compreender o porquê de as pessoas pretas e pardas não conseguirem viver o mesmo tempo que os brancos (Figura 1).

Para explorar um pouco mais essas questões, vamos nos debruçar sobre a mortalidade. Segundo dados de mortalidade, negros e negras, historicamente, morrem de causas não tão “normais” como aquelas condições e doenças que afetam os sistemas cardiovascular, respiratório e endócrino, por exemplo. Há muitas mortes de pessoas negras decorrentes de causas externas, com destaque para homicídios e para acidentes automobilísticos, além de suicídios, transtornos mentais e gravidez (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004). Essas condições comprometem diretamente a proporção de pretos, de pretas, de pardos e de pardas que chegaram aos 60 anos e que, quando chegam, não possuem condições de vida e de saúde semelhantes àquelas dos brancos e sem a companhia de outros da mesma geração e cor da pele, trazendo solidão e riscos aumentados de depressão e de acometimentos pela síndrome da fragilidade, os quais tornam o idoso fisicamente mais vulnerável.

**Figura 1 – Proporção de pessoas idosas (60 anos e mais, e 65 anos e mais) e de pessoas pretas por estados da federação, com base nos dados da PNAD contínua trimestral (IBGE, 2019), categorizados por quintil**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).  
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2019.

Abaixo, seguem dados que reforçam a persistência das iniquidades raciais na saúde. A situação retratada entre 2015 a 2018 é a do estado do Rio Grande do Norte, em que são observadas causas de óbito desagregadas por raça/cor da pele. Homens negros e, em particular, os pardos, foram aqueles cujas médias de idade de óbito para algumas causas básicas não foram iguais ou superiores aos 60 anos, bem diferente de idosos brancos e de mulheres idosas, confirmando a feminização do envelhecimento. Desse modo, as mulheres estão vivendo mais do que os homens, ainda que mulheres negras estejam vivendo menos que as mulheres brancas e homens brancos vivendo mais que homens negros. Dificuldades de acesso aos bens e a serviços de saúde, com condições de vida piores ao longo da vida, são motivos que ajudam a explicar esse cenário injusto e que retratam as diversas manifestações do racismo.

Quando olhamos para os dados do Nordeste do Brasil, como afirma Mendes, em 2018, em sua tese, a raça/cor parda prevalece nos óbitos da população idosa total e nas faixas de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 e mais, porém, sua importância diminui de acordo com a idade. Enquanto os idosos pardos têm uma carga de óbitos de 30% a mais que os brancos nas idades mais jovens, estes gradualmente atingem idades mais avançadas e essa diferença reduz para 10,9% nas mortes aos 80 anos ou mais de idade. Observa-se, ainda, uma menor representatividade da raça/cor preta, com 7,6% do total de óbitos em idosos e uma pequena variação nas três faixas etárias estudadas.

Se unirmos os dados da mortalidade de pretos e de pardos nordestinos no período compreendido entre 2001 e 2015, vemos que, entre 60 e 69 anos de idade, 62,6% de todos os óbitos são de negros, número reduzido para 52,3% na faixa etária de 80 anos e mais. Já em relação aos brancos, observa-se, claramente, um incremento de 23,9% entre os idosos com idades menos avançadas para 34,6% entre os longevos (MENDES, 2018), o que denota a mortalidade precoce de pessoas idosas pretas e pardas.

Tal situação de iniquidade devido à raça/cor já é conhecida, pois interfere nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais, de modo que nascer de cor parda ou de cor preta aumenta significativamente a probabilidade de um indivíduo no Brasil ser pobre (HENRIQUES, 2001; SMOLEN; ARAÚJO, 2017). Ainda assim, é impactante e desumano observar que o efeito da raça/cor da pele se estende de forma evidente para o nível ecológico, estando municípios com maior percentual de brancos mais bem posicionados em relação à posição socioeconômica dentre outros municípios do país (MENDES, 2018). A invisibilização do direito à cidadania plena da população negra é estrutural e traz como consequência uma perda importante nos anos potenciais de vida, ferindo um direito constitucional básico, que é ter sua vida em plenitude.

Historicamente, sempre houveram dificuldades para se pensar em boas condições de vida para a população negra e, em particular, para a população idosa negra. A famosa lei dos Sexagenários, ou lei Saraiva-Cotegipe, de 1885, determinou a libertação dos escravos a partir dos 60 anos (BRASIL, 1886). No entanto,

[...] a lei estabeleceu que, a título de indenização pela sua alforria, estes seriam obrigados a prestar serviços a seus ex-senhores durante três anos. Entretanto, ao completarem 65 anos, estariam isentos de tal obrigação, mesmo que não tivessem completado o tempo estipulado. Os escravos com idade entre 55 e 60, que não quisessem realizar o serviço indenizatório, poderiam pagar o valor não excedente a metade do que fosse arbitrado. Após o cumprimento do tempo de serviço mencionado, os sexagenários libertos continuariam em companhia de seus ex-senhores, que seriam obrigados a tratá-los, porém usufruindo do trabalho deles, salvo se preferissem obter os meios de subsistência em outra parte, mediante autorização de um juiz de órfãos. (GABLER, 2015)

O cerceamento da real liberdade e da manutenção de ações escravistas ainda perdurava, a ponto dos “ex-escravos” terem que manter domicílio no município onde haviam sido alforriados por cinco anos, com exceção das capitais, e continuarem “trabalhando” para seus ex-proprietários. A controversa lei libertadora ainda previu que “caso o liberto se ausentasse sem consentimento, seria considerado vagabundo, apreendido pela polícia e empregado em trabalhos públicos ou em colônias agrícolas. Os libertos desocupados também sofreriam punições que poderiam chegar à prisão ou envio a uma colônia agrícola” (GABLER, 2015).

Observa-se que, sistematicamente e estruturalmente, o envelhecimento da população negra sempre esteve comprometido por leis e por questões socioeconômicas e políticas. Assim, já se pode destacar um dos principais motivos da dificuldade de as pessoas negras envelhecerem no Brasil: o racismo (WERNECK, 2016), manifestado de forma estruturante e institucional, causando uma forma desigual, injusta, evitável e desnecessária de vida menor se comparada àquela das pessoas idosas brancas.

**Tabela 1 – Média, desvio padrão das idades e a significância estatística por causa básica de óbitos por raça/cor e gênero feminino no estado do Rio Grande do Norte no período de 2015 a 2018**

CAUSA BÁSICA	FEMININO									
	Branca			Preta			Parda			p**
	X±DP			X±DP			X±DP			
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	75	±	20	66	±	21*	66	±	23*	0,000
II - Neoplasmas [tumores]	67	±	17	65	±	17	63	±	17*	0,000
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	66	±	26	53	±	30	62	±	26	0,182
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	77	±	14	74	±	15	74	±	15*	0,000
V - Transtornos mentais e comportamentais	76	±	20	69	±	14	68	±	19	0,016
VI - Doenças do sistema nervoso	79	±	20	74	±	23	75	±	23*	0,007
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	68	±	22	51	±	3	54	±	21	0,926
IX - Doenças do aparelho circulatório	78	±	15	73	±	17*	74	±	16*	0,000
X - Doenças do aparelho respiratório	82	±	16	77	±	16*	78	±	18*	0,000
XI - Doenças do aparelho digestivo	74	±	18	64	±	21*	69	±	18*	0,000
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	80	±	16	75	±	20	81	±	17	0,342
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	76	±	19	77	±	21	68	±	23	0,013
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	79	±	18	70	±	19	73	±	20*	0,000
XV - Gravidez, parto e puerpério	29	±	8	27	±	3	30	±	7	0,227
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	27	±	30	65	±	28	47	±	30	0,003
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	80	±	20	82	±	14	71	±	25*	0,000
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	59	±	27	56	±	30	46	±	26*	0,000
<b>Total geral</b>	<b>75</b>	<b>±</b>	<b>18</b>	<b>71</b>	<b>±</b>	<b>18</b>	<b>69</b>	<b>±</b>	<b>20</b>	<b>0,000</b>

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

**Tabela 2 – Média, desvio padrão das idades e a significância estatística por causa básica de óbitos por raça/cor e gênero masculino no estado do Rio Grande do Norte no período de 2015 a 2018**

CAUSA BÁSICA	MASCULINO									
	Branca			Preta			Parda			p**
	X±DP			X±DP			X±DP			
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	65	±	24	59	±	21	59	±	21*	0,000
II - Neoplasmas [tumores]	70	±	17	67	±	16	66	±	17*	0,000
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	65	±	26	69	±	30	59	±	25	0,150
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	73	±	16	72	±	15	70	±	15*	0,000
V - Transtornos mentais e comportamentais	62	±	19	59	±	17	56	±	17*	0,002
VI - Doenças do sistema nervoso	71	±	25	70	±	23	63	±	25*	0,000
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide		±		61	±	0		±		-
IX - Doenças do aparelho circulatório	73	±	16	70	±	16*	69	±	16*	0,000
X - Doenças do aparelho respiratório	78	±	17	72	±	18*	74	±	18*	0,000
XI - Doenças do aparelho digestivo	64	±	18	61	±	17	59	±	17*	0,000
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	76	±	17	73	±	19	72	±	19	0,362
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	77	±	19	67	±	10	69	±	23	0,091
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	75	±	20	71	±	18	72	±	18	0,028
XV - Gravidez, parto e puerpério	-	±		-	±		-	±		-
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	31	±	28	27	±	23	41	±	33	0,308
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	70	±	22	71	±	19	58	±	22*	0,000
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	40	±	21	40	±	18	33	±	16*	0,000
<b>Total geral</b>	<b>69</b>	±	<b>21</b>	<b>66</b>	±	<b>19</b>	<b>55</b>	±	<b>24</b>	<b>0,000</b>

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).



O estado de saúde das pessoas idosas negras pode ser evidenciado a partir da observação dos dados de multimorbidades e de capacidade funcional. Quando analisamos a prevalência de multimorbidades (duas ou mais doenças crônicas que ocorrem simultaneamente) nas pessoas idosas por raça/cor, percebemos que essas doenças crônicas causam prejuízos às pessoas idosas antes que elas envelheçam, levando a óbitos precoces. Esse fato pode ser observado na análise da Tabela 3, que traz a ocorrência de multimorbidades em pessoas idosas no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (MELO; LIMA, 2018) e de um estudo realizado em 2019 em um município do interior do Nordeste brasileiro (SILVA NETO, 2018).

**Tabela 3 – Prevalência de pessoas idosas com multimorbidades no Brasil e em Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte**

Raça/cor	% de pessoas idosas com multimorbidades (duas ou mais doenças crônicas)	
	PNS*Brasil	SABE** Pau dos Ferros
Branco	54,5	70,3
Pretos	52,9	52,9
Pardos	50,8	66,2

\*Pesquisa Nacional de Saúde. \*\*Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento no município de Pau dos Ferros, município do interior do Nordeste brasileiro.

Os resultados dos dois estudos evidenciam que, embora a diferença para o Brasil não seja muito grande para as multimorbidades entre as categorias de raça/cor, o fato se torna mais evidente quando se direciona o olhar para os dados de um município do sertão nordestino. Pode até parecer contraditório, mas o maior acometimento de multimorbidades entre os idosos brancos revela a face cruel do racismo. Os quase 18% a menos de pretos idosos com multimorbidades evidenciam uma possível morte precoce por doenças crônicas, sobretudo se considerarmos a baixa oferta de serviços de saúde de qualidade que consiga minimizar o efeito dos fatores de risco dessas doenças crônicas na população negra.

A análise da condição de vida da população idosa demanda um olhar criterioso, atentando-se para como alguns indicadores refletem nas condições de saúde de tal população. Faremos, portanto, a apresentação de alguns resultados de pesquisas realizadas em diversas partes do país, justificando a necessidade de um olhar a partir dos aspectos metodológicos de cada estudo, do perfil amostral e da finalidade de cada um deles.

Partindo de um dos principais indicadores usados em Gerontologia, a capacidade funcional, comumente observada por meio das Atividades de Vida Diária (AVD) que o idoso é capaz de realizar, trazemos uma caracterização de idosos do Estudo SABE (Saúde e Bem-Estar e Envelhecimento) (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Utilizando dados da coorte de 2010 (Tabela 3) e de parte dos resultados preliminares da tese de Silva (2017), realizou-se uma descrição de AVDS na perspectiva da cor da pele e a conclusão foi a de que não há tantas diferenças funcionais entre os grupos raciais de idosos, com exceção para piores condições funcionais para idosas brancas no deitar e no levantar da cama, no tomar remédio sozinho para as idosas pretas e pardas e no preparar refeições para os idosos pretos e pardos. No entanto, ao se fazer os ajustes estatísticos adequados, que consideram fatores demográficos, socioeconômicos e modo de vida, notou-se que o efeito do racismo e as iniquidades decorrentes repercutiram na presença ainda maior de incapacidades funcionais em idosos negros. Sugerimos ver os detalhes na tese (SILVA, 2017).

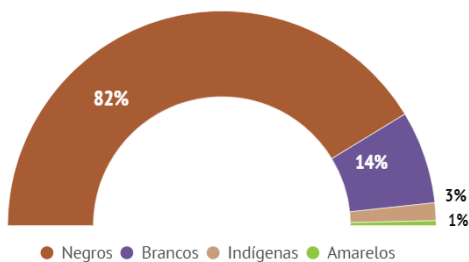
Uma das características que expõe muito as pessoas negras a um menor tempo de vida é ou são a falta de oportunidades no mercado de trabalho formal e a oferta de vagas em jornadas e com carga de trabalho que se assemelham aos tempos escravocratas, sobretudo longe dos olhos do órgão fiscalizador do Ministério Público do Trabalho, como pode ser visto na figura a seguir.

Figura 2 – Perfil dos trabalhadores negros e condições de escravidão entre 2016 e 2018

## Resgatados da escravidão

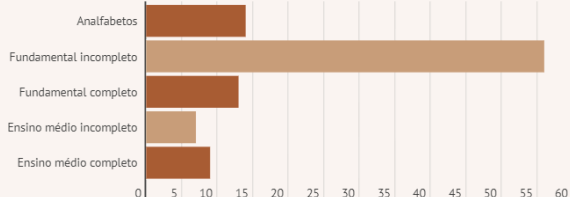
Dos 2.570 trabalhadores resgatados entre 2016 e 2018,  
2.481 receberam auxílio temporário

 82% são negros



## Perfil dos trabalhadores negros

### Escolaridade (%)



### Ocupação



Fonte: adaptado de <https://reporterbrasil.org.br/2019/11/negros-sao-82-dos-resgatados-do-trabalho-escravo-no-brasil/>

Trabalho para as pessoas negras é, ao mesmo tempo, a solução e um grande problema. Tal afirmativa diz respeito ao fato de o trabalho exercer um papel social importante para a socialização e ganho material para pessoas negras, incluindo as idosas. Ademais, ele permite a construção de novos vínculos de amizades e realizações de sonhos, como a da casa própria, bem como a educação de filhos e netos. Para tanto, isso pode ser um problema se considerarmos que, na maioria das vezes, existe o subemprego, a desvalorização dos trabalhos manuais, especialmente os domésticos, e o exercício nem sempre pleno dos direitos enquanto trabalhador, levando em conta a possibilidade de se trabalhar sem estar doente (SILVA *et al.*, 2016) ou de alcançar a aposentadoria em idade que não seja tão tardia.

**Tabela 3 – Caracterização quanto à dificuldade na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) de idosos do município de São Paulo em 2010 por sexo (n=1263)**

Atividades de Vida Diária (AVD)	Mulheres (n=812)					Homens (n=451)				
	Branca	Parda	Preta	Total	p	Branca	Parda	Preta	Total	p
Apresentar dificuldade para										
Comer sozinho (n=1262)	3,03	2,84	6,15	3,17	0,43	1,02	3,16	5,17	2,01	0,12
Vestir-se sozinho (n=1262)	13,84	14,47	20,19	14,43	0,40	6,31	11,05	12,06	8,23	0,16
Tomar banho	8,63	8,86	3,76	8,40	0,43	4,25	9,45	10,69	6,36	0,06
Deitar ou levantar da cama	9,57	5,96	4,31	8,11	0,04	3,88	7,06	5,32	4,97	0,38
Ir ao banheiro sozinho	9,35	8,81	10,28	9,24	0,93	6,46	9,07	11,33	7,66	0,50
Pentear o cabelo	6,88	7,54	12,48	7,44	0,34	1,78	2,95	5,17	2,41	0,37
Preparar refeições	6,69	6,91	14,11	7,22	0,11	1,63	11,08	13,02	5,44	0,001
Tarefas domésticas leves	11,68	10,92	16,76	11,76	0,46	4,07	7,23	8,24	5,38	0,29
Tarefas domésticas pesadas	37,07	32,57	35,72	35,58	0,46	12,60	13,27	17,23	13,19	0,75
Tomar remédio sozinho	10,44	15,77	19,97	12,70	0,02	9,04	14,80	16,76	11,43	0,13
Cuidar do próprio dinheiro	22,33	21,97	26,34	22,46	0,76	12,14	19,09	21,79	15,04	0,09

Fonte: Silva, 2017

**Tabela 4 – Caracterização quanto à dificuldade na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) de idosos do município de São Paulo em 2010 - Total (n=1263)**

Atividades de Vida Diária (AVD)	Total (n=1263)				
	Branca	Parda	Preta	Total	p
Apresentar dificuldade para					
Comer sozinho (n=1262)	2,24	2,97	5,69	2,71	0,14
Vestir-se sozinho (n=1262)	10,89	13,14	16,40	11,97	0,18
Tomar banho	6,91	9,09	6,99	7,59	0,35
Deitar ou levantar da cama	7,34	6,39	4,78	6,87	0,54
Ir ao banheiro sozinho	8,21	8,91	10,77	8,61	0,71
Pentear o cabelo	4,88	5,76	9,07	5,45	0,26
Preparar refeições	4,71	8,53	13,61	6,52	0,002
Tarefas domésticas leves	8,70	9,48	12,79	9,23	0,40
Tarefas domésticas pesadas	27,47	25,04	27,10	26,69	0,70
Tomar remédio sozinho	9,89	15,39	18,47	12,20	0,001
Cuidar do próprio dinheiro	18,33	20,86	24,22	19,52	0,28

Fonte: Silva, 2017

Assim, falar de trabalho das pessoas idosas negras é, indiretamente, falar das condições para o lazer. Diretamente afetado pelo exercício prolongado do trabalho (mal) remunerado, o lazer fica comprometido e alocado em segundo plano. Por mais que, atualmente, existam possibilidades decorrentes de redução de valores ou de gratuidade de passagens, de diversidade de pacotes turístico ou de diversas instituições que, gratuitamente ou a custos bem baixos, ofereçam possibilidades de lazer, para a grande maioria das pessoas idosas negras, esse exercício do divertir-se, de ser livre para fazer o que quer, nunca existiu. O compromisso para o trabalho, sim. Daí que, ao encerrar um ciclo de vida profissional, essa pessoa idosa negra se encontra com incapacidades funcionais e doenças decorrentes das atividades laborais exercidas por longo tempo – por vezes, sem a companhia de pessoas que viabilizem uma vida social mais ativa – e sem ter aprendido a ter o lazer. Possivelmente, na psicanálise e no racismo, encontramos explicações para esse comportamento de privações e de não direito, de não pertencimento a essa atividade da vida.

Nesse sentido, podemos incluir, também, a falta de diversidade, a insuficiência “estatal”, traduzida pelo empobrecimento de atividades que atendam aos desejos mínimos de diversão requerida pelas pessoas idosas negras, pela “desconstrução de identidade”, e aumento dos valores religiosos e não tradicionais das populações afro-brasileiras. Ainda, pode-se observar tal fato pelo afastamento dos espaços públicos de lazer em relação aos locais de onde residem, bem como o risco da violência decorrente da falta de investimento público e de uma política de paz mais efetiva, o que pode ser comum a todas as pessoas, mas maior em territórios em que concentram pessoas negras.

Nas últimas décadas, há um importante movimento cultural, intelectual, acadêmico e social que busca trazer outra narrativa para contar a história da população negra no Brasil e, também, em outros países pertencentes à diáspora africana. Tal movimento é de extrema importância, uma vez que a história contada tendo o negro como sujeito traz outros sentidos para o entendimento da construção de identidade negra. Essa construção passa pela (re)significação da ancestralidade, dos valores do matriarcado (muito na oposição do patriarcado vigente no sistema capitalista em que vivemos), da importância do sujeito como um todo, do seu corpo, de que conhecimento e sabedoria pode ser tudo e não apenas o que se manifesta pelo pensamento (algo típico da cultura europeia – manifestada na valorização dos bustos dos pensadores e, na maioria, homens brancos).

Dessa forma, a escolaridade, que, historicamente, no Brasil é deficitária à população negra, quando – e se – ela envelhece, terá dificuldade para a inclusão digital e para o exercício da sua autonomia. Há de se considerar a necessidade do aprendizado ao longo da vida, que envolve novos saberes incorporados em diversas fases da vida e, em particular, após os 60 anos. Dentro de um mundo cada dia mais globalizado, em um país que cria barreiras a programas de incentivos à diversidade cultural, que não reconhece a legitimidade do ensino da cultura afro-brasileira nas escolas (e sempre foi assim), com empobrecimento de atividades em espaços públicos de educação e promoção de saúde, principalmente em territórios negros, como chegar a idosos negros, que ainda enfrentam dificuldades financeiras e incapacidades funcionais para o deslocamento? A educação para as pessoas idosas negras precisa ser planejada adequadamente. Qual a reprodução social que temos ao longo da história? Há pouquíssimo tempo para a história de um país, de 1835 a 1887, ainda estávamos discutindo por lei a quem caberia o direito de frequentar as escolas, tendo em vista a sua cor de pele. E essa reprodução social repercute nas crianças, em adolescentes e em jovens fora da escola por motivos que envolvem a falta da efetividade de políticas públicas, culminando na condição da pessoa idosa negra, discriminada também pela baixa escolaridade e pelo analfabetismo.

O desfecho é que as pessoas idosas, sobretudo as negras, menos escolarizadas são sujeitas a buscarem algum grau de escolarização nos bancos da Educação de Jovens e Adultos

(EJA), os quais não são planejados para compreenderem as especificidades das pessoas idosas, nem muito menos das pessoas negras idosas, constituindo grupos de educação em horários noturnos e em um *mix* com pessoas que estão privadas de liberdade ou em conflitos com a lei. O que esperar desse tipo de educação construída sob um alicerce que dificulta o acesso às pessoas idosas e negras?

Aliás, cabe aqui ressaltar que a própria designação de educação de jovens e adultos é excludente. Nesse sentido, escancara-se a importância da educação popular, pautada na realidade dos indivíduos, os quais são protagonistas do seu processo educacional. Isto posto, valorizar o conhecimento da população negra idosa, sua cultura, sua ancestralidade e seus territórios são estratégias importantes para resgataremos o real papel da educação para essa população, uma educação que se faça emancipatória e instrumentalize as pessoas negras idosas sobreviventes na compreensão das suas cidadanias, resgatando-as da invisibilidade.

Na construção de um mapa mental de significados e de conexões, o racismo, a discriminação e a violência teriam muitas conexões entre si. No envelhecimento, as nuances e apresentações da violência são, muitas vezes, travestidas como excesso de cuidado, de proteção, de preocupação com a saúde da pessoa idosa. Aproximações de pessoas que nunca tiveram vínculos afetivos, o silêncio “verbalizado” pela pessoa idosa em diversas situações de encontros familiares são sinais comumente associados à violência.

Os tipos são diversos – psicológica, verbal, física, financeira e sexual, assim como os locais de ocorrência: hospital, rua e residência, por exemplo. E os praticantes também: no campo programático, o Estado, com suas políticas ou omissões que aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa em diversos setores; a família, seja por familiares agressivos, desgaste do cuidador ou insuficiência familiar; as instituições, com seus protocolos e suas normas de procedimentos que, em algumas situações, discriminam e violentam, de alguma forma, a pessoa idosa. Essas são algumas exemplificações da violência contra a pessoa idosa e que podem nem sempre ser notificadas para os órgãos responsáveis e que, conseqüentemente, medidas assertivas sejam tomadas.

Há de se considerar, também, a possibilidade de institucionalização da pessoa idosa. As Instituições de Longa Permanência (ILPI) podem ser uma opção interessante, em um primeiro momento, mas também se deve considerar a qualidade da ILPI e as formas de pagamento, por exemplo, o que gera uma exclusão das pessoas negras idosas e, na maioria das vezes, pobres, a terem oportunidade de um cuidado de longa duração de qualidade.

Em uma compilação de dados realizada com as denúncias de violência contra indivíduos com 60 anos ou mais no canal de denúncia “Disque 100” de dezembro de 2018 a novembro de 2019 para o estado do Rio Grande do Norte, observou-se que o principal tipo de violência foi a negligência, seguido da violência psicológica e de abuso financeiro. Dos

indivíduos que sofreram violência, 37,9% foi declarado pelos denunciadores como brancos, 34% como pardos e 8% como negros, tendo sido elevado o número de casos cuja cor/raça das vítimas não foi informada (19%).

O principal local onde ocorreram as violências foi na casa em que a pessoa idosa residia. No que se refere à cor/raça dos agressores, 30,3% foram declarados como pardos, 28,1% como brancos e 6,7% como negros, sendo também elevado o percentual de suspeitos cujos dados referentes à cor/raça não foram informados (34,5%). Apesar de não haver uma diferença evidente na proporção entre os negros e os brancos que sofreram violência, percebe-se que, em relação aos agressores, há um percentual expressivo de não declaração da raça/cor da pele dos mesmos e da informação de que não sabemos quem praticou violência contra quem. Se seguir a tendência, as pessoas idosas e pretas estão mais sujeitas a sofrerem violência, considerando sua dupla vulnerabilidade.

Outro aspecto importante a destacar no envelhecimento da população negra é a sua sexualidade, um dos aspectos ainda pouco explorados no mundo acadêmico e da forma mais ortodoxa que conhecemos. No entanto, ela sempre fez parte da vida das pessoas negras, idosas ou não. Dos aspectos mais divulgados relacionados ao tema, fala-se muito da objetificação da mulher negra e de estereótipos hipersexualizados de ambos, desvalorizando o sujeito negro de quaisquer outras características. Entretanto, cabe aqui destacar particularidades sobre a sexualidade da pessoa idosa negra. As mudanças fisiológicas, fisiopatológicas e os contextos socioeconômicos poderão ter efeitos negativos também para idosos e idosas negras, assim como ocorre com qualquer outra pessoa não negra.

A respeito da sexualidade de idosas negras e idosos negros, há o exercício desta em diversas situações do cotidiano e ao longo da vida: o sentir-se bem de idosas e de idosos pela atração e pela beleza que possuem e que percebem nas relações que constroem, nos relacionamentos com pessoas de mesma geração ou intergeracionais, na descoberta de novas formas de prazer e de gozo, bem como das novas partes do corpo as quais se tornaram mais excitantes e prazerosas de serem tocadas, o afeto pelo companheiro, a vaidade em querer estar bonito/a.

Por outro lado, e possivelmente, em decorrência da construção histórica de que pessoas negras são pessoas ardentes e hipersexualizadas, ainda nota-se resquícios dessa construção em pessoas idosas negras. Tal situação pode ser negativa sobre o ponto de vista de ainda ser uma cobrança ou um aprisionamento nesse papel e o desempenho esperado, mas, se presente em idosos e idosas que ainda mantém o desejo por sexo, pode ser positivo por aumentar a autoestima e atuar como um elemento de excitação para uma prática sexual. Em consequência do fenômeno mundial de feminização da velhice, idosas negras avançam a discussão sobre sexualidade, fazendo com que pesquisadores e gerontólogos precisem se debruçar também sobre esse assunto.

Ademais, religiosidade e espiritualidade de pessoas idosas negras são assuntos importantes para a abordagem deste capítulo. Na análise subjetiva desses dois assuntos, pode-se indagar o quanto a religiosidade é o assunto mais falado e externalizado na nossa sociedade. Desse modo, importantes e rápidas mudanças quanto às práticas religiosas ocorreram no Brasil e, por isso, é muito frequente a participação de pessoas idosas negras em cultos neopentecostais. Entendemos que essa prática pode suprir demandas de insuficiências das redes sociais, como também aponta para a ampliação da espiritualidade.

A espiritualidade não necessariamente fica restrita aos saberes e às práticas das religiões mais praticadas no Brasil: católica e evangélica. O exercício do sincretismo pode ser uma possibilidade de existência de práticas de natureza africana ou indígena, ainda que disfarçada ou pouco declarada. Na construção racista e de desconstrução da cultura afro-brasileira, entende-se, também, a dominação de outras religiões e de seus valores sobre aqueles conhecimentos trazidos pelas ancestralidades africanas e indígenas.

## Considerações finais

Esperamos que este capítulo tenha suscitado o interesse e a necessidade de estudarmos as particularidades e as características do envelhecimento da população negra e das pessoas negras que são idosas. Repensar práticas, saberes, políticas e programas faz-se necessário para a redução de iniquidades e a oferta de possibilidades para o exercício da cidadania plena e para um envelhecimento que valoriza o ser negro/negra, não em oposição ao ser branco, mas como ressurgimento e fortalecimento de uma identidade negra (afro-brasileira ou afro-indígena). Para tanto, como qualquer outra pessoa, os idosos e idosas negros têm expectativas, propósitos de vida que precisam ser respeitados e legitimados, e, como sociedade, precisamos garantir o direito da possibilidade, das oportunidades, da saúde, do trabalho, do lazer e de todas as demais vontades e necessidades.

## Referências

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004.

BRASIL. *Lei nº 3.270, de 28 de setembro de 1885*. Regula a extinção gradual do elemento servil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LIM/LIM3270.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM3270.htm). Acesso em: 15 jun 2020.

GABLER, L. *Lei dos sexagenários*. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/280-lei-dos-sexagenarios#:~:text=A%20lei%20n.,com%20mais%20de%20>



60%20anos.&text=Usualmente%2C%20a%20ideia%20de%20igualdade,poss%C3%ADvel%20 fonte%20de%20desordem%20social. Acesso em: 15 jun 2020.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. Texto para discussão, n. 807.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)*. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acesso em: 15 jun. 2020.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*, Atlanta, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (org.). *SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LIMA, K. C.; MENDES, T. C. O. What is the ideal age limit for a person to be considered an older adult today? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. e190298, 2019.

MELO, L. A. *Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros*. 2019. 77 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320202510.34492018. Acesso em: 15 jun. 2020.

MENDES, T. C. O. *Perfis da mortalidade de idosos no Nordeste: estudo comparativo entre três faixas etárias e seus fatores contextuais relacionados*. 2018. 161 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

OLIVEIRA, T. C.; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. Diferenciais sócio-demográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 39, n. 2, p. 249-261, 2015.

PORTAL G1 – EDUCAÇÃO (Pernambuco). ‘Leis para inglês ver’ antecederam a abolição da escravidão no Brasil: Governo de Dom Pedro II determinou série de medidas antes da Lei Áurea. Pressão era feita pelos ingleses, que viviam processo de industrialização. Entrevistado: Paulo Chaves. *Portal G1 – Educação*, Pernambuco, 13 out. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/pernambuco/educacao/noticia/2016/10/leis-para-ingles-ver-antecederam-abolicao-da-escravatura-no-brasil.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ROUX, A. V. D. *et al.* Race/ethnicity and telomere length in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Aging Cell*, Oxford, v. 8, n. 3, p. 251-257, 2009.

SILVA NETO, A. P. *Saúde do idoso: um olhar sobre a multimorbidade e a auto avaliação em saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SILVA, A. *Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial*. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, A. *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 21, p. 1-14, 2016. Supl. 2.

SMOLEN, J. R.; ARAUJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

# 17 Questões étnico-raciais da população negra na formação de profissionais da saúde: reflexões sobre a situação brasileira

*Rafael Rodolfo Tomaz de Lima*

*Thais Paulo Teixeira Costa*

*Dyego Leandro Bezerra de Souza*

*Janete Lima de Castro*

## Introdução

Com o aporte da literatura científica, bem como de documentos institucionais, este capítulo pretende apontar elementos para uma reflexão crítica sobre a abordagem das questões étnico-raciais da população negra na formação dos profissionais de nível superior da saúde no Brasil. Para tanto, a tessitura da discussão presente neste texto será norteadada pelos seguintes elementos:

- o contexto racial brasileiro e a formação em saúde;
- a representatividade do povo negro nas Instituições de Ensino Superior;
- a docência em saúde frente às questões étnico-raciais da população negra.

## A interface entre o contexto racial brasileiro e o processo formativo em saúde

Considerando a historicidade do Brasil, sobretudo o seu passado escravagista, pode-se reconhecer e afirmar que a sociedade brasileira é atravessada pela exploração e pelo genocídio do povo negro, assim como por uma profunda desigualdade étnico-racial e social (NASCIMENTO, 1978; BRASIL, 2019). Mesmo após 132 anos da abolição da escravatura e após o reconhecimento do racismo como crime hediondo em 1989, percebe-se que as relações cotidianas estão marcadas pela supremacia branca e pelo preconceito às pessoas negras.

Segundo Marques (2018), nota-se que, no decorrer da história brasileira, a construção da identidade do povo negro é marcada por diversos estigmas que inferiorizam a sua cultura e exaltam os valores eurocêntricos.

Ainda de acordo com a autora, “as características físicas do negro, principalmente a cor da pele, o formato do nariz e da boca e a textura dos cabelos, são aspectos que levam esses sujeitos a serem vítimas de preconceito e discriminação” (MARQUES, 2018, p. 9). Esse tipo de comportamento influenciou, e ainda influencia, a dinâmica do país como um todo, colocando a população negra à margem da sociedade e, conseqüentemente, dificultando o acesso dessa população às melhores condições de vida.

Atrela-se a essa dinâmica social o mito da democracia racial, perpetuando a ideia de que as relações sociais brasileiras são harmônicas e amigáveis, não havendo desigualdades entre as pessoas, além de evidenciar a perspectiva na qual o racismo estaria ligado às situações individuais e pontuais (ESTRELA, 2019). Sobre o mito da democracia racial, Estrela (2019), citando Nascimento (1978), também destaca que:

[...] devemos compreender a democracia racial como significando a metáfora perfeita para designar o racismo estilo brasileiro: não tão óbvio como o racismo nos Estados Unidos e nem legalizado qual o apartheid da África do Sul, mas eficazmente institucionalizado nos níveis oficiais de governo assim como difuso no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país (NASCIMENTO, 1978, p. 92).

Na verdade, o que existe é uma iniquidade racial que agride a vida da população negra, a qual representa a maioria (50,7%) dos cidadãos brasileiros. No decorrer dos anos, as desvantagens criadas pela escravidão e pela ausência de políticas capazes de mitigar o isolamento social, bem como de estimular a participação do povo negro nos espaços políticos e decisórios, contribuíram para a atenuação de um cenário racista (SILVA *et al.*, 2017).

Para tentar mudar essa realidade, Batista e Barros (2017) apostam no desenvolvimento da promoção da equidade, dentro de uma conjuntura ampla e intersetorial. A equidade está fortemente vinculada ao princípio da justiça social, reconhecendo que, em um determinado contexto, algumas desigualdades são injustas e evitáveis. Ademais, compreende-se que as necessidades são diferenciadas entre as classes da população e que é preciso haver ações específicas para superá-las, dando mais a quem tem menos, objetivando a diminuição ou a anulação das desigualdades (BARATA, 2009).

No âmbito da saúde, o modelo de atenção deve reforçar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles, o princípio da equidade. Diante do arcabouço legal do SUS, criado em 1990 e fortemente impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, pelas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e pela

Constituição Federal de 1988, caberá aos governos federal, estaduais e municipais organizarem os serviços de saúde para que o direito à saúde seja efetivado (FERTONANI *et al.*, 2015).

Outrossim, considerando o conceito ampliado de saúde presente na Carta Magna brasileira, em que a saúde é resultante de diferentes aspectos (renda, meio ambiente saudável, trabalho, saneamento, alimentação, educação, segurança pública e garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde; BRASIL, 1988), as práticas de atenção à saúde devem romper com o modelo biomédico e voltar-se para o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e das iniquidades em saúde, levando em conta, inclusive, a relação entre racismo e saúde, da mesma forma que a existência de vulnerabilidades as quais acometem de maneira mais profícua a população negra, como a pobreza e a violência. Além disso, é preciso destacar que a atenção à saúde não é garantida somente por organização e por disponibilidade de serviços, mas também pelo cuidado desenvolvido pelos profissionais dessa área.

Conforme afirma Werneck (2016), o racismo é institucional, deslocando-se da dimensão individual e partindo para a dimensão estrutural, correspondendo às formas políticas, organizativas e práticas para o desenvolvimento de desigualdades, e, de maneira não obstante, também está presente no SUS. Assim, cerca de 70% da população usuária dos serviços públicos do SUS se autodeclara preta ou parda; entretanto, quando busca esses serviços de saúde, a população negra enfrenta dificuldades de acesso, apresenta maior prevalência de discriminação por raça/cor e possui os piores indicadores de saúde (DANTAS, 2019).

O primeiro contato da população com os serviços do SUS se dá pelos profissionais da saúde e, para atenuar a repetição de práticas discriminatórias desenvolvidas por esses profissionais, é preciso reinventá-las. Para tal, uma das alternativas é o fortalecimento da educação permanente em saúde que, de um modo geral, objetiva orientar o desenvolvimento profissional para transformar as práticas de saúde e o modo de organização do trabalho, por meio do reconhecimento das necessidades locais e da educação no trabalho e para o trabalho, envolvendo instituições de ensino, bem como gestores, trabalhadores e usuários do SUS (CASTRO *et al.*, 2018).

Desse modo, por compreender o papel social e político dos profissionais de saúde, assim como a fragilidade do debate racial no processo educacional da população brasileira, incluindo na formação em saúde, reforça-se a importância do objetivo deste capítulo.

É preciso qualificar, de forma permanente, os profissionais que já atuam no SUS, mas também pensar em novas maneiras de ensino-aprendizado para os que estão em processo inicial de formação, utilizando-se dos cenários do SUS e do reconhecimento das necessidades e das demandas da população para orientar a formação em saúde. Afinal,

como ressalta Ribeiro e Medeiros Junior (2016), a educação das profissões da área da saúde possui uma grande relevância social, pois os alunos dos cursos existentes serão os profissionais que prestarão cuidados à saúde da população no futuro. A partir disso, faz-se necessário reconhecer as especificidades de saúde da população negra e incorporá-las nas normativas que regulamentam a formação de recursos humanos em saúde, bem como nos espaços institucionais onde essa formação ocorre.

Diante de um cenário propício para a implementação de mudanças na educação e no trabalho em saúde por intermédio de algumas ações estratégicas, tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos da Área da Saúde, em 2001; as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), em 2002; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), em 2005; entre outros, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 13 de maio de 2009, encontrou um campo fértil para estimular a inclusão dos temas “racismo” e “saúde da população negra” na formação inicial e na educação permanente dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009; SANTANA *et al.*, 2019).

Cabe destacar que a construção da PNSIPN e de suas diretrizes não partiu somente de iniciativas governamentais, como também de reivindicação dos movimentos sociais representativos do povo negro na construção de uma agenda política nacional mais igualitária. Tais movimentos, que atuaram na luta pela redemocratização do país e pela conquista da saúde e da cidadania como direitos, foram igualmente atuantes nas reformas do sistema educacional brasileiro a partir da década de 1990. Na pauta dessas reivindicações, estava, por exemplo, a criação de ações afirmativas para a reparação da exclusão histórica da população negra nas instituições de ensino, bem como a inclusão das relações étnico-raciais da população negra nos currículos educacionais (PAIVA, 2015).

Podem ser observados, no Quadro 1, alguns frutos dessa luta do movimento negro, traduzidos em normativas que contribuíram com a criação de conteúdos curriculares e de elementos pedagógicos para a abordagem da realidade da população negra brasileira, inclusive no ensino na saúde. Porém, como ressaltam Lima *et al.* (2018), as mudanças curriculares são apenas uma etapa para o alcance do perfil profissional almejado, já que influenciam, mas não determinam como as práticas acontecerão na realidade.

**Quadro 1 – Relação de algumas normativas que conduziram a criação de conteúdos curriculares e elementos pedagógicos sobre a cidadania afrodescendente no Brasil\***

Normativa	Data de publicação	Síntese descritiva
Lei nº 10.639	09 de janeiro de 2003	Altera a Lei .º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e as 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.
Resolução nº 01 do Conselho Nacional de Educação (CNE)	17 de junho de 2004	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.
Lei nº 11.645	10 de março de 2008	Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 09 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e as bases da educação nacional, para incluir, no currículo oficial da rede de ensino, a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”.

\*Elaboração dos autores

Na área da saúde, os últimos vinte anos são marcados pelo reconhecimento das iniquidades raciais em saúde e pelos fortes debates para a transformação dos currículos acadêmicos. Contudo, apesar da inclusão de novas propostas formativas na área da saúde, a partir da revisão das DCN, Faria e Silva (2016) e Santana *et al.* (2019) elucidam que a formação étnico-racial aparece de maneira muito tímida nos currículos dos cursos da área em foco, representando uma lacuna na formação dos futuros trabalhadores dos serviços de saúde e um despreparo na atuação dos docentes e dos coordenadores dos cursos desse âmbito.

Santana *et al.* (2019), ao problematizarem a presença da temática “equidade racial em saúde” nos cursos de graduação em Educação Física, em Enfermagem, em Farmácia, em Fisioterapia, em Medicina, em Nutrição, em Saúde Pública e em Terapia Ocupacional de três Instituições de Ensino Superior (IES) do estado de São Paulo, identificaram que a História e Cultura Afro-Brasileira, quando discutida, acontece majoritariamente em componentes curriculares eletivos. Além disso, para os coordenadores desses cursos, em

que 75% se autodeclararam brancos e 8% se autodeclararam pardos, a relação entre raça/cor e saúde possui nexos causais com as diferenças biológicas e, de modo menos expressivo, com os fatores sociais e históricos.

A incipiência dessa discussão nos processos formativos também pode ser exemplificada pelo estudo de Silvério e Dias (2019), que, ao propor pesquisar a abordagem da saúde da população negra nas estruturas curriculares dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), deparou-se com a resistência, por parte dos coordenadores, para disponibilizar os planos de ensino e, consecutivamente, para contribuir com a pesquisa.

Segundo Ferreira e Martins (2019), após uma década da criação da PNSIPN, percebe-se que os avanços em relação à política ainda são incipientes, de acordo com os dados do perfil dos municípios brasileiros realizados em 2018. O estudo revela que, além da baixa adesão à política, da sua dificuldade de monitoramento e de avaliação, no que se refere à diretriz da formação para os profissionais da área da saúde, esta é pequena, sofrendo um impacto ainda maior pela baixa qualificação dos docentes para tratar do assunto.

## Do ingresso nas universidades à formação de profissionais da saúde: há representatividade do povo negro?

Como já foi dito no início deste capítulo, na sociedade brasileira, há uma exaltação à cultura eurocêntrica, fruto de um processo colonizador, em que essa exaltação também está presente nos currículos educacionais. Regis e Basílio (2018) apontam que a lógica eurocêntrica sobrepõe a discussão acerca das relações étnico-raciais, influenciando, também, as práticas discriminatórias nos ambientes de ensino e interferindo negativamente na trajetória educacional dos estudantes negros.

Marques (2018), utilizando-se dos dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, revela que os jovens negros entre 15 e 24 anos se evadem ou são reprovados no ensino médio, e, também, não são inseridos no ensino superior em uma proporção maior do que os jovens brancos. Ainda segundo a autora, no ensino superior, incluindo a graduação e a pós-graduação (*Lato Sensu e Stricto Sensu*), os jovens brancos representam 31,1% dos estudantes e os negros, 26,2%.

Nos cursos de graduação da área da saúde, Noro e Moya (2019), a partir de um estudo com 196.856 discentes que realizaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) em 2013, revelam que o percentual de alunos brancos e amarelos é majoritário (59,8%). Essa situação pode ser um item que dificulte a diluição do ensino das relações étnico-raciais nos cursos da área da saúde, já que a presença de estudantes negros nas IES



e o envolvimento deles em ações de ensino, de pesquisa e de extensão tende a questionar a hegemônica cultura universitária branca e elitista, ressignificando e fortalecendo os debates sobre os direitos da população negra no Brasil (MARQUES, 2018).

Dentro das IES, assim como em qualquer outro espaço coletivo e institucional, a luta pela representatividade racial esbarra em um contexto de micropoderes difícil de transpassar, pois tais instituições estão formadas, em sua maioria, por pessoas que não vivenciaram ou não reconhecem as desigualdades étnico-raciais brasileiras. Para Foucault (1989), o poder é uma estratégia e seus efeitos são expressos em manobras, em táticas e no funcionamento dessas instituições.

Nessa perspectiva, o poder se exerce mais do que se possui, não é o privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas. São tais posições estratégicas que os movimentos sociais étnico-raciais procuram romper para ganhar espaço dentro das instituições de ensino.

Assim como todo contexto que envolve poderes, as conquistas não são permanentes e estão sempre ameaçadas pelas mudanças institucionais. O Brasil, recentemente, avançou no reconhecimento das desigualdades étnico-raciais ao criar políticas afirmativas de acesso à educação superior. O sistema de cotas para negros e pardos significou um avanço como medida de justiça social. Entretanto, produzem um acesso desigual à universidade, pois cursos com maior concorrência na área da saúde, como Medicina, Fisioterapia e Odontologia, ainda continuam sendo ocupados em sua maioria por brancos (PETRUCCELLI, 2004; 2007).

Além disso, o ensino de pós-graduação ainda enfrenta resistência em aceitar políticas de justiça social em seu sistema. As cotas para grupos vulneráveis continuam sendo uma realidade distante e se restringem a cursos da área das ciências sociais e humanas. Segundo Heringer e Ferreira (2009, p. 2), “o processo de adoção das políticas afirmativas, sobretudo, do sistema de cotas raciais, ensejou uma reação sem precedentes por parte de seus opositores. Assistimos, ao longo desses anos, a um verdadeiro ‘tsunami’ de argumentos contrários às políticas de cotas”.

Os autores apontam quatro arenas de conflito que as políticas afirmativas enfrentam: 1) a opinião pública, com participação de diversos intelectuais, de artistas e de meios de comunicação; 2) a academia, onde o movimento contra as cotas argumentou que o sistema fere o mérito do ingresso à universidade; 3) o Poder Legislativo Federal; e 4) o Poder Judiciário, com um grande número de ações levadas à justiça, inclusive na Suprema Corte (HERINGER; FERREIRA, 2009).

Outro aspecto a se considerar com a criação das políticas afirmativas de acesso ao ensino superior é o desafio de permanência dos alunos nesses cursos. Heringer e Ferreira (2009) afirmam que:

Tão ou mais importante que a ampliação de vagas e a pluralidade de mecanismos de acesso à universidade para alunos vindos de escola pública, afrodescendentes ou indígenas, é o reconhecimento de que eles precisam de um apoio especial, principalmente financeiro, para que possam ser bem sucedidos em suas carreiras (HERINGER; FERREIRA, 2009, p. 18).

Nesse contexto, as universidades oferecem algumas medidas, como bolsas, residência universitária, auxílio moradia, ajuda de custo para idas a eventos, dentre outros. Entretanto, isso ainda ocorre de forma limitada e tais ações precisam ser ampliadas. Portanto, acredita-se que, para mudar a realidade da população negra, é preciso realizar profundas transformações na educação, incluindo na formação dos profissionais da saúde, para além das modificações que já aconteceram e que estão acontecendo.

De acordo com Regis e Basílio (2018), para as mudanças de pensamentos, de valores e de comportamentos frente à população negra, é necessário que as alterações curriculares estejam vinculadas a outras políticas ainda mais abrangentes e inclusivas, envolvendo uma maior participação de pessoas negras no processo formativo, na posição de aluno e de docente; a formação permanente de professores para o ensino da História e Cultura Africana e Afro-Brasileira; e a inclusão de componentes curriculares obrigatórios acerca das relações étnico-raciais nos cursos de graduação e de pós-graduação.

## O papel dos docentes da área da saúde frente às questões étnico-raciais da população negra

Reconhecendo a desigualdade do acesso ao ensino superior, questiona-se: como é possível discutir sobre a representatividade dos docentes negros no ensino superior? Tendo como base os microdados do último Censo do Ensino Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), realizado em 2018, podemos analisar o percentual existente de docentes negros nas IES, de acordo com o sexo. No ano de 2018, o Censo contou com informações de 397.893 professores de IES das redes pública e privada.

Os microdados disponíveis sobre raça/cor, apresentados na Tabela 1, reforçam a necessidade de apreender e dar visibilidade às relações raciais no Brasil (SENKEVICS *et al.*, 2016), apesar do enfoque deste capítulo ser restrito à população negra.

**Tabela 1 – Distribuição percentual de docentes do ensino superior brasileiro por raça/cor e sexo**

Sexo	Amarelo	Branco	Indígena	Pardo	Preto	Docentes que não	Total
Homens	0,93%	52,59%	0,19%	14,63%	2,22%	29,44%	100,00%
Mulheres	0,87%	53,48%	0,00%	14,35%	1,74%	29,57%	100,00%

Fonte: INEP, 2018

Nesses achados, reconhece-se que a porcentagem relevante de docentes homens (29,44%) e mulheres (29,57%) os quais não declararam raça/cor abre discussão para reflexões sobre pertencimento racial. Contudo, a classificação e os dados encontrados, apesar de imperfeitos, elucidam a necessidade de “superação das hierarquias sobre as quais se edificou a sociedade brasileira” (SENKEVICS *et al.*, 2016, p. 15). Assim, os dados encontrados evidenciam a predominância de docentes brancos no ensino superior, tanto de homens (52,59%) quanto de mulheres (53,48%), frente às demais raças/cores.

Em relação aos docentes negros, incluindo pretos e pardos, a presença de homens (2,22%) e de mulheres (1,74%) reforça o desinteresse das IES em modificar, de maneira efetiva, a inclusão desse grupo no seu quadro de pessoal. Carvalho (2006) nos leva a refletir sobre o papel dos docentes dentro das universidades, considerando que, se são as instituições de ensino que desenvolvem as teorias e as reflexões contra o racismo, elas devem se posicionar “acerca dessa realidade de segregação de que eles mesmos participam” (CARVALHO, 2006, p. 91).

Ao longo da história a respeito dos espaços de formação, exemplificado pelo ambiente escolar, Saviani (2003) resgata que, desde o seu surgimento, a escola só amplia de fato seu espaço e seu acesso na sociedade capitalista a partir do interesse do capital e da sua própria necessidade de organização. O acesso ao ensino superior, em especial no Brasil, também possui marcas em sua história como um espaço de formação restrita. Modificações nesse modelo apenas aconteceram por meio de uma luta histórica dos movimentos sociais (MARQUES, 2018).

Apesar dos avanços conquistados para o ingresso de negros em cargos e em empregos públicos na rede federal, através da Lei nº 12.990, de 09 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), ainda não temos como garantido um número efetivo de docentes negros em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Isso porque, mesmo com a porcentagem existente de vagas as quais podem ser preenchidas por pessoas negras, a quantidade de pessoas negras que consegue ter os requisitos para tentar ocupar esses espaços é pequena, pois ainda não superamos a baixa representatividade de negros graduados e pós-graduados no Brasil (ARBOLEYA *et al.*, 2015).

Ou seja, são necessários o monitoramento e a avaliação das políticas inclusivas dentro dos espaços acadêmicos. Caso contrário, continuaremos tendo avanços legislativos, mas sem ter uma mudança estrutural efetiva. Desse modo, os espaços acadêmicos são constituídos, em sua maioria, por docentes que não sofreram com a segregação racial e o racismo estrutural. Para Carvalho (2006), há uma lacuna que advém da ausência de discussões e de contribuições para o enfrentamento do racismo por parte dos docentes brancos, o que pode ter contribuído para o pequeno avanço nas últimas décadas em relação à inclusão racial, comparando-se a realidade brasileira com a realidade de outros países, tais como Estados Unidos e África do Sul.

Carvalho (2006, p. 95) exemplifica alguns fatores que não contribuem para o enfrentamento da segregação racial, apesar de serem adotados no meio acadêmico, tais como: “postergação da discussão, o silêncio sobre os conflitos raciais, a censura discursiva quando o tema irrompe e o disfarce para evitar posicionamentos claros”. Diante desse fato, é importante destacar que existe uma lacuna na formação pedagógica dos docentes que atuam na área da saúde.

Na referida área, a docência vem se tornando uma oportunidade de trabalho, por oferecer melhor remuneração do que as áreas assistenciais (TREVISÓ; COSTA, 2017). Entretanto, apesar das exigências da formação em nível de pós-graduação *Stricto Sensu* para a prática docente nas universidades, o aprofundamento pedagógico nesse período formativo é inferior ao tempo destinado ao desenvolvimento de pesquisas, seguindo as exigências de produção orientadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, a CAPES (FREITAS *et al.*, 2016).

Essas exigências fragmentam o período formativo, contribuindo para que haja uma reprodução do modelo tradicional de ensino: o espaço da sala de aula centrado na figura do professor, com excesso de cobranças acadêmicas baseadas na produtividade e na competitividade. Tal modelo tradicional de ensino não contribui para as modificações na formação dos futuros profissionais de saúde frente às necessidades dos serviços e de uma nação como o Brasil, mergulhada nas desigualdades sociais.

Assim, compreende-se que o trabalho docente envolve uma “[...] atividade ao mesmo tempo teórica e prática, reflexiva e ativa [...], pois a decisão e a ação são momentos inseparáveis” (KUENZER, 1991, p. 18). Diante dos argumentos apresentados, lutar pela representatividade racial e pela qualificação docente nas IES é reconhecer a centralidade desse espaço para a modificação da sociedade brasileira.

## Considerações finais

Este capítulo apresentou alguns elementos que devem ser considerados na reflexão crítica sobre a abordagem das questões étnico-raciais da população negra na formação dos profissionais de nível superior da saúde no Brasil. Reconhecendo que existem limitações neste capítulo, tais como a escassez de análise acerca da abordagem dessas questões étnico-raciais no processo formativo de profissionais de nível médio/técnico e elementar da saúde, já que eles compõem a maioria da força de trabalho do SUS (MACHADO; XIMENES NETO, 2018), recomenda-se que outras investigações sejam realizadas, com a finalidade de aperfeiçoar, cada vez mais, a formação, o trabalho e a produção do cuidado em saúde frente às especificidades da população negra.

Para além dos elementos aqui apresentados, espera-se que outras ações sejam desenvolvidas para mitigar as desigualdades raciais e melhorar as condições de saúde e de vida do povo negro. Tais feitos devem considerar, sobretudo, a inclusão de representantes do segmento negro nos espaços decisórios, inclusive nos espaços de gestão da educação na saúde, para que as mudanças sejam estruturais e constantes.

## Referências

- ARBOLEYA, A.; CIELLO, F.; MEUCCI, S. “Educação para uma vida melhor”: trajetórias sociais de docentes negros. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 45, n. 158, p.882-914, dez. 2015.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1 (Supl.), p. e00090516, mai. 2017.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 maio 2020.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. *Atlas da Violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 22 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.990, de 09 de junho de 2014*. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12990.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12990.htm). Acesso em: 01 maio 2020.

CARVALHO, J. J. O confinamento racial do mundo acadêmico brasileiro. *Revista USP*, São Paulo, n. 68, v. 1, p.88-103, fev. 2006.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N.; TEODOSIO, S. S. S. Gestão da educação na saúde. In: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (org.). *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Natal: SEDIS-UFRN, 2018, p. 138-187.

DANTAS, M. N. P. *Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros: uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*, 2013. 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

ESTRELA, C. R. *Brincando com coisa séria: a saúde da população negra e a qualificação dos trabalhadores da saúde do estado do Rio de Janeiro*. 2019. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Observatório de Recursos Humanos, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

FARIA, M. A.; SILVA, A. J. A educação das relações étnico-raciais na formação em gestão de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Ensino Superior*, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2016.

FERREIRA, L.; MARTINS, F. B. Uma década após criação, apenas 28% dos municípios brasileiros implantaram a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Gênero e Número*, Rio de Janeiro, 14 nov. 2019. Disponível em: <http://www.generonumero.media/10-anos-politica-saude-populacao-negra/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FREITAS, D. A.; SANTOS, E. M. S.; LIMA, L. V. S.; MIRANDA, L. N.; VASCONCELOS, E. L.; NAGLIATE, P. C. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 437-448, jan. 2016.

HERINGER, R.; FERREIRA, R. Análise das principais políticas de inclusão de estudantes negros no ensino superior no Brasil no período 2001-2008. In: PAULA, M.; HERINGER, R. (org.). *Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Stiftung, 2009. p. 137-196.

- KUENZER, A. Z. *Educação e trabalho no Brasil: o estado da questão*. Brasília/Santiago: INEP/REDC, 1991.
- LIMA, R. R. T.; VILAR, R. L. A.; CASTRO, J. L.; LIMA, K. C. A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos da área da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 2 (Supl.), p. 1661-1673, 2018.
- MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, jun. 2018.
- MARQUES, E. P. S. O acesso à educação superior e o fortalecimento da identidade negra. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 23, p. e230098, dez. 2018.
- NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: o processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- NORO, L. R. A.; MOYA, J. L. M. Condições sociais, escolarização e hábitos de estudo no desempenho acadêmico de concluintes da área da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0021042, mai. 2019.
- PAIVA, A. R. Cidadania, reconhecimento e ação afirmativa no ensino superior. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 127-154, out./dez. 2015.
- PETRUCELLI, J. L. *Mapa do ensino superior brasileiro*. Rio de Janeiro: Políticas da Cor/LPP/UERJ e SEPPPIR, 2004.
- PETRUCELLI, J. L. Quatro anos de políticas de cotas: a opinião docente. *Democracia Viva*, Rio de Janeiro, [s.v.], n. 34, p.76-79, jan./mar. 2007.
- REGIS, K.; BASÍLIO, G. Currículo e relações étnico-raciais: o estado da arte. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 34, n. 69, p. 33-60, mai./jun. 2018.
- RIBEIRO, I. L.; MEDEIROS JUNIOR, A. Graduação em saúde, uma reflexão sobre ensino-aprendizado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 33-53, mar. 2016.
- SANTANA, R. A. R.; AKERMAN, M.; FAUSTINO, D. M.; SPIASSI, A. L.; GUERRIERO, I. C. Z. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, n. 1, v. 23, p. e170039, fev. 2019.
- SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.
- SENKEVICS, A. S.; MACHADO, T. S.; OLIVEIRA, A. S. *A cor ou raça nas estatísticas educacionais: uma análise dos instrumentos de pesquisa do INEP*. Brasília: INEP, 2016.

SILVA, N. G.; BARROS, S.; AZEVEDO, F. C.; BATISTA, L. E.; POLICARPO, V. C. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 100-114, mar. 2017.

SILVÉRIO, A. C. L.; DIAS, N. G. Abordagem da saúde da população negra nos cursos da área da saúde. *Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, v. 15, n. 1, p. 24-37, jan./jun. 2019.

TREVISIO, P.; COSTA, B. E. P. Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e5020015, abr. 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016.



# 18 Política de ações afirmativas na pós-graduação: mais um passo no enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil

Luiz Roberto Augusto Noro

Leny Alves Bomfim Trad

## Introdução

A política de ações afirmativas na pós-graduação configura-se como estratégia focal que visa incluir populações discriminadas (negros, quilombolas, indígenas, portadores de deficiências, pessoas transgênero, entre outros) na perspectiva de reduzir a iniquidade estabelecida na sociedade brasileira ao longo do tempo. Tem como pressuposto, portanto, o princípio da justiça social, buscando uma maior representatividade de grupos que, apesar de sua participação na composição populacional, foram excluídos do espaço de produção de novo conhecimento.

Propõe-se, neste capítulo, discutir alguns elementos relativos à equidade no acesso à educação superior, com foco central nas reflexões em torno dos fundamentos e dos argumentos que alicerçam as políticas de ações afirmativas, especificamente nos Programas de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva no Brasil.

Será também apresentado um breve relato da experiência de dois Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN e UFBA), os quais implantaram política de ações afirmativas nos processos seletivos para doutorado e para mestrado acadêmico. Tendo em vista tratar-se de uma iniciativa recente e sobre a qual não dispomos de avaliação sistemática, a intenção é compartilhar dados básicos relativos aos critérios adotados, ao perfil dos candidatos, além de alguns aspectos que se destacaram até aqui.

Por oportuno, reitera-se, para efeitos da reflexão, sobre cotas no ensino da pós-graduação, a posição defendida por Silvério (2002): a questão fundamental não diz respeito à aceitação ou não aceitação das cotas, mas esta outra: “como podemos incluir minorias historicamente discriminadas, uma vez que as políticas universalistas não têm tido o sucesso almejado, e, ao mesmo tempo, debater em que bases são possíveis rever aspectos fundamentais do pacto social”?

## Equidade e mérito: dilemas da educação superior no Brasil

O acesso ao ensino de graduação no Brasil tem, ao longo de sua trajetória, forte tradição na realização de exames pontuais na perspectiva de classificar e, a partir daí, selecionar os alunos de acordo com seu melhor desempenho. Vestibular, ENEM, exames seriados e afins são alternativas que estimulam o aluno a se preparar para uma prova que lhe permita o acesso à universidade. Esse sistema tem como foco uma suposta diferenciação na formação ao longo do ensino médio do aluno, o que implica numa diferenciação para os alunos que realizam o ensino médio em escolas de melhor qualidade e que podem se dedicar exclusivamente a essa atividade.

Para Santos (2011), a principal ferramenta existente para isso, o vestibular, “não existe para excluir, ele exclui para existir: é o instrumento que possibilita colocar uns para dentro e manter outros de fora”, e vem fazendo isso durante muito tempo no Brasil.

A partir desses instrumentos e de uma tradicional dinâmica de pesos ou médias, chega-se a uma classificação final, a qual ranqueia os candidatos em função do número de vagas ofertadas. Esses elementos sustentam a perspectiva da meritocracia:

[...] a meritocracia – a ideia de que o status social e profissional são resultados diretos da inteligência individual, da virtude e do trabalho duro – convence indivíduos isolados de que a falta de ascensão é um sinal de inutilidade inerente. A meritocracia neoliberal criou um ambiente cruel em que cada pessoa é seu próprio embaixador, o único porta-voz do seu próprio produto e corretor de seu próprio trabalho, em um mar de competição infinito. (VIANA; SILVA, 2018).

Esse neologismo *meritocracia* criado a partir da perspectiva de articular o poder (cracia) ao merecimento em função da inteligência, de virtudes ou de competências (mérito) é a justificativa utilizada especialmente pela elite econômica para legitimar o processo seletivo com base exclusivamente nesse referencial.

Entretanto, uma questão que se tem mostrado crucial a ser discutida no acesso à educação superior, em especial na pós-graduação *stricto sensu*, é a perspectiva da equidade. Esse tema (equidade) vive numa luta constante com a perspectiva da meritocracia, uma vez que indica a necessidade de se examinar elementos que constituem as relações presentes na sociedade de forma a tornar mais justas as condições previstas, como, por exemplo, em um processo seletivo. A meritocracia seria aceitável se as condições de todos os candidatos fossem iguais ao longo de toda a vida estudantil e não apenas no momento da realização do processo seletivo.

O debate sobre políticas afirmativas tem contribuído, em função disso, para problematizar as contradições e as injustiças associadas ao sistema de mérito, denunciando o quanto ele funciona como fator de manutenção e de reprodução dos privilégios sociais das elites

constituídas pelos grupos raciais hegemônicos, cujas conquistas nem sempre são resultados do mérito de seus representantes (GUINIER, 2015).

No calor do debate e da polêmica gerada no Brasil em torno da política de cotas para a graduação, Kabengele Munanga (2001) elencou um conjunto de argumentos em sua defesa que, certamente, se aplicariam também ao contexto da pós-graduação. O primeiro deles e, talvez, o mais contundente, reside no reconhecimento de que é preciso “aumentar o contingente negro no ensino universitário e superior de modo geral, posto que, *depois de 114 anos de abolição*, os negros representavam, naquela ocasião, apenas 2% dos estudantes universitários”. Para tanto, são imprescindíveis instrumentos e ferramentas, a exemplo das políticas de ações afirmativas, que possam acelerar a reversão das iniquidades evidenciadas no panorama educacional brasileiro.

Munanga (2001) foi especialmente enfático ao rebater as críticas mais recorrentes às políticas de cotas na educação, remetendo, em especial, à situação da população negra. Dentre os pontos assinalados pelo autor, destacamos: (1) o silenciamento por parte dos opositores às cotas, com respeito às estatísticas que comprovam a exclusão social do negro no Brasil; (2) a tendência a postergar a solução do problema para “um futuro longínquo, imaginando-se, sem dúvida, que medidas macroeconômicas poderiam miraculosamente reduzir a pobreza e a exclusão social”. O referido silenciamento reflete, por sua vez, a aquiescência ao mito da democracia racial, pressuposto básico da política racial brasileira, segundo o qual o Brasil representa um caso exemplar de convivência harmoniosa entre diferentes raças (GUIMARÃES, 2016).

Em que pese o número relativamente reduzido de pesquisas avaliativas sobre os impactos da política de cotas na graduação, já é possível vislumbrar sua contribuição no enfrentamento da inequidade racial na educação. Artes e Ricoldi (2015), ao analisar o perfil de ingresso na graduação brasileira para o período 2000-2010, evidenciaram incrementos significativos dos grupos contemplados pela política de cotas, destacando, ao focar o quesito raça/cor, um aumento de 384% para pretos e de 278% para pardos.

Esse avanço em relação à democratização do conhecimento, entretanto, não tem a mesma evolução em todas as carreiras. Segundo Ribeiro e Schlegel (2015), áreas mais valorizadas pelo mercado de trabalho, como as áreas duras (ciências exatas), incluíram menos que as áreas de Humanidades e de Ciências Sociais aplicadas.

De qualquer forma, acredita-se que os percentuais de acesso aos cursos de pós-graduação por meio de política de ações afirmativas também sofrerão incremento significativo, embora seja muito cedo para precisar a sua extensão. Também é certo, como bem lembrou Venturini (2019), que este processo tem contribuído para fortalecer o argumento em defesa

da revisão do conceito de mérito, tanto por considerar que as seleções não são puramente objetivas e impessoais, quanto para defender que tal revisão contribuiria para ampliar a entrada de grupos historicamente excluídos dos cursos de pós-graduação.

## Pós-graduação: como as políticas afirmativas se imbricam na avaliação dos Programas

O debate sobre políticas afirmativas na pós-graduação ainda é bastante tímido, sendo praticamente ignorado na agenda da política nacional para o setor. O Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) foi criado há cerca de 40 anos e, desde então, foram elaborados seis Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG) os quais visam nortear investimentos e ações neste segmento da educação brasileira, de forma plurianual.

Seguindo essa lógica, a preocupação com a avaliação realizada pela CAPES é muito rígida nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, de modo que a criação dessas políticas acaba sendo percebida por alguns como um risco à excelência científica, uma vez que poderia reduzir a qualidade do programa, redundando em prejuízo para seu desempenho ao longo do período avaliativo. Segundo De Fiori *et al.* (2017), apesar de não ser possível afirmar categoricamente como a admissão diferenciada em respeito a políticas afirmativas resultaria em uma redução da excelência, muitos programas conjecturam essa dificuldade pelo possível pior desempenho do aluno, pela necessidade de ampliação dos prazos de defesa das teses e das dissertações, pelo baixo impacto de suas publicações, entre outros argumentos.

Esses argumentos, entretanto, passam a perder significado a partir do quinto PNPG (2005-2010), no qual há referências específicas ao combate às assimetrias regionais e sociais, assim como a inclusão de parâmetros sociais no processo de avaliação.

Tal como destacam Barreto e Domingues (2012, p. 20-21), esse quinto PNPG refletiu um sistema nacional de pós-graduação mais maduro, mais institucionalizado e menos exposto às “pressões do estado mínimo e do culto do mercado dos governos neoliberais”. Notem que, na sua introdução, é ressaltada a necessidade “[...] de vencer nossas heranças sociais-históricas, pagar a dívida social e criar uma sociedade de bem-estar”.<sup>8</sup>

Contudo, contrariando as expectativas que poderiam ensejar os termos descritos, as cinco diretrizes do PNPG para o período 2011-2020, assim como os principais desafios a que ele se propõe enfrentar, não fazem referência à questão da iniquidade racial, considerando tanto o acesso quanto a permanência na pós-graduação.

---

8 Trecho extraído do referido plano por Barreto e Domingues (2012).

Em contrapartida, o processo mais recente de reestruturação do Sistema de Avaliação da Pós-Graduação revela alguns esforços nesta direção. Na área da Saúde Coletiva, a qual interessa focalizar neste capítulo, encontramos alguns sinais positivos. A nova ficha de avaliação dos programas de pós-graduação da área, aprovada pelo Conselho Técnico Científico (CTC) da CAPES, incorporou indicadores específicos relacionados com a adoção de políticas inclusivas no ingresso aos programas, assim como estratégias voltadas para a permanência de cotistas, evitando-se a evasão.

## Políticas de ações afirmativas: buscando justiça racial na construção do conhecimento

A chamada política de ações afirmativas, cuja finalidade principal consiste em “oferecer aos grupos discriminados e excluídos um tratamento diferenciado para compensar as desvantagens [...] do racismo e de outras formas de discriminação” (MUNANGA, 2001, p. 31), é muito recente na história da ideologia antirracista. No Brasil, embora as primeiras iniciativas de políticas afirmativas tenham ocorrido no campo eleitoral na década de 1990, o tema adquire visibilidade na agenda política e acadêmica brasileira a partir de 2012, com a regulamentação da chamada “lei de cotas” (Lei nº 12.711/2012).

A referida lei estabeleceu reservas de vagas em todas as instituições federais de ensino de graduação e técnico, combinando os seguintes indicadores: proveniência de escolas públicas, ter renda mensal igual ou menor que 1,5 salário mínimo per capita, ser autodeclarados pretos, pardos e indígenas e pessoas portadoras de deficiência.

No âmbito da pós-graduação, o processo tem se revelado mais errático. O Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (PPGAS-MN) vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) impulsionou, desde 2007, o debate sobre ações afirmativas para pós-graduação e foi pioneiro na implantação do sistema de cotas para a seleção de seus cursos, em 2012. Este quadro começa a mudar a partir da promulgação em 11 de maio de 2016, da Portaria Normativa nº 13/2016, que estabeleceu reservas de vagas para pretos, pardos, indígenas e estudantes com deficiência em cursos de mestrado, de doutorado e de mestrado profissional de instituições federais de ensino superior.

Entretanto, recentemente, essa própria normatização do nível federal, a qual previa a incorporação de cotas raciais nas instituições de educação superior públicas, foi frontalmente combatida por um ministro da educação. Tal evento foi bastante significativo, pois o que se espera de um ministro da educação, em tempos de discussões de inclusão e de diminuição das injustiças sociais, é o fomento às ações de equidade no acesso à educação superior. No entanto, a tentativa de revogação da portaria representa um dos maiores retrocessos da história recente do Brasil.

Esse tipo de atitude deve representar um esforço cada vez mais significativo no sentido de se coibir atitudes deste calibre. Aliás, calibre é algo que deve estar fora das discussões, uma vez que entendemos que a melhor arma para se atingir igualdade racial e social é a educação. E a pós-graduação, nessa perspectiva, representa o estágio máximo de desenvolvimento, uma vez que promove a construção do novo conhecimento, o qual exige questionamentos contextuais, diferentemente de tudo que está colocado como perguntas significativas a serem respondidas para os interesses de uma sociedade burguesa escravocrata.

Ao pautar, em sua agenda de luta, a urgência da promoção da equidade racial na política educacional brasileira, de modo a “garantir aos coletivos diversos – tratados historicamente como desiguais – a concretização da igualdade” (GOMES, 2011, p. 114), o movimento negro situa-se entre os principais protagonistas na conquista da política de ações afirmativas no país.

Na ausência de uma lei federal que regulamente as ações afirmativas para este nível de formação, observa-se a iniciativa voluntária por parte de alguns programas e algumas universidades, amparadas em leis estaduais ou em resoluções dos respectivos conselhos universitários. Em seu amplo estudo, Venturini (2019) analisou 2.763 editais de seleção de programas de pós-graduação acadêmicos de universidades públicas no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2018, concluindo que 26,4% do total apresentou algum tipo de política de ação afirmativa. O que mais chamou atenção foi o grande incentivo dessa política a partir de 2015, em especial pela aprovação de resoluções nos Conselhos Superiores das universidades. Segundo a autora, observou-se grande variação no formato das políticas adotadas pelos programas de pós-graduação, especialmente no que se refere aos critérios adotados nas seleções, às modalidades e aos grupos sociais beneficiados.

Fica cada vez mais evidente a necessidade de se definir políticas de ações afirmativas, de forma a equalizar minimamente as condições vivenciadas pela sociedade ao longo do tempo. Não se trata, portanto, de privilégio a adoção de políticas de ações afirmativas, mas simplesmente como um paliativo para se permitir uma maior heterogeneidade da população universitária, dominada por brancos ao longo de sua existência. Essa predominância, claramente incoerente com a composição da população brasileira, além de injusta pela incapacidade de pensar a nação como algo diverso, tem como maior prejuízo social a exclusão de temas relacionados às principais exclusões proporcionadas pela classe econômica dominante.

Assim, não é difícil nos depararmos com temas de dissertações de mestrado e de teses de doutorado fortemente envolvidas com o meio de produção capitalista, com interesse direto do mercado, inclusive na área da saúde, onde dinheiro público é utilizado para buscar solução de problemas não prevalentes na população brasileira.

A falta de professores negros, quilombolas, indígenas, transexuais, entre outras populações negligenciadas na pós-graduação afasta temas de interesse desses grupos, os quais afetam parte considerável de nossa população. O racismo continua ativo, mesmo depois de sinalizado em vários documentos internacionais como indesejável, em especial no Brasil, o qual manteve essa política como legal e legítima durante mais de 350 anos de sua história.

Torna-se preponderante, pois, uma maior diversidade no ambiente acadêmico, para que as discussões apareçam e para que busquem soluções não somente para uma parte da população, mas para toda ela. Da forma como muitas vezes são tratadas, acabam colocando em oposição interesses que deveriam estar voltados para uma mesma luta.

É papel não somente dos cursos e dos programas de pós-graduação, mas de toda a sociedade brasileira que acredita na perspectiva de uma vida mais compartilhada, a luta pela garantia de espaço para todas as populações, com suas fortalezas e suas vulnerabilidades, nesse nível de educação.

Por fim, cabe reconhecer que a implantação da política de cotas no Brasil ainda carece de mecanismos sistemáticos e consolidados, de monitoramento e de avaliação, cuja operacionalização esbarra, entre outros desafios, com os altos índices de não declaração racial ou com a subnotificação do quesito cor/raça por parte das Instituições Federais de Educação Superior (SENKEVICS, 2018).

## O caso do PPGSCol-UFRN

Em 2018, durante a discussão das normas para efetivação do processo seletivo de mestrado e de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPSCol-UFRN), foi feita consulta ao Colegiado do Programa sobre a possibilidade de se pensar a criação de política de ações afirmativas visando a inclusão de negros, de quilombolas, de indígenas, de pessoas portadoras de deficiência e de pessoas transexuais. Depois de acaloradas discussões, foi aprovada a proposta de se estudar o assunto, visando à incorporação desse tipo de política para inclusão no processo seletivo que previa o ingresso de estudantes no semestre 2019.1.

Foram compostas duas comissões, que tiveram, como objetivo, fazer levantamento sobre as experiências já vivenciadas em outros Programas de Pós-Graduação, em especial nos grupos relacionados à raça e à população transexual. A inclusão de pessoas portadoras de deficiência era algo amplamente aceito, acompanhando a própria política da UFRN relacionada a essa população.

As duas comissões realizaram a pesquisa e apresentaram propostas a partir de elementos coletados em programas que adotaram essas políticas, visando a constituição de mecanismos que pudessem trazer esse diferencial para o PPGSCol-UFRN. Entretanto, essa iniciativa acabou não sendo implantada, uma vez que havia a discussão na Universidade sobre o modelo que a pós-graduação adotaria, para que o sucesso da medida fosse tão significativo quanto o adotado há mais de duas décadas nos cursos de graduação da instituição.

Considerando demandas dessa natureza, o Ministério Público Federal requisitou à UFRN, em dezembro de 2019, informações detalhadas sobre os mecanismos propostos pelos Programas de Pós-Graduação em relação à heteroidentificação de forma complementar a tradicional autodeclaração. Além disso, foram solicitados que fossem observadas as seguintes orientações a partir de processos seletivos futuros:

- a) criação de Comissão Especial de Verificação da Autodeclaração Étnico-Racial, em todas as seleções de corpo discente com cotas para realização do procedimento de heteroidentificação complementar à autodeclaração de todos os candidatos cotistas;
- b) critério para verificação da autenticidade da autodeclaração racial dos candidatos cotistas às características fenotípicas destes pela Comissão Especial de Verificação da Autodeclaração Étnico-Racial;
- c) composição da comissão que atenda ao critério da diversidade, com distribuição de seus membros por gênero e cor, observando-se, tanto quanto possível, a procedência regional;
- d) que parte dos membros das comissões de verificação seja de integrantes dos movimentos negros com conhecimentos sobre a temática da promoção da igualdade étnico-racial e do enfrentamento ao racismo;
- e) garanta o efetivo controle e a participação social no procedimento de heteroidentificação, em conformidade com os princípios da publicidade e da transparência, com
  - i) acesso de terceiros, mediante requerimento, à imagem dos candidatos cotistas, sem prejuízo de eventual responsabilização por divulgação não autorizada;
  - ii) a realização de sessões de heteroidentificação abertas ao público;
  - iii) a divulgação dos nomes dos componentes das comissões, de modo a possibilitar eventuais impugnações;



f) instituição de Comissão Recursal, composta por membros distintos daqueles integrantes da comissão de heteroidentificação, com a atribuição para julgar os recursos interpostos das decisões da Comissão Especial de Verificação da Autodeclaração Étnico-Racial;

g) informações nos editais de processos seletivos sobre o funcionamento, a composição e os critérios objetivos a serem adotados pela Comissão Especial de Verificação da Autodeclaração Étnico-Racial, de modo a permitir a participação da sociedade civil.

A partir dessas recomendações, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UFRN primou-se por buscar efetivar todas as especificações e critérios emanados pelo Ministério Público Federal, a fim de garantir a efetiva fiscalização das autodeclarações dos candidatos negros nos processos seletivos, visando cumprir a eficácia na adoção de política de ações afirmativas, além de preservar os reais objetivos dessa estratégia, evitando-se possíveis fraudes e má-fé por parte de determinados candidatos. Vale ressaltar que, para construção da proposta, a coordenação, os professores e os alunos do PPGSCol-UFRN conscientes de sua responsabilidade social na conquista de maior equidade racial, buscaram referências a partir de editais da mesma natureza em outras Instituições de Educação Superior, as quais desenvolvem essa política há mais tempo, permitindo um aperfeiçoamento da redação desses elementos na minuta do edital de seleção.

Após nova discussão no Colegiado do Programa, foi aprovada a inclusão de políticas de ações afirmativas com vagas para negros (pretos e pardos), para quilombolas, para indígenas e para pessoas portadoras de deficiência para o processo seletivo de mestrado e de doutorado realizado para ingresso de alunos no segundo semestre de 2020.

Ao encaminhar a minuta do edital para a Pró-Reitoria de Pós-Graduação, a consulta foi encaminhada ao Ministério Público, a fim de que este se manifestasse sobre o processo e o cumprimento adequado das orientações.

Em resposta, o procurador geral da República, Giuseppe da Costa, emitiu a nota nº 19/2020/GAB/PFUFRN/PGF/AGU, da qual registramos o último parágrafo pela simbologia dessa conquista para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, assim como para toda a UFRN:

Ante o exposto, em resposta à consulta formulada, depois do exame dos autos, verifica-se a regularidade dos Editais do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no tocante à Recomendação do Ministério Público Federal para concretização de procedimento de verificação dos candidatos cotistas no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ao tempo em que subsiste a necessidade de ampla adoção e observância pelas demais Unidades da Instituição, haja vista não tratar-se apenas de orientação vinculante expedida nos termos da lei, mas, principalmente, pelo caráter de justiça social almejado.

O PPGSCol-UFRN divulgou, a partir de 15 de julho de 2020, seus editais de Mestrado e de Doutorado, nos quais vêm impressas as previsões de vagas por Política de Ações Afirmativas para candidato(a)s negro(a)s, indígenas, quilombolas ou pessoas portadoras de deficiência, reforçando a luta permanente do programa na defesa do Sistema Único de Saúde, com foco diferenciado no princípio da equidade, buscando justiça social e racial.

## O caso do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA

O processo de construção da inclusão das cotas na pós-graduação na Universidade Federal da Bahia (UFBA) teve início em 2014 e foi desenvolvido de forma bastante participativa, mobilizando, por meio da inclusão em comissões especiais, diferentes atores sociais, tais como: coordenadores e docentes de diferentes Programas de Pós-Graduação, a Associação de Pós-Graduandos (APG/ANPG), congregações das unidades acadêmicas, grupos e movimentos sociais, a exemplo da Unegro e do Coletivo Luiza Bairros. Houve um debate que contou com a valiosa colaboração de especialistas no tema, com destaque para os professores Kabengele Munanga, que, na ocasião, era da Universidade de São Paulo (USP), e José Jorge de Carvalho, da Universidade de Brasília (UnB).

Isso culminou com a aprovação, pelo Conselho Acadêmico de Ensino (CAE), em 11 de janeiro de 2017, da resolução que regulamenta o sistema de reserva de vagas para os programas de pós-graduação da UFBA. A partir de sua publicação, todos os processos seletivos para os cursos de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade Federal da Bahia (doutorado e mestrados acadêmicos e profissionais) foram instados a adotar o sistema de cotas, seguindo os seguintes critérios: serão reservadas, no mínimo, 30% das vagas ofertadas para candidatos negros (pretos e pardos) e uma vaga a mais em relação ao total ofertado nos cursos para candidatos enquadrados em cada uma das categorias de quilombolas, de indígenas, de pessoas com deficiência e pessoas trans (transgêneros, transexuais e travestis).

Na ocasião, o magnífico Reitor João Carlos Salles esclareceu: “a resolução, associada às outras iniciativas de nossa Política de Ações Afirmativas, busca avançar na correção de desigualdades históricas, tornando a UFBA plena em sua vocação inclusiva”<sup>9</sup>. O professor Ronaldo Lopes Oliveira, que presidiu as comissões especiais sobre o tema, chamou a atenção para duas especificidades da medida adotada pela UFBA. A primeira diz respeito à ampliação dos grupos beneficiados, incorporando outras demandas e necessidades relacionadas

---

9 Os depoimentos destacados neste tópico estão disponíveis no Portal Geledés: <https://www.geledes.org.br/sistema-de-cotas-na-pos-graduacao-e-aprovado-na-ufba-universidade-federal-da-bahia/>. Acesso em: 18 ago. 2020

com marcadores étnico-raciais e de gênero. Ele destacou que, além de contemplar, em sua resolução, os coletivos já previstos pela portaria Federal – negros, indígenas e pessoas com deficiências –, a UFBA foi “a primeira universidade do Brasil a preocupar-se, também, com a inserção na pós-graduação de quilombolas e trans”.

Outro aspecto que merece relevo na resolução da UFBA diz respeito à oferta total de vagas para negros e pardos. Conforme esclareceu o professor Ronaldo:

Houve a preocupação com o estabelecimento de uma política de ações afirmativas com cuidado para que a reserva de vagas seja o piso e não o teto. O percentual mínimo baseia-se na proporção desta categoria na pós-graduação no Brasil hoje, que é de 28,9%. Por isso, adotou-se o mínimo de 30%, reservados para negros e pardos como ponto de partida na UFBA.

No caso específico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (PPGSC/UFBA), a primeira seleção a incorporar políticas de cotas ocorreu em 2018. Destaca-se, abaixo, um trecho do edital de seleção para doutorado e mestrado que especificava os critérios e as condições para concorrer pelo sistema de cotas proposto pelo PPGSC/UFBA:

#### VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS NEGROS

Para concorrer às vagas destinadas aos negros (pretos e pardos), o/a candidato/a deverá, no ato da inscrição, assinalar, no campo específico do formulário, a autodeclaração de que é preto ou pardo, conforme quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

O/A candidato/a autodeclarado/a, que desejar concorrer às vagas reservadas para negros (pretos e pardos), deverá confirmar sua condição de optante no campo específico do formulário de inscrição.

#### VAGAS SUPRANUMERÁRIAS DESTINADAS ÀS CATEGORIAS INDÍGENA, QUILOMBOLA, PESSOA COM DEFICIÊNCIA E PESSOA TRANS

Para concorrer às vagas supranumerárias, o/a candidato/a deverá, no ato da inscrição, assinalar, no campo específico do formulário, a autodeclaração de que pertence a uma dessas categorias.

O/A candidato/a autodeclarado/a, que desejar concorrer às vagas reservadas para uma das categorias relacionadas no *caput* deste item, deverá confirmar sua condição de optante no campo específico do formulário de inscrição.

O total de alunos ingressantes no mestrado e no doutorado nas respectivas modalidades do processo seletivo no decorrer de 2017 a 2020 é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Total de ingressantes no Mestrado (M) e Doutorado (D) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFBA por modalidade de ingresso e por ano**

Modalidade	2017		2018		2019		2020	
	M	D	M	D	M	D	M	D
Ampla concorrência	22	23	17	20	18	16	16	26
Negros (pretos e pardos)	-	-	9	9	9	6	8	12
Indígena	-	-	0	0	0	0	0	0
Quilombola	-	-	0	0	0	0	0	0
Pessoa portadora de deficiência	-	-	0	0	0	0	0	1
Pessoa trans	-	-	0	0	0	0	0	1

Fonte: elaboração própria dos autores.

O processo de implantação das cotas no PPGCS/UFBA é muito recente e carece, ainda, de uma avaliação sobre seus eventuais impactos e desafios. Em relação a este último, chama a atenção, desde a primeira seleção neste sistema, a importância da garantia de bolsa para a permanência dos selecionados por cotas, tanto no mestrado, quanto no doutorado. Como era de se esperar, prevalece, entre os discentes cotistas, um perfil de maior vulnerabilidade social (renda familiar, condições de moradia, acesso a equipamentos, livros etc.). Portanto, tal como acontece no âmbito da graduação, não é suficiente favorecer o acesso ao ensino de pós-graduação através das cotas. É imprescindível pensar em estratégias que favoreçam a manutenção.

## Considerações finais

Apesar do aumento do número de Programas e de Instituições de Educação Superior que incluíram políticas de ações afirmativas em seus processos seletivos, é fundamental que tal estratégia passe a constar de forma definitiva na normatização da pós-graduação brasileira. Com isso, espera-se que os avanços já sinalizados nos cursos de graduação por conta dessas ações possam, também, significar avanço na produção de conhecimento de problemas dessas populações, esquecidos na agenda da produção científica brasileira.

Convém, para concluir, compartilhar as ponderações de Nilma Lima Gomes (2011, p. 112), quando ela enfatiza que, desde o ponto de vista dos ativistas do Movimento Negro, há o reconhecimento de “que a educação não é a solução de todos os males”; não obstante, ela “ocupa lugar importante nos processos de produção de conhecimento” sobre si e sobre “os outros” e pode contribuir “na formação de quadros intelectuais e políticos e é constantemente usada pelo mercado de trabalho como critério de seleção de uns e exclusão de outros”.

## Referências

- ARTES, A.; RICOLDI, A. M. Acesso de negros no ensino superior: o que mudou entre 2000 e 2010. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 45, n. 158, p. 858-881, 2015.
- BARRETO, FCS; DOMINGUES, I. O PNPGE 2011-2020: os desafios do país e o sistema nacional de pós-graduação. *Educação em Revista*, v. 28, p. 17-53, 2012.
- DE FIORI, A. L.; ASSÊNSIO, C. B.; ANDRADE, F.; TEIXEIRA, J. M.; PATRIARCA, L.; BO, T. L. O tempo e o vento: notas sobre a arte de burocratizar políticas de cotas na USP. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 55-83, maio 2017.
- GOMES, N. L. Diversidade étnico-racial, inclusão e equidade na educação brasileira: desafios, políticas e práticas. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação - RBPAAE*, Goiânia, v. 27, n. 1, p. 109-121, jan./abr. 2011
- GUIMARÃES, A. S. A. As cotas nas universidades públicas 20 anos depois. In: ARTES, A.; UNBEHAUM, S.; SILVÉRIO, V. (org.). *Ações afirmativas no Brasil: reflexões e desafios para a pós-graduação*. Cortez; Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 2016. p. 93-124.
- GUINIER, L. *The tyranny of the meritocracy: democratizing higher education in America*. Boston: Beacon Press, 176p., 2015.
- PIOVESAN, F. Ações afirmativas na perspectiva dos direitos humanos. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 46-52, jan./abr. 2005.
- MOEHLECKE, S. Ação afirmativa: história e debates no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 117, v. 3, p. 198-209, nov. 2002.
- MUNANGA, K. Políticas de ação afirmativa em benefício da população negra no Brasil: um ponto de vista em defesa de cotas. *Sociedade e Cultura*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 31-43, jul./dez. 2001.
- RIBEIRO, C. A.; SCHLEGEL, R. Estratificação horizontal da educação superior no Brasil: 1960 a 2010. In: ARRETCHE, M. (ed.). *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora UNESP, 2015.
- SANTOS, J. M. C. T. Exame Nacional do Ensino Médio: entre a regulação da qualidade do Ensino Médio e o vestibular. *Educar em revista*, Curitiba, v. 26, n. 40, p. 195-205, abr./jun. 2011.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO A IGUALDADE RACIAL – SEPPPIR. *Em 3 anos, 150 mil negros ingressaram em universidades por meio de cotas*. mar. 2016. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/noticias/2016/03-marco/em-3-anos-150-mil-negros-ingressaram-em-universidades-por-meio-de-cotas>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- SENKEVICS, A. S. Contra o silêncio racial nos dados universitários: desafios e propostas acerca da Lei de Cotas. *Educação e Pesquisa: Revista da Faculdade de Educação da USP*, São Paulo, v. 44, e182839, 2018.

SILVERIO, V. R. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. *Cadernos de Pesquisa* [online], São Paulo, n. 117, p. 219-246, 2002.

VENTURINI, A. C. Ações afirmativas para pós-graduação e padrões de mudança institucional. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 42., 2018, Caxambu-MG. *Anais [...]* Caxambu: ANPOCS, 2018. ISSN 2177-3092.

VENTURINI, A. C. Ações Afirmativas nos Programas de Pós-graduação Acadêmicos de Universidades Públicas (jan/2002 a jan/2018). *Levantamento das políticas de ação afirmativa (GEMAA)*, IESP-UERJ, 2019, p. 1-31.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-2118, jul. 2018.

# 19 Do racismo institucional à divisão racial do trabalho: reflexões sobre a população negra no contexto da saúde

*Deborah Zuleide de Farias Melo*

*Janete Lima de Castro*

## Introdução

O presente capítulo tem por objetivo refletir sobre o racismo institucional e o trabalho em saúde no contexto da população negra. Partindo de uma análise histórica e conceitual dos desdobramentos do racismo estrutural, utiliza-se, como ponto de partida, o conceito de Almeida (2008, p. 38), que diz ser o racismo “uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares”.

Assim, este capítulo está organizado, além desta introdução e das considerações finais, em três itens: “Racismo institucional, sobre o que estamos falando mesmo?”, que procura compreender as bases epistemológicas do racismo institucional; “Racismo institucional na saúde: as ausências”, que trata dos efeitos das desigualdades perpetuadas pelas instituições de saúde; e, por último, “Divisão Racial do Trabalho, uma das faces do racismo institucional no âmbito da saúde”, onde se procura compreender um dos elementos importantes para a manutenção do racismo institucional – o trabalho.

## Racismo institucional, sobre o que estamos falando mesmo?

Para Carmichael e Hamilton (1967, p. 256), ativistas do movimento Panteras Negras, o racismo institucional é “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”. Para os autores, o conceito denuncia as estruturas de poder dos brancos nas instituições, cujo propósito é propagar domínio e subordinar um grupo pela sua raça para a manutenção das forças da hegemonia branca. A sua reprodução ocorre por meio de políticas institucionais racistas (LÓPEZ, 2012).

Para Almeida (2018), a concepção de racismo institucional foi um importante avanço para as discussões teóricas das relações raciais. A discussão sobre racismo se amplia e confirma a hegemonia de determinado grupo racial no funcionamento da instituição, assim como reconhece a utilização de mecanismos institucionais para garantir seus interesses políticos e econômicos. De acordo com o autor, a perpetuação acontece quando o grupo dominante assegura o controle da instituição, não somente com o uso da violência, mas também com a produção de consensos sobre a sua dominação (ALMEIDA, 2018).

No contexto da população negra, o racismo institucional atua para manter o sistema, propagando o favorecimento de brancos em detrimento de negros. Ou seja, o Estado estabelece a posição de gerador e de legitimador do racismo, o qual promove barreiras amplas para excluir um grupo e privilegiar outro pela raça. Nesse sentido, não seria equivocado afirmar que a desigualdade entre negros e brancos é tutelada pelo Estado e advém de anos de exclusão da população negra em relação à branquitude (WERNECK, 2016; LÓPEZ, 2012).

No Brasil, o racismo institucional é histórico. Após a abolição da escravatura, a nova Constituição não efetivou os direitos da população escravizada, uma vez que os ganhos materiais e simbólicos foram inexistentes. Essa parcela da população não teve direito à contemplação da liberdade, além de não ter gozado de seus direitos, sendo excluída e marginalizada socialmente. Para tanto, observa-se que a abolição da escravidão, sem um plano efetivo de inclusão e de reparação, provocou, até os dias atuais, assimetrias e desigualdades entre brancos e negros no Brasil. Essa realidade pode ser evidenciada pelos indicadores sociais e de saúde e pelos espaços ocupados (ou não ocupados) da população negra na sociedade (OLIVEIRA, KUBIAK, 2019).

As desigualdades observadas nas formas de viver e de morrer foram disfarçadas pelo mito da democracia racial, que ressaltou a harmonia nas relações entre o Estado, a branquitude e a população negra. Pode-se afirmar que essa harmonia nunca existiu; pelo contrário, o discurso de democracia racial desencorajou a população negra a refletir sobre o racismo, a sua condição de vida e a naturalização das desigualdades, além de criar dificuldades para que a população negra reconhecesse sua própria história e sua cultura (BATISTA, 2004; LÓPEZ, 2012; SALES, 2006). O mito da democracia racial serviu de base para o Estado promover o racismo institucional. Nesse sentido, Sales (2006, p. 231), ao falar sobre o poder de desmobilização do mito da democracia racial e a falsa cordialidade, diz que:

é uma estratégia de desarticulação de forças emancipatórias mediante a criação de redes de interdependência e da integração subordinada dos grupos marginalizados, desmobilizando e deslegitimando as lutas ou confrontos emancipatórios, tachados de ‘conflitos raciais’ [...]. Todavia, a cordialidade não se confunde com gentileza, mas se expressa nas próprias formas de agressividade, reduzindo as relações de poder a relações pessoais e informais, relações privadas.



Nessa perspectiva, é possível visualizar que, para o Estado e no discurso oportunista de democracia racial, a população negra tem seu lugar demarcado, que é a subordinação. Todavia, para isso, faz-se preciso fortalecer a imagem de cordialidade entre as raças. Portanto, quando o debate e as acusações sobre o racismo são levantados, logo são silenciados pelo entendimento de que, no Brasil, por se tratar de um “país mestiço” e de todas as raças, não existe racismo. Para os brancos, acusação de ser racista é uma ofensa, no entanto, não é uma ofensa a condição vivida pela população negra. E, assim, ocorre a manutenção opressiva da cordialidade (LOPEZ, 2012; SALES, 2006).

Ademais, a literatura é abundante sobre a presença da discussão do racismo institucional nos anos 1960, nos EUA. Contudo, será nos anos 1990, a partir do caso Stephen Lawrence, que o conceito terá ampla propagação. Lawrence foi brutalmente assassinado por pessoas brancas e seu assassinato foi institucionalmente negligenciado por ele ser negro. O caso provocou mobilizações internacionais e a divulgação do seu relatório conceituando o racismo institucional provocou grandes discussões e teve forte influência nos debates no Brasil (FONSECA, 2015; GIDDENS, 2005).

Influenciado pela discussão gerada pelo caso, o governo brasileiro implantou, em 2005, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (FONSECA, 2015), que definia o racismo institucional como:

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (CRI, 2006, p. 22).

O citado programa tem por objetivo promover a reflexão política, formativa e técnica, para que o setor público possa identificar o racismo institucional e também aproximar a sociedade das discussões sobre políticas públicas (FONSECA, 2015). A partir desse programa, iniciativas têm sido implementadas, no sentido de garantir a discussão sobre o racismo nas instituições de saúde; uma delas é o programa “Racismo faz mal a saúde”, resultado de denúncias, de estudos e de amplo debate sobre o tema. Contudo, lamenta-se reconhecer que, mesmo com décadas de discussão sobre o tema, ele ainda se apresenta como um desafio.

## Racismo institucional na saúde: as ausências

O racismo institucional não é explícito; ele é sofisticado e não deixa transparecer de forma clara suas barreiras de exclusão. A pouca iluminação sobre o tema foi evidenciada na nossa busca por artigos realizada na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DECs). Ao utilizar o filtro Descritores Exatos do DECs para os termos “Saúde da População Negra”, “População Negra” e “Afrodescendente”, nenhum descritor foi encontrado. Todavia, ao usar o filtro de Palavras e Termos para “Saúde da População Negra”, o descritor encontrado foi “Saúde de Grupos Minoritários”; ao procurar por “População Negra”, o descritor encontrado foi “Grupo com Ancestrais do Continente Africano”; e, ao procurar por “Afrodescendente”, surgiram “Medicina Tradicional Africana”, “Grupo com Ancestrais do Continente Africanos” e “Violência Étnica”. Também foi realizada a busca por Quilombos e Quilombolas, povos tradicionais da população negra; em ambos os filtros, não foram encontrados descritores. Para finalizar a busca, foi realizada a busca por “racismo institucional”, na qual não foi identificado um descritor em nenhum dos filtros. Apenas na busca pelo descritor “Racismo” foi identificado, apresentando-se como o único descritor encontrado dessa série de termos elencados.

Foi observada, nessa busca, a ausência de descritores de referência à população negra e às terminologias comuns, utilizadas em campanhas e artigos. Essa ausência torna-se um desafio para a sistematização e a indexação em linguagem única, o que dificulta a busca de tais produções. Assim, parece ser razoável problematizar-se a ausência de termos utilizados nas produções acadêmica e científica sobre a população negra, que sinalizam barreiras acadêmicas ou desinteresse na temática.

Tendo como referência a escassez de descritores sobre a saúde da população negra, como também estudos de autores, como Batista (2004) e Lopes (2012), o presente texto aborda as discussões sobre o racismo institucional no setor da saúde.

Em 1996, a partir do GTI, foi realizada a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra. Entre as propostas discutidas na Mesa, estava a inserção do quesito raça e cor nas declarações de nascidos vivos e óbitos, a criação do programa de anemia falciforme, as discussões sobre a hipertensão, diabetes mellitus e o tema sobre a atenção à saúde às comunidades quilombolas. Outra iniciativa significativa para o movimento negro foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, em 1998, do documento “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” (WERNECK, 2016).

Em 2004, ocorreu o primeiro Seminário Nacional de Saúde da População Negra e, no dia 13 de agosto de 2004, foi instituída a portaria de criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Em 2006, foi realizado o segundo Seminário e o Ministério da Saúde

reconheceu o racismo institucional, iniciando um movimento interno de abordagem do tema. Nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Em 2009, a PNSIPN foi instituída, reconhecendo o racismo institucional como determinante social na saúde da População Negra (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

Em 2014, foi lançada a primeira campanha nacional do Sistema Único de Saúde abordando o racismo institucional: “Racismo Faz Mal à Saúde. Denuncie, 136”. A campanha foi motivada a partir de relatos de racismo no serviço de saúde e das consequências no contexto da saúde da população negra (BRASIL, 2014).

Os dados apresentados pela campanha revelam diferenças no cuidado prestado aos usuários brancos e aos usuários negros. Segundo o Ministério da Saúde (2014), as mulheres negras recebem, em relação às mulheres brancas, menos tempo de atendimento, menos orientações sobre aleitamento materno e o acompanhamento durante o parto também é menor. Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade também revelam assimetrias significativas: as mortalidades materna e infantil atingem em maior proporção a população negra (BRASIL, 2014).

De acordo com o Painel de Indicadores do SUS, nº 10 (2016), dedicado à temática de saúde da população negra, 71,02% das mulheres negras realizam a quantidade mínima de consulta pré-natal. Elas são as mais acometidas pela mortalidade materna – 90% desses óbitos seriam evitáveis –, e os dados, além disso, apresentam que a população negra é, também, a maior vítima da mortalidade infantil.

Nesse contexto, a compreensão da situação dos indicadores de saúde da população negra deve ser um compromisso dos serviços de saúde. A ausência de discussões e de reflexões representa negligência e manutenção de uma assistência insuficiente a essa população. Para Werneck (2016), a escassez de reflexões sobre indicadores de saúde da população negra pelas instituições de pesquisas e pela instância de gestão do SUS desencadeia uma prestação de serviços de saúde inadequados para responder às demandas da população negra.

Werneck (2016) pontua justificativas básicas para um olhar equânime e integral a partir do SUS: a maior parte da população é negra; os usuários do SUS, em sua maioria, são negros; a população negra apresenta os piores indicadores em saúde.

A escassez de reflexões sobre indicadores de saúde da população contribui para que as decisões políticas e de gestão sigam desconsiderando o tratamento desigual dado à população negra e à manutenção do racismo institucional. Ainda, de acordo com Werneck (2016), o racismo institucional resulta em tratamentos e em resultados desiguais, em ausência de reflexão e na sustentação das práticas de apagamento da demanda da população negra.

Considerando os diversos momentos de lutas e de conquistas no enfrentamento ao racismo que ocorreram nos últimos anos, observa-se que a condição de desvantagem da população negra foi alterada. Entretanto, esses elementos ainda não foram suficientes para a superação de tal situação.

Apesar de o racismo ser considerado ilegal, pela Lei nº 7.716, que define os crimes raciais, as estruturas institucionais ainda moldam a perpetuação da desigualdade racial (BRASIL, 1998). Nessa perspectiva, a ativista do Movimento Negro, Angela Davis (2018), relata que, individualmente, algumas pessoas negras podem ter alcançado ascensão econômica, social e política, a exemplo do ex-presidente dos Estados Unidos, Barack Obama; porém, a maioria da população negra ainda está sujeita ao racismo.

De acordo com Helsenbalg (1979), essa discriminação reflete diretamente no mercado de trabalho. Assim, observa-se que, após séculos de ter sido abolida a escravidão, a raça continua sendo base para a divisão hierárquica do trabalho. Segundo o Boletim Especial Negro no Trabalho (2013), os trabalhadores negros ocupam cargos desvalorizados e de menor prestígio, em que a maior concentração de negros está no trabalho braçal, envolvendo desgastes físicos e ações repetitivas.

## Divisão Racial do Trabalho, uma das faces do racismo institucional no âmbito da saúde

Segundo Vargas (2016, p. 316), o trabalho é “uma atividade a partir da qual o indivíduo pode ser reconhecido e se reconhecer em função da posição social que ocupa, tratando-se, pois, de um fator decisivo no processo de construção de identidades profissionais e sociais”.

Para a população negra, a inserção no trabalho se deu de forma precarizada e subordinada. De acordo com Theodoro (2008), a transição do trabalho escravo para o trabalho livre foi realizada de forma racista e sem nenhuma perspectiva de inclusão. Do fim da escravidão para os dias atuais, o acesso do negro aos empregos tem se dado de forma desigual, evidenciando, por parte do Estado, uma política de exclusão da população negra ao trabalho formal.

Nesse contexto, pode-se concluir que o controle do trabalho deu-se a partir dos brancos para o benefício da população branca. Para Quijano (2005), essa transição de sistema proporcionou a criação de uma nova tecnologia de exploração e de dominação, e o trabalho tornou-se uma nova forma de estabelecer as hierarquias que colocam a população negra em posição de desvantagem.

A partir dessa compreensão, de perpetuação do local do negro por meio do trabalho, nota-se a existência histórica da hierarquia racial. Tal hierarquia é resultado da distribuição racista desde o período colonial, sustentada até os dias atuais por decisão do Estado. As posições de trabalho são ocupadas de forma discriminatória pela cor da pele, caracterizando a manutenção da exploração e do racismo. Esse fenômeno é chamado de divisão racial do trabalho (CHADAREVIAN, 2009).

O estudo publicado pelo Boletim Especial sobre Negros no Trabalho (2013) realizou levantamento nas sete principais metrópoles do país e concluiu que, majoritariamente, os negros ocupam trabalhos braçais, tais como serventes, pintores, faxineiros, camareiros e empregadas domésticas. Esse estudo também revela que, mesmo quando a população negra possui nível de escolaridade mais elevado, em alguns setores, a desigualdade na remuneração tende a aumentar.

Considerando a raça associada ao gênero, as mulheres negras apresentam os piores indicadores nas ocupações e rendimentos. Segundo Paixão e Gomes (2006), em relação à situação de trabalho e rendimento, 75% das mulheres negras estão em vínculos sem garantias legais e mais de 20% estão em trabalhos de empregada doméstica. As mulheres negras ainda recebem salário médio equivalente a um terço dos homens brancos e a metade das mulheres brancas.

Contudo, apesar do abismo em relação às mulheres negras, os homens negros também estão em desvantagem significativas para mulheres e homens brancos (XAVIER; GOMES, 2006). Assim, pode-se refletir que, mesmo existindo o sexismo como determinante para a condição da mulher, o racismo estabelece mais desigualdades em relação ao trabalho e aprofunda significativamente na associação de gênero e raça.

A distribuição hierárquica no trabalho em saúde no contexto de raça ainda é pouco dialogada, entretanto, existem sinalizações importantes para a reflexão, a partir de duas categorias presentes em grande parte dos serviços de saúde: Enfermagem e Medicina.

No dia 5 de fevereiro de 2004, o site do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma matéria com o título “Branca é a cor da Medicina”; o texto relata a existência rara de médicos negros. A matéria corroborou os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do ano 2000, a qual revelou que apenas 1% dos formados em Medicina eram negros e 12,3% eram pardos. A matéria também evidenciou que a Universidade Federal da Bahia (UFBA) era a única instituição que possuía dados da etnia dos estudantes de Medicina: “65,4% das vagas do curso de Medicina eram ocupadas por brancos, enquanto que a população branca do Estado é de apenas 20%”.

Estudo realizado por Scheffer (2018) sobre a Demografia Médica, que analisou o perfil dos médicos recém-formados no Brasil, mostrou que 77,2% dos médicos se autodeclararam brancos, 1,8% se autodeclararam negros e 16,2%, pardos. Apesar dos anos, ser médico continua sendo uma profissão para os brancos. Esses dados representam importante reflexão sobre a perpetuação da hegemonia da população branca na Medicina.

Ao estudar a Enfermagem, encontramos um número consideravelmente maior de profissionais negros na área; porém, esse número diminui com o aumento da escolaridade. Segundo Machado *et al* (2017), que realizou o estudo do Perfil da Enfermagem no Brasil, 57,4% das técnicas e das auxiliares de enfermagem são negras (pardas e pretas); esse dado reduz para 37,9% quando comparadas aos profissionais de enfermagem bacharéis. Entre estas, a presença significativa é de profissionais brancas, com 57,9%.

A partir desses dados, pode-se observar, em uma análise breve, a divisão racial do trabalho na saúde, a presença majoritária de profissionais negros nas profissões de nível técnico e auxiliar e a redução da presença do profissional negro com curso de nível superior.

## Considerações finais

O racismo institucional é multidimensional e impõe diversas barreiras para a população negra. Na saúde, observa-se a existência de profundas desigualdades entre brancos e negros, refletidas por meio de indicadores de saúde, do acesso aos serviços e das ocupações de postos de trabalho. A população negra concentra-se em postos de trabalho de baixa escolaridade e, mesmo quando alcança cargos altos, a desigualdade está presente. Essa hierarquia na distribuição do trabalho foi compreendida como a divisão racial do trabalho.

Considerando a divisão racial do trabalho no setor da saúde, foi realizada uma breve análise por meio de duas categorias: Medicina e Enfermagem. Assim, foi identificado que a Medicina ainda apresenta um perfil de profissionais majoritariamente brancos. Na Enfermagem, foi identificada uma maior predominância de profissionais negros no nível técnico. Já entre os profissionais de escolaridade superior, a predominância é de brancos.

Com base nisso, observa-se que a superação do racismo institucional deve ser uma prioridade imediata e que essas desigualdades raciais precisam de enfrentamento, por meio de mecanismos institucionais de inclusão da população negra.

## Referências

- ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- BATISTA, L. E. *et al.* A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p.630-336, out. 2004.
- BRASIL. Portaria MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou cor. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 jan. 1989. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7716.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm) . Acesso em: 15 maio 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Campanha “Racismo faz mal à saúde”*. Brasília, 2014 Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contr-o-racismo-no-sus.html>. Acesso em: 7 maio 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS nº 10: Painel Temático em Saúde da População Negra*. Volume VII. 2016.
- CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. *Black power: the politics of liberation in America*. New York: Vintage, 1967.
- CHADAREVIAN, P. C. Existe uma Teoria Econômica da Discriminação? *In: Texto para Discussão nº 023/2009*, Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *A Cor da Medicina é Branca*, 5 fev. 2004. Disponível em: [http://www.jovensmedicos.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2749:&catid=3](http://www.jovensmedicos.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2749:&catid=3). Acesso em: 17 maio 2020.
- CRI. *Articulação para o Combate ao Racismo Institucional*. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.
- DAVIS, A. *A liberdade é uma luta constante*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2018.
- DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – DECS. *Biblioteca Virtual da Saúde*, 2020. Disponível em: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface\\_language=p&previous\\_page=homepage&previous\\_task=NULL&task=start](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start). Acesso em: 15 maio 2020.
- DIEESE. *Boletim Especial do Negro no Trabalho*. São Paulo: Dieese. 2013.
- FONSECA, I. F. Inclusão Política e Racismo Institucional: Reflexões sobre o Programa de Combate ao Racismo Institucional e o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, v. 40, n. 45. p. 330-343, jul./dez. 2015.

- GIDDENS, A. *Sociologia*. Tradução de Sandra Regina Netz. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- HASENBALG, C. A. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. Biblioteca de Ciências Sociais, 1979 (Série Sociologia, v. 10).
- LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-34, jan./mar. 2012.
- MACHADO, M. H. et al. *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final*. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz, 2017.
- OLIVEIRA, B. M. C., KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul./set., 2019.
- PAIXÃO, M.; GOMES, F. Histórias das diferenças e das desigualdades revisitadas: notas sobre gênero, escravidão, raça e pós-emancipação. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 949-964, set./dez., 2008.
- QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires, CLACSO: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.
- SALES, J. R. Democracia racial: o não dito racista. *Tempo Social*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 229-258, nov. 2006.
- SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP; CFM; Cremesp, 2018.
- THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: \_\_\_\_\_. (org.). *As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008, p. 15-45.
- VARGAS, F. B. Trabalho, Emprego, Precariedade: dimensões conceituais em debate. *Caderno CRH*, Salvador, v. 29, n. 77, p. 313-331, maio/ago. 2016
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.



## Sobre as organizadoras

**Isabelle Ribeiro Barbosa.** Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Ciências Biológicas e Doutora em Saúde Coletiva pela UFRN. Professora adjunta da UFRN. Temas de pesquisa: Desigualdades das condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde, com ênfase nos aspectos de raça e gênero.

**Kezauyn Miranda Aiquoc.** Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda em Saúde Coletiva (PPGSCol/UFRN). Pesquisadora Bolsista na Diretoria de Políticas Intersetoriais e Promoção da Saúde da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Temas de pesquisa: Desigualdades das condições de saúde; violências; raça e gênero; racismo e saúde; saúde da população negra.

**Talita Araujo de Souza.** Graduada em Enfermagem e Especialista em Urgência, Emergência e UTI pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UFRN. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Temas de pesquisa: Distribuição dos agravos em saúde, desigualdades no acesso aos serviços de saúde e raça.

## Sobre os autores

**Alexandre da Silva.** Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), membro do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), membro do Centro Internacional de Longevidade – Brasil (ILC – Brasil), Especialista em gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Mestre em Reabilitação pela Unifesp. Atualmente, é professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Jundiaí e colunista do portal UOL sobre Longevidade.

**Altair dos Santos Lira.** Bacharel em Ciências Sociais, ênfase em Antropologia da Saúde (Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - FFCH/UFBA). Tem experiência no Campo da Saúde da População Negra e das Iniquidades em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Analista/Gestor de Projetos e Programas Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB).

**Ana Mayara Gomes de Souza.** Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN/FACISA. Mestra em Saúde Coletiva (PPGSCOL/UFRN). Especialista em UTI Neonatal/Pediátrica na empresa CENPEX Natal/RN. Temas de pesquisa: saúde coletiva; saúde da mulher, saúde da mulher com ênfase em obstetrícia; intensivismo neonatal, pediátrico e adulto, urgência e emergência.

**Ana Paula Nogueira Nunes.** Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Doutora em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Pós-Doutora em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**André Mota.** Historiador. Doutorado em História – Departamento de História pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH – USP) e pós-doutorado em Medicina Preventiva – Departamento de Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e Coordenador do Museu Histórico da FMUSP. Temas de pesquisa: história das práticas médicas e de saúde pública; história da saúde coletiva no Brasil.

**Bruna Rodrigues Monteiro.** Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Saúde da Mulher pela Universidade Federal de Pernambuco

(UFPE). Mestre em Enfermagem (PPGE-UFRN). Professora substituta da Escola de Saúde da UFRN.

**Brunno Alves de Lucena.** Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP (2017). Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), residência em Atenção à Saúde Materno-Infantil (UFRN). Pós-graduando em Estratégia Saúde da Família. Especialista em Saúde Pública. Temas de pesquisa: Saúde Coletiva – Avaliação de Programas e serviços do SUS e processo de produção de Saúde, e Psicologia – RAPS – Rede de atenção Psicossocial e Psicologia da Saúde e Hospitalar.

**Camila Rodrigues Estrela.** Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica de Brasília (UCB), Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Assistente social do NASF-AB em Maricá/RJ. Temas de pesquisa: racismo; imigração; território.

**Deborah Zuleide de Farias Melo.** Fonoaudióloga pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Pesquisadora da Fundação de Apoio à Pesquisa do RN. Temas de pesquisa: Saúde da população negra; trabalho em gestão do SUS; educação popular.

**Dyego Leandro Bezerra de Souza.** Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestre em Odontologia Preventiva e Social (UFRN) e Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Zaragoza. Professor do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Temas de pesquisa: epidemiologia de doenças crônicas; saúde do trabalhador; gestão de recursos humanos em saúde.

**Eder Samuel Oliveira Dantas.** Enfermeiro, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Doutorando em Saúde Coletiva (UFRN). Enfermeiro do Hospital Universitário Onofre Lopes (EBSERH/UFRN) e do Centro de Atenção Psicossocial III (Natal/RN). Temas de Pesquisa: violência e saúde; prevenção do suicídio; gênero e saúde.

**Elizabeth Lima da Silva.** Assistente Social, Especialista e Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Doutoranda em Antropologia Social (PPGS/UFRN). Temas de pesquisas: Políticas Públicas e Relações Etnicorraciais; Saúde, Educação, Mulheres Negras e Quilombos.

**Fatima Cristina Rangel Sant'Anna.** Tecnologista em Saúde Pública no Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutora em Bioética e Ética Aplicada em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada em Saúde Coletiva - PPGBIOS - UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF (2014). Docente permanente do Programa de Pós graduação da ENSP/Fiocruz em Saúde, Trabalho Ambiente, Bioética e Ética Aplicada à Saúde Coletiva.

**Francisco Cândido Firmiano Júnior.** Quilombola da Comunidade de Coqueiros – Ceará Mirim/RN. Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Especialista em História do Brasil pela Faculdade Alencarina de Sobral (FAL); Licenciado em História pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA); Graduação em Gestão de Cooperativas pela UFRN.

**Grácia Maria de Miranda Gondim.** Graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro. Mestre em Saneamento Ambiental (ENSP/Fiocruz). Doutora em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora em Saúde Pública Titular III – EPSJV/Fiocruz. Vice coordenadora do Grupo de Pesquisa Métodos Avaliativos em Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (MAAPVS/EPSJV). Docente permanente nos programas de Pós-graduação: Saúde da Família e Comunidade – PROFSAUDE (Fiocruz/Abrasco) e em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/PPGScol).

**Izaide Ribeiro dos Santos.** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Especialista em Pneumologia Sanitária pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF/FIOCRUZ), Especialista em Avaliação e Gestão de Saúde (ENSP/FIOCRUZ) e Especialista em Políticas de Saúde Informadas por Evidências (Hospital Sírio Libanês). Enfermeira do Ministério da Saúde, atuando como sanitarista na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Temas de pesquisa: planejamento em saúde; saúde da população negra; saúde da mulher.

**Janete Lima de Castro.** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestra em Administração (UFRN) e Doutora em Educação (UFRN). Professora do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Temas de pesquisa: gestão da saúde; políticas de saúde; recursos humanos em saúde.

**Jeane Saskya Campos Tavares.** Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Membro colaborativo do GT de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Temas de Pesquisa: temáticas relacionadas às redes sociais; família e saúde; itinerários terapêuticos; cuidado de pessoas com condições crônicas; saúde mental da população negra; e Terapia Cognitiva Comportamental.

**Julie Cavnac.** Graduação em Antropologia pela Université de Bordeaux II, U.BX. II, França. Mestrado e Doutorado em Etnologia e Sociologia Comparativa na Université de Paris 10 Nanterre (França). Professora titular do Departamento de Antropologia, docente permanente do Programa de Pós-graduação em Antropologia e atual coordenadora do Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Temas de pesquisa: patrimônio; tradição oral e memória; quilombo.

**Karina Cardoso Meira.** Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo (USP). Mestrado e Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da UFRN. Temas de Pesquisa: violência; câncer de mama; violência no trabalho.

**Kelly Bezerra de Oliveira.** Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Saúde Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN) e especialista em Saúde Coletiva e Serviço Social pela Faculdade Ademar Rosado (FAR). Mestranda em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina/PPGETIM. Temas de pesquisa: saúde da população negra; residência multiprofissional; trabalho, gênero e saúde.

**Kenio Costa de Lima.** Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestrado em Odontologia Social (UFRN), doutorado em Ciências (Microbiologia Médica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pós-doutorado em Saúde Pública pela Agência de Saúde Pública de Barcelona. Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Editor científico da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e diretor do Instituto do Envelhecer da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Temas de pesquisa: envelhecimento e saúde; doenças infecciosas; microbiologia aplicada; e epidemiologia aplicada à pesquisa em saúde.

**Leny Alves Bomfim Trad.** Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia. Doutora em Ciencias Sociales y Salud – Universidad de Barcelona. Pós-doutorado em Antropologia da

Saúde junto a François Laplantine no Centre de Recherches et d'Études en Anthropologie (CREA), Lumiere/Lyon 2, França. Professora Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Coordenadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde – Contextos, Sujeitos e Políticas Públicas – FASA. Desenvolve pesquisas, assessorias técnicas e publicações nas seguintes áreas temáticas: avaliação de políticas e programas de saúde ênfase na família; comunidades, famílias, modos de vida e saúde; raça, etnicidade e saúde; itinerários terapêuticos, cronicidade e cuidado integral em saúde; vulnerabilidades, direito universal à saúde, ativismo social e políticas públicas; temas e enfoques em ciências sociais e humanas em saúde.

**Luís Eduardo Batista.** Graduado em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Mestrado e doutorado em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Pesquisador Científico VI e Diretor do Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Luiz Roberto Augusto Noro.** Graduação em Odontologia pela Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto (FFORP-USP). Pós-doutorado em Educação pela Universidade de Barcelona (Espanha), Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Temas de pesquisa: Saúde Bucal, atuando principalmente nos temas Políticas públicas de saúde e Epidemiologia. Na área da educação dos profissionais de saúde, tem se dedicado ao estudo do processo ensino-aprendizagem e da avaliação na educação superior.

**Marcos Felipe Silva de Lima.** Graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Professor do curso de Nutrição da FACISA/UFRN. Temas de pesquisa: avaliação nutricional; antropometria; envelhecimento; e epidemiologia.

**Maria Helena Rodrigues Galvão.** Cirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFRN). Pesquisadora na área de epidemiologia e bioestatística para área da saúde. Temas de pesquisa: acesso e utilização de serviços de saúde; saúde bucal; desigualdades em Saúde.

**Marla Raquel Leandro da Silva.** Cirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRN. Temas de pesquisa: população negra; violência, raça e gênero; envelhecimento e raça; saúde da população negra.

**Mercês de Fátima dos Santos Silva.** Cientista Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestrado em Sociologia (UFPE) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e dos cursos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN). Líder do Grupo de Pesquisa Estudos de Equidade Racial em Saúde (GEERS). Temas de Pesquisa: raça, racismo e saúde; e fome, saúde e sociedade.

**Pedro Henrique Alcantara da Silva.** Médico Ginecologista e Obstetra, graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Saúde Coletiva (PPGSCOL/UFRN). Preceptor em Ginecologia e Obstetrícia da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM).

**Rafael Rodolfo Tomaz de Lima.** Graduado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN), Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e Mestre em Ciências da Saúde (UFRN). Professor substituto do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Temas de pesquisa: gestão da saúde; recursos humanos em saúde; pesquisas qualitativas.

**Roberta Machado Alves.** Graduação em Psicologia pela Universidade Potiguar. Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde Coletiva e Saúde Mental pelo Centro de Ensino Superior Santa Cruz. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde - Universidade Cândido Mendes (UCAM). Especialista em UTI Geral e Assistência ao Paciente Crítico pelo Instituto Souza. Pós-graduanda em Gerontologia e Saúde Mental pela Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Temas de pesquisa: saúde coletiva; saúde do trabalhador; saúde mental; e gerontologia.

**Rosimery Costa dos Santos.** Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da População Negra pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (CEFAPP). Gestora da Política de Saúde da População Negra do Recife. Epidemiologista da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

**Samara Lima.** Cientista Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestrado em Antropologia Social (UFRN) e Doutorado em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGAS/MN/UFRJ). Atualmente, é professora substituta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Temas de estudo: afrodiáspóricos; relações raciais; gênero; saúde; trabalho; quilombos; palenque; juventude; e famílias negras.

**Sávio Marcelino Gomes.** Nutricionista pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Mestre e doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Temas de pesquisa: desigualdade de gênero; saúde LGBTQI; e insegurança alimentar.

**Thais Paulo Teixeira Costa.** Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN) e Mestra em Educação pelo Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN). Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos da UFRN. Temas de pesquisa: política, planejamento e gestão da saúde; formação de recursos humanos em saúde; trabalho na saúde.

**Viviane Batista Pires Santos.** Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Analista de Gestão em Saúde – Pleno, com foco em Gestão e planejamento, Educação Permanente, Educação e Comunicação em Saúde.

**Weverton Thiago da Silva Rodrigues.** Tecnólogo em Gestão Hospitalar pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestrando em Demografia pela UFRN. Temas de pesquisa: violências; mortalidade.





