

CADERNOS TEXTOS E DEBATES

Nº 28/2024.1

Saúde da População Negra



NUER / UFSC

2024

(ADERNOS TEXTOS E DEBATES)

Números Anteriores

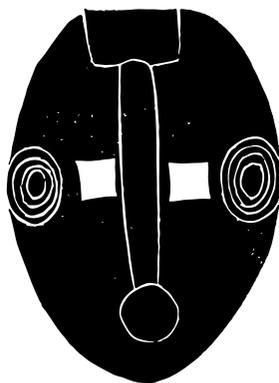
- 01 Descendentes de africanos em Santa Catarina: invisibilidade e segregação
- 02 Terras e territórios de negros no Brasil
- 03 Identidades étnicas no sul do Brasil
- 04 Laudos periciais antropológicos
- 05 Negritude e auto-estima
- 06 Quilombo: fontes bibliográficas
- 07 Os quilombos do Brasil: questões conceituais e normativas
- 08 O direito constitucional de propriedade das comunidades remanescentes de quilombo
- 09 Laudos antropológicos: carta de Ponta das Canas
- 10 Capoeira na universidade
- 11 Saúde pública e ações afirmativas
- 12 Etnicidade e gênero
- 13 Línguas atuais faladas em Angola: entrevista com Daniel Perez Sassuco
- 14 Diálogos com Moçambique
- 15 Ações Afirmativas, Cotas e Formação Universitária
- 16 Expressões Culturais Afro-Brasileiras: Literatura e Musicalidade
- 17 Direitos Humanos, Racismo e Lutas Identitárias Afro-Brasileiras
- 18 Guerreiro Ramos e a arte negra
- 19 Arte Afro-latina
- 20 Ensino à Distância como Armadilha Perfeita
- 21 Pandemia nos Territórios Negros
- 22 Tradições Oraís Africanas em Trânsitos
- 23 Musicalidades Negras



CADERNOS TEXTOS E DEBATES

Nº 28/2024.1

Saúde da População Negra



NUER - NÚCLEO DE ESTUDOS DE IDENTIDADES
E RELAÇÕES INTERÉTNICAS

2024



Catálogo na fonte por NUPPE

Cadernos Textos e Debates / Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo de Estudos de Identidade e Relações Interétnicas. Número 28 (2024.1) - Florianópolis: UFSC/NUER, 2024, 100 p.

ISSN 2526-981X

1. Antropologia 2. Periódico 3. Universidade Federal de Santa Catarina

Coordenação de Edição: Ilka Boaventura Leite
Organizadora do Número: Manoela Cleusa Costa

Revisão: Aline Veingartner Fagundes

Ilustração: African Design

Projeto Gráfico: Cainã Margarida

Diagramação: Thabata J. B. Pinheiro

Apoio: Núcleo de Publicações do CFH/UFSC - NUPPE



CADERNOS TEXTOS E DEBATES

N. 28, 2024.1

PERIODICIDADE SEMESTRAL

Comissão Editorial

Diana Brown – Bard College, New York, EUA

Douglas Ladik Antunes – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil

Frank Milton Marcon – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil

José Bento Rosa da Silva – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil

Oswaldo Martins de Oliveira – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil

Pedro Martins – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil

Ricardo Cid Fernandes – Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil

Rosa Elizabeth Acevedo Marin – Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil

Editora responsável:

Ilka Boaventura Leite

Organizador deste número:

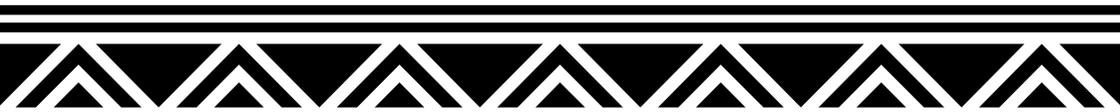
Manoela Cleusa Costa

Endereço: Campus Universitário. Trindade. Florianópolis/SC, Brasil.

CEP 88040- 900

E-mail: nuer.ufsc@gmail.com

<http://www.nuer.ufsc.br>



Sumário

Apresentação	7
<i>Manoela Cleusa Costa</i>	
Atenção Primária à Saúde e a Consulta de Enfermagem à Mulher Negra	14
<i>Virgínia Aparecida de Faria Sousa</i>	
A Educação das Relações Étnico-Raciais na Saúde Coletiva	38
<i>Manoela Cleusa Costa</i>	
Avanços e Retrocessos na Luta Institucional do Movimento Negro na Saúde.....	72
<i>Lucas Maciel Ferreira</i>	
Impacto da Covid-19 na Mortalidade Infantil Pela Malária na Guiné-Bissau nos Anos de 2018-2020.....	84
<i>Fábio César Barbosa da Silva Sá</i>	



Apresentação

Manoela Cleusa Costa

Nesta edição do Caderno NUER apresentaremos trabalhos com pertinentes informações sobre o campo de pesquisa em saúde da população negra.

A saúde da população negra vem se consolidando enquanto um campo de pesquisa nos cursos nas universidades brasileiras. Entretanto, mesmo que o aumento no número de pesquisas científicas represente um importante avanço em direção a construção de estratégias de políticas públicas para redução das desigualdades em saúde, ainda existem pontos de tensão que dificultam o alcance das ações destinadas à equidade no acesso à saúde e qualidade de vida.

Um grande tensionador que atrapalha o movimento de avanço nas discussões sobre os reflexos do racismo na saúde é a dificuldade em abordar assuntos sobre educação das relações raciais nas unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, emergências ambulatoriais e hospitais. O pouco conhecimento sobre as desigualdades raciais e suas implicações na vida do sujeito dificultam a sensibilidade na escuta, conduta assertiva na escolha do manejo terapêutico, acesso à linha de cuidado com garantia de continuidade do tratamento, entre outros.

O racismo é considerado um determinante e condicionante social de saúde, na medida em que é capaz de gerar disparidades sociais, materiais e simbólicas. A região sul do país é marcada por uma grande diferença no padrão de vida entre população branca e não branca. Devido aos projetos políticos de miscigenação e colonização que ocorreram no Brasil, o estado de Santa Catarina possui elevada

presença de população com ascendência europeia. Por exemplo, os municípios que compõem o vale europeu: Canelinha, Nova Trento, Brusque, São João Batista, entre outros, apresentam elevado percentual de desigualdade social entre população branca e não branca, sobretudo pela distribuição desigual de terras.

A capital do estado de SC fica localizada em Florianópolis. O município, embora tenha sido colonizado por portugueses da região dos Açores, já contava com a presença dos povos originários da etnia carijós e recebeu centenas de homens e mulheres negras em suas terras. Apesar da cultura açoriana ser bastante reconhecida, Florianópolis, diferente de outros municípios de SC, apresenta-se um pouco mais heterogêneo em termos culturais. Nos últimos anos, o município tem apresentado aumento no número de pessoas que se autodeclaram pretas/pardas. De acordo com o relatório da Inteligência Financeira (CERES), a região metropolitana de Florianópolis acompanhou a tendência nacional de crescimento da população negra, apresentando taxas médias anuais de crescimento superiores a população de não negros no período analisado. A população negra na região metropolitana de Florianópolis teve um aumento de 55% entre 1991 a 2000 e um aumento de 90% entre 2000 a 2010.

Conforme consta no plano municipal de saúde de Florianópolis, em 2010, os brancos da região ganhavam em média duas vezes mais do que os negros. Segundo as informações de saúde divulgadas em 2023 pela vigilância epidemiológica de Florianópolis, o número de suicídio entre negros é a 3ª principal causa de óbito entre os jovens negros. As mulheres negras aparecem nos dados em saúde com o maior índice de violência ocasionadas pela cultura do feminicídio.

O racismo tem forte influência na qualidade e expectativa de vida, de acordo com as análises da área de saúde coletiva e políticas

públicas para redução das desigualdades sociais, o racismo brasileiro cria e aponta o lugar onde as pessoas negras devem nascer, crescer, viver e morrer. Conforme o último levantamento realizado pelo IBGE (2022), 56% da população brasileira se autodeclara preta ou parda. Estima-se que mais da metade dos usuários do SUS sejam pretos/pardos. Frente a esse contexto, o campo de pesquisa em saúde da população negra, surge como lugar de denúncias, reivindicação por direitos e justiça social.

O movimento negro brasileiro, alinhado de parceiros internacionais realiza o movimento em defesa da população negra que é bastante anterior ao estatuto da igualdade racial e a política pública de saúde para população negra. Pesquisadores negros apontam para a atualização das categorias analíticas emergentes nesse tema, sobretudo, após a publicação da política de saúde população negra em 2010. Entre os assuntos mais recorrentes relacionados à política de saúde voltada para a população negra está seu potencial transformador de realidades sociais, pois permite ampliar o cuidado, garantir acesso e continuidade a uma linha de cuidado que olhe o indivíduo negro a partir de sua singularidade, lugar social e rede de apoio.

Com base em questões como essa, orientadas em espaços de capacitação profissional como é o caso da estratégia metodológica de educação permanente ou continuada, o trabalhador da área da saúde pode considerar um percurso terapêutico que seja multiprofissional e esteja articulado a rede de atenção à saúde. Tendo como objetivo, além da resolução da patologia em questão, a criação de vínculo entre equipe de saúde da família, usuários do SUS e território no qual estão inseridos.

É consenso na literatura científica que o trabalhador da saúde que consegue compreender as implicações do racismo na qualidade e

expectativa de vida da população negra, apresenta mais facilidade para acionar outros pontos de cuidado da rede de atenção à saúde, por exemplo, o Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Média e Alta Complexidade em Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e Maternidades (BRASIL, 2015). Tornando, assim, melhor o acesso e garantia de cuidado prestado ao indivíduo negro, bem como sendo capaz de compreender o uso e realizar o correto preenchimento dos dados relevantes para a avaliação, monitoramento e planejamento das informações em saúde da população negra.

A educação permanente é a principal tecnologia utilizada para implementação das ações em prol da saúde da população negra. Por meio de oficinas, seminários, cursos, palestras e entrega de materiais didáticos é realizado o trabalho de conscientização no SUS sobre o racismo e seu impacto na qualidade de vida e saúde da população (COSTA, 2022). De acordo com as pesquisas entre os trabalhadores de saúde, ainda é expressivo o desconhecimento sobre as desigualdades raciais, bem como suas implicações na saúde atrelado ao desconforto coletivo em abordar o quesito raça/cor para preenchimento do prontuário eletrônico. Tanto os trabalhadores da área da saúde, quanto os usuários do sistema único de saúde, afirmaram sentir sentimentos como desconforto ao falar sobre identidade racial (BUSS, 2017).

Embora para algumas pessoas falar sobre relações raciais e racismo ainda seja algo desconfortável de ser feito, é necessário e deve ser realizado com o máximo de cuidado possível, devido à complexidade das interseccionalidades de opressões que o indivíduo negro pode vivenciar. A história da saúde coletiva brasileira mostra que invisibilizar o assunto não fez com que as desigualdades desaparecessem, muito pelo contrário, o negligenciamento das informações em saúde da população negra,

faz a manutenção das desigualdades sociais que se atualizam e colocam os indivíduos negros com os piores indicadores de qualidade de vida, maiores índices de mortalidade por causas evitáveis, como: arma de fogo, doenças crônicas não transmissíveis, suicídio, entre outras.

O caderno inicia com o relevante trabalho realizado pela enfermeira Virgínia de Sousa, especialista em saúde da família e comunidade. O resultado é produto da experiência de ensino e serviço na residência multiprofissional da Atenção Básica de Florianópolis. A pesquisa apresenta o grau de conhecimento e forma de utilização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) durante a consulta de enfermagem. A pesquisadora faz um delineamento do perfil do profissional atuante e apresenta o quantitativo de mulheres pretas e pardas que tiveram acesso à consulta de enfermagem na Rede de Atenção Primária do município de Florianópolis.

Na sequência é apresentado um ensaio produzido pela nutricionista e mestre em Saúde Coletiva, Manoela Costa. Neste trabalho, são divulgadas temáticas emergentes sobre o racismo e o sistema de saúde. Para isso, a pesquisadora lança luz a questões que aparecem em meio a tensões no campo de estudo em saúde da população negra. A saber: invisibilização do indivíduo negro no SUS; manutenção nas relações de poder marcadas pela categoria raça/cor; construção do imaginário social sobre o negro na ciência da saúde; dificuldade em abordar temas raciais devido a sensação de mal-estar, angústia, vergonha, desconforto, entre outros.

O terceiro trabalho a compor o caderno é de autoria do sociólogo e mestre em Ciência Política, Lucas Ferreira. O pesquisador descreve em forma de linha histórica os avanços e retrocessos do movimento negro na saúde. Para isso, o autor percorre

desde o momento atual até a origem das discussões sobre o uso sociológico da categoria raça para elaboração de políticas públicas destinadas à saúde da população negra. São lembrados, no trabalho, acordos internacionais que foram estratégicos para o desenvolvimento de pesquisas que serviram como base para avançar politicamente na luta pelo direito humano à saúde.

O caderno finaliza com uma recente pesquisa realizada por Fábio Barbosa que é estudante intercambista de mestrado do país africano Guiné-Bissau. Nesse trabalho, ele apresenta informações sobre a saúde da população da Guiné-Bissau. Segundo os dados enunciados pelo autor, a população africana daquela região tem convivido com a endemia de malária por muitos anos. A análise de dados, feita pelo pesquisador, revela que o número de mortos por malária aumentou de forma alarmante durante a pandemia da covid-19, pois os recursos foram majoritariamente destinados ao enfrentamento da pandemia da covid-19 em detrimento de outras doenças.

Os trabalhos selecionados para compor essa edição do caderno NUER fazem parte de um conjunto de pesquisas emergentes, inéditas e interdisciplinares que possuem elevada relevância no campo de estudo em saúde da população negra.

Boa leitura.

Referências

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.

BRASIL. **Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra**. UNA SUS. 2015. BRASIL. Lei 12.288/10. **Estatuto da Igualdade Racial**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: art.165, §1, 1988.

COSTA, Patricia Pol *et al.* **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Dissertação de Mestrado.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro *et al.* Implementação da política nacional de atenção integral à saúde da população negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS n. 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, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de implementação do quesito raça/cor/etnia**. Distrito Federal: Editora MS, 2018.

Atenção Primária à Saúde e a Consulta de Enfermagem à Mulher Negra

Virgínia Aparecida de Faria Sousa¹

Resumo: Este estudo apresenta o conhecimento e a utilização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) durante a consulta de enfermagem, faz um delineamento do perfil do profissional atuante e apresenta o quantitativo de mulheres pretas e pardas que tiveram acesso a consulta de enfermagem na Rede de Atenção Primária, do município de Florianópolis. A população observada foi composta por enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu através de questionário online e consulta em prontuário eletrônico. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva contendo frequência absoluta e relativa. O conhecimento dos enfermeiros sobre a PNSIPN é revelado nos seguintes dados: inserção do quesito cor em prontuários, familiarização e inserção da cultura do paciente. Além disso, as orientações da PNSIPN são verificadas durante a consulta de enfermagem, conforme o indicativo do número de mulheres negras e pardas atendidas em consulta de enfermagem entre abril de 2019 a março de 2020. Conclui-se que aspectos previstos na PNSIPN são realizados pelos profissionais atuantes.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, Consulta de Enfermagem, Saúde da Mulher Negra.

1 Enfermeira Especialista em Saúde da Família, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Pesquisadora no Comitê Técnico em Saúde Integral da População Negra de Florianópolis..

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), em 2009, reconheceu que a discriminação racial e o racismo configuravam formas de iniquidades em saúde. Como resultado, a Política Nacional de Atenção Integral da População Negra foi criada¹, que reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS - governo federal, estadual e municipal - na efetivação das ações, para assegurar o acesso da população negra aos serviços de saúde, de forma adequada e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população¹.

O racismo institucional caracteriza-se por uma prática adotada em serviços e organizações que promove discriminação, porém não são atos explícitos ou declarados, e sim práticas que distribuem as oportunidades e os benefícios de forma diferenciada proporcionando exclusão, falta de acesso e iniquidades do ponto de vista racial³³. Também é definido que é o fracasso das organizações e instituições em fornecer atendimento profissional adequado a populações em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica¹⁹. Desta forma, o racismo institucional atua de forma a induzir, manter e condicionar instituições públicas e privadas reproduzindo hierarquia racial.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 trouxe dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde se comparada à população branca². Os dados apontam que a população negra preta ou parda teve menos acesso a consultas médicas, com dentista, atendimento em saúde da mulher, resultando em taxas elevadas de sífilis em gestantes, maior mortalidade materna, maior taxa de internação e medicalização hospitalar, maior número de HIV, tuberculose, doença de Chagas³. Indicadores de saúde, quando relacionados com dados

socioeconômicos, revelam a relação entre determinantes de saúde e a organização do sistema e são eles que apontam para criação de novas políticas públicas de saúde³.

Anemia falciforme, diabetes mellitus tipo II, hipertensão e deficiência 6 fosfato desidrogenase estão listadas como doenças hereditárias mais comuns na população negra. Esta população também é detentora dos mais altos índices de mortalidade de jovens do sexo masculino, maior mortalidade materna e sujeita a violência obstétrica, menor renda, piores trabalhos, menor escolaridade, atendimento em saúde exclusivamente dependente do SUS³.

Para falar sobre a saúde da população negra, faz-se necessário um breve levantamento histórico acerca das desigualdades que essa população vem sofrendo. Desde a abolição da escravatura, a população afro diaspórica foi legada ao extermínio e/ou apagamento, quando o homem branco detentor de privilégios sociais lhe negou subsídio mínimo para a sobrevivência. Proclamar a abolição sem um plano de integração dos indivíduos à sociedade fez com que eles procurassem sobreviver unindo-se aos seus aglomerados em morros e quilombos vivendo à margem da sociedade²⁵.

O Brasil é um país cultural, social e politicamente racista e machista onde o extermínio da população negra acontece de forma aceitável desde os tempos da escravidão. No mito da democracia racial existe apenas uma estrutura de poder e dominância: a do branco. Assim, a estrutura de poder político de extermínio sobre a população negra foi o branqueamento da raça⁵. O colorismo é um termo utilizado para classificar tons de pele negra que vai de tons mais claros a tons mais escuros. Dependendo de quão mais escura a pele for, mais excluído e discriminado socialmente o indivíduo será³⁰. Para Cruz e Martins¹², podemos citar exemplos de colorismo usando

três mitos sobre a mulher negra: o primeiro fala sobre a mulher barraqueira, é forte, destemida, aguenta trabalhar, aguenta tudo e tem um corpo forte; o segundo é uma ama de leite que cozinha bem, limpa e é subserviente; e o terceiro é a “mulata exportação”, aquela mulher sensual e ferosa, que serve para satisfazer desejos sexuais. As duas primeiras estão ligadas a imagem de mulher negra de pele escura, negra retinta e a última com a negra de pele clara que é mais aceita na sociedade, consequência do processo de embranquecimento e miscigenação da raça.

O norte e o nordeste do país possuem a maior concentração de comunidades quilombolas e lá a classificação entre ser negro ou pardo é diferente da que é adotada aqui no sul do Brasil. Através do colorismo, a sociedade cria modos para que o preconceito continue presente nos espaços sociais como: trabalho, saúde, locais de lazer e escolas, provocando insegurança, instabilidade e falta de identidade e pertencimento à cultura brasileira³⁰.

Em Santa Catarina, a população total é de aproximadamente 7.252.502 pessoas no ano de 2020, sendo que destes, 15,5% (1.124.137) se declaram pretos e pardos (IBGE, 2010). Atualmente o Estado conta com 18 comunidades remanescentes de quilombos com certificação⁷. Nos últimos anos, acompanhamos no Brasil o crescimento de pessoas que se declaram negras, pretas ou pardas. De acordo com o Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), negras e negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%). Dados mais recentes apontam que, em 2015, 53,9% da população se declarava negra, preta ou parda².

Para Sacramento e Nascimento,²³ categorias como cor, raça e etnia ainda são pouco consideradas nos serviços de saúde e na produção científica brasileira. De acordo com Cruz,¹⁰ quando se estuda a mulher negra brasileira, um fator extrínseco e importante

tem de ser destacado além dos 300 anos de escravidão, mais 100 de exclusão: o patriarcado. Esta estrutura de poder impõe comportamentos tido como aceitáveis que puseram a mulher negra em um risco não biológico no que tange o cuidado à saúde. Para Domingues,¹³ a mulher negra é a que mais sofre violência física, obstétrica, possui elevada taxa de mortalidade materna, maior índice de transtornos mentais e a que menos recebe atendimento em estabelecimentos de saúde. As mulheres são as principais prejudicadas pelas políticas macroeconômicas, pois têm poucas chances de competir no mercado de trabalho em virtude de passar parte do tempo ocupadas em serviços não remunerados e serem as principais cuidadoras da família. A mulher negra sofre tripla discriminação: ser pobre, mulher e negra³².

O movimento de mulheres no Brasil é um dos mais respeitados do mundo e o que teve maior destaque dentro da Constituição de 1988, tendo 80% de suas propostas atendidas⁶. Neste cenário, destaca-se a criação de políticas públicas para atender as mulheres como instituições de proteção à mulher em caso de violência, delegacia especializada e treinamento em segurança em caso de violência. O feminismo negro é um movimento que trata das particularidades pertinentes a mulheres negras que não são contempladas dentro das pautas do feminismo. Enquanto mulheres brancas lutavam pelo direito de votar e de exercer a sexualidade, mulheres negras lutavam para serem reconhecidas enquanto seres sociais e que seus corpos não fossem violados²⁷.

Em se tratando da saúde da mulher negra, dados apontam que estas realizam menos consultas pré-natais, têm acesso a menos informações neste período, apresentam menor taxa de realização de exame do colo do útero e miomas uterinos, e possuem maior realização de histerectomias além de estarem mais vulneráveis a sofrer violência obstétrica²³.

De acordo com Kubiak e Oliveira,²⁵ tratando-se de violência obstétrica, mulheres negras constituem a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação. A violência obstétrica é definida por formas de violência e danos causados pelo profissional de saúde durante a assistência no pré-natal, parto, puerpério e abortamento²². O desconhecimento das demandas da mulher negra a respeito de sua saúde configura mais uma forma de discriminação e reforça as estruturas racistas das instituições¹².

Para Cruz,¹¹ há uma série de medidas que podem ser adotadas por profissionais de saúde, em especial enfermeiros que visam o combate ao racismo e sexismo a fim de promover a saúde da mulher negra e garantir acesso e cuidados de saúde adequados.

Para Silva e Monteiro,³⁰ articulada à categoria raça e cor, entende-se que, no contexto das campanhas de saúde do MS, estar ou não representada e a forma que se dá esta representação influencia a construção social da imagem da mulher negra, podendo contribuir para a perpetuação das iniquidades sociais que marcam sua vida. Ao se deparar com imagens que não contemplam a sua realidade de vida em cartazes de saúde, as mulheres negras podem sentir-se desmotivadas e inseguras para realizar as práticas de saúde e de autocuidado.³⁰

A Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN) apresenta-se como medida importante a ser implementada nos serviços de saúde e na rotina profissional, podendo ser uma poderosa aliada no combate ao racismo institucional e outras formas de iniquidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção e caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde.¹⁴

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro ao assumir sua função, torna-se o responsável técnico pelo território adscrito, necessitando considerar cuidados empíricos trazidos pelos pacientes, tais como: cultura, permanência, condições de moradia, além de enxergar o indivíduo como ser único e autônomo no seu cuidado à saúde. A enfermagem é uma prática importante para sociedade e atua em diversas áreas articulando seu saber específico conjuntamente com outras profissionais a fim do restabelecimento da saúde.¹⁴.

De acordo com Matumoto,²¹ compreende-se a prática do enfermeiro na APS brasileira como prática social, isto é, aquela realizada a partir das necessidades sociais de saúde que se dão em um momento histórico; constitui-se e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do SUS.

A Consulta de Enfermagem é compreendida como um espaço não apenas clínico e pré-estabelecido vinculado às normas e rotinas, mas também um espaço de aproximação e acolhimento. É uma atividade privativa do enfermeiro onde o mesmo utiliza método científico para identificar situações de saúde e de doença para agir de acordo com a situação apresentada. Desse modo, tal atividade tem a finalidade de contribuir para promoção da saúde e prevenção de agravos, além de propiciar a recuperação e reabilitação do indivíduo e da comunidade.⁹

Através da consulta de enfermagem, o enfermeiro pode conhecer o indivíduo e a família construindo vínculo e, dessa forma, propiciando promoção de saúde e prevenção de doenças, além de se apresentar como forte aliada para adesão ao plano de cuidados.

Um estudo realizado na Bahia aponta que mulheres pretas e pardas têm menos acesso a serviços preventivos de saúde. Para Góes e Nascimento,¹⁶ o racismo determina as condições de acesso

das mulheres negras para o acesso ruim, as mulheres negras têm o maior percentual, enquanto as mulheres brancas são prioridade no acesso bom.

Conforme Cruz e Hoga,¹¹ alguns históricos de enfermagem não contemplam o quesito raça/cor/etnia trazendo prejuízo de dados comprobatórios sobre a real condição de saúde da mulher negra. Mais uma vez, a PNSIPN é imprescindível por reafirmar a necessidade da inclusão dos quesitos raça/cor/etnia nos prontuários a fim de diminuir barreiras no acesso e possibilitar um cuidado específico às mulheres negras e suas especificidades.

MÉTODO

Para realização dessa pesquisa foi utilizada uma abordagem metodológica descritiva quantitativa. Em Florianópolis estão implantadas 155 equipes de saúde da família, distribuídas em 49 Centros de Saúde. Por sua vez, os Centros de Saúde estão organizados em distritos sanitários, a saber: centro, continente, norte, sul. A população do estudo constituiu de 155 enfermeiros lotados nos Centros de Saúde da rede de Atenção Primária do Município.

Dos 121 enfermeiros considerados para a amostra, 118 aceitaram participar do estudo, configurando perda amostral de 2,5%, resultado esperado considerando que a perda calculada inicialmente era de 10%.

A coleta de dados foi realizada a partir dos relatórios gerados no banco de dados dos sistemas de prontuário eletrônico InfoSaúde e Celk Saúde acerca das mulheres pretas e pardas que passaram em consulta de enfermagem na APS, a partir de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2020. Também foram coletados dados através de questionário eletrônico validado previamente por dez

enfermeiros pertencentes a gestão da APS no município, que não foram contabilizados na amostra.

A validação teve como objetivo verificar se todos os itens eram compreensíveis. Por sugestão desses enfermeiros, foram retirados do questionário a identificação do participante através de e-mail e em duas questões foram adicionadas a opção outro como resposta. Após validação e correções sugeridas pelos enfermeiros, o questionário foi compartilhado por meio eletrônico aos participantes através do *Google doc*.

Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico em formato de questionário semi estruturado e organizado em duas etapas: a primeira para a caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda sobre o conhecimento da PNSIPN. A coleta de dados ocorreu de 01/12/2020 a 18/01/21, nesse período foi acompanhado o retorno dos questionários preenchidos.

No processamento e análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva definida de acordo com os dados encontrados que foram agrupados e comparados, conforme os produtos e as variáveis do perfil da amostra. Utilizou-se a frequência relativa (percentual) e a frequência absoluta para interpretação dos resultados. Para a análise quantitativa dos dados utilizou-se a ferramenta Excel.

Foi realizada a sensibilização da rede por meio de comunicação como e-mail e WhatsApp institucional das equipes, e-mail dos Centros de Saúde e Distritos Sanitários. Os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa responderam ao questionário autoaplicável e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por meio digital.

O estudo contemplou os aspectos éticos, seguindo as normas de pesquisa em saúde conforme a Resolução de número 466/2012,

de 12/09/2012 e suas 23 complementares, do Conselho Nacional de Saúde. Foram respeitados todos os aspectos quanto ao sigilo dos dados coletados. O anonimato dos participantes foi mantido.

Como em toda pesquisa existem seus respectivos riscos previstos, esta pesquisa se enquadra dentro do risco mínimo que é aquele que não vai além do risco comumente encontrado na vida cotidiana ou durante procedimentos de rotina²⁶. Não foi necessário nenhum tipo de procedimento adicional, pois a pesquisa proposta não ofereceu risco à sua integridade física ou emocional, inerente à sua participação. Entretanto, ao se disponibilizar para responder o instrumento, o participante fez uso do seu tempo. Visando minimizar que esse seja muito dispendioso, propôs-se um questionário online e objetivo de modo que o participante acessasse de seu aparelho celular a fim de evitar atraso nas atividades laborais ou privadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, localizado ao leste, possui uma população de 61.266 pessoas que se autodeclararam negros e pardos. O restante da população, 357.029 pessoas, opta ou por não declarar ou se autodeclarou branco, amarelo ou indígena constituindo a maioria.²

A capital do Estado teve os índios tupi-guaranis como os primeiros habitantes e possui uma colonização em sua maioria açoriana que aportou em terras catarinenses por volta do século XVIII. Pouco se sabe sobre a presença de africanos que chegaram entre o século XVIII e XIX.¹⁵

A presença de negros na Ilha de Santa Catarina foi por muito tempo percebida como doméstica e menos importante do que

a escravidão dos engenhos de açúcar, cafezais e charqueadas, porém a cada 10 famílias de açorianos presentes no Ribeirão da Ilha, 5 possuíam mão de obra escravizada.¹⁵

Os dados coletados na primeira parte do questionário tiveram o intuito de levantar a caracterização sociodemográfica dos participantes, e apontou que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, é jovem adulta possuindo até 40 anos de idade e é servidor público. Destaca-se que a expressa maioria realizou a graduação em instituição pública, está formada há mais de cinco anos, possui pelo menos um curso de especialização e atua exclusivamente na Atenção Primária.

No município de Florianópolis há protocolos instituídos: a enfermagem tem um perfil jovem e inovador além de altamente qualificada, realizando ações baseadas nas melhores evidências científicas, o que foi evidenciado nos dados sociodemográficos encontrados.

Atualmente o enfermeiro da APS possui autonomia, é muitas vezes o protagonista dentro da sua equipe de atuação visto que se divide em atividades assistenciais e gerenciais.¹⁴

Para Mattos-Pimenta,²⁰ enfermeiros desenvolvem competências clínicas e de pesquisa superiores às tradicionais e visam a melhoria contínua de resultados em saúde. Atuam na inovação, na construção e na implementação de protocolos, de processos de cuidado institucionais e de políticas públicas.

A enfermagem é uma profissão que utiliza do método científico e técnico construído e reproduzido através de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Está centrado na pessoa, família e coletividade, e os trabalhadores

de enfermagem estão alinhados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.⁹

Já os dados coletados na segunda parte do questionário contemplavam as questões concernentes à Política Nacional de Saúde Integral à População Negra.

Ao serem questionados sobre o conhecimento da política em questão, a maioria afirma que conhece, contudo 42,4%, número expressivo, nunca ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra.

A expressa maioria dos entrevistados afirma que nunca presenciou nenhuma forma de discriminação nos ambientes de trabalho, apesar da maioria dos serviços estarem localizados em áreas de interesse social.

Ao serem questionados sobre a utilização de ferramentas para o combate do racismo institucional, os entrevistados informaram que utilizam diversas formas, entretanto, não há oferta de educação continuada no município e, de acordo com a maioria dos entrevistados, na questão anterior nunca presenciaram atos discriminatórios.

A maior parte dos enfermeiros entrevistados afirma que crenças e comportamentos dos profissionais podem interferir na qualidade da assistência prestada.

De acordo com o Código de ética profissional, é de responsabilidade do profissional prestar atendimento sem discriminação de qualquer natureza e respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.⁹

Entendemos por valores e crenças o conjunto de atitudes que nos direciona para ações que tomamos durante a vida. Podem vir carregados de posicionamento moral e nos influenciam nas tomadas de decisões¹¹. Para Coelho, Barros, Matheus e Domingues,¹¹ às crenças, ideias, valores, aspectos emocionais e comportamentos, relacionados com a experiência de vida de cada indivíduo/família, são traduzidos na concepção de saúde e adoecimento, o que influencia as atitudes e as condutas diante das enfermidades.

Uma das diretrizes da PNSIPN é a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. Ao serem questionados sobre como valorizam questões culturais trazidas, os enfermeiros apontaram formas diferentes de inserção da cultura como procurar evidências sobre empatia e familiarizar-se com a cultura.

A inserção da cultura do usuário na tomada de decisão sobre sua saúde é um potente aliado no combate ao racismo estrutural, além de propiciar melhor adesão ao tratamento.¹

A Atenção Primária à Saúde (APS) faz parte de uma das redes de atenção à saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e configura-se como uma importante porta de entrada ao sistema⁴. Ao atuar na atenção primária o enfermeiro precisa se inserir na comunidade para conhecer a sua população e realizar a assistência necessária.

O acolhimento configura-se elemento importante para relação usuário/profissional de saúde para que se estabeleça uma relação de confiança e compartilhamento de informações, a fim de que as decisões sejam compartilhadas, levando em consideração crenças e valores trazidos pela família e comunidade adscrita. Ao inserir o

usuário nas decisões, temos uma probabilidade maior de que ele siga o tratamento melhorando sua condição de saúde.⁴

Ao desempenhar atividades ratificando o código de ética e o acolhimento, conforme a PNH, os enfermeiros contemplam diretrizes contidas na PNSIPN como, por exemplo, garantir o acesso e reconhecer e inserir a cultura trazida no cuidado.

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, mantém-se e alimenta-se pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais.¹⁹

A PNSIPN se apresenta como forma de diminuir iniquidades em saúde e pode combater o racismo estrutural presente nas instituições. Ela dispõe de algumas ferramentas que visam a identificação e combate de situações discriminatórias.

O município de Florianópolis, em dezembro de 2007, criou a Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para a promoção da igualdade racial (COPPIR) que tem como finalidade assessorar, assistir, apoiar, articular e acompanhar ações, programas e projetos voltados à promoção da igualdade racial.¹⁵

Os comitês se afirmam como estratégia para combater o racismo estrutural, pois através dele são desenvolvidos estudos e pesquisas acerca deste segmento populacional, também ofertando educação continuada sobre a temática nos municípios.¹

Apesar de a COPPIR existir desde 2007, 76,3% dos entrevistados informam que não recebem educação continuada sobre a temática, porém 61% atuam em áreas de vulnerabilidade social onde foi apontado maior número de atendimentos de pessoas autodeclaradas pretas e pardas.

Sabemos que pessoas negras ainda são as que apresentam maior vulnerabilidade social, recebem os piores salários e executam os piores trabalhos, têm a maior taxa de analfabetismo e maior índice de mortalidade.³

No artigo XVII da PNSIPN fica claro que é de responsabilidade do município promover apoio técnico e financeiro para a implementação de comitês de saúde da população negra e formação de lideranças negras para o seu exercício.¹

Alguns entrevistados, a minoria, (87%) acredita que questões sociais têm uma relevância maior na saúde do que o racismo. Ao afirmar que não se faz distinção entre pessoas persiste o risco de cometer atos discriminatórios.

O princípio da equidade tem relação com a igualdade e justiça, norteia as políticas de saúde, reconhecendo as necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças.

Coerente com a diretriz governamental que determina a redução da exclusão social, o ministério entendeu ser fundamental a estratégia de formulação desta política reafirmando os princípios do SUS.¹

Após 11 anos de criação da política, significativa parte (42,4%) dos profissionais atuantes na APS não a conhecia, porém utilizam características contempladas nessa para garantir acesso. Sendo a atenção básica porta de entrada principal para o sistema, torna-se fato relevante, pois a PNSIPN foi criada com vistas a diminuir iniquidades em saúde, garantir acesso adequado e livre de discriminação por parte deste segmento populacional.¹

A PNSIPN afirma que a história, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar da classe social de condições mais precárias, a política atua na garantia de acesso e diminuição de iniquidades em saúde a esta população.¹

A expressa maioria dos entrevistados (91%) relatou que a temática proporcionou um novo olhar acerca do racismo, sua atuação no âmbito da saúde e a necessidade de discussão, e a incorporação de práticas para o seu combate na rotina de trabalho.

A análise de dados provenientes de prontuários eletrônicos informou o quantitativo de mulheres, mulheres negras e mulheres pardas que foram atendidas em consulta de enfermagem no município de Florianópolis, entre 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2020. Foram atendidas 631.428 mulheres, destas 43.545 (7%) se autodeclararam mulheres negras e 12.962 (2%) mulheres pardas.

Em alguns serviços de saúde, os usuários não são indagados sobre a sua cor e o próprio funcionário decide a qual grupo eles pertencem, ainda há falta de conhecimento sobre a adoção do quesito raça/cor nos prontuários de saúde baseado na classificação do IBGE. Desde 2017 através da portaria 344 de 1º de fevereiro, o Ministério da Saúde adota o critério de autodeclaração baseado na classificação do IBGE que pesquisou as cores mais declaradas e elegeu cinco: branca, preta, parda, amarela e indígena.¹

As informações com os dados desagregados por raça/cor são importantes pois, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, podemos oferecer um atendimento de acordo com a necessidade de cada pessoa¹. Esse cenário correlaciona-se com o encontrado atualmente no município onde o número de pretos e pardos é menor do que a população branca.

Mulheres que não se autodeclararam negras e pardas compõem majoritariamente a população do município, deste modo, pode-se concluir que por isso acessaram a consulta de enfermagem em maior número.

Ao analisar os dados obtidos por distrito sanitário, verificou-se que o distrito centro e continente apresentou o maior número

de atendimentos gerais e consulta de enfermagem às mulheres que se autodeclararam pretas ou pardas. Os Centros de Saúde em questão, possuem grande área de abrangência assim como contingente populacional adscrito e ainda estão inseridos em áreas de interesse social.

Já os Centros de Saúde que apresentaram o menor número de atendimentos gerais e consultas de enfermagem às mulheres pretas e pardas, estão inseridos em área com a maior população de mulheres que não apresentaram autodeclaração ou que a maioria se considera branca, estando localizada fora de área de interesse social e com menor população adscrita.

A análise do distrito norte e sul também apresentou maior número de atendimento geral e consulta de enfermagem às mulheres pretas e pardas, nos Centros de Saúde de maior população adscrita, e, novamente, inseridos em áreas de interesse social.

Este dado também pode estar relacionado com a inserção do quesito cor em prontuários de saúde. Sabemos que o critério de raça e cor inserido no prontuário é um importante marcador para obtenção de dados.

CONCLUSÃO

Ao abordar o racismo surgem diversos sentimentos como desconforto, dor, humilhação, indignação e indiferença. Numa sociedade que foi construída com mão de obra escravizada, acreditar que as chances de prosperar dependem apenas do próprio esforço induz à exclusão social. As vulnerabilidades sociais atingem diversas populações, contudo, os mais vulneráveis carregam na pele o estigma da escravidão e as exclusões se perpetuam.

O estudo propiciou aos participantes um olhar específico para a população negra, em especial as mulheres. Foi apresentado um novo olhar sobre comportamentos tidos como aceitáveis pela sociedade, mas que corroboram com discriminação e exclusão trazendo prejuízo à saúde das mulheres negras. O patriarcado empurra mulheres para a base da pirâmide social, mulheres negras ficam ainda em pior colocação, pois além de serem mulheres são negras.

Sendo a enfermagem uma classe trabalhadora que possui em seu quadro expressivo contingente de profissionais mulheres, é urgente que se reflita acerca do racismo e suas consequências na saúde para poder ofertar um atendimento ainda mais qualificado garantindo o acesso, integralidade e longitudinalidade.

Este estudo identificou que no município de Florianópolis, no período de 01 abril de 2019 a 31 de março de 2020, foram atendidas 15.307 mulheres que se autodeclararam negras e 4.845 pardas, que tiveram acesso à consulta de enfermagem.

Foi possível identificar aspectos previstos na PNSIPN contemplados durante a consulta de enfermagem como garantia de acesso, inserção do quesito cor em prontuários, valorização da cultura trazida e inserção da mesma no cuidado. Constatou-se que o tema tem grande relevância conforme foi apontado pelos participantes. Evidencia-se que a pouca atuação da COPPIR junto aos entrevistados indica uma fragilidade na implementação e execução da política.

A educação continuada apoiada pela COPPIR aponta para o fortalecimento da PNSIPN no município, reafirmando a necessidade de combater o racismo e, conseqüentemente, iniquidades na saúde.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM n. 992, de 13 de maio de 2009**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html . Acesso em: 18 nov. 2023.
2. BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Brasil). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 36. ed. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006 - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília (DF): MS; 2008.

6. BASTOS, Eloísa Solange Magalhães. **Avaliação da Política de Saúde Integral da População Negra no Município de Salvador**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Políticas Sociais, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2012. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/123456730/92>. Acesso em: 20 mai. 2022.
7. CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142003000300008>. Acesso em: 18 nov. 2023.
8. CERTIFICAÇÃO QUILOMBOLA. **Fundação Palmares**, 2020. Disponível em: < http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551 >. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.
9. CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, , jun. 2015, p. 1909-1916 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>. Acesso em: 18 nov. 2023.
10. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Citado 2010 ago. 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-dejunhode-1986_4161.html. Acesso em: 18 nov. 2023.
11. COELHO, Aluê Constantino *et al.*
12. BELIEFS, VALUES AND ATTITUDES OF COHABITING RELATIVES OF CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS. **Remem**: Revista Mineira de Enfermagem, v. 20, 2016. p. 1-8. GN1 Genesis

Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160050>. Acesso em: 18 nov. 2023.

13. CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. : aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 38, n. 4, dez. 2008. p. 448-457. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000400011&script=sci_arttext. Acesso em: 22 mai. 2022.

14. CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; HOGA, Luiza Akiko Komura. ALGUNS ASPECTOS SOBRE SAÚDE/DOENÇA EM MULHERES NEGRAS. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, fev. 2015. p. 50-60. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/bnn/article/view/2792/678>. Acesso em: 03 dez. 2022.

15. DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima *et al.*. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285-292, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>. Acesso em: 22 abr. 2022.

16. FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, 2018. p. 704-709. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000700704&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 dez. 2020.

17. FLORIANÓPOLIS. Lei Municipal nº 7511, de x de dezembro de 2007. Cria a Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para Igualdade Racial. Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://appfloripa.pmf.sc.gov.br/portal/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

18. GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 37, 01 out. 2013. p. 571-579. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n99/571-579/>. Acesso em: 04 dez. 2020.
19. GOMES DOS SANTOS, Ariane et al. O cuidado de enfermagem analisado segundo o ensaio de cuidado de Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermagem**, v. 33, n. 3 out. 2017. 1. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295> . Acesso em 26 jan. 2021.
20. KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no sus? Um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, ago. 2007.P. 146-155. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902007000200014&script=sci_arttext. Acesso em: 20 mai. 2020.
21. LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. : aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, 20 mar. 2012, p. 121-134. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000004&script=sci_arttext. Acesso em: 20 mai. 2020.
22. MATTOS-PIMENTA, Cibele Andruccioli de *et al.* . Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em mestrado profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. p. 1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020ae01235>. Acesso em: 18 nov. 2023.

23. MATUMOTO, Silvia *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção: a process under construction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, fev. 2011, p. 123-130 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000100017&lng=en&tlng=en. Acesso em: 04 dez. 2020.
24. MENEZES, Fabiana Ramos de *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020, p. 1-14.
25. MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: Identidade nacional versus identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
26. OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, set. 2019, p. 939-948. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em: 18 no. 2023.
27. POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
28. RIBEIRO, Djamila. **Quem Tem Medo do Feminismo Negro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
29. SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, out. 2011,

p. 1142-1149 Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/s008062342011000500016>. Acesso em: 18 nov. 2023.

30. SILVA, Monalisa Nanaina da; MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos. Representatividade da mulher negra em cartazes publicitários do Ministério da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 52, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018002203399DOI:1590/s1980220x2018002203399>. Acesso em: 18 nov. 2023.

31. SILVA, Anna Beatriz do Nascimento. O IMPACTO DO COLORISMO NO FEMINISMO NEGRO DO BRASIL. **Caderno Humanidades e Perspectivas, Duque de Caxias**, v. 4, n. 2, p. 56-61, maio 2018. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/humanidades/article/view/749/775>. Acesso em: 20 mai. 2020.

32. SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* O CUIDADO EM ENFERMAGEM - UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 2005, p, 266-270 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

33. TAQUETTE, Stella R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade, [S.L.]*, v. 19, n. 2, p. 51-62, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s010412902010000600006>. Acesso em: 18 nov. 2023.

34. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, set. 2016, p. 535-549. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300535&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mai. 2020.

A Educação das Relações Étnico-Raciais na Saúde Coletiva

Manoela Cleusa Costa¹

Resumo: Esse ensaio apresenta a educação das relações raciais como um importante campo para capacitação dos/as trabalhadores/as do SUS. O objetivo é analisar algumas implicações do racismo na saúde coletiva. Para isso, é lançada luz em questões que aparecem na literatura acadêmica enquanto tensão no campo de pesquisa em saúde da população negra. Dentre elas, a invisibilização do indivíduo negro, manutenção de relações de poder marcadas pela raça/cor durante a construção do imaginário social sobre o negro na ciência da saúde, dificuldade em abordar temas raciais devido a mal-estar e desconforto. Conclui-se que a educação permanente atualmente é a principal tecnologia para fortalecimento das ações orientadas pela política nacional de saúde integral da população negra.

Palavras-chave: Saúde coletiva, educação das relações raciais, educação permanente.

Introdução

A saúde da população negra vem se consolidando enquanto um campo de pesquisa nos cursos nas universidades brasileiras. Entretanto, mesmo que o aumento no número de pesquisas científicas represente um importante avanço em direção a

¹ Nutricionista, mestra em Saúde Coletiva pela UFSC. Doutoranda do programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC. Filiada ao Instituto Kadila de estudos da África e diáspora. Pesquisadora do comitê técnico em Saúde da População Negra.

construção de estratégias de políticas públicas para a redução das desigualdades em saúde, ainda existem pontos de tensão que dificultam o alcance das ações destinadas à equidade no acesso à saúde e qualidade de vida.

Um grande tensionador que atrapalha o movimento de avanço nas discussões sobre os reflexos do racismo na saúde é a dificuldade em abordar assuntos sobre educação das relações raciais nas unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, emergências ambulatoriais e hospitais. O pouco conhecimento sobre as desigualdades raciais e suas implicações na vida do sujeito, dificultam a sensibilidade na escuta, conduta assertiva na escolha do manejo terapêutico, acesso a linha de cuidado com garantia de continuidade do tratamento, entre outros.

O racismo é considerado um determinante e condicionante social de saúde, na medida em que é capaz de gerar disparidades sociais, materiais e simbólicas. A região sul do país é marcada por uma grande diferença no padrão de vida entre população branca e não branca. Devido aos projetos políticos de miscigenação e colonização que ocorreram no Brasil, o estado de Santa Catarina possui elevada presença de população com ascendência europeia. Municípios como que compõem o vale europeu, como: Canelinha, Nova Trento, Brusque, São João Batista, entre outros, apresentam elevado percentual de desigualdade social entre população branca e não branca, sobretudo pela distribuição desigual de terras.

A capital do estado de SC fica localizada em Florianópolis. O município, embora tenha sido colonizado por portugueses da região dos Açores, já contava com a presença dos povos originários da etnia carijós e recebeu centenas de homens e mulheres negras em suas terras. Apesar de a cultura açoriana ser bastante reconhecida, Florianópolis, diferente de outros municípios de SC, apresenta,

ainda que em medidas desproporcionais, heterogeneidade em termos culturais. Nos últimos anos, o município tem apresentado aumento no número de pessoas que se autodeclaram pretas/pardas. De acordo com o relatório da Inteligência Financeira (CERES), a região metropolitana de Florianópolis acompanhou a tendência nacional de crescimento da população negra, apresentando taxas médias anuais de crescimento superiores a população de não negros no período analisado. A população negra na região metropolitana de Florianópolis teve um aumento de 1991 a 2000 (55%) e 2000 a 2010 (90%).

Conforme consta no plano municipal de saúde do município, em 2010, os brancos da região ganhavam em média duas vezes mais do que os negros. Segundo as informações de saúde divulgadas em 2023 pela vigilância epidemiológica de Florianópolis, o número de suicídio entre negros é a 3ª principal causa de óbito entre os jovens negros. As mulheres negras aparecem nos dados em saúde com o maior índice de violência ocasionadas pela cultura do feminicídio.

O racismo tem forte influência na qualidade e expectativa de vida, de acordo com as análises da área de saúde coletiva e políticas públicas, para redução das desigualdades sociais. O racismo brasileiro cria e aponta o lugar onde as pessoas negras devem nascer, crescer, viver e morrer. De acordo com o último levantamento realizado pelo IBGE (2022), 56% da população brasileira se autodeclara preta ou parda. Estima-se que mais da metade dos usuários do SUS sejam pretos/pardos. Frente a esse contexto, o campo de pesquisa em saúde da população negra, surge como lugar de denúncias, reivindicação por direitos e justiça social.

O movimento negro brasileiro, alinhado de parceiros internacionais, realiza ações em defesa da população negra, o que

é bastante anterior ao estatuto da igualdade racial e a política pública de saúde para população negra. Pesquisadores negros apontam para a atualização das categorias analíticas emergentes nesse tema, sobretudo, após a publicação da política de saúde população negra em 2010. Entre os assuntos mais recorrentes relacionados a política de saúde voltada para a população negra está seu potencial transformador de realidades sociais, pois permite ampliar o cuidado, garantir acesso e continuidade a uma linha de cuidado que olhe o indivíduo negro a partir de sua singularidade, lugar social e rede de apoio.

As desigualdades raciais

A história da sociedade brasileira é marcada por longos períodos de exploração e opressão em relação aos povos originários e afro-diaspóricos. Tamanha negligência resulta em profundas desigualdades sociais que perduram e são retroalimentadas até os dias atuais. O racismo possui importância primordial na manutenção das desigualdades sociais, pois se apresenta como uma categoria criada e mobilizada pelas pessoas com o propósito de hierarquizar os indivíduos na sociedade de acordo com sua raça/etnia. Diretamente implicado nas disparidades sociais, o racismo afeta questões que se mostram fundamentais para qualidade de vida, como: educação, moradia, trabalho, alimentação saudável, círculo social, entre outros.

De modo estruturante, o racismo dá gás à maquinaria da contemporaneidade, por meio da falta de acesso a recursos básicos e políticas de Estado. O racismo estrutural opera na maneira como os indivíduos negros nascem, crescem, vivem e morrem (ALMEIDA, 2019). Na medida em que é utilizado como marcador de diferenças para estabelecimento de hierarquias

sociais, o racismo se mostra imbricado com o nível de qualidade de vida de grupos sociais marcados pela subalternização. Assim, o racismo produz e legitima disparidades sociais que na área da saúde coletiva podem ser observadas com melhor precisão nos estudos que possuem os dados em saúde categorizados de acordo com o quesito raça/cor.

Desde que o marcador racial passou a ser utilizado no sistema de informação do SUS, foi possível observar as desigualdades existentes na qualidade de vida entre a população negra e a população branca. A inclusão da identificação racial em estudos científicos na área da saúde tem permitido melhor compreensão das condições de vida da população negra, bem como os reflexos disso no processo de saúde-doença.

O item raça/cor no atendimento à saúde, torna viável o mapeamento do perfil epidemiológico da população negra, de acordo com localização geográfica, estratificação social, faixa etária, escolaridade, entre outras variáveis. Assim, é possível planejar ações que respondam às demandas específicas da população em questão.

As desigualdades raciais possuem como desfecho desigualdades sociais, tais como: poucos anos de escolaridade formal, baixa renda, maiores percentuais de mortalidade materno-infantil, carência nutricional, déficit de crescimento infantil, aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, ocasionadas em grande medida pela condição de vulnerabilidade econômica e a alimentação nutricionalmente inadequada (BRASIL, 2015). A exploração, marginalização e privação social engendram a estrutura econômica e política. Dessa forma os dados que expressam as desigualdades de ordem distributiva conversam com os piores indicadores de qualidade de vida (BRASIL, 2015).

Haja vista as profundas desigualdades sociais existentes nas relações de poder, em posse dos recursos materiais entre os brancos e não brancos e a necessidade de educação das relações raciais no SUS, surge como critério de análise a seguinte questão: como a saúde coletiva tem usado o conceito de raça no planejamento e execução de políticas públicas que possuem como objetivo a redistribuição material e o reconhecimento identitário cultural para grupos em vulnerabilidade social e econômica, como é o caso da política nacional de saúde integral da população negra? Para responder essa reflexão, é interessante observar o uso social do conceito raça na contemporaneidade, os agrupamentos e hierarquização dos grupos racializados.

O que torna o negro, negro?

No Brasil a categoria “negro/a”, “preto/a” vem sendo relevante como critério de auto identificação racial, sobretudo na elaboração de políticas públicas para redução das disparidades sociais. Na medida em que o indivíduo autodeclara a sua cor para o trabalhador de saúde, torna-se possível mapear informações de saúde que estão atreladas às desigualdades raciais. A produção científica desses dados na saúde coletiva é o que orienta o diagnóstico da situação de saúde da população de determinado território, bem como oferece subsídios para o planejamento estratégico de ações que supram as demandas locais.

É importante destacar que a categoria negro/a, preto/a é alvo de profundos debates, uma vez que o conceito de raça usado na contemporaneidade não apresenta bases em diferenciações genéticas humanas, mas sim no construto social que serve para organizar de modo hierárquico a sociedade. Para analisar como o conceito de raça é atualmente tratado nas políticas de saúde

pública é interessante retornarmos à história de utilização desse conceito na produção científica.

De acordo com Guimarães (2003), o conceito de raça pode ser observado a partir de dois prismas. O primeiro, entende raça enquanto uma categoria analítica fruto da construção social. A categoria analítica aponta para como o conceito de raça foi construído na produção de direitos que precisamos considerar. Já a segunda categoria compreende raça a partir da sua naturalização na sociedade, a essa dá-se o nome de categoria nativa. A categoria nativa produz efeitos no social.

A história aponta para diferentes formas de entendimento sobre o conceito de raça ao longo do tempo em distintas sociedades. Kabengele (1999) ao tratar sobre a abordagem conceitual de raça, afirma que raça é filha da dominação, na medida em que discute mais sobre relações de poder do que conteúdo comum. Ao dizer isso, o autor também trata da produção e utilização do conceito raça durante o período de intensa exploração colonial, onde houve a propagação da concepção de que o branco era o padrão civilizatório, junto da consolidação da noção de raça.

É relevante destacar a diferença na concepção do termo raça e população. Enquanto população abarca a ideia de segmentos com identidades culturais, aspectos étnicos e origem comum, raça não pressupõem conteúdo comum, embora também produza etnicidade (GUIMARÃES, 2003). Por exemplo, os brancos brasileiros ao se deslocarem para o exterior são vistos e tratados como latinos, não como pertencentes a raça dos brancos, isso nos mostra a flexibilidade que esse conceito possui. Aqueles indivíduos que sempre foram tratados como sendo da raça branca e superior no Brasil percebem que ao se deslocar para outro território que possuem sua racialidade questionada ou até

mesmo anulada/alterada. Portanto, o conceito “raça” fala sobre relações de poder, onde agrupamentos são feitos de acordo com justificativas geopolíticas.

De acordo com Guimarães (2003), os grupos racializados passam por um agrupamento que diz mais sobre o indivíduo do que ele mesmo. Essa predominância do agrupamento sobre o indivíduo articula-se com a ideologia de dominação racial. A população africana na diáspora brasileira foi racializada e colocada como pertencente ao grupo racial inferior, o que ocasionou entre tantas perdas, na negação do processo de individualização e subjugação. Tomemos por exemplo as construções racializantes de que todos os negros são violentos, menos inteligentes, o trabalho braçal deve ser feito por eles, entre outras.

A aplicação teórica da ideia de agrupamento e a hierarquização de grupos racializados, à luz dos efeitos no discurso nativo, pode ser encontrada na naturalização das desigualdades raciais na divisão dos cargos de trabalho. Um exemplo comum é o de pensar e ver um homem negro sendo o servente, enquanto o homem branco é o proprietário do resort. A estrutura sócio econômica ainda é orientada e atualizada a partir da lógica raça - dominação - trabalho, desse modo a categoria raça influencia e produz efeitos no sistema capitalista, estes efeitos podem ser observados na estruturação da materialidade da vida por duas questões: reconhecimento de humanidade e redistribuição material.

Uso do conceito raça na biologia

Pessoas com elevada influência na política e economia brasileira já pensaram em solucionar as desigualdades sociais a partir da hipótese de que é possível produzir um Ser Humano ideal. Essa

forma de pensar influenciou a biologia e deu origem ao movimento científico e político conhecido por eugenia.

O pensamento eugenista, criado por Francis Galton, defendia que tanto os indivíduos como os grupos ou as etnias herdaram de forma diferente a habilidade mental. O mesmo acontecia com as características físicas que eram distribuídas pelos membros de uma sociedade de acordo com a sua herança genética (GOÉS, 2015). A teoria eugenista defendia a pureza das espécies, sendo que a “pureza” seria o que cada grupo tem de melhor para desenvolver. A teoria eugenista acreditava na linha de evolução de raças humanas, não sendo orientado o cruzamento entre grupos de espécies consideradas superiores com os inferiores (GOÉS, 2015). Para os brasileiros eugenistas, os europeus deveriam ser considerados o grupo mais forte, assim a ideologia do embranquecimento influenciou a miscigenação com expressivo aumento da imigração europeia, sobretudo a partir de 1910 e durante o Governo Vargas.

A construção do pensamento social sobre o povo brasileiro e o desenvolvimento civilizatório recebeu fortes influências do discurso eugenista que expressava em suas teorias o suprasumo do racismo científico. No início do século XX, o movimento sanitário brasileiro esteve intimamente atrelado às ideias eugenistas (GOÉS, 2015). Pensou-se que a solução para a ideia de “construção de uma nação forte” seria a importação dos valores civilizatórios europeus (GOÉS, 2015). O jeca tatu não era mais visto apenas como um “mulato preguiçoso”, mas como um preto abastado malnutrido e sem educação.

O modo de controle das doenças era a higienização das cidades (os negros eram vistos como sujeira). A vacinação compulsória com uso de força policial, revelava a truculência do Estado e a

ausência de participação da população nas tomadas de decisões sobre as questões de interesse social. O controle de natalidade forçado para mulheres negras em um cenário de profundas desigualdades sociais e a negligência do Estado que promovia a miscigenação, com objetivo de embranquecimento populacional, deixam sinais de como o racismo firmava bases com a produção científica da época.

A perspectiva cultural de raça

A política de imigração europeia tinha entre os seus objetivos o embranquecimento da população. A colonização trazia consigo importação dos modos de vida, valores morais, éticos e filosóficos dos europeus. Alguns tipos de brancos eram considerados superiores, havendo, portanto, uma hierarquia de classes étnicas na raça branca:

1º lugar de brancura e desenvolvimento civilizatório: alemão

2º lugar de brancura e desenvolvimento civilizatório: italiano

3º lugar de brancura e desenvolvimento civilizatório: português

Devido ao alto percentual de não brancos e o elevado desejo de embranquecimento populacional, o racismo no Brasil ocupou o lugar central no fenótipo. Não importa saber a ascendência ou os genes, o que importa são as características físicas, como o cabelo liso, os traços faciais finos, a pele e olhos claros. A miscigenação parecia ser a solução perfeita para muitas pessoas influentes da época. O pesquisador Oliveira Viana chegou a apresentar estudo de projeção, sendo que, de acordo com os resultados obtidos por ele, os brancos seriam maioria no Brasil no ano de 2012. Felizmente os resultados de sua pesquisa foram um fracasso,

atualmente no ano de 2023 pretos e pardos representam a maioria populacional brasileira.

A perspectiva sociológica de raça

No livro intitulado *A discriminação e desigualdades raciais no Brasil*, Hasenbalg (2005) desenvolve a ideia de que o escravismo condicionou o desenvolvimento de arranjos raciais atuais. A relação senhor/escravo tocou no cerne das categorias classe e raça, bem como sobreviveu no pós-abolição, na medida em que perdurou a relação de subordinação social dos negros, após o fim do escravismo.

De acordo com Hasenbalg (2005), o escravismo foi um período de construção de cultura, onde a nacionalidade negra, para sobreviver face às condições adversas na qual foi exposta ao longo do séculos, agrupou-se em uma comunidade negra que teve que desenvolver uma coesão interna, uma cultura própria. Essa cultura particular tem sido por si só um mecanismo de sobrevivência, bem como de opressão ao racismo. Nesse sentido a produção contra hegemônica também pode ser vista como invenção de raça, onde fenótipo e performatividade continuam a conversar e atuam na invenção de pessoas.

A racialização envolve um conjunto de elementos que vão formar a identidade de significados sociais, são eles: interpretação, representação e explicação sobre o outro. A raça é entendida enquanto uma explicação que é usada para estratificar as pessoas na sociedade, ancora-se em dois elementos centrais: a concentração de poder e os projetos raciais, embora o projeto racial não precise estar vinculado ao processo de racialização, todo projeto racial envolve a distribuição de recursos, logo, a distribuição de recursos mais igualitária pede a ideia de raça.

De acordo com Hasenbalg (2005), na estratificação em raça da sociedade capitalista a brancura é uma propriedade que possibilita a mobilidade social.

O processo histórico de branqueamento e esta ideologia persistente servem para encobrir questões que são importantes de serem destacadas na educação das relações raciais na saúde coletiva, como a autodeclaração do quesito raça/cor nos prontuários de saúde. De acordo com pesquisas recentes, muitos trabalhadores da saúde relataram terem dificuldades em abordar esse assunto com os usuários, por sentirem desconforto em falar sobre racismo.

Sousa (2002) afirma que “ao abordar o racismo surgem diversos sentimentos como desconforto, dor, humilhação, indignação e indiferença. Numa sociedade que foi construída com mão de obra escravizada acreditar que as chances de prosperar dependem apenas do próprio esforço induz a exclusão social. As vulnerabilidades sociais atingem diversas populações, contudo, os mais vulneráveis carregam na pele o estigma da escravidão e as exclusões se perpetuam” (SOUSA, 2020, p. 30).

O conceito geral de População Negra surge nesse sentido como uma categoria genérica que possui todos os marcadores sociais aqui descritos.

A Política de Saúde da População Negra à luz do conceito de justiça social

Devido às profundas desigualdades sociais no âmbito da saúde coletiva, o SUS engloba políticas de promoção da equidade como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. A PNSIPN vem da necessidade de garantir acesso a qualidade de

vida para a população que sente os impactos negativos do racismo cotidianamente, por isso, mostra-se fundamentada na concepção de saúde integralizada que ultrapassa a narrativa biologicista sobre saúde e doença e amplia o repertório para a esfera social, cultural e política, exigindo, portanto, um trabalho intersetorial e multidisciplinar. Visando a redução das desigualdades raciais que implicam na qualidade de vida e saúde da população negra, a sociedade civil juntamente com o movimento negro e ativistas de diversas categorias passaram a defender a necessidade de políticas que sejam intersetoriais, multidisciplinares e integralizantes, na medida em que passam a considerar o mútuo entrelaçamento entre a injustiça econômica e sociocultural e étnico-racial.

A pensadora Fraser (2006), ao analisar as desigualdades sociais, discorre sobre o conceito de justiça social. Para ela, é necessário que as análises sobre a atuação do Estado passem a considerar as dimensões do reconhecimento cultural, explícito na injustiça racial, bem como as questões de ordem material que frente às injustiças distributivas requerem medidas de compensação redistributiva. A subordinação cultural e econômica tratada pela autora, refere-se, sobretudo, à desvantagem econômica de indivíduos que têm sua voz restringida, impedindo assim a participação de modo igualitário na formação de cultura nas esferas públicas e da vida cotidiana. Portanto, para que seja possível compensar a injustiça racial, Fraser (2006) afirma ser necessário mudanças nos valores culturais e na economia política, pois a categoria raça estrutura a divisão capitalista do trabalho, de modo com que haja trabalho de pessoas brancas e trabalho de pessoas negras. A autora utiliza os termos 'remédios afirmativos' e 'transformativos' para analisar as estratégias de combate às injustiças sociais.

De acordo com Fraser, os remédios de reconhecimento afirmativo, de modo geral, tendem a promover a diferenciação

de grupos, enquanto os transformativos tendem a desestabilizar. Os remédios de redistribuição afirmativa podem também engendrar um protesto de menosprezo, enquanto os remédios de redistribuição transformativos podem ajudar a compensar algumas formas de não reconhecimento. Assim, para combater as injustiças raciais é necessário o reconhecimento do racismo estrutural e suas implicações na vida cotidiana, bem como uma profunda transformação econômica e política.

A Política de saúde voltada à população negra é uma das ferramentas do Estado utilizada para redução de desigualdades sociais que mobiliza os conceitos de necessidades bivalentes das dimensões da injustiça distributiva e da injustiça valorativa cultural. As implicações do racismo podem ser analisadas em entrelaçamento com os determinantes sociais estruturais e intermediários da saúde. Desigualdades sistêmicas e evitáveis em saúde são observadas pelos dados de prevalência de DCNTS (Doenças Crônicas não Transmissíveis), são elas: alta taxa de mortalidade materna infantil, precocidade dos óbitos, taxas elevadas de óbitos por causas externas e mal definidas (BRASIL, 2015). A PNSIPN é um projeto transversal e intersetorial, portanto, possui dimensões que correspondem ao acesso a ações e serviços de saúde, gestão e ensino/pesquisa.

A política de saúde da população negra pode ser transformadora na medida em que traça um perfil epidemiológico da população negra de distintos territórios e focaliza ações intersetoriais para promoção dos direitos humanos em saúde, bem como orienta o planejamento de programas e ações que atendam as demandas específicas dos grupos e territórios a qual se destina (BRASIL, 2016). A PNSIPN, pode ser analisada como distributiva na medida em que reconhece a má distribuição econômica, reflexo de injustiça social e se propõe a construir

arranjos econômicos e políticos voltados para a correção das disparidades entre os grupos.

A perspectiva de análise bivalente, por melhor situar o indivíduo em seu contexto social, apresenta-se como uma interessante ferramenta para auxiliar os processos de gestão, sobretudo, na saúde coletiva para que não haja dúvidas em relação a iniciativa de programas, ações e serviços destinados a determinados grupos. Exemplo: de acordo com o último levantamento de saúde, observou-se que em determinado bairro há um elevado número de gestantes negras com diabetes gestacional. É feito diagnóstico e planejamento em diferentes pontos de atenção da rede de saúde para melhorar o acesso e garantir a linha de cuidado a gestantes negras. Para que as ações possam ser transformadoras distributivas é necessário, neste caso, conhecer a realidade local e propor algo que supra com as demandas emergentes.

As implicações do racismo podem ser analisadas em entrelaçamento com os determinantes sociais estruturais e intermediários da saúde. Desigualdades sistêmicas e evitáveis em saúde são observadas pelos dados de prevalência de DCNTS (Doenças Crônicas não Transmissíveis), alta taxa de mortalidade materna infantil, precocidade dos óbitos, taxas elevadas de óbitos por causas externas e mal definidas (BRASIL, 2015).

A PNSIPN está ancorada no capítulo I do Estatuto da Igualdade Racial e visa a redução das desigualdades em saúde com desenvolvimento de ações destinadas às demandas específicas, de acordo com o perfil epidemiológico da população negra do território no qual faz parte.

Art. 10. O direito à saúde dos afro-brasileiros será garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e outros agravos. Parágrafo único.

O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde da população afro-brasileira será proporcionado pelos governos federal, estaduais, distrital e municipais com ações e serviços em que sejam focalizadas as peculiaridades dessa parcela da população (BRASIL, 2016, p.).

A organização do SUS prevê que a implementação da PNSIPN se dá de modo descentralizado, assim cabe à gestão estadual e municipal articular meios que propiciem a adesão da PNSIPN em suas regiões de saúde. O III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN é estruturado por eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e promoção da equidade em saúde da população negra. Conforme consta no art. 3, o primeiro eixo estratégico objetiva estabelecer ações que promovam a implementação da PNSIPN no acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Embora a política seja considerada pelos autores uma importante estratégia de garantia de equidade e integralidade em saúde, ainda possui fragilidades na execução, pois o desconhecimento acerca da PNSIPN ocorre tanto por parte dos profissionais da atenção primária, quanto pela população (SILVA, 2017).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008 cerca de 67% das pessoas atendidas pelo SUS eram negras, esses dados demonstram que a população mais usuária da rede pública de saúde é negra. Embora haja uma alta demanda de atendimento em relação à população negra, poucos trabalhadores da saúde conseguem correlacionar a PNSIPN à prática clínica ou à prática do território, e entre a população a referida política também é pouco conhecida. De acordo com pesquisa realizada por Batista e Barros (2017), no total de 5.561 municípios, somente 32 relataram ter a PNSIPN implementada. Segundo os respondentes do estudo, a PNSIPN funciona quando há compromisso de gestores

e técnicos, quando há uma efetiva coordenação do programa e quando o movimento social apoia a gestão.

A literatura aponta para a pouca efetivação da política na Atenção Primária à Saúde. Aparece como dificultador desta implementação a resistência de alguns profissionais da saúde e o desconhecimento de significativa parcela da população. São frequentes as narrativas sobre as tensões decorrentes da possibilidade de potencialização da discriminação racial. De acordo com Bento (2002), a falta de reflexão sobre o papel do branco nas desigualdades raciais é uma forma de reiterar que as desigualdades raciais no Brasil constituem um problema exclusivamente do negro, pois só ele é estudado, dissecado e problematizado (BENTO, 2002, p. 3).

Diante do exposto, este trabalho pretende, à luz dos enquadramentos sobre a educação das relações étnico-raciais no SUS, analisar alguns aspectos importantes de manutenção do racismo na área da saúde coletiva, a partir dos resultados obtidos na dissertação de mestrado *A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Atenção Primária à Saúde*.

Na primeira parte deste trabalho é apresentada a narrativa dos trabalhadores de saúde em relação a implementação da política, tais como as tensões entre os trabalhadores, dilemas identitários presente no campo, reconhecimento das disparidades raciais e as contradições da branquitude. Na segunda parte é analisado o alcance das ações para implementação do ciclo da PNSIPN frente ao racismo estrutural, institucional e interpessoal. Tomando para debate as tecnologias utilizadas para implementação da política, suas potencialidades e fragilidades. Por fim são apresentadas reflexões sobre a importância do Comitê técnico em Saúde da População Negra e a articulações com os seus atuais aliados políticos.

O lugar dos trabalhadores/as de saúde na luta antirracista

Assumir o compromisso ético e moral na luta antirracista, deveria ser obrigação de todo/a trabalhador/a de saúde do SUS. Entre os/as atendidos/as pelo SUS mais da metade são negros (estima-se que 67%).

Esses usuários negros são atendidos/as majoritariamente por trabalhadores/as brancos/as. O corpo de profissional da saúde coletiva brasileira é representado por pessoas brancas, sobretudo, na profissão médica. Embora, atualmente seja mais comum negros/as e indígenas terem acesso à educação superior pública, os consultórios das unidades básicas de saúde do SUS ainda são ocupados majoritariamente por trabalhadores/as brancos/as. Trabalhadores/as que muitas vezes vieram de contextos socialmente privilegiados, com pouco conhecimento sobre as desigualdades raciais, disparidades materiais e simbólicas, tal como os reflexos do racismo na qualidade de vida da população negra.

Na pesquisa realizada por Santos (2013), a narrativa dos/as profissionais de saúde expressa, em sua grande maioria, a falta de consciência crítica sobre as desigualdades raciais e as implicações do racismo na saúde, além de um grande desconhecimento sobre as principais comorbidades que atingem a população negra e suas associações com a condição de moradia, acesso à educação, alimentação adequada, atenção à saúde mental, trabalho, renda e lazer, mesmo quando sabem tendem a ignorá-la.

Totalmente desprovido de senso crítico sobre sua identidade racial branca, o/a trabalhador/a de saúde branco enfrenta uma série de dilemas sobre seu lugar na luta contra o racismo. O pensamento sobre a inexistência de obstáculos estruturais, sociais, culturais

ou raciais para consolidação de uma nação democrática, vem da década de 1920, onde sociólogos como Gilberto Freyre e Sérgio Buarque de Holanda expressaram em suas obras a ideia “de que no Brasil há uma convivência pacífica entre raças e etnias”, onde todos têm chances iguais de bem-estar social o que dá origem ao mito da democracia racial (FREYRE, 2003). No entanto, apesar da estruturação da sociedade brasileira ter tido como contribuição civilizatória distintos grupos étnico-raciais, o processo de colonização europeia restringiu o acesso a bens e direitos fundamentais aos povos com ascendência africana e indígena.

De acordo com Bento (2002), um importante aspecto que chama a atenção na implementação de programas institucionais de combate às desigualdades é o silêncio, a omissão ou a distorção que há em torno do lugar que a população branca ocupou e ocupa, de fato, nas relações raciais brasileiras. Para a autora, um dos primeiros sintomas da branquitude reside no fato de que embora alguns/as brancos/as admitam sobre a existência das desigualdades raciais, eles/elas não associam essas desigualdades raciais à discriminação [...] há desigualdades raciais? Há! Há uma carência negra? Há! Isso tem alguma coisa a ver com o branco? Não! É porque o negro foi escravo, ou seja, é legado de um passado no qual os brancos parecem ter estado ausentes (BENTO, 2002, p. 3).

Bento (2002, p.) argumenta que “o legado da escravidão para o/a branco/a é um assunto negligenciado, pois estes/estas saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo”. Para a pensadora, existem benefícios concretos e simbólicos em se evitar falar sobre o lugar ocupado pelo branco na história das desigualdades raciais no Brasil. Este silêncio e cegueira permitem não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros, pois no final das contas, são interesses

econômicos em jogo. Por essa razão, políticas compensatórias ou de ação afirmativa são taxadas de protecionistas, cuja meta é premiar a suposta incompetência negra (BENTO, 2002, p 3). Assim, envolto na cultura do silenciamento das opressões raciais, muitos trabalhadores/as afirmam que a política de saúde da população negra pode intensificar a discriminação racial, outros/as defendem que não há necessidade de uma política específica, pois todos somos iguais perante a lei.

A dificuldade de falar sobre a saúde da população negra deriva do ideal de nação verdadeiramente democrática, desta forma, todos devem ser vistos e tratados como iguais pelo SUS. No entanto, essa percepção enfatiza o pouco conhecimento sobre a história da população negra no Brasil e as desvantagens materiais e simbólicas atreladas a esse segmento social, bem como reforça o discurso de ser humano universal, o qual não abarca as pluralidades e singularidades existentes, tão pouco trata de forma equitativa a população, pois abafa as denúncias de desigualdades sociais e raciais.

Conhecer as barreiras que possam existir na efetivação da PNSIPN é parte do processo de defesa por equidade em saúde. Localizando essa questão entre os trabalhadores/as da saúde do SUS, não há como efetivar o ciclo de implementação das referidas políticas, sem pensar na criação de sentido social e isso requer a compreensão das disparidades raciais entre brancos/as e negros/as.

O silêncio, a omissão, a distorção do lugar do branco/a na situação das desigualdades raciais no Brasil têm um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como grupo de referência da condição humana. (BENTO, 2002, p. 6).

Para Bento (2002, p.), “o homem europeu ganhou uma espécie de identidade substituta, clandestina, subterrânea, colocando-se como o homem universal em comparação com os não-europeus”. O estudo de Azevedo apud Bento evidencia como o ideal do branqueamento nasce do medo, “constituindo-se na forma encontrada pela elite branca brasileira do final do século passado para resolver o problema de um país ameaçador, majoritariamente não-branco” (BENTO, 2002, p. 6). A resistência que aparece entre os trabalhadores de saúde em abordar as desigualdades raciais e suas implicações na qualidade de vida da população, pode ser entendida como uma forma de proteção de privilégios, uma vez que mais de 98% dos respondentes das pesquisas são brancos.

Tatum (1992), psicóloga norte-americana, afirma que os brancos negam inicialmente qualquer preconceito pessoal, tendendo a posteriormente reconhecer o impacto do racismo sobre a vida dos negros, mas evitando reconhecer o impacto sobre as suas próprias vidas. Para Oliveira (2003), a saúde da população negra, embora seja um campo de estudos, pesquisa e assistência reconhecida do ponto de vista da legitimidade política, não se efetiva, pois não há produção de sentido junto à comunidade. Sentido compreendido como um componente do contexto social construído e reproduzido que se articula e, é capaz de influenciar as ações dos sujeitos (BRASIL, 2015).

Os tensionamentos existentes entre os trabalhadores de saúde, o desconhecimento dos usuários sobre a política destinada para população negra, atrelada ao receio que ela possa gerar discriminação, mostram como as ações de combate às desigualdades raciais em saúde por intermédio da PNSIPN ainda estão longe de encerrar seu ciclo de implementação.

As tecnologias utilizadas para subsidiar a implementação da PNSIPN

A responsabilidade pela implementação da PNSIPN cabe às Secretarias estaduais e municipais do Ministério da Saúde, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, sendo esta responsável pela disseminação da Política, sensibilização dos profissionais, monitoramento, avaliação e apoio técnico aos departamentos e áreas do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde de estados e municípios (BATISTA, 2013).

As Secretarias estaduais e municipais deveriam criar os Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, Áreas Técnicas em Saúde da População Negra ou responsável técnico para coordenar as ações, com vistas na disseminação da PNSIPN, sensibilização dos profissionais e inserção a Política no SUS. Segundo levantamento realizado pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, apenas dez estados da federação criaram áreas técnicas, dois estabeleceram comitês técnicos de saúde da população negra e apenas dois definiram um responsável técnico. As ações para disseminação e sensibilização vão desde a produção do conhecimento científico sobre a temática; apoio aos municípios, sobretudo os que possuem comunidades remanescentes quilombolas; apoio à Rede de Religiões afro-brasileiras; sensibilização e articulação entre movimento social, profissionais de saúde e gestores, a fim de que a sociedade civil também seja incluída em atividades tais como: seminários, oficinas, campanhas, intervenções no Dia Nacional de Mobilização Pró SPN17.

A Área Técnica de Saúde da População Negra deve estimular a formulação de políticas públicas para redução das iniquidades sociais em saúde, bem como assessorar tecnicamente o

Secretário de Estado da Saúde, os Departamentos Regionais de Saúde e os municípios para a implantação da PNSIPN (BATISTA, 2013). No âmbito do Ministério da saúde a portaria 2629, de 27 de novembro de 2014, aprova e define as atribuições do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, o qual tem como objetivo promover articulação entre as ações do MS e demais instâncias do SUS, com vistas na equidade SPN, destacando a importância do diálogo entre as políticas de promoção de equidade em saúde e as políticas de igualdade racial. A participação do comitê técnico e/ou Área técnica SPN na elaboração do Plano Estadual de Saúde possibilita a garantia de objetivos e ações estratégicas voltados para defesa da atenção integral à saúde da população negra e o combate a iniquidades em saúde.

As ações voltadas para sensibilização dos profissionais de saúde têm por objetivo levar para conhecimento e problematização coletiva o racismo como um determinante social de saúde. De acordo com a revisão integrativa, a estratégia mais investida é a educação permanente, sendo que, por intermédio de formações, seminários e oficinas é possível discutir as temáticas relacionadas ao racismo. Desta forma, as questões relativas ao racismo estrutural são observadas em conjunto com as iniquidades sociais. De acordo com Ministério da Saúde, os espaços que estimulam discussões sobre as questões relacionadas ao racismo, sexismo e distribuição de renda deveriam ser ponto focal das políticas de equidade em saúde (BRASIL, 2015).

A falta de discussão sobre o racismo favorece a manutenção das iniquidades em saúde. Observa-se então, a necessidade de aumentar o alcance das ações em educação permanente para promoção de saúde para a população negra. Alguns estados adotaram estratégias de sensibilização e disseminação da PNSIPN, por intermédio de cartilhas/livros/vídeos, além das

intervenções no dia PróSPN e do 20 de novembro. As oficinas também são estratégias utilizadas para disseminação da PNSIPN no âmbito da atenção primária em saúde. No Município de Campo Grande uma pesquisa com aplicação de questionário foi realizada com os profissionais de saúde da UBS de São Benedito. De acordo com o estudo antes da oficina de SPN, 44% dos profissionais de saúde afirmaram não ter conhecimento sobre iniquidades/desigualdades e suas relevâncias para boa saúde, após a oficina o número reduziu para 11%.

Diálogos entre educação permanente e educação das relações raciais na saúde coletiva

A partir de questões orientadas em espaços de capacitação profissional, como é o caso da estratégia metodológica de educação permanente, o/a trabalhador/a da área da saúde pode considerar um percurso terapêutico que seja multiprofissional e esteja articulado a rede de atenção à saúde. Tendo como objetivo, além da resolução da patologia em questão, a criação de vínculo entre equipe de saúde da família, usuários do SUS e território no qual estão inseridos.

É consenso na literatura científica que o trabalhador da saúde que consegue compreender as implicações do racismo na qualidade e expectativa de vida da população negra apresenta mais facilidade para acionar outros pontos de cuidado da rede de atenção à saúde, como, por exemplo, o Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Média e Alta Complexidade em Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Maternidades (BRASIL, 2015). Tornando, assim, melhor o acesso e garantindo o cuidado prestado ao indivíduo negro, bem como, sendo capaz de compreender o uso e realizar

o correto preenchimento dos dados relevantes para a avaliação, monitoramento e planejamento das informações em saúde da população negra.

A educação permanente é a principal tecnologia utilizada para implementação das ações em prol da saúde da população negra. Por meio de oficinas, seminários, cursos, palestras e entrega de materiais didáticos é realizado trabalho de conscientização no SUS sobre o racismo e seu impacto na qualidade de vida e saúde da população (COSTA, 2022). De acordo com as pesquisas entre os trabalhadores de saúde, ainda é expressivo o desconhecimento sobre as desigualdades raciais suas implicações na saúde atrelado ao desconforto coletivo em abordar o quesito raça/cor para preenchimento do prontuário eletrônico. Tanto os trabalhadores da área da saúde, quanto os usuários do sistema único de saúde, afirmaram sentir sentimentos como desconforto ao falar sobre identidade racial (BUSS, 2017).

Embora para algumas pessoas falar sobre relações raciais e racismo ainda seja algo desconfortável de ser feito, é necessário e deve ser realizado com o máximo de cuidado possível, devido a complexidade das interseccionalidades de opressões que o indivíduo negro pode vivenciar. A história da saúde coletiva brasileira mostra que invisibilizar o assunto não fez com que as desigualdades desaparecessem, muito pelo contrário, o negligenciamento das informações em saúde da população negra, faz a manutenção das desigualdades sociais que se atualizam e colocam os indivíduos negros com os piores indicadores de qualidade de vida, maiores índices de mortalidade por causas evitáveis, como por exemplo: arma de fogo, doenças crônicas não transmissíveis e suicídio, entre outras.

Participação e controle social

O monitoramento das políticas públicas de saúde pode ser feito pela avaliação dos usuários sobre as ações desenvolvidas no setor saúde, entretanto, é escassa a literatura sobre a opinião da população negra acerca da PNSIPN. As percepções quanto às dificuldades de acesso e discriminação no que se refere à assistência em saúde, podem ser observadas em estudos sobre desigualdades sociais e raciais em saúde. Na pesquisa qualitativa realizada por Chehuen, foram entrevistados 391 indivíduos negros/as, usuários do SUS da cidade de Juiz e Fora. Cerca de 90% dos entrevistados/as relataram desconhecer a existência de uma política de saúde destinada a população negra e 53% declararam já ter sofrido uma possível discriminação racial. De acordo com o estudo, apesar de desconhecerem a existência da PNSIPN, a maioria dos entrevistados/as aprovou seus objetivos, mesmo relatando a possibilidade de discriminação dela advinda.

As políticas públicas mostram-se capazes de intervir nos determinantes sociais de saúde, desta forma, levanta-se a importância de estratégias que garantam maior impacto das ações sobre as atividades da PNSIPN, destinada a profissionais de saúde e usuários. O processo participativo pode promover maior alcance das ações para efetivação da equidade e integralidade em saúde, na medida em que articula a população e os profissionais de saúde. No entanto, faz-se necessário aumentar o subsídio de referenciais que envolvam atividades de promoção e prevenção de saúde, articuladas a ações que propiciem a discussão sobre a educação das relações étnico-raciais no SUS e o direito humano à saúde.

A participação da população é parte fundamental nas ações de combate a iniquidades sociais em saúde, prevista na lei orgânica

de saúde 8.080/90 e lei complementar 8.142/90, por intermédio da participação popular é possível que os/as usuários/as desenvolvam poder de controle sobre a efetivação das políticas públicas. A prática do “poder participar” tende estimular o processo dialético que favorece a emergência do poder que se adquire participando (GRISOTTI, 2006).

Os espaços de conselho e pré-conferência em saúde são espaços de construção e fortalecimento de políticas públicas, onde a sociedade civil e os movimentos sociais podem intervir e sugerir eixos temáticos para serem trabalhados pela Secretaria de Saúde Municipal. Por exemplo, a demanda por um comitê técnico em saúde da população negra, bem como o conhecimento dos indicadores de saúde da população negra do território, são questões que podem surgir no espaço de pré-conferência em saúde e que, posteriormente, podem ser levados para planejamento da gestão municipal.

Considerações finais

As ações voltadas para a implementação da PNSIPN são prejudicadas por fatores como: má gestão, pouco financiamento, frágil articulação inter e intrasetorial, resistência a adesão por parte dos/as trabalhadores/as de saúde que alegam que a política de saúde da população negra pode ser uma geradora de racismo.

Em um cenário onde o racismo é estrutural e acontece de modo corriqueiro e velado, os fatores supracitados corroboram com os conceitos de Fraser ao tratar da injustiça na dimensão econômico-política e dimensão cultural valorativa. Na dimensão econômico-política, expressa-se no desempenho da política estar associado, segundo os respondentes das pesquisas, a “boa vontade” dos gestores e escasso repasse financeiro para as ações

destinadas à PNSIPN. Em relação à dimensão cultural valorativa está presente no desconhecimento, dúvida e resistência em relação à política, por conta do imaginário de discriminação. As interpretações equivocadas sobre a importância da PNSIPN são resultado de longos períodos de silenciamento sobre o racismo e má interpretação do princípio de equidade do qual trata o SUS.

No contexto de implementação da PNSIPN na APS, o reconhecimento das necessidades bivalentes amplia o olhar sobre o indivíduo em questão, possibilitando a promoção do direito à saúde considerando as articulações das diferentes opressões sociais. Assim, não há espaço para discursos nebulosos, pois se busca compreender o lugar social ocupado pelo indivíduo e o grupo social representado.

Isso pode ser inserido desde a abordagem que é dada ao usuário quando ele chega na unidade básica de saúde até o manejo que será oferecido pelos trabalhadores/as. Por exemplo: Quando o homem negro procura assistência médica, ele encontra? Existem dificuldades de acesso? Os casos de violência são notificados? Existe linha de cuidado para saúde do homem negro? O trabalho é intersetorial entre CAPS, CRAS, UPA?

Em síntese, é possível pensar a PNSIPN utilizando o conceito de reconhecimento afirmativo ou reconhecimento transformativo. Embora trate-se da mesma política, a leitura que a sociedade dá a ela é capaz de torná-la, ou não, uma ferramenta capaz de colocar em xeque o racismo estruturante das relações e organização da sociedade.

De maneira consensual os trabalhos ressaltam a importância das ações preconizadas pela educação das relações étnico-raciais na APS, sendo esta uma importante tecnologia utilizada para subsidiar a implementação da PNSIPN, no entanto, essa ação pode

sofrer descontinuidade devido a atual versão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, retirar de seu texto a indicação de horas destinadas à educação permanente.

Mostra-se também como desafio a ser superado a nível nacional, a instabilidade nos comitês técnicos em saúde da população negra e a frágil articulação entre Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria para Promoção da Igualdade Racial (COPPIR) para desenvolvimento de ações com vista na implementação da PNSIPN na APS.

Partindo da premissa do racismo estrutural e das dificuldades de sensibilização, há que se pensar em formas ainda mais articuladas para qualificação dos profissionais e gestores em temáticas relacionadas a PNSIPN, tais como educação das relações raciais, produção de dados sobre saúde da população negra, garantia de acesso linha de cuidado em saúde mental, saúde da mulher, anemia falciforme, entre outras.

A literatura também aponta para a necessidade no aumento de produção acadêmica sobre a educação das relações étnico-raciais, sobretudo nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, a fim de que os profissionais estejam melhor habilitados para compreender o racismo e suas implicações na qualidade de vida da população negra. Nas instituições de ensino e saúde os reflexos do racismo estrutural manifestam-se em dificuldades ao reconhecer e abordar os determinantes sociais das condições em saúde, produzir e utilizar dados desagregados por raça/cor para orientar a tomada de decisão, definição de prioridades, alocação de recursos e na ausência de mecanismos de coibição das práticas racistas.

Para analisar essas questões procuro retomar em meu trabalho atual o papel social das instituições de ensino e saúde, pois o papel regulador e normatizador de processos sociais expresso

nas instituições de ensino e saúde faz com que estes espaços sejam considerados detentores da 'verdade', bem como locais de forte disputa por narrativas sociais. Foucault (2001), ao tratar dos conceitos de biopoder e biopolítica, aponta que somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade. Portanto, o poder está vinculado à noção de saber. O pensador indica que o poder não é um objeto ou uma coisa, mas uma ação produto do conhecimento. O poder em si não existe, o que existe são práticas ou relação de poder que institucionalizam a verdade.

De acordo ainda com Foucault (2001), a categoria de raça e as técnicas políticas de racismo que dela se desenvolveram foram indispensáveis ao funcionamento do biopoder, pois possibilitaram a mobilização da morte dentro de uma potência da vida (apud MILLS, 2018, p. 116). Para Foucault (2001) os conceitos de raça e racismo, e sua mobilização como estratégia de Estado no colonialismo foram centrais para a racionalidade do biopoder (apud MILLS, 2018, p. 167).

A dificuldade em abordar os determinantes sociais de saúde associados à condição do indivíduo negro(a), produzir dados e a partir disso definir prioridades é fruto do racismo estrutural e mostra-se como um desafio a ser superado pelos discentes, docentes, profissionais e gestores de saúde.

Referências

1. ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.
2. ALVEZ, Mirian Cristiane. JESUS, Jayro Pereira. Paradigma da Afrocentricidade. **Por uma nova concepção de Humanidade Em Saúde Coletiva: Reflexões Sobre Saúde Mental e Racismo**. Saúde Em Debate. Rio de Janeiro, 2015.
3. BATISTA, Luiz Eduardo. BARROS, Sônia. Enfrentando o Racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, 2017.
4. BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araújo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, 2013, p. 681-690.
5. BENTO, M. A. CARONE, I. Branqueamento e branquitude no Brasil . In: **Psicologia social do racismo** - estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 25-58.
6. BRASIL. **Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra**. UNA SUS. 2015.
7. BRASIL. **Lei 12.288/10**. Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.
8. BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: art.165, §1, 1988.
9. BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI, Alberto Filho. A saúde e seus determinantes. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007, p. 77-93.

10. CHEHUEN, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, 2015, p. 1909-1916.
11. COSTA, Patricia Pol *et al.* Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Tese de Doutorado.
12. FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. 46 ed. São Paulo: Global, 2003.
13. FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3831-3840, 2017.
14. FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho A. I. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-64.
15. FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. **Cadernos de Campo** (São Paulo 1991), v. 15, n. 14-15, p. 231-239, 2006.
16. FRASER, Nancy. O feminismo, O capitalismo e a Astúcia da História. Dossiê: Contribuições do pensamento feminista para as Ciências Sociais. **Mediações**, Londrina, v. 14, n. 2, Jul/Dez. 2009, p. 1-33.
17. FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2001.
18. GRISOTTI, Márcia. PATRICIO, Zuleica Maria. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários**,

trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

19. GÓES, Weber Lopes. **Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: a proposta de povo em Renato Kehl.** São Paulo: Libers Ars, 2015.

20. GOMES, Iracema Costa Ribeiro *et al.* Implementação da política nacional de atenção integral à saúde da população negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.

21. GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e pesquisa**, v. 29, n. 01, 2003, p. 93-107.

22. GONÇALVES, Leandro Augusto Pires *et al.* Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades-uma (não) agenda. **Saúde em Debate**, v. 43, 2020, p. 160-174.

23. HASENBALG, Carlos Alfredo. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil.** 2. ed. Minas Gerais: Editora UFMG, 2005.

24. LOPES, Fernanda. Conceitos e aplicabilidades dos determinantes sociais da saúde nas políticas do SUS. **Relatório final do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012.

25. MAZON, Enelita. **Qualificação dos profissionais da UBSF São Benedito para a implantação da Política De Saúde Integral Da População Negra.** 2016.

26. MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, 2018. p. 38-51.

27. MILLS, Catherine. **Biopolitics**. Routledge, 2018.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS n. 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, maio 2009.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de implementação do quesito raça/cor/etnia**. Distrito Federal: Editora MS, 2018.
30. MUNANGA, Kabengele. **Negritude: Usos e Sentidos**, 2. ed. São Paulo: Ática, 1988.
31. MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil: Identidade nacional Versus Identidade Negra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
32. SILVA, Tarcisio Oliveira *et al.* **Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da política nacional de saúde integral da população negra**. 2017.
33. SANTOS Josenaide Engracia, SANTOS Giovanna Cristina. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, out. 2013. p. 563-570.
34. OLIVEIRA, Fernanda. **Saúde da População Negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Avanços e Retrocessos na Luta Institucional do Movimento Negro na Saúde

Lucas Maciel Ferreira¹

Resumo: O objetivo desse artigo é contextualizar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) pela análise de sua gênese e de bandeiras políticas que possibilitaram sua emergência, como a luta do movimento negro por Igualdade Racial, a cooperação internacional para a eliminação do Racismo e a produção de novos coletivos que impulsionam/resguardam as políticas adquiridas. O artigo se delimita a analisar o período que compreende os anos de 1995 a 2020 para contextualizar a PNSIPN como criação do movimento negro, instrumento de combate ao racismo institucional e patrimônio jurídico ao ser utilizado para salvaguardar tratados internacionais de coleta de dados em saúde.

Palavras-chave: PNSIPN. Movimento Negro. Critério Raça-Cor. Racismo Institucional na Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A luta do movimento negro na saúde por reconhecimento e distribuição tornou possível o surgimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Por movimento negro, deve-se entender movimento negro na saúde, grupos ou organizações que lutam contra as discriminações e pela melhoria de suas vidas nos estabelecimentos principalmente do SUS.

¹ Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSP/UFSC).

O objetivo desse artigo é contextualizar a PNSIPN pela análise de sua gênese e das bandeiras políticas que possibilitaram sua emergência, como a luta do movimento negro por Igualdade Racial, a cooperação internacional para a eliminação do Racismo e a produção de novos coletivos que impulsionam/resguardam as políticas adquiridas.

O artigo apresenta o contexto nacional no qual o movimento negro reivindicou as promessas de igualdade da república e materialmente produziram os argumentos que compõe o discurso oficial do Estado Brasileiro do Século XXI. Merece destaque também a cooperação multilateral para eliminação do racismo, composta pelas Nações Unidas e também por agências internacionais financiadoras, como o Banco Mundial e de pesquisa, como a Ford Foundation.

A produção de uma comunidade de especialistas fez surgir o termo técnico “Saúde da População Negra”, imprescindível para a formulação da PNSIPN. Os resultados dessa Política Nacional são analisados criticamente pela ótica do combate ao racismo institucional: não coleta de dados estatístico, não formulação ou descumprimento de plano operativo e não prestação de contas. Tratam-se de breves notas sobre uma história que ainda se desenrola no atual governo. Portanto, a perspectiva de análise se estende aos governos já completos, de Fernando Henrique a Jair Bolsonaro.

Conclui-se que a participação do movimento negro na PNSIPN e a luta empreendida para que suas medidas fossem cumpridas apontam os enormes desafios que existem. A luta contra o racismo não é uma história em linha reta. No entanto, como muito dessa luta também se tornou lei, permitiu que as organizações negras do século XXI reivindiquem direitos em saúde.

2. POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO NEGRA

O movimento negro surgido nos 1970 pautou agendas ausentes de outras organizações sociais. Apesar de muitos militantes terem participado de partidos políticos, reivindicando políticas públicas específicas desde 1983, o reconhecimento da população negra e do racismo estava circunscrito a estudos acadêmicos e leis penais. Com a Marcha Zumbi 300, em 1995, ocorre o primeiro decreto presidencial institucionalizando o termo “população negra”.

Com a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) o termo População Negra é instituído para desenvolver políticas de valorização e a defesa contra o racismo, entre outras (BRASIL, 1995). O Estado brasileiro desde a Era Vargas havia perpetrado a tese da miscigenação e da ausência de preconceito racial. Essa mudança não pode ser mais revogada por mais autoritário que fosse o governo, não havia mais retorno ao paraíso racial. Mas há também um desafio prático nesse ponto: como desenvolver políticas públicas específicas sem dados estatísticos desagregados por raça/cor?

O quesito raça/cor é incluído na definição do Ministério da Saúde de março de 1996, que dispõe sobre a padronização de informações sobre raça e cor dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país. Todos aqueles que utilizassem o Sistema Único de Saúde deveriam ter esse dado demográfico coletado. Disputas sobre esse quesito também aconteceram no Censo Populacional, tendo caminhos divergentes (OSORIO, 2003).

Em abril de 1996, ocorre a Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, realizada pelo Grupo Temático Saúde do GTI com o objetivo de buscar uma base científica para o trabalho. Essa Mesa Redonda é o primeiro evento oficial do Ministério da Saúde para definir áreas de trabalho prioritárias em saúde para

a população negra. A principal recomendação foi uma política nacional para a anemia falciforme, elaborada no mesmo ano, e o Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente datado de junho de 2000 e publicado em julho de 2001. (OLIVEIRA, 2003, p. 236).

As políticas afirmativas na saúde antecederam as da educação. O contexto interno de pressão do movimento negro sobre o governo federal e o alinhamento do Brasil no âmbito internacional a outros países com regimes passados de segregação racial ocorreu em 2001, durante a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância. As duas Conferências anteriores ocorreram no ano de 1978 e 1983, ambas em Genebra.

A partir dessa Conferência, o Brasil fortaleceu a constituição de legislações e políticas públicas de combate ao racismo tais como as Políticas de Ações Afirmativas; a Lei Federal nº 10.639/03; o Estatuto da Igualdade Racial e a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR (SANTOS, 2019). Em perspectiva mais ampla, a conferência colocou a cooperação internacional como instrumento de combate à desigualdade racial, ainda que os movimentos sociais internos tenham maior peso nessas mudanças institucionais (AMBROSIO, 2011). O debate no Brasil sobre essa temática tornou presente, no contexto institucional, a necessidade do aprofundamento da reflexão sobre o sistema de classificação de cor ou raça utilizado nas pesquisas domiciliares do IBGE. Essa necessidade foi reforçada também pelos compromissos assumidos pelo Brasil quando foi adotada a “Declaração e o Programa de Ação de Durban”, que trata especificamente das políticas e práticas de coleta e desagregação de dados, pesquisas e estudos nessa área (QUINTSLR, 2013, p. 7).

A partir do âmbito da saúde e do fator sociológico “raça”, temos um deslocamento de uma pauta militante para um item de governança pública e de acordos internacionais sobre produção de dados estatísticos. É nesse arco de mobilizações que o termo População Negra se legitima como critério de definição de políticas públicas.

2.1 Trabalhando a Equidade Racial na Saúde

Criada em 2003, a SEPPPIR firma um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde e na 12^a Conferência Nacional de Saúde (7-11 de dezembro de 2003) são aprovadas mais de 70 deliberações sobre Saúde da População Negra. Entre elas está a definição de que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde devam criar comissões técnicas para estudo e avaliação da população negra com a participação da sociedade civil, objetivando a formulação de políticas.

Ou seja, ainda que iniciada no âmbito do Ministério da Saúde, foi necessário o aparecimento de uma Secretaria com status de ministério para que o tema começasse a ter a capilaridade na qual se formaria uma política mais ampla na saúde para, não apenas o combate ao racismo institucional, mas a produção de outras perspectivas. O Ministério da Saúde baixa a Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004, que cria o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra. Entre os dias 18 e 20 desse mesmo mês é realizado o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

Nesse contexto é que surge o projeto 914BRA3002. Trata-se de um convênio da UNESCO com a FUNASA que engloba a proposta de realização do projeto “Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade”, advindo da parceria

técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS) e o proponente do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil, além do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID) (LOPES, 2004, p. 7).

Uma vez desencadeado o termo institucional “população negra”, uma série de acordos de cooperação técnica multilateral são firmados. Ambrosio (2011) apresenta dez acordos entre 2003-2004. A criação do Comitê Técnico e os convênios produziram manuais, textos acadêmicos, eventos temáticos e parcerias com gestores. O projeto 914BRA3002 foi executado com a finalidade de consolidar a SEPPIR, no entanto, também consolidou o conceito Saúde da População Negra como temática de pesquisa para as políticas públicas; apesar de ser tema acadêmico, não havia ainda uma Política Nacional de Saúde para a população negra. Em 10 de novembro de 2006, o relatório final do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a criação da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN), “instrumento que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra” (BRASIL, 2007, p. 11).

Combater o racismo passa de pauta do movimento negro e se torna parte da legislação em saúde. Cabe ressaltar que houve críticas à PNSIPN. Piani (2008) acertadamente atenta que o Projeto do Estatuto da Igualdade Racial estava incompleto com a ausência do campo da saúde mental para a população negra, reforçando o aspecto puramente biogenético da questão saúde. Os espaços de assistência pública à saúde mental são buscados majoritariamente pela população negra de baixa renda (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). Dessa forma, invisibilizar a demanda será o contra-ataque do racismo institucional.

2.2 A reformulação do SUS ou um contra-ataque do racismo institucional

Apesar do Ministro da Saúde ser o presidente do CNS e ter sancionado a PNSIPN por portaria, isso não se reverteu imediatamente em um decreto-lei sancionado pelo presidente. Em abril de 2008, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) elaborou o I Plano Operativo da PNSIPN (2009-2011), citando como problema número um a “Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social”. No campo da saúde pública, argumenta-se que em sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial, o pertencimento ao lado racialmente marginalizado afeta todos os aspectos de seu status, oportunidades e trajetórias ao longo da vida. Os indicadores de saúde nas populações marginalizadas racialmente são com frequência piores do que entre os grupos privilegiados ou abaixo da média estatística das populações (SOLAR; IRWIN, 2010). Passados onze anos da Marcha Zumbi 300, o Estatuto da Igualdade Racial (EIR) ainda tramitava no congresso. Por um lado, o movimento negro pressionou por múltiplas frentes o poder público, sempre em sintonia com um cenário mais amplo de justiça social do que o oferecido pelo Brasil, por outro ângulo, o racismo institucional invisibilizando os sujeitos das políticas públicas.

O Estatuto da Igualdade racial é assinado em 2010 e a PNSIPN se tornou o artigo 7º. Ou seja, transcorreram 15 anos para se tornar política pública e assim iniciar a produção dos instrumentos para sua consolidação. Foi a partir do II Plano Operativo (2013-2015) que a PNSIPN inicia uma aproximação estratégica com outras áreas do Ministério da Saúde, formando o Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental (GTRSM), reconhecendo o racismo como causador de sofrimento psíquico e da relação prejudicial entre racismo e saúde mental frequentemente ignorada nos serviços de

atenção psicossocial levou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/SAS) a criar, em abril de 2014, o Grupo de Trabalho (GT) sobre Racismo e Saúde Mental. Coordenado pela CGMAD, o GT foi constituído em parceria com o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGEP) e a Política Nacional de Humanização (PNH/SAS), com a participação de outros representantes do governo, da sociedade civil e de universidades.

O GT de Racismo e Saúde Mental tem como principal objetivo discutir estratégias de alcance que visem o aprimoramento das práticas de cuidado em saúde, ampliando o olhar de profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para o reconhecimento do racismo enquanto produtor de sofrimento psíquico (REDE HUMANIZA SUS, 2014).

O III Plano Operativo (2017-2019) estabelece que, no âmbito do Ministério da Saúde, a PNSIPN caberá ao Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social, pertencente à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS), pois é ela que se articula com os demais órgãos e entidades governamentais para elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação do Plano.

Após o Impeachment de Dilma Roussef em 2016, a Seppir perdeu seu status de Ministério¹, a medida provisória foi a primeira assinada por Michel Temer. O Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos foi incorporado à Secretaria de Governo, vinculada diretamente ao Palácio do Planalto e até o ano de 2022, não houve IV plano operativo para a PNSIPN. O golpe não foi apenas na Presidência, mas em todas as políticas públicas.

Durante o governo Jair Bolsonaro (2019-22), o organograma do Ministério da Saúde foi modificado através do decreto no 9.795 de 17 de maio de 2019. No novo organograma, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) se tornou uma coordenadoria. Esse departamento era responsável pela implementação e acompanhamento das políticas nacionais de saúde da população negra, do campo e da floresta, da de gays, lésbicas, travestis e transexuais, ciganos, pessoas em situação de rua, entre outras populações vulneráveis (FERREIRA, 2022, p. 115).

O engessamento das políticas focalizadas se refletiu também no campo estatístico durante a pandemia. O SUS não estava incluindo o critério raça/cor no número de internações e óbitos em decorrência da covid-19 até abril de 2020, quando o governo federal é obrigado na justiça em ação perpetrada pela Coalização Negra por Direitos² a produzir os dados estatísticos em saúde desagregados por raça/cor. Sem revogar o Estatuto da Igualdade Racial e sem revogar a PNSIPN, ao não coletar o quesito raça/cor, o governo Jair Bolsonaro praticava racismo institucional pela invisibilização das disparidades em saúde.

Considerações finais

Através da análise de documentos oficiais, percebem-se as incorporações que a PNSIPN sofreu ao longo do tempo, sempre mantendo o binômio inclusão/exclusão de critérios de saúde como componente do racismo institucional, ao mesmo tempo, graças as contribuições do movimento negro e a legislação brasileira, mesmo um governo de direita foi obrigado a executar a produção de dados estatísticos de forma a permitir a mensuração das disparidades sociorraciais.

Essa foi uma salvaguarda do movimento negro em instrumentalizar as armas da denúncia e obrigar o Estado brasileiro a se comprometer com uma causa transversal. Esse ato também demonstra a importância da PNSIPN como conquista em meio a tantos retrocessos das Políticas de Igualdade Racial.

O campo da saúde é um terreno de diferentes projetos. O movimento negro é mais um dos atores que correlacionam forças no desenho das Políticas Públicas em saúde, mas demonstrando sua expertise e capacidade de pressão mesmo sobre um governo adverso à Igualdade Racial, foi capaz de manter a PNSIPN como um projeto de Nação inclusivo.

Notas

¹Cf. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2016/09/senado-aprova-texto-base-de-reforma-ministerial-proposta-por-temer.html> Acesso em: 01 set. 2023.

²Organização política que reúne diversos movimentos negros cujo seu oitavo item da agenda política exige dos Estado “a efetivação do direito à saúde, com a manutenção e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as especificidades da saúde da população negra, conforme definido no Estatuto da Igualdade Racial e estabelecido pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com aplicação dos recursos necessários, combate ao racismo institucional e investimento na promoção dos saberes das comunidades de terreiro, de práticas de cuidado e autocuidado, no acesso às tecnologias em saúde, na prevenção e promoção da saúde e ambiente saudável, com atenção especial à saúde mental”. Disponível em: <https://coalizaonegrapordireitos.org.br/sobre/>. Acesso em: 01 jun. 2023.

Referências

1. AMBROSIO, Alessandra. **A influência da cooperação internacional nos avanços do combate à desigualdade racial**. 2011. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
2. 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. 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/DNN/Anterior_a_2000/1995/Dnn3531.htm#textoimpressao. Acesso em: 30 mar. 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS, 2007.
4. DAMASCENO, Marizete; ZANELLO, Valeska. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 n. 3, 2018, p. 450-464.
5. FERREIRA, Junara Nascentes. **FAÇA ESSA DOR PARAR: doença falciforme e a luta por cuidados**. 2022. 240f. Tese (Doutorado em Sociologia). Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2022.
6. LOPES, Fernanda (Coord.). Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. **Relatório Final - Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002**. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

7. OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
8. OSORIO, Rafael Guerreiro. **O sistema de classificação de cor ou raça do IBGE**. Brasília: IPEA, 2003 (Texto para Discussão). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=4212 Acesso em: 26 out. 2021.
9. PIANI, Pedro Paulo Freire. Construção de saberes em saúde: o tema da saúde da população negra nos documentos oficiais (1996-2005). **Papers do NAEA**. Belém, jun. 2008.
10. QUINTSLR, Marcia Maria Melo. Apresentação. In: PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, et al. (Org.). **Características Étnico-Raciais da População**: Classificações e Identidades.. Rio de Janeiro: IBGE, 2013, v. 2.
11. REDE HUMANIZA SUS. *O que é o GT Racismo e Saúde Mental*. 2014 Disponível em: https://redehumanizasus.net/usuario/gt-racismo-e-saude-mental/?rhs_order=votes&user_profile=true. Acesso em: 26 out. 2021.
12. SANTOS, Mirtes Aparecida dos. “PÓS-DURBAN”: A IMPORTÂNCIA DA CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DURBAN PARA O COMBATE AO RACISMO NO BRASIL (2001-2014). 2019. 63f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas e Sociais). Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito. Faculdade de Direito. Universidade Federal Fluminense. 2019.
13. SOLAR, Orielle; IRWIN A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Association, 2010.

Impacto Da Covid-19 Na Mortalidade Infantil Pela Malária Na Guiné-Bissau Nos Anos De 2018-2020

Impact Of Covid 19 On Child Mortality Due To Malaria In Guinea-Bissau In The Years 2018-2020

Fábio César Barbosa da Silva Sá²

Resumo: O aparecimento da covid-19 atrapalhou as nossas vidas e nos obrigou a mudar de hábitos, tanto fisicamente como psicologicamente, nesta altura, os profissionais de saúde estavam mais preocupados com a minimização da covid-19 e negligenciaram outras doenças. A malária como sendo uma doença endêmica na Guiné-Bissau, continua massacrando a vida das pessoas e provocando mortes, principalmente em crianças. Por isso, o objetivo deste estudo é explicar a ocorrência de impacto da covid-19 na mortalidade infantil pela malária na Guiné-Bissau, nos anos de 2018-2020. Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, onde foi analisado o índice da mortalidade infantil pela malária em todas regiões e na capital da Guiné-Bissau. Foram calculadas as taxas de mortalidade infantil e as percentagens da mortalidade infantil só pela malária, para fazer a comparabilidade entre os anos estudados. Os resultados mostram que no ano 2020, houve um aumento da mortalidade infantil comparando com os anos anteriores (2018 e 2019), e o estudo confirmou que a covid-19 criou um enorme impacto na mortalidade infantil pela malária nos anos 2020, por isso, houve uma ampliação da mortalidade infantil pela malária na Guiné-Bissau.

2 Mestre do maracatu Arrasta Ilha; professor de História do IFSC *campus* Jaraguá do Sul; doutor em Antropologia pelo PPGAS/UFSC; pesquisador do Núcleo de Estudos e Relações Inter-étnicas (Nuer); e pai do Nagô e do Irê.

Palavras-chave: Malária, Mortalidade infantil, Impacto da covid-19, Série temporal, Estudo ecológico.

Abstract: The appearance of covid-19 disrupted our lives and forced us to change our habits. At this time, health professionals were more concerned with minimizing covid-19 and neglected other diseases. Malaria, as an endemic disease in Guinea-Bissau, continues to ruin people's lives and cause deaths, especially among children. Therefore, the objective of this study is to explain the occurrence of the impact of covid-19 on infant mortality due to malaria in Guinea-Bissau, in the years 2018-2020. This is an ecological time series study, in which the infant mortality rate due to malaria was analyzed in all regions and in the capital of Guinea-Bissau. Infant mortality rates and percentages of infant mortality from malaria alone were calculated for comparability between the years studied. The results show that in the year 2020, there was an increase in infant mortality compared to previous years (2018 and 2019), and the study confirmed that covid-19 created a huge impact on infant mortality from malaria in the 2020s, so there was an increase in infant mortality due to malaria in Guinea-Bissau.

Keyword: Malaria, Infant mortality, Impact of covid-19, Time series, Ecological study.

Introdução

O aparecimento da pandemia da covid-19 obrigou as pessoas a mudarem os hábitos de vida e essa mudança teve efeitos físicos e psicológicos, principalmente quando foi decretado a quarentena, que é o isolamento social como uma forma de profilaxia dessa patologia. Muitas pessoas desenvolveram estresse, ansiedade, fadiga, depressão e entre outros, algumas pessoas se refugiaram

no consumo de álcool e drogas, algumas ficaram obesas por inatividade física. Nesta altura os profissionais da área de saúde - médicos, enfermeiros e os demais - estavam mais preocupados com a minimização de pandemia da covid-19 e negligenciaram outras doenças. Dessa maneira, a covid-19 foi tratada como a única doença existente no mundo. Entretanto, a malária continua sendo uma doença endêmica na Guiné-Bissau, massacrando a vida das pessoas e provocando mortes, principalmente nas crianças. Portanto, o impacto da covid-19 constituiu-se uma enorme negligência das outras enfermidades, e tem se tornado um problema muito sério, levando a necessidade de buscas de alternativas para solucionar esse problema (MACHADO, 2021).

Com o atual índice de infecções no mundo a malária é a que ocupa o maior domínio, portanto é um grande problema de saúde pública responsável pelo impacto socioeconômico, principalmente nos países tropicais e subtropicais, onde geralmente é conhecida como uma doença endêmica.

Ressaltando que doença endêmica é aquela que circula entre a população de uma dada zona geográfica em números estáveis. Isso significa que os números de casos são previsíveis e que, assim, há um controle, tanto da parte da população como das autoridades de saúde e serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a malária como uma doença infecciosa causada por um parasita *Plasmodium*, transmitida pela picada de um mosquito infectado. No mundo existem mais de cem tipos de plasmodium entre os quais só quatro atacam os seres humanos, espécies estão associadas: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* e *Plasmodium ovale* (FRANÇA, *et al.*, 2008). Desses quatro tipos, o mais agressivo é o *Plasmodium falciparum*, pois se multiplica

rapidamente na corrente sanguínea destruindo 2% a 25% total das hemácias (glóbulos vermelhos). Atualmente, pelo menos 300 milhões de pessoas contraem malária por ano em todo o mundo.

As manifestações clínicas de malária são febres, dores de cabeça e calafrios, estando associadas com a ruptura sincronizada dos eritrócitos infectados nas células do fígado (FRANÇA *et al.*, 2008). Na fase inicial, principalmente em crianças, a malária confunde-se com outras doenças infecciosas do trato respiratório, urinário e digestivo, podendo ser a etiologia viral ou bacteriana no período de febre intermitente por se confundir com infecções urinárias e tuberculose (BRASIL, 2010).

No ano de 2004, a malária criou um amedrontamento mundial, pois quase metade da população no mundo tinha probabilidade de pegar a doença com tanta disseminação em vários países, sobretudo nos países tropicais e subtropicais.

Segundo o Relatório Mundial da Malária, ao final de 2004, 107 países e territórios apresentavam áreas de risco de transmissão de malária. Aproximadamente 3,2 bilhões de pessoas vivem nestas áreas, o que corresponde a quase metade da população mundial. Noventa por cento da incidência mundial concentra-se na África e dois terços dos casos restantes ocorrem no Brasil, Índia e Sri Lanka. Surgem cerca de 350 a 500 milhões de novos casos da doença por ano, e ocorrem de 1 a 3 milhões de mortes. No Brasil, mais de 60% do território é favorável à transmissão da malária. Cerca de 95% dos casos no país ocorrem na Amazônia Legal. Nesta região são registrados cerca de 500 mil novos casos por ano. No país, a doença é causada por *Plasmodium falciparum*, *P. vivax* e, mais raramente, *P. malariae*. O *P. vivax* é responsável pelo maior número de casos e o *P. falciparum* é responsável pelo maior número de mortes. (FREITAS, *et al.*, 2007, p.).

A malária existe em mais de 90 países no mundo, apesar de prevalência não serem semelhantes, quando se fala desse assunto a precariedade sanitária é o fator primordial a condicionar essas consequências, portanto é tradicionalmente uma doença do mundo subdesenvolvido. Já sumiu da Europa e da América do Norte (CAMARGO, 2023).

Quase 3 mil crianças morrem por dia de malária na África. Os custos diretos e indiretos da malária para a África são da ordem de US\$2 bilhões por ano. Segundo Camargo (2003), a doença mata, anualmente, duas vezes mais que a AIDS e muito mais que qualquer outra doença infecciosa. No continente africano, a malária tem desempenhado um forte impacto, sobretudo na região costa ocidental da África levando a adoção de novas medidas, nomeadamente a pulverização intra-domiciliar, Tratamento Preventivo Intermitente (TPI), dentre outros.

Do ponto de vista histórico, a Guiné-Bissau possui um longo histórico no que diz respeito à luta contra a malária, no entanto, serão mencionados parte destas iniciativas, consideradas fundamentais. Assim sendo, de forma a enquadrar melhor a particularidade do país face à malária, é imprescindível uma análise cronológica das iniciativas e programas implementadas sobre a mesma.

A malária é julgada a quinta maior causa de morte entre todas as doenças infecciosas no mundo, e na Guiné-Bissau é tida como a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas, por ser endêmica, porém é tão vultoso falar sobre essa endemia (MORNA; NANDAIA, 2015).

Com esta informação, ressalta-se que, na sua grande maioria, Guiné-Bissau apresenta eventos meteorológicos que variam entre as épocas secas e chuvosas, pelo que a adaptação dos vetores a

essas condições é bastante auxiliada, devido às altas temperaturas acima dos 18º, adequados a proliferação dos mosquitos.

O *plasmodium falciparum* é mais predominante no continente africano porque ele se sente mais confortável com clima quente e úmido, ao mesmo tempo é a única espécie com probabilidade de provocar doença fatal se não for tratada. Pacientes não imunes podem morrer dentro de dias após o início dos sintomas.

A infecção por malária é uma das principais causas de mortes no continente africano. A alta incidência de malária na África se deve ao *P. falciparum*, que se adapta e se especializa com o *Anopheles gambiae*, o vetor de malária mais eficaz e difundido. Desde 2000, a incidência da malária foi reduzida em 17% e as taxas de mortalidade por malária em 26%. No entanto, a taxa de declínio estagnou e até reverteu em algumas regiões desde 2014. Em 2017, conforme descrito pelo último relatório mundial de malária, 219 milhões de casos de malária foram relatados, acima dos 2.017 milhões de casos relatados em 2016 em 91 países, e o global A contagem de mortes por malária atingiu 435.000 mortes, em comparação com 451.000 mortes estimadas em 2016. Apesar dessas conquistas, a região africana continua responsável por cerca de 92% dos casos e mortes por malária em todo o mundo. Portanto, é importante dominar a situação atual da malária na África para ver como planejar melhor sua eliminação (MBACHAM, 2019, p.).

Metodologia

O presente artigo refere-se a um estudo ecológico de séries temporais, no qual foi analisado o índice de mortalidade infantil causada pela malária em todas as regiões da capital da Guiné-Bissau, nos anos 2018 a 2020, para averiguar o impacto da covid-19 na mortalidade infantil dessa endemia no país.

Foram selecionados todos os conhecimentos da mortalidade infantil pela malária disponível no registro da *Bandim Health Project* dos anos estudados, em que foram compilados os números de mortalidade infantil pela malária e os números de nascidos vivos por cada ano. Com isso, foi possível calcular as taxas com o intuito de comparabilidade entre os anos, também foram acrescentados os números de mortalidade infantil geral e números de mortalidade infantil pela malária de cada ano, de modo a calcular as porcentagens para ter maior convicção da comparabilidade entre os anos.

Definições de malária:

A malária é uma doença infecciosa causada por um parasito do gênero *Plasmodium*, que é transmitido para humanos pela picada de fêmeas infectadas dos mosquitos *Anopheles* (mosquito-prego). Estes mosquitos são mais abundantes nos horários crepusculares, ao entardecer e ao amanhecer.

Tipologias:

As diferentes espécies de parasita que causam a malária em humanos são: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium knowlesi*. Entretanto, apenas as três primeiras espécies de *Plasmodium* ocorrem no Brasil, com predominância de casos de *P. vivax*.

Período de incubação de cada tipo:

O período de incubação, ou seja, o intervalo entre a aquisição do parasito pela picada da fêmea do mosquito até o surgimento dos primeiros sintomas, varia de acordo com a espécie de plasmódio. Para *Plasmodium falciparum*, mínimo de sete dias; *P. vivax*, de 10 a 30 dias; *P. malariae*, 18 a 30 dias e *P. Ovale* é de sete a catorze dias (TAUIL, *et al.*, 2010).

Classificação de malária:

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a malária pode ser classificada em três fases: leve, moderada e grave. Tal classificação depende da evolução da patologia para se enquadrar em um destas etapas (FERNANDES, *et al.*, 2010).

A fase leve geralmente é quando o *plasmodium* começa a penetrar no organismo humano e chega rapidamente ao fígado onde se multiplica de forma intensa e começa a fazer algumas manifestações clínicas.

A fase moderada é quando as parasitas já entram no vaso sanguíneo e começam a consumir as hemácias humanas que dependem de nutrientes, como ferro, para sua multiplicação, o que leva à perda desse elemento pelo organismo.

A fase grave é quando o *plasmodium* conseguiu danificar as hemácias em grande quantidade, provocando um quadro de anemia grave, além de pequenos coágulos que podem gerar problemas como trombozes e embolias em diversos órgãos do corpo, e também pode causar o que nós chamamos de malária cerebral onde aparece sonolência, delírio, confusão, convulsões e coma (ARAÚJO, *et al.*, 2021).

Diagnóstico de malária:

Tradicionalmente, o diagnóstico da doença é feito pela visualização microscópica do plasmódio em exame da gota espessa de sangue e TDR “teste diagnóstico rápido” (PAZ, *et al.*, 2015).

Entretanto, o diagnóstico não é simples, pois nem sempre é fácil enxergar ou encontrar os parasitas nos vasos sanguíneos no momento que em eles estão escondidos no fígado ou nos rins, por isso, é frequente o teste de diagnóstico rápido dar negativo

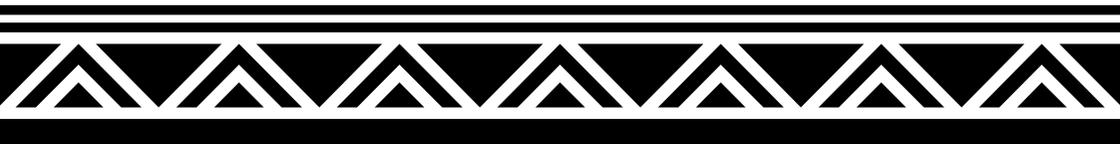
mesmo o indivíduo tendo de fato contraído a malária. Portanto, é recomendável a realização da gota espessa em casos especiais, bem como a técnica de esfregaço, pois essa facilita constatar a presença de antígenos de *plasmodium* (GOMES, *et al.*, 2011). Esse é o método oficialmente adotado no Brasil e no mundo para o diagnóstico da malária, mesmo após o avanço de técnicas diagnósticas, esse exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização (COSTA, *et al.*, 2008).

O diagnóstico rápido acaba tendo importância também para o controle da doença, uma vez que, quanto antes o paciente receber o tratamento, mais rápido ele deixa de ser uma fonte de infecção, reduzindo o risco de ocorrência de nova transmissão, sendo assim é relevante procurar um centro hospitalar logo que aparecem as manifestações clínicas da malária (DE OLIVEIRA, *et al.*, ano?)

Sinais e sintomas de malária

- Febre alta
- Calafrios
- Tremores
- Sudorese
- Dor de cabeça, que podem ocorrer de forma cíclica
- Dores musculares
- Perda de hepatite
- Dores abdominais
- Diarreia e vômitos, às vezes

Tratamento da malária:



Para o tratamento comum da malária são feitas combinações fixas de derivados de artemisinina (ACT), artemeter + lumefantrina ou artesunato + mefloquina, por 3 dias para o tratamento clínico, e a primaquina em dose única para eliminação dos gametócitos. Porém, nos casos da malária grave, geralmente o tratamento é feito por via endovenosa com hidrocloreto de quinina de 600mg/2ml diluído no soro (FERREIRA, 2023).

Profilaxia da malária:

Para fazer uma ótima prevenção da malária, primeiro, devemos levar em consideração as águas sujas paradas, capins próximos da casa e uso de mosquiteiros; roupas que protejam pernas e braços; telas em portas e janelas; uso de repelentes.

Resultados

A malária na Guiné-Bissau é uma doença endêmica que afeta desproporcionalmente as regiões e o público-alvo geralmente são as crianças. Dados de mortalidade infantil por malária registrados em Guiné-Bissau indicam que a taxa foi de 98 por 1000 nascidos vivos, e 201 casos correspondem a 40% no ano 2018. Em de 2019 a taxa foi de 219 por 1000 nascidos vivos e 135 casos correspondem a 39%. No ano de 2020 a taxa é de 354 por 1000 nascidos vivos e 329 casos correspondem 49%. Os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir

Tabela 1. Taxa de mortalidade infantil pela malária em Guiné-Bissau, por 1000 nascidos vivos e percentagem, 2018-2020.

ANO	TAXA	PERCENTAGEM
2018	98	40
2019	219	39
2020	354	49

Fonte: o autor.

Do total de mortalidade infantil geral registrada no ano 2018 (504), 201 casos correspondem (40%) por causa de malária. O maior número de mortes foi observado na região de Biombo, 38 casos por causa de malária. Em 2019, foram registrados 346 casos, 135 casos, por causa de malária e a taxa de 219 por 1000 nascidos vivos. Quinara, foi a região com maior número de mortes (26) por causa de malária. A mortalidade infantil geral registrada em 2020 foi de 673, sendo que 329 casos foram por causa de malária. O maior número de mortes por malária foi registrado na região de Bolama, com 54 casos, como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Mortalidade infantil por regiões e setor autónomo 2018-2020

REGIÕES	ANO		
	2018	2019	2020
Bafatá	03	19	36
Biombo	38	14	42
Sector autónomo de Bissau	28	11	29
Bolama	18	23	54
Cacheu	10	05	24

REGIÕES	ANO		
	2018	2019	2020
Gabu	39	15	40
Oio	20	18	38
Quinara	33	26	41
Tombali	12	04	25
TOTAL /MORTALIDADE/MALÁRIA	201	135	329
TOTAL/ MORTALIDADE GERAL	504	346	673

Fonte: Projeto de saúde de Bandim (PSB)

O total de crianças nascidas vivas (0-1 ano) no período estudado referem-se às 8 regiões e o setor autónomo da Guiné-Bissau: (2047) em 2018, (1580) em 2019 e (1902) em 2020. A região de Bolama mostrou-se com maior número de crianças nascidas vivas (419), no ano de 2018. Na região de Bafatá, foram 196 crianças nascidas vivas em 2019 e no setor autónomo de Bissau foram 328 crianças nascidas vivas em 2020, respectivamente como mostra a tabela 3.

Tabela 3. Nascidos vivos por regiões e setor autónomo da Guiné-Bissau nos anos 2018-2020.

REGIÕES	ANO		
	2018	2019	2020
Bafatá	198	196	239
Biombo	205	185	198
Sector autónomo de Bissau	193	189	328
Bolama	419	112	155
Cacheu	171	187	202

REGIÕES	ANO		
	2018	2019	2020
Gabu	239	188	199
Oio	223	179	187
Quinara	189	168	200
Tombali	210	176	194
TOTAL	2047	1580	1902

Fonte: Projeto de saúde de Bandim.

Discussão

Os resultados obtidos mostram que a taxa de mortalidade infantil causada pela malária nos anos de 2018-2020 na Guiné-Bissau foi alta, ultrapassando 30%, incluindo a mortalidade por diversas causas.

No ano de 2018, na Guiné-Bissau a taxa de mortalidade infantil foi de 98 por 1000 nascidos vivos, e 201 casos correspondem a 40%, tudo indica que o saneamento básico é precário. No ano de 2019, em todas as causas de morte infantil a malária foi responsável por 39%, e a taxa é de 219 por 1000 nascidos vivos. Já no ano 2020, houve um aumento da mortalidade infantil causado pela malária devido um impacto da quarentena da covid-19. A taxa foi de 354 por 1000 nascidos vivos, e 329 correspondem a 49%. Isso ocorreu em virtude de que os trabalhadores da saúde estavam na situação de emergência com foco e determinação na prevenção e tratamento de coronavírus (DE ASSIS, *et al.*, 2023), por isso negligenciaram outras patologias como se não existisse mais, ou seja, como se a covid-19 fosse a única doença existente. Esqueceram-se que a malária é uma doença endêmica na Guiné-Bissau.

Existe uma hipótese de que os responsáveis pelas crianças possam ter tido medo de internar seus filhos devido a exposição a covid-19, o que teria resultado no aumento da taxa de mortalidade. O que se pode constatar, de fato, é que a pandemia da covid-19 impactou drasticamente no aumento da taxa de mortalidade infantil pela malária no ano 2020 na Guiné-Bissau (MACHADO, 2021).

Na Guiné-Bissau, a malária está presente em todo território nacional, ou seja, no país inteiro é considerada holoendêmica na época chuvosa, porque geralmente sempre há um aumento de casos, tanto de internação quanto de mortalidade. Ressaltando que o *plasmodium falciparum* é o parasita mais letal do mundo, e a sua predominância na Guiné-Bissau é de 79% comparando com outros tipos de *plasmodium* (VICENTE, 2014).

As preocupações apresentadas aqui neste artigo, como nos demais estudos sobre malária, sublinham que paludismo é o primeiro problema de saúde pública na Guiné-Bissau. A população carece de políticas públicas eficientes que garantam uma boa qualidade de vida, educação, pesquisas e capacitação dos profissionais da área de saúde para conscientizar a população sobre os métodos de prevenção da malária.

O presente artigo alega limitações nas informações dos dados que não estão disponibilizados na internet, teve-se que entrar em contato com representantes legais do país para ter acesso aos dados, o que levou muito tempo, pois os arquivos estavam escritos manualmente e não estavam computadorizados. O funcionário entrevistado teve que procurar nos registros os arquivos correspondentes aos anos de interesse.

Ainda, outra ressalva deste estudo é que não se demonstrou o gênero das crianças vítimas de malária durante os 3 anos estudados, o que seria uma variável muito relevante para o estudo.

Considerações finais

Tendo em vista os aspectos observados, é possível constatar que a covid-19 criou um enorme impacto na mortalidade infantil pela malária na Guiné-Bissau nos de 2018-2020, devido a negligência das outras enfermidades e o medo que os pais e encarregados tinham de ir com as crianças nos hospitais para não se contaminarem com a covid-19.

O sistema de saúde público da Guiné-Bissau criou um programa muito relevante que se chama luta contra malária. Esse trabalho está contribuindo positivamente de forma incansável para acabar com essa patologia que é considerada endêmica no país, assim como estão capacitando os profissionais da área de saúde para saber fazer uma ótima profilaxia e tratamento da malária.

É considerável a realização de outras pesquisas com mais variáveis para resultados mais robustos, como estudos que apontem o motivo pelo qual na época chuvosa a malária é mais contagiosa, bem como, qual região na Guiné-Bissau é mais vulnerável a essa patologia.

Referências

1. CAMARGO, Erney Felício Plessmann de. Malária, Maleita Paludismo. **Ciência e Cultura**, São Paulo, n. 1, v 55,9, jan/março, 2003, p. 26-29. Disponível em: . Acesso em: 08 jul. 2022.
2. DE ASSIS, Ana Rita Constância Freitas *et al.* Impacto da pandemia da COVID-19 sobre as notificações das Doenças Febris Agudas em um Hospital de Referência em Infectologia em Goiás. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, 2023.

3. FRANÇA, Tanos C. C.; SANTOS, Marta G. dos; FIGUEROA-VILLAR, José D. **Malária: Aspectos Históricos e Quimioterapia. Química Nova**, n. 5, v. 31, 2008, p. 1271-1278.
4. FREITAS, Letícia Figueira *et al.* Malária não complicada por Plasmodium vivax e P. falciparum no Brasil: evidências sobre fármacos isolados e associações. **ESTÁ INCOMPLETA...**
5. MACHADO, Ricardo Luiz Dantas. The Impact of COVID-19 on Malaria. **RBAC**, v. 53, n. 2, 2021, p. 187-191.
6. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso**, 8 ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas:_parasitaria_guia_boiso.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.
7. MBACHAM, Wilfred Fon et al. Current situation of malaria in Africa. **Malaria Control and Elimination**, 2019, p. 29-44.
8. NANDAIA, Morna. **Os Sistemas de Informação Geográfica e Detecção Remota na Determinação das Regiões de Risco por Malária na Guiné-Bissau**. 2015. (Tese de Doutorado). Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
9. VICENTE, José Luis Cravo. **Estudo de parâmetros entomológicos com importância para a transmissão de malária por Anopheles gambiaesl na Guiné-Bissau**. 2014. (Tese de Doutorado). Instituto de Higiene e Medicina Tropical.



NUER - Núcleo de Estudos de Identidades
e Relações Interétnicas

nº 28/2024.1

