Figura 1.
A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída, em 2009, como uma ferramenta a ser utilizada para garantir a equidade no acesso da população negra a serviços e ações de saúde, e, para tanto, reconhece o racismo enquanto um determinante social em saúde.
Foto: Unsplash.

UM OLHAR SOBRE ASPECTOS ESTRUTURANTES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

POR · **TATIANE REIS BONFIM BARRETO |** PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/ FESF-SUS.
CÁSSIA HOZANA DE JESUS PINHO | RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE/ FESF-SUS - FIOCRUZ.
JÉSSICA CAROLINE CORREIA LOPES | ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SESAB/SAIS/DGC/CPES.
THAÍSE DOS SANTOS VIANA | ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – SESAB/SAIS/DGC/CPES.
DANIELE MONTEIRO DE OLIVEIRA SILVA | COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE – SESAB/SAIS/DGC.

1. RACISMO E NORMATIVAS SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A saúde, sob a ótica dos direitos humanos, é compreendida como o conjunto de condições abrangentes e coletivas de vida, influenciadas por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Embora haja um reconhecimento legal do direito à saúde para todos e a obrigação do Estado em garantir esse acesso de forma universal e equitativa (artigo 196 da Constituição Federal), a realidade demonstra que os negros não desfrutam do mesmo nível de atenção e qualidade de serviços de saúde que os brancos, apesar das disposições constitucionais. A distribuição desigual se estende às esferas sociais, afetando as experiências desde o nascimento até a morte (Brasil, 2005).

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao desenvolver a complexidade do conceito de determinantes sociais de saúde, contemplou o racismo como fator estrutural, produtor da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde, também apontando que para o enfrentamento e redução das iniquidades em saúde se faz necessário criar ações específicas voltadas às populações vitimadas.

Aqui o racismo é compreendido como um fenômeno sócio-histórico, parte da ordem social, decorrente portanto da estrutura social e do modo como se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e familiares, expressando-se por meio das desigualdades de acesso e das discriminações sistemáticas destinadas a determinado grupo racial (Almeida, 2019).

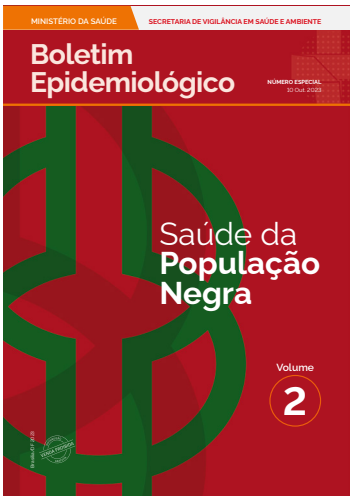
O racismo e a discriminação interferem ou mesmo determinam a forma como negros e negras adoecem e morrem, sendo, portanto, um dos fatores cruciais na geração das iniquidades em saúde vivenciadas por estes, independentemente da região do país que residam, do nível de escolaridade e de renda, ou ainda do ciclo de vida (Werneck, 2016).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída, em 2009, como uma ferramenta a ser utilizada para garantir a equidade no acesso da população negra a serviços e ações de saúde, e, para tanto, reconhece o racismo enquanto um determinante social em saúde. Tal Política aponta as seguintes direções para concretização da mencionada equidade: produção de conhecimento científico; disseminação de informações e dados/indicadores que contemplem o quesito raça-cor; atenção à saúde da população negra com práticas de promoção e educação em saúde considerando as necessidades desta população; capacitação e educação permanente das equipes de saúde (Werneck, 2016).

Figura 2 - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde – 3. ed. – Brasília, 2017.

Há que se desenvolver formas de continuamente analisar o racismo, seu modo de atuação e seus efeitos na saúde, bem como os diferentes tipos de barreiras e privilégios que este gera no contexto das rotinas institucionais, normalizadas e naturalizadas. O racismo atua tanto na dimensão individual, quanto social e política, entendendo que a dimensão individual compreende tanto o que está internalizado nos sujeitos, quanto nas relações interpessoais. Ideologicamente, o racismo enquanto sistema de opressão, conforma as relações de poder e distribuição de riquezas, a organização e o desenvolvimento de políticas públicas, expressa-se nas estruturas físicas, nos discursos, nas normas, nos valores, nos conceitos científicos que permeiam os dispositivos de gestão e atenção à saúde (Werneck, 2016).

O Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra lançado pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2023, aborda a necessidade de existirem instâncias específicas que tornem a implantação da política efetiva nos órgãos gestores de saúde. Neste sentido, constatou-se a presença de tais instâncias somente em 6,9% das unidades federativas brasileiras e, dados de 2021, evidenciam que 32% dos municípios brasileiros incluíram a PNSIPN em seus planos municipais de saúde.

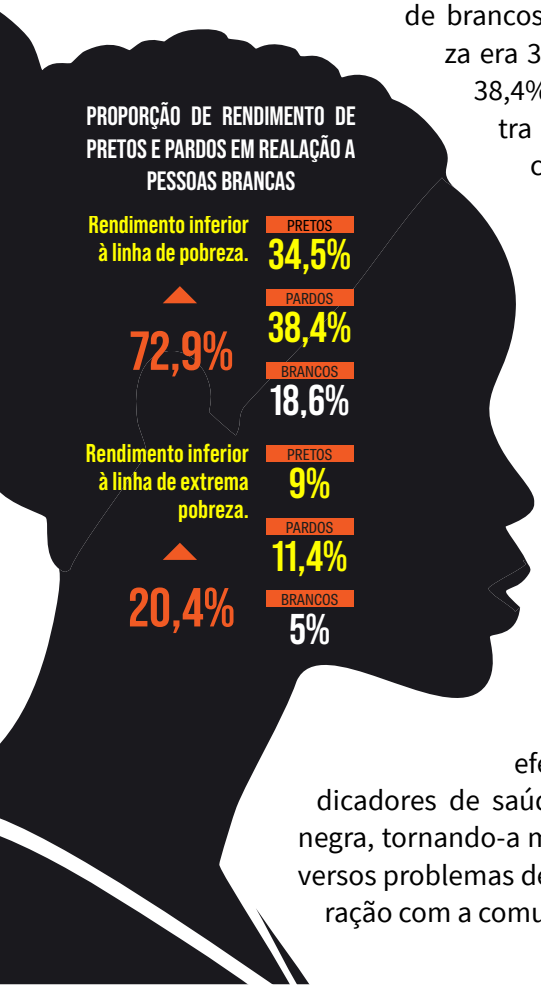


Segundo dados do IBGE de 2022, na Bahia, 80,8% da população é composta por negros/as, considerando-se a soma de todos que se autodeclaram como pretos ou pardos. No Estado, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra foi instituída no ano de 2013, por meio do decreto nº 14.720, de 29 de agosto de 2013, tendo por finalidade estabelecer princípios, diretrizes e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da

população negra, uma vez que esta, em sua maioria, é usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfrenta importantes dificuldades no acesso, acolhimento e atendimento em saúde (BAHIA, p.56, 2016). O Estado também conta com o Comitê Estadual de Saúde da População Negra, instituído pelo decreto estadual nº 10.572, de 19 de novembro de 2007, que tem como uma das suas atribuições: formular, sistematizar, apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSIPN.

As políticas nacional e estadual supracitadas se justificam: pela participação expressiva de negros(as) na composição da população brasileira; pelo fato da população negra se configurar como maioria entre usuários do SUS; diante dos piores indicadores sociais e de saúde que atingem a população negra; pela necessidade de consolidar e efetivar os princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos no SUS; e diante das previsões legais dos Estatutos, nacional e estadual, da Igualdade Racial (Werneck, 2016).

A proporção de pretos e pardos com rendimento inferior às linhas de pobreza, propostas pelo Banco Mundial, foi quase o dobro da proporção de brancos. A taxa de pobreza era 34,5% para pretos e 38,4% para pardos, contra 18,6% para brancos. Já na linha de extrema pobreza, enquanto 5% das pessoas brancas tinham rendimentos inferiores à linha da extrema pobreza, 9% da população preta e 11,4% da parda estavam abaixo da linha (IGBE, 2022). Essa discrepância social tem um efeito direto nos indicadores de saúde da comunidade negra, tornando-a mais suscetível a diversos problemas de saúde em comparação com a comunidade branca.

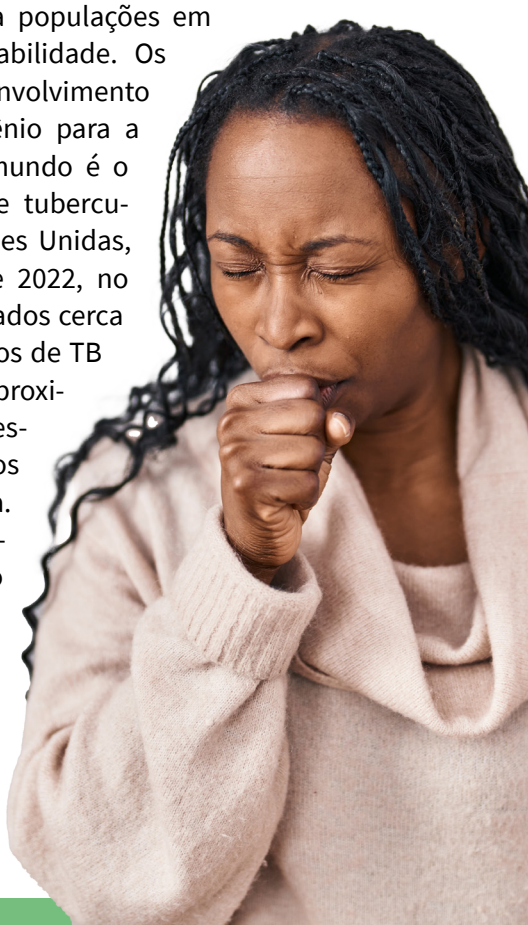


Para a garantia da saúde integral da população negra, faz-se necessária a compreensão dos fatores que influenciam nas diferenças, como incidência, gravidade, tratamento e desfechos das doenças. Estas disparidades podem ser influenciadas por uma série de fatores, incluindo questões socioeconômicas, acesso desigual à saúde, predisposição genética, experiências de discriminação, racismo institucional, dentre outros.

Na literatura brasileira existe um consenso entre os vários pesquisadores sobre as doenças e os problemas mais comuns na população negra, com ênfase em duas categorias principais: (a) aquelas com origem genética, como a doença falciforme, hipertensão, diabetes e outras condições; e (b) aquelas que são adquiridas em condições de vulnerabilidade, como desnutrição, verminoses, doenças relacionadas ao trabalho, IST/HIV/AIDS, tuberculose, mortes violentas, alta taxa de mortalidade infantil, abortos sépticos, angústia mental, entre outras (BRASIL, 2006).

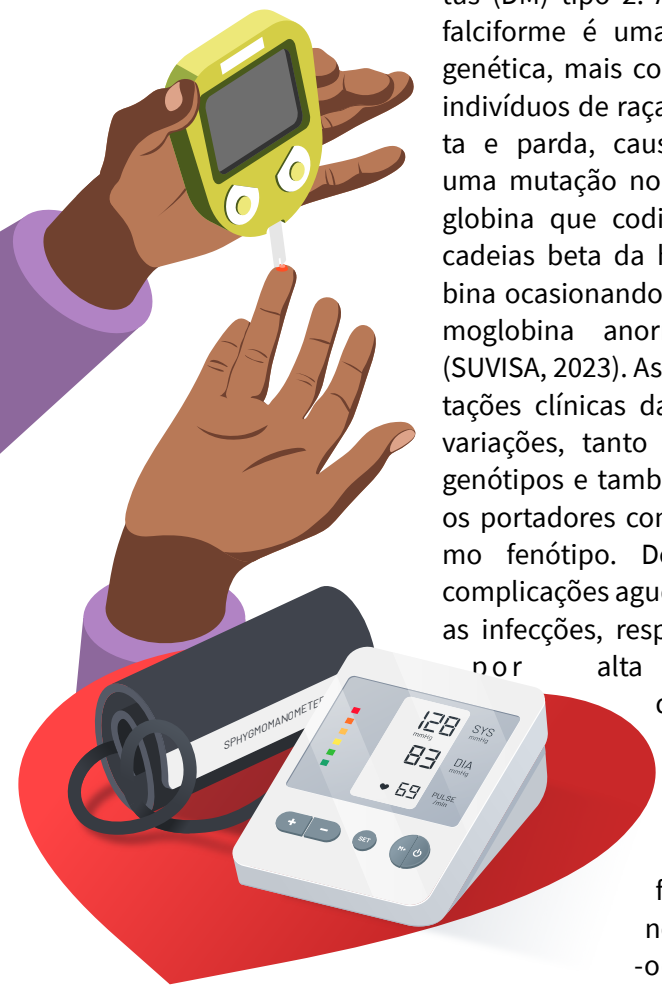
2. CARACTERÍSTICAS E DADOS SOBRE ALGUMAS DOENÇAS E AGRAVOS INCIDENTES E PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria *mycobacterium tuberculosis*, que apesar de curável, continua sendo uma ameaça persistente à saúde global, principalmente para populações em situação de vulnerabilidade. Os objetivos do desenvolvimento sustentável do milênio para a saúde pública no mundo é o fim da epidemia de tuberculose até 2030 (Nações Unidas, 2024). Entre 2010 e 2022, no Brasil, foram notificados cerca de 73 mil casos novos de TB ao ano, dos quais aproximadamente 60% estavam concentrados na população negra. (Boletim Epidemiológico no Ministério da Saúde, 2023). Na Bahia, 80% dos casos de TB incidem sobre a população negra (SUVISA, 2023).



A população negra está exposta historicamente à condições de vulnerabilidade pela forma que o racismo é determinante nas condições de vida e saúde. As más condições de alimentação e moradia, atreladas à pobreza, são fortes fatores de risco para a TB, que opera por diversos mecanismos. A maior prevalência da doença em grupos populacionais de baixa renda e maior incidência na população negra evidencia essa relação. Os impactos em decorrência da doença refletem na renda familiar, afetando o tratamento e favorecendo o empobrecimento dessas famílias com repercussões na superação deste agravo em saúde. (Boletim Epidemiológico no Ministério da Saúde, 2023).

Dentre as doenças crônicas com maior prevalência podemos citar a anemia falciforme (AF), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes dellitus (DM) tipo 2. A anemia falciforme é uma doença genética, mais comum em indivíduos de raça/cor preta e parda, causada por uma mutação no gene da globina que codificam as cadeias beta da hemoglobina ocasionando uma hemoglobina anormal(HbS) (SUVISA, 2023). As manifestações clínicas da AF têm variações, tanto entre os genótipos e também entre os portadores com o mesmo fenótipo. Dentre as complicações agudas estão as infecções, responsáveis por alta morbidade e mortalidade, anemia grave e fenômenos vaso-oclusivos. As complicações crônicas, por sua vez, são: puberdade atrasada e crescimento reduzido, déficits neurológicos, entre outras.



Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme por meio da Portaria GM/MS nº 1391/2005, com objetivos de garantir o seguimento de pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pela Triagem Neonatal integrando-as na rede, a integralidade do cuidado, o acesso à informação, o acesso a medicações essenciais e o estímulo a pesquisas.

No que tange os agravos prevalentes na população negra, a HAS é uma doença com alta prevalência, e, com estimativa de 27,9% da população brasileira diagnosticada, sendo maior entre homens, aumento da idade e menor nível de escolaridade. Dentre os fatores de risco estão idade, obesidade, história familiar, raça, dieta rica em sódio, sedentarismo, consumo de álcool e determinantes sociais.

A HAS é mais comum em indivíduos negros, assim como uma progressão mais acelerada e uma maior gravidade, além das taxas de controle mais baixas. Os fatores de risco em pacientes negros estão relacionados a determinantes sociais, tais como níveis socioeconômico, educacionais, pobreza e padrões alimentares. Outro determinante que também está relacionado ao status socioeconômico é a má nutrição materna e consequentemente o baixo peso ao nascer, que é um fator de risco ao desenvolvimento de hipertensão na vida adulta. Um fator que precisa de atenção dos profissionais de saúde é a maior taxa de complicações cardiovasculares (acidente vascular verebral, insuficiência cardíaca e doença renal crônica) em indivíduos negros, com um aumento de três vezes na mortalidade.

O diabetes mellitus é um distúrbio metabólico de etiologia diversa caracterizado pela hiperglicemia, resistência insulínica e alteração na secreção insulínica (DM tipo 2), assim como pela deficiência absoluta de insulina decorrente da destruição imunológica das células beta pancreáticas (DM tipo 1). No Brasil, há uma estimativa de 13 milhões de pessoas acometidas pelo DM, equivalente a quase 7% da população nacional. Dentre os fatores de risco estão obesidade, suscetibilidade genética, idade (acima de 45 anos), diabetes gestacional, síndrome do ovário policístico e etnia.

O DM tipo 2 é uma patologia poligênica, ou seja, decorrente de múltiplos fatores genéticos, com uma susceptibilidade complexa dos fatores ambientais, desempenhando papéis cruciais no seu desenvolvimento questões socioeconômicas, acesso limitado aos cuidados de saúde e padrões dietéticos. Há evidências de que o DM tipo 2 tem uma prevalência em indivíduos negros maior do que em indivíduos brancos, porém as explicações para tais diferenças ainda não estão bem estabelecidas.

3. OFERTA DO CUIDADO INTEGRAL E O ENFRENTAMENTO AO RACISMO NA SAÚDE

Para garantir um cuidado integral, já que se observa uma menor taxa de adesão ao tratamento por indivíduos negros, faz-se necessário planejar e avaliar o acesso aos serviços de saúde e a medicamentos, a ausência ou a fragilidade da rede de apoio, a cobertura da Atenção Básica, dentre outros. Essa compreensão é fundamental, diante do fato do racismo institucional como "ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo" (WERNECK, 2016).

Embora muitas doenças estudadas na população negra possam ter em comum a determinação social e étnico-racial nos seus processos de adoecimento, há também que considerar muitos desfechos deficientes, e o acesso de usuários de grupos raciais discriminados aos diferentes níveis de atenção - da básica à de alta complexidade, e de ações preventivas ao diagnóstico/tratamento - no tempo necessário. É preciso reconhecer, também, que a atenção à saúde da população negra requer atenção diferenciada e políticas públicas direcionadas.

> "É preciso estabelecer medidas facilitadoras da aproximação e acesso, de modo a superar as barreiras interpostas ao exercício do direito à saúde"
>
> Werneck, p. 545, 2016.

Dito isso, as desigualdades raciais em saúde são históricas, o que requer um esforço coletivo de prestadores de cuidados de saúde, organizações comunitárias e a sociedade em geral para enfrentar as disparidades existentes e garantir a equidade em saúde. Portanto, reforça-se o quão importante é debater tais agravos subsidiando estratégias para que se possam mitigar as desigualdades raciais existentes no âmbito da saúde. Sendo crucial abordar a séria e persistente questão racial no Brasil, que continua presente apesar das conquistas institucionais, devido à sua profunda incorporação na cultura brasileira, uma vez que essa questão influencia de forma direta na saúde da população negra.

No campo dos esforços institucionais, conforme indica Werneck (2016), é "preciso estabelecer medidas facilitadoras da aproximação e acesso, de modo a superar as barreiras interpostas ao exercício do direito à saúde" (Werneck, p. 545, 2016). Estas medidas podem ter distintas características e atuações: quanto ao usuário, na utilização de linguagens e métodos que dialoguem com valores, crenças e visões de mundo da população negra alvo dos serviços e ações de saúde, permitindo vinculação desta aos serviços; ampliação da participação da população negra, inclusive de usuários e profissionais negros, no processo de planejamento e avaliação do cuidado à saúde deste público.

No que abrange a qualificação dos profissionais de saúde, ainda podem existir alguns aspectos específicos quanto às características e atuações: criação de mecanismos que estimulem a formação permanente dos diferentes profissionais de saúde sobre "racismo" e "saúde da população negra", incluindo mecanismos relacionados a progressão de carreira profissional e/ou ascensão profissional; incorporação de normas, protocolos e procedimentos antirracistas no processo de trabalho dos serviços e unidades de saúde; dentre outros.

Quanto às medidas que subsidiam a implementação das políticas públicas: construção e uso de indicadores capazes de mensurar as disparidades raciais e implementação de ações a fim de corrigi-las; intensificar a agenda de estudos e pesquisas sobre saúde da população negra, incluindo aqueles que podem gerar inovações conceituais e metodológicas para lidar com as iniquidades raciais; elaboração de diagnósticos da situação de saúde dos territórios com dados desagregados por raça-cor; estabelecimento de metas de cobertura de atenção que permitam ampliar o acesso da população negra aos serviços e ações de saúde; qualificação da infraestrutura dos serviços e unidades de saúde nos territórios onde está confirmada a maior expressividade das disparidades raciais; qualificar o raciocínio clínico e diagnóstico para que sejam mais precisos e amplos, para além do saber médico, que permitam alcançar melhor a complexidade que envolve o processo de saúde-doença das pessoas negras.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB

GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA
Jerônimo Rodrigues

SECRETÁRIA DA SAÚDE DA BAHIA
Roberta Silva de Carvalho Santana

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS
Karlos da Silva Figueiredo

DIRETOR DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB
Marcus Vinícius Bonfim Prates

COORDENADORA DO NÚCLEO TÉCNICO CIENTÍFICO TELESSAÚDE BAHIA
Gladys Reis de Oliveira

ELABORAÇÃO
Tatiane Reis Bonfim Barreto
Programa de Residência Medicina de Família e Comunidade/ FESF-SUS

Cássia Hozana de Jesus Pinho
Residencia Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/ FESF-SUS - FIOCRUZ

Jéssica Caroline Correia Lopes
Thaíse dos Santos Viana
Área Técnica de Saúde da População Negra – SESAB/ SAIS/DGC/CPEs

Daniele Monteiro de Oliveira Silva.
Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde – SESAB/SAIS/DGC

PROJETO GRÁFICO
Fábio Brito dos Reis
Designer

TIRAGEM
Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES: NÚCLEOTELESSAÚDE BAHIA - DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA DA BAHIA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1º andar, Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300. Tel.: (71) 3115-4151.
Endereço eletrônico:
http://www.telessaude.saude.ba.gov.br/

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Sílvio Luiz de . Racismo estrutural / Silvio Luiz de Almeida. São Paulo : Sueli Carneiro ; Pólen, 2019.

2. BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2016.

3. ____. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP, Boletim Epidemiologico Doença Falciforme, n° 01 de novembro de 2023.

4. ____. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP, Boletim Epidemiologico tuberculose, n° 01 de junho de 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/boletimTuberculoseNo01_junho2023.pdf

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

6. ____. Ministério da Saúde.Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa Esplanada dos Ministérios, Brasília. 1 folder

7. ____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | Número Especial | Out. 2023.

8. ____.Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. 446p.

9. ____.[Constituição (1988)].Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.Brasília, DF: Presidente da República, [2016], 496p.

10. BRASIL. Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. 2024. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3

11. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, (11.nov.2022).

12. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.