



**Figura 1.**

A Política Nacional de Saúde Integral da População objetiva promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Foto: Alejandra Quintero Sinisterra - Foto reprodução.

## SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

POR • **GABRIELA PORTELA** • RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PELA FESF-SUS (FIOCRUZ).

**A**tualmente, a história do negro no Brasil é marcada e lembrada basicamente pelo contexto de escravidão, por meio de uma população considerada submissa, pobre e inferior. No entanto, isso não significa que essa população não tenha vivido a sua própria história como heróis ou protagonistas, mas essa parte da história não é a versão que costuma ser dita. O processo de colonização do Brasil se deu às custas do apoio da instituição católica, a qual tornou a escravidão uma prática justa e necessária, justificando a necessidade do tráfico negreiro pela ideologia em que dizia que os africanos eram sujeitos sem fé, sem cultura e tinham que ser domesticados. Com isso, os negros foram obrigados a abandonarem as suas tradições, raízes e línguas, para assimilarem a cultura europeia. No entanto, houve a permanência de vários grupos de resistência que fugiram em quilombos para se esconderem

e lutarem contra a opressão portuguesa em vários contextos históricos do país. As revoltas dos Palmares e dos Malês comprovam o quanto havia união e resistência entre os escravizados da época, de maneira estratégica e organizada (1).

As primeiras constituições e a abolição à escravatura em 1888 não tornaram os negros livres do sofrimento e da dependência, visto que não foi fornecido a eles os mesmos direitos políticos, sociais e econômicos da população não-negra e além disso, não havia políticas públicas para os acolherem na força econômica do país, de maneira legal. Sendo assim, sem empregos e escolas, os negros foram obrigados a buscar condições de moradia em regiões de encostas e morros, afastados dos centros urbanos e a trabalharem em serviços que os brancos não desejavam trabalhar, sendo excluídos da sociedade (1).

Nessa perspectiva, a privação dos direitos dos negros durante a sua trajetória, refletiu na estrutura que permanece no Brasil de marginalização social, econômica, política e cultural, permeada pelo ra-

cismo e discriminação e, conseqüentemente, isso influenciou no contexto de saúde da População Negra que vivemos hoje (2).

O Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) define população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”. As categorias de raça/cor utilizadas pelo (IBGE) são: branca, preta, parda, amarela e indígena (2). Nos últimos anos, segundo o IBGE, o número de autodeclarados pretos/pardos na população cresceu. No Brasil em 2013, havia 53,1% da população negra (45% parda e 8,1% preta), enquanto 46,1% branca e 0,8% amarela e indígena. Em 2019, a população negra aumentou para 56,2% (46,8% parda e 9,4% preta), enquanto 42,7% se autodeclararam como branca e 1,1% como amarela e indí-

**“população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”**

Estatuto da igualdade racial  
(Lei 12.288/2010)

de saúde e necessidades específicas, voltadas para o princípio da equidade do SUS (2) (3) (4).

Ao estudar os indicadores de saúde da população negra associado a fatores socioeconômicos, é possível perceber uma disparidade em relação a população branca, no que diz respeito a menor acesso à saúde, maior mortalidade materna, maior detecção de sífilis em gestantes, segundo dados trazidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Os quesitos analisados em relação ao acesso reduzido foram a dificuldade em obter algum medicamento receitado no

sistema de saúde, adesão as consultas do pré-natal e consulta odontológica (2). Paiva et al. 2013, sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher durante o ano de 2011, concluiu que é predominante na raça preta/parda, exceto para violência psicológica, em que não houve diferença segundo raça/cor (2). Em 2019, as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram observadas nas mulheres pretas, e essa população também tinha uma maior taxa de mortalidade, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2012, em que do total de 1.583 mortes maternas, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (2) (3) (4). Diante disso, é possível perceber que algumas doenças que são mais prevalentes na população negra, não estão estritamente relacionadas apenas a questões biológicas, mas também aos diversos tipos de racismos, que se relacionam na qualidade do cuidado e da assistência, produzindo sofrimentos evitáveis dentro do serviço de saúde e piores desfechos clínicos, como descritos como piores experiências dentro do serviço de saúde sofridas por mulheres negras, quando comparado às mulheres não-negras. (5,8)

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualda-

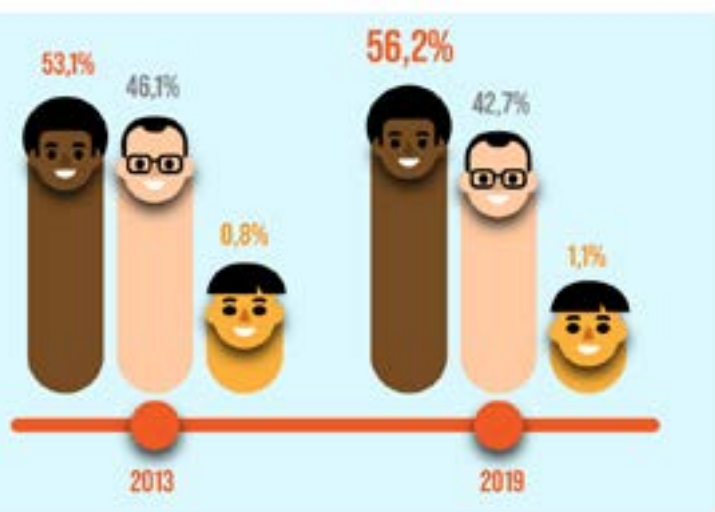


Figura 2: População com raça autodeclarada em 2013 e 2019.

gena. Esse crescimento pode ter sido influenciado pelo crescimento da população miscigenada, mas também pelo aumento na representatividade dessa população nas pesquisas de autodeclarações. A notificação adequada dos quesitos raça/cor nos formulários e sistemas de saúde tem sido cada vez mais estimulada a ser feita de maneira completa. Esse preenchimento se tornou obrigatório em 2017, através da portaria nº344, visto que ela auxilia o monitoramento das desigualdades e fornece com isso dados relevantes para implantação de políticas públicas, através do reconhecimento das demandas



des étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” que objetiva promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS (6).

Além da Política, outras ações voltadas à saúde da População Negra foram criadas, com atenção às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias e incorporação do transplante de medula para tratamento desta doença, ações de prevenção para reduzir vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência física e simbólica, cursos de ensino a distância sobre saúde da população negra, entre outras ações (6). No entanto, o fato de existirem políticas não garante efetivamente o acesso da população negra e a qualidade deste acesso, já que a sociedade foi estruturada em séculos de escravidão e o contexto histórico impacta em menor oportunidade a essa população, incluindo menos transportes, redução do acesso aos hospitais e oferta de recursos aquém do que esta população merece (7).

Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é um direito a todos e um dever do Estado. No entanto, pode-se perceber que a qualidade desta atenção não está sendo assegurada de maneira equivalente entre os variados grupos étnico-raciais (6). Há fragilidade das organizações e instituições em oferecerem uma assistência adequada e que respeite a diversidade, já que muitas vezes os usuários são submetidos a situações de discriminações e culpabilização nesses serviços (7, 8).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada e principal ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sendo assim, do que diz respeito à Saúde da População Negra neste serviço, os profissionais de saúde que atuam nela têm, por sua vez, a função de acolherem os usuários e realizarem o atendimento de qualidade, baseados nos princípios e diretrizes do SUS. A presença do agentes comunitários de saúde, bem como as práticas de visitas domiciliares e intersetorialidade são recursos disponíveis na APS e que facilitam o acesso dessa população à saúde. Esses profissionais realizam um papel importante na organização da saúde dessa população, e o descumprimento desses princípios norteadores impactará principalmente na população que mais utiliza o SUS; a população negra, segundo dados do IBGE (10). Segundo Hoffman et al., há uma menor aplicação de analgesia em americanos negros em relação aos americanos brancos, e isso se relaciona ao viés racial implícito sobre a

aplicação do cuidado de saúde diferente para um determinado grupo social. Ou seja, o preconceito racial na percepção da dor do outro pode ter originado de crenças, costumes e referências de vida sobre diferenças biológicas entre raças que influenciam a forma com o profissional de saúde atua na sua assistência (9).

Sendo assim, é preciso pensar sobre o que ainda há para ser modificado em relação a assistência dessa população e quais estratégias podem ser oferecidas para reduzir as disparidades do acesso. É preciso reconhecer os vieses implícitos dos profissionais de saúde, dar consciência a alguns julgamentos grupais em relação a raça/cor que influenciam o atendimento. Além disso, fortalecer a educação permanente em temas voltados à diversidade e saúde da população negra, entendendo as suas singularidades, para ressignificar alguns conceitos do profissional que estão envolvidos nessa limitação (10).

Na Bahia, a Política Estadual de Atenção à Saúde da População Negra, pelo Decreto n 14.720/2013, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado incluiu ações de cuidado, promoção à saúde e prevenção dos agravos nas doenças mais prevalentes da população negra, além de produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde (12). Foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde voltados a atenção da doença falciforme, Programa de Combate ao Racismo Institucional, com objetivo de ampliar e melhorar a assistência a essa população. No entanto, embora haja políticas públicas, percebe-se que a realidade de alguns municípios da Bahia mais afastados dos centros urbanos, é de haver menor concentração de recursos, distância grande entre os hospitais de referência e baixa quantidade de profissionais disponíveis para assistir a população. Sendo assim, faz-se necessário maior investimento na saúde pública, para que essas barreiras de acesso sejam contornadas e finalmente seja possível atingir atendimento de qualidade para população negra. (11).



## REFERÊNCIAS

1. Pereira D. **A trajetória histórica dos negros brasileiros: da escravidão a aplicação da Lei 10639 no espaço escolar**. Curitiba, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/52792/R%20-%20E%20-%20NEUTON%20DAMASIO%20PEREIRA.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília/DF, 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS**. 3ª edição. Ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
4. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2019.
5. Carvalho D, Meirinho D. **O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde**. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 29 de setembro de 2020 [citado 28º de outubro de 2022];14(3). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1905>.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3ª edição. Brasília: MS; 2017.
7. Lopes F. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2005, v. 21, n. 5 [Acessado 14 Outubro 2022], pp. 1595-1601. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>>.
8. Silva N N et al. **Access of the black population to health services: integrative review**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, n. 4 [Acessado 14 Outubro 2022], e20180834. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>>
9. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. **Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites**. Proc Natl Acad Sci U S A 2016; 113:4296-301.
10. Lima K, Santos T, Rezende L, Dionizio AC, Rezende L, Cara C, et al. **Atuação profissional pautada no conhecimento da população negra no contexto da atenção primária à saúde**. Revista de enfermagem INOVA [Internet]. [cited 2022 Oct 21]; Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/361651324\\_Atuacao\\_profissional\\_pautada\\_no\\_conhecimento\\_da\\_populacao\\_negra\\_no\\_contexto\\_da\\_atencao\\_primaria\\_a\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/361651324_Atuacao_profissional_pautada_no_conhecimento_da_populacao_negra_no_contexto_da_atencao_primaria_a_saude)>
11. Lima CD de A, Santos MMD dos. **Estratégia da Saúde da População Negra – Atenção Básica de Saúde**. Revista Pró-UniverSUS. 2020 Dec 16;11(2):141–4.
12. Gomes et al. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra na Bahia. Rev. baiana enferm. [Internet]. 2017 [citado 2022 Out 21]; 31(2): e21500. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502017000200320-&lng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000200320-&lng=pt)" Epub 19-Out-2017. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.21500>.