

(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil

Ways and detours in guarantee of health for the black population and the confrontation of racism in Brazil

Diana Anunciação (<https://orcid.org/0000-0002-7579-1674>)^{1,2}

Lucélia Luiz Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-9722-143X>)^{2,3}

Hilton P. Silva (<https://orcid.org/0000-0002-3287-3522>)^{2,4}

Ana Paula Nogueira Nunes (<https://orcid.org/0000-0002-1825-6990>)^{2,5}

Jaqueline Oliveira Soares (<https://orcid.org/0000-0002-1409-3733>)^{2,6}

¹ Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. R. Rui Barbosa 710, Centro. 44.380-000 Cruz das Almas Bahia Brasil. diana.anunciacao@ufrb.edu.br

² Grupo Temático Racismo e Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal do Pará. Belém PA Brasil.

⁵ Departamento de Ciências Básicas, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina MG Brasil.

⁶ Coordenação da Política de Saúde da População Negra, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

Abstract Institutional racism is prevalent in the health services in Brazil and is based on concrete power relations that subjugate, dominate and exclude blacks from having adequate access to health care and health institutions. This critical essay analyzes the importance of expanding the debate, and the production of knowledge about the health of the black population (HBP), focusing on two points: the role of the National Policy for the Integral Health of the Black Population (PNSIPN) and the importance of including the skin color item in the health information systems; and the need for a process of permanent training of professionals, including contents related to the understanding of racism as an element of the social determination of health/disease and their effects. To demonstrate how structural and institutional racism have affected the black population, we bring also examples of the quilombola populations in the context of the Covid-19 pandemic in the country since 2020. It is concluded that the promotion of care, the reduction of inequities and the quality of health care need to undergo changes in several dimensions, such as the strengthening of the SUS, the daily fight against structural and institutional racism, among others.

Key words Health of the black population, Institutional racism, Public health policies, Quilombola communities, COVID-19

Resumo O racismo institucional impera nos serviços de saúde no Brasil, fundados em relações concretas de poder que subjugam, dominam e excluem negros/as do adequado acesso aos serviços e instituições de saúde. Este ensaio crítico analisa a importância da ampliação do debate e da produção do conhecimento sobre a saúde da população negra (SPN), focando dois pontos: o papel da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a importância da inserção do quesito cor nos sistemas de informação em saúde; e a necessidade de um processo de formação permanente dos/as profissionais, inserindo conteúdos relacionados à compreensão do racismo como um dos elementos de determinação social de saúde/doença e seus efeitos. Para demonstrar como o racismo estrutural e institucional tem afetado a população negra, trazemos também exemplos das populações quilombolas no contexto da pandemia de COVID-19 no país a partir de 2020. Conclui-se que a promoção do cuidado, a redução das iniquidades e a qualidade da atenção à saúde precisam passar por mudanças em várias dimensões, como o fortalecimento do SUS e o combate cotidiano ao racismo estrutural e institucional.

Palavras-chave Saúde da população negra, Racismo institucional, Políticas públicas de saúde, Comunidades quilombolas, COVID-19

Introdução

Este artigo, em caráter de ensaio crítico, objetiva discutir a importância da ampliação do debate e da produção do conhecimento sobre a garantia da saúde da população negra (SPN) e as formas de enfrentamento ao racismo no Brasil, considerando a perspectiva da interseccionalidade. Para tanto, questionamos: o campo da saúde coletiva está atento a esta questão como elemento prioritário da sua produção de conhecimento e ações de ensino?

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todas as pessoas, devendo o Estado executar políticas públicas e assegurar o acesso universal aos programas de atenção à saúde¹. O Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, busca concretizar esse direito por meio de ações de promoção, proteção e recuperação dos sujeitos, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção.

No Brasil, a construção do direito à saúde e a criação do SUS estiveram cercados por disputas políticas de projetos societários². Como esse embate na prática ainda permanece, o SUS não tem conseguido garantir o atendimento às necessidades de saúde e adoecimento da população, sobretudo da população negra e das comunidades tradicionais, como os povos originários e quilombolas.

Desde 2017, as distintas crises econômicas e o direcionamento político dado pela gestão federal demonstram um grande retrocesso em relação às políticas sociais, principalmente de saúde, assistência e previdência social, que compõem a Seguridade Social brasileira. Tais políticas têm sofrido sobremaneira com as medidas econômicas neoliberais e os seguidos ajustes fiscais, e a outorga da Emenda Constitucional nº 95/2016 tem acarretado um processo contínuo de redução do orçamento para o financiamento das ações e programas de atenção à saúde³. Esse *continuum* de desequilíbrio socioeconômico e a desigualdade racial evidenciados advêm de elementos históricos e, sobretudo, étnico-raciais que marcam profundamente a nação brasileira, acarretando desvantagens e privilégios de maneira distinta entre os grupos racializados⁴.

Ao fazermos parte de uma sociedade estruturalmente racista, as instituições de saúde também são configuradas por meio dessa mesma estrutura, expressando distinções na atenção à saúde, iniquidades de acesso aos serviços, diferenças no cuidado às doenças prevalentes em pessoas negras – anemia falciforme, diabetes *mellitus* e hi-

pertensão arterial –, insuficiência de divulgação de dados oficiais e carência de pesquisas sobre a SPN em periódicos científicos de impacto, entre outros^{5,6}.

A perspectiva da determinação social da saúde (DSS) auxilia na compreensão de que as iniquidades em saúde estão intrinsecamente relacionadas às desigualdades políticas, econômicas, sociais, culturais e raciais, uma vez que tais dimensões impactam tanto nas formas de nascer, viver, trabalhar, envelhecer, adoecer e morrer quanto nas condições de acesso aos serviços de atenção à saúde⁷. Nesse sentido, marcadores como classe social, gênero e raça/etnia influenciam no acesso das pessoas e de grupos a bens e oportunidades na sociedade brasileira.

Isso evidencia que o racismo faz parte da determinação social da saúde, afetando a população negra em todas as etapas da vida^{6,8}. Na análise das inter-relações entre determinação social dos marcadores de raça/cor classe e gênero, o conceito de interseccionalidade é fundamental, pois tem o potencial de enriquecer a pesquisa em saúde da população por trazer uma maior validade e atenção à heterogeneidade de efeitos quanto aos processos causais que produzem as desigualdades e iniquidades⁹, haja vista os fatores biológicos utilizados para explicar as diferenças no estado de saúde das pessoas em geral não elucidarem em sua totalidade as diferenças na forma como as doenças afetam os sujeitos. Desse modo, uma análise interseccional demarca que fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos, e portanto coletivos, são essenciais para identificar que alguns indivíduos e/ou grupos estão submetidos a um maior risco de adoecimento e de morte.

Ao utilizarmos a análise interseccional para demonstrar a dimensão racial das desigualdades em saúde, é possível observar discrepâncias na diferença de perfil entre raça/cor e gênero para diversos desfechos do processo saúde-doença-morte, como as mortalidades materna^{10,11}, por crimes violentos letais e intencionais para homens negros (CVLIs)¹², infantil¹³, por violência doméstica e feminicídio contra mulheres negras¹⁴, por COVID-19⁸, por morbidades para transtornos comportamentais de risco¹⁵, por causas mal definidas e causas externas¹⁶, por qualidade e expectativa de vida¹⁷, por diagnóstico tardio de neoplasias malignas¹⁸, além de indicadores de higiene bucal e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa¹⁹.

Considerando essa conjuntura, é preciso que a interseccionalidade entre distintos marcadores

biopsicossociais seja considerada nas pesquisas científicas, nos projetos de extensão, na formação dos/as profissionais e na organização das instituições de saúde, bem como na elaboração e implementação das políticas públicas, nas ações em saúde e no financiamento.

Por isso, constitui um desafio e papel essencial da saúde coletiva identificar as relações existentes no processo de determinação social da saúde – de naturezas social, econômica, política, cultural e ambiental, e as interseções entre estas – que impactam diretamente na SPN. Isso revela que a relação de determinação não é uma simples equação direta de causa e efeito e que o racismo é uma das bases das desigualdades sociais no Brasil.

A partir do exposto, focalizamos dois pontos analíticos: i) o papel da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a importância da inserção do quesito cor nos sistemas de informação em saúde; e ii) a necessidade de uma formação permanente e continuada dos/as profissionais de saúde, para que sejam capacitados/as a compreender o racismo como um dos elementos de determinação social de saúde e suas interseções e seus efeitos na população negra. Para demonstrar na prática como o racismo estrutural, em seu desdobramento institucional, tem afetado essa população, trazemos como exemplo o caso das populações quilombolas e o contexto da pandemia de COVID-19 a partir do ano 2020.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a importância do quesito cor

Ainda que a legislação não faça distinção entre a população brasileira para acesso aos serviços de atenção à saúde, por ter como princípio a universalidade, o racismo estrutural historicamente compromete o princípio da equidade em saúde, que busca corrigir desigualdades injustas e provocadas. No Brasil, a garantia legal ao acesso universal e equitativo às ações e aos serviços de saúde não tem sido integralmente assegurado às populações negra, quilombola e indígena, já que elas estão particularmente submetidas às iniquidades sociais e raciais em saúde^{3,8,20}.

Considerando a diversidade da população brasileira e a importância de incluir as necessidades específicas desses segmentos populacionais historicamente excluídos, bem como garantir a equidade no SUS a partir da luta e mobilização dos movimentos sociais, o Estado elaborou algumas políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,

a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

A aprovação, em 2009, da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, instituiu a PNSIPN²¹, que está amparada justamente no reconhecimento por parte do Estado brasileiro da presença do racismo institucional no serviço de saúde e na importância de criar estratégias para o enfrentamento ao racismo, buscando corrigir iniquidades em saúde e garantir a universalidade do acesso aos serviços para a população negra.

A PNSIPN tem importância histórica, sendo um instrumento que permite a inserção da temática racial na implementação das políticas de saúde, reconhecendo o racismo como parte da determinação do processo saúde-doença, traçando um compromisso do Estado em enfrentar as desigualdades raciais tanto no âmbito da gestão e organização dos serviços quanto das práticas de atenção à saúde. A política reconhece o racismo institucional como elemento ordenador das iniquidades em saúde e a necessidade de acesso adequado de negros/as aos serviços de saúde²¹.

No entanto, estudos apontam que a PNSIPN não tem sido devidamente implementada devido a fatores como: a falta de conhecimento dos/as profissionais de saúde sobre ela; o não reconhecimento da importância de ações afirmativas no SUS²²; a reduzida adesão dos municípios à política²³; o pouco reconhecimento acerca do racismo institucional pelos/as profissionais e gestores/as²⁴; e a falta de indicadores desagregados por raça/cor para monitoramento e avaliação das ações^{20,25}. Nesse sentido, a necessidade da inserção do quesito cor nos sistemas de monitoramento é uma questão fundamental ao se discutir o racismo institucional na área de saúde. Diversos estudos têm evidenciado a importância da variável cor nos formulários de atendimento nos serviços do SUS e nos sistemas de informação. De acordo com Batista, Monteiro e Medeiros, “A informação qualificada do quesito cor nos sistemas de informação do SUS possibilitaria o monitoramento e o acompanhamento da PNSIPN” (2013, p. 687)²⁰. Assim, a ausência do recorte racial nos instrumentos de coletas de dados e nos sistemas de informação impede que sejam identificados os agravos à saúde e as necessidades específicas da população negra, bem como o monitoramento do SUS a partir da dimensão racial, ação fundamental para visibilizar as desigualdades raciais e para melhorar os serviços ofertados no sistema de saúde.

Apesar da insuficiência da inserção do quesito cor, os reduzidos sistemas que permitem a desagregação da variável mostram que a dimensão racial influencia sobremaneira nas situações de saúde, doença e morte da população brasileira e na diferenciação dela no acesso aos serviços de saúde. Ao se analisar o contexto da pandemia de COVID-19, por exemplo, alguns estudos apontam que a ausência de notificação dessa variável, assim como a insuficiência do preenchimento do quesito nos sistemas de informação, têm acarretado subnotificação e subregistro, impedindo a mensuração das iniquidades raciais em saúde na pandemia^{26,27}.

Portanto, aprimorar os dados e fornecer maior transparência aos sistemas de informação, além de reduzir os subregistros, possibilitará uma análise realista da dimensão racial das informações em saúde e cruzamentos de dados a partir da perspectiva interseccional. A geração de indicadores desagregados por raça/cor, sexo, classe, e entre outros marcadores sociais, constitui uma estratégia fundamental para garantir o monitoramento e a avaliação das políticas sociais e o enfrentamento às desigualdades e ao racismo institucional⁶.

A produção de conhecimento sobre a saúde da população negra e a formação continuada dos/as profissionais de saúde

A gestão pública tem o papel de construir ações e serviços que fortaleçam o SUS e que desenvolvam uma política de educação permanente que prepare os/as profissionais para atuarem no reconhecimento do racismo e na transformação dos processos de trabalho, de forma a melhorar a atenção à saúde e a equidade, considerando a diversidade e as necessidades específicas de saúde da população brasileira.

O campo da saúde, a rigor, tem uma perspectiva formativa tecnicista e biologicista, caracterizado pela centralidade na doença e não no sujeito e sua interação social. Trata-se de um modelo pedagógico fragmentado, expositivo e centrado na figura do/a professor/a, deixando de lado competências e habilidades necessárias que garantam um processo de humanização do cuidado.

Para dar conta do racismo interpessoal, para além do racismo institucional, que permeia a prática dos/as profissionais e instituições de saúde, é preciso alinhar a PNSIPN à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), já que ambas pressupõem uma revisão histórica

do processo de idealização da chamada democracia racial^{28,29}.

Uma pesquisa sobre as representações das políticas voltadas ao enfrentamento das discriminações raciais no setor saúde, de metodologia qualitativa, realizada com trabalhadores/as que atuam nesse campo em 76 unidades do sistema público do município de Camaçari, na Bahia, revelou a existência do não reconhecimento da PNSIPN pela maioria dos/as participantes. Os resultados apontam para a idealização construída de que políticas para populações específicas promovem racismo e discriminações, e que a própria Política Nacional de Humanização (PNH) seria suficiente para garantir a igualdade racial, sem a necessidade de “rotular políticas”^{30,31}.

Todavia, cabe salientar que a PNH não traz em teu texto uma discussão contumaz do impacto do racismo na vida da população negra e de possíveis formas de enfrentamento deste nos serviços de saúde. Apenas nas Diretrizes gerais, no item 5, assinala que a implementação nos diferentes níveis de atenção deve sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos, o que não é suficiente para alcançar toda a problemática que envolve os impactos do racismo estrutural na sociedade brasileira.

A pesquisa ainda reflete a respeito do preenchimento do quesito cor nos sistemas de informação. Para a maioria dos/as profissionais que participaram da pesquisa, a cor do usuário do serviço não deveria ser perguntada, porque implicaria diferenciar as pessoas, promover racismo, ser mal interpretado/a, atrasar o serviço, ou ainda por não fazer parte de suas atribuições. É evidente a necessidade de uma formação permanente e continuada deste/as trabalhadores/as que discuta os processos históricos de formação da sociedade brasileira, tendo o racismo estrutural como elemento fundante das desigualdades socioeconômicas e dos processos de determinação social e das iniquidades em saúde³¹.

Outro estudo feito em instituições públicas de ensino superior (IES) de quatro estados brasileiros analisou os projetos político-pedagógicos (PPP) dos cursos de graduação em saúde e áreas afins. O resultado mostrou que a inclusão da temática étnico-racial nos componentes curriculares é incipiente ou inexistente, mesmo naqueles cursos que tiveram seus projetos atualizados após o ano de 2009, quando a PNSIPN entrou em vigor. A saúde da população negra tem ocupado espaço secundário na formação, apresentando-se

quase sempre como disciplina eletiva ou como um subtema de algum componente curricular³².

Percebe-se assim que a formação na área da saúde e afins ofertada pelas IES não tem contribuído efetivamente para a redução das iniquidades raciais em saúde ou para o atendimento dialógico e humanizado, que consiga estabelecer o cuidado integral e a atenção adequados para a população negra, assim como não tem contribuído para a implementação da PNSIPN³³.

Além de um (re)ordenamento legal e estrutural que a PNSIPN demanda às instituições de saúde, prioriza também a formação permanente e continuada dos/as profissionais. A temática racismo e SPN deve figurar nos projetos pedagógicos dos cursos de formação dos/as trabalhadores/as da saúde, visando incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico, bem como desenvolver processos de informação, comunicação e educação em saúde, fortalecendo a identidade e cultura da população negra e colaborando para a redução da vulnerabilização social²¹. Dessa forma, as IES, por meio dos PPPs dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde e áreas afins, devem se adaptar às demandas apresentadas na PNSIPN, ampliando a discussão sobre as iniquidades em saúde que afetam diretamente a condição de vida de negros/as.

Quando se concebe a conjunção entre a PNEPS e a PNSIPN enquanto instrumento pedagógico, evidencia-se que o processo formativo ampliado, interdisciplinar e humanizador para atender às necessidades de saúde específicas vivenciadas pela população negra daria conta de focalizar as dimensões que priorizam modificar as percepções estigmatizantes sobre tais políticas, as representações sociais racistas e fortalecer a atenção integral e o cuidado de maneira equânime²⁸.

Por isso, desde 2001, quando foi lançado o documento *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade* – elaborado no Seminário Intergeracional Saúde da População Negra, realizado em Brasília e debatido na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003 –, deliberou-se que as ações pedagógicas pertinentes à questão étnico-racial para a formação de profissionais de saúde devem priorizar quatro eixos de trabalho^{31,34}. Esses eixos formam o “quadrilátero da educação permanente em saúde” e perpassam os seguintes elementos: gestão; participação e controle social; ensino e aprendizagem; e educação em serviço/atenção em saúde³⁵.

Porém, não se pode deixar de registrar os avanços que as lutas dos movimentos sociais têm obtido, como as políticas de ações afirmativas de

reservas de vagas e de permanência implementadas nas IES e em outras instituições públicas. A criação do Grupo Temático (GT) Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) também traz para a arena política e científica a importância do estudo, do debate e da análise das condições de saúde da população negra a partir do impacto provocado pelo racismo cotidiano³⁶, institucional, estrutural e interpessoal⁴⁶, racismo ambiental³⁷ e recreativo³⁸, isso para citar apenas algumas de suas variações. Mais recentemente, há que se celebrar a implantação do primeiro Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que tem por perspectiva formar, capacitar e ampliar a existência de pesquisadores/as no âmbito da pós-graduação, especialistas em inter-relações entre o campo da saúde, políticas públicas, saúde da população negra e indígena, bem como da produção do conhecimento neste campo do saber.

Portanto, o racismo institucional, operado nas esferas educacional e de saúde, funciona como um instrumento em que o Estado consolida o projeto de supremacia de um determinado grupo racial que subjuga outros. Essa é uma das faces da política de morte, ou o *necropoder*³⁹, que impede o estabelecimento de um cuidado específico, de uma atenção integral e de um atendimento humanizado a quem não é vislumbrado como sujeito e cidadão/ã, acarretando processos de adoecimentos, agravos e mortes dos povos negros e indígenas brasileiros.

Populações quilombolas em tempos de COVID-19: o racismo estrutural como parte da determinação social da doença

No contexto da saúde pública, embora as disparidades étnico-raciais sejam conhecidas há décadas, elas se agudizaram durante a pandemia de COVID-19 e têm afetado de forma especialmente grave as populações mais vulnerabilizadas, como os grupos indígenas e quilombolas^{27,40}. Ao final do primeiro semestre de 2020, o Brasil se tornou o segundo país em número de casos de COVID-19 no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, e em março de 2022, ultrapassou a marca de 600 mil óbitos em decorrência da doença.

Proporcionalmente, os negros e indígenas são os grupos mais afetados no Brasil pela pandemia^{8,40,41}. No caso das comunidades negras rurais, destaca-se ao menos 5.972 localidades quilombolas, mas apenas 709 foram oficialmente

reconhecidas. Na região Norte são identificadas 873, sendo 516 só no estado do Pará, uma das maiores concentrações do país. Mas não se sabe exatamente quantas comunidades quilombolas existem, pois elas seriam, pela primeira vez, incluídas no Censo de 2020, que teve sua realização transferida para 2022 em virtude da pandemia.

O Pará foi um dos estados mais atingidos pela pandemia. O número de casos nas comunidades quilombolas, populações ribeirinhas e indígenas cresceu rapidamente, sobretudo em 2021⁴¹. As grandes distâncias, dificuldades de acesso, a crônica falta de infraestrutura de saúde nos quilombos e nas prefeituras menores⁴² e a ausência de políticas de Estado para as populações rurais brasileiras são elementos que contribuíram para o agravamento da situação vivenciada por essas populações durante a pandemia. Foi apenas após intensa mobilização da sociedade civil organizada, principalmente por meio da proposição da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 742, em agosto de 2020, que os quilombolas começaram a ter mais visibilidade e suas demandas por proteção e vacinação prioritárias começaram a ser pensadas^{40,43}.

O Pará é um exemplo emblemático da situação nacional das populações negras rurais durante a pandemia, pois é o estado que tem o maior número de áreas quilombolas oficialmente tituladas, abrangendo mais de 6 mil famílias em 64 municípios, e concentra um terço das mortes de quilombolas do país pelo SARS-CoV-2. Até a primeira quinzena de outubro de 2021, de acordo com a Coordenação Estadual das Associações das Comunidades Remanescentes de Quilombos do Pará (Malungu) e o Núcleo Sacaca da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), que têm monitorado as comunidades via contatos pessoais com os líderes locais, já havia 2.633 casos confirmados de COVID-19 e 97 óbitos nas diversas regiões do estado.

Embora tenha sido uma demanda da ADPF nº 742, acatada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), e tenha ocorrido até um planejamento por parte do Ministério da Saúde, jamais houve testagem adequada ou suficiente para essa população. Portanto, o número de casos, e potencialmente de mortes, não notificados em todo o Brasil é incalculável. Estimativas feitas por Orellana *et al.*⁴⁴ em diversas capitais indicam que há elevada subnotificação do número de casos e mortes por COVID-19 na população brasileira em geral. Como o registro sobre comunidades tradicionais, incluindo quilombolas e indígenas, nos sistemas de saúde só foi implantado com a Nota

Técnica CGIAE/DASNT/SVS/MS nº 215, em 2021, é impossível saber exatamente quantos foram as vítimas da pandemia entre as populações tradicionais.

No Brasil, segundo dados do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), de acordo com informações disponíveis nas bases de dados do Ministério da Saúde (MS), 54,8% das pessoas negras internadas com COVID-19 morreram, enquanto a taxa de letalidade entre as pessoas brancas no mesmo período foi de 37,9%⁴⁵. Em São Paulo, por exemplo, a população negra urbana apresentou 60% mais chance de morrer por COVID-19 do que a população branca²⁰.

A subnotificação do quesito cor e comunidade tradicional nos sistemas oficiais, associado aos repetidos “apagões” de dados ocorridos no Ministério da Saúde (segundo as fontes oficiais, causados por *hackers*) fez com que muitos quilombolas pelo Brasil não tivessem registro de óbito por COVID-19 e nem de vacinação.

De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Rurais Quilombolas (CONAQ), em dados atualizados em 12 de janeiro de 2022, eram 5.666 casos confirmados e 301 óbitos entre quilombolas no Brasil. A CONAQ e o Instituto Sócio-Ambiental também apontam que, até junho de 2020, a taxa de letalidade estimada entre os quilombolas era de 11,62. Entretanto, no Pará a mortalidade estimada em quilombolas nesse mesmo período era de 153/100.000 habitantes, três vezes a do estado (56/100.000) e quase cinco vezes a do Brasil (28/100.000)⁴⁶. A maioria dos/as quilombolas infectados/as e mortos foram os/as idosos/as, que representam a memória social e a história das comunidades. Os dados mostram o impacto causado pela falta de formas adequadas de enfrentamento à pandemia entre tais grupos mais vulnerabilizados^{8,42}.

Diferentemente das comunidades indígenas, para as quais existe uma legislação própria de apoio e financiamento (ainda que precariamente implementados) por meio do subsistema de saúde indígena, no caso dos grupos quilombolas não há qualquer previsão dentro do Estado de regulamentação ou orçamento para suas demandas, o que torna ainda mais difícil a mobilização de recursos para atender às necessidades em tempos emergenciais, daí a importância da ADPF nº 742⁴³.

Como alternativa à ausência de políticas públicas adequadas, a maioria das comunidades tradicionais rurais optou pelo autoisolamento, mon-

tando barreiras sanitárias com voluntários/as, buscando manter desconhecidos/as fora de seu território e seguindo normas de quarentena para quem tinha que sair para buscar alimentos, medicamentos ou levar parentes para os hospitais⁴⁰.

A falta de serviços de saúde nos territórios, a exemplo do acompanhamento médico regular e dispensação de medicações, já acentuava a fragilidade das pessoas, particularmente daquelas dos grupos de risco para agravo pelo SARS-CoV-2. Ao ter que buscar serviços de saúde nas áreas urbanas, os quilombolas tiveram as chances de morrer por COVID-19 aumentadas. As barreiras sanitárias também enfrentaram resistência jurídica, já que muitas áreas não estão oficialmente demarcadas, e durante a pandemia têm sido registrados casos de invasão e aumento dos conflitos em algumas áreas que desejam manter seu isolamento e sua autonomia⁴².

A base de subsistência das comunidades quilombolas é sobretudo a agricultura, o extrativismo e a pesca. Sem poder sair para vender seus produtos, muitas comunidades sofreram também com o aumento da insegurança alimentar e nutricional e tiveram que pedir apoio de ONGs, associações quilombolas, pesquisadores/as, ativistas e estudantes na capital para a aquisição de cestas básicas e *kits* de higiene para distribuição entre as famílias necessitadas⁴⁷. Em virtude da negligência de iniciativas oficiais, restou às associações locais e organizações nacionais articularem a maior parte das ações e mobilizações voltadas para as populações negras rurais, executando muitas vezes papel próprio do Estado.

De Norte a Sul do país, os afrodescendentes apresentam rica história de lutas pela preservação do meio ambiente, por sua cultura, bem como vastos conhecimentos tradicionais. Porém, historicamente sofrem o peso do racismo estrutural⁴. Vivenciam um contexto de vulnerabilização que agrava a situação dos quilombolas diante de novas intercorrências, como é o caso da COVID-19, caracterizando um quadro de sindemia, do qual esses grupos levarão décadas para se recuperar.

O Plano Nacional de Igualdade Racial, o Estatuto da Igualdade Racial⁴⁸, a PNSIPN²¹, entre outros, reconhecem que o racismo institucional existe, tem graves impactos na vida e na saúde das pessoas e precisa ser superado com urgência no país. Infelizmente, para a maioria das comunidades negras rurais, essas políticas representam apenas a letra morta da lei, uma vez que praticamente não aparecem nos PPPs de formação dos/as profissionais de saúde, não sendo em sua grande maioria implementadas pelos municípios ou

estados e sendo praticamente ignoradas pelos/as gestores/as, que consideram que “todos são tratados iguais” sob sua jurisdição, mesmo diante de uma visível e profunda desigualdade em saúde.

Considerações finais

Face ao exposto, torna-se evidente que o modelo normativo estruturante da sociedade brasileira naturaliza as desigualdades raciais e promove sua invisibilização ao centralizar o debate da classe social ao discutir desigualdades sociais. Não podemos deixar de citar que há um processo de desumanização da população negra que antecede as práticas discriminatórias, constituindo, portanto, os estereótipos estigmatizados que fundamentam o preconceito racial. Por esse motivo, em resposta à questão inicial, afirmamos que o olhar científico e os processos pedagógicos de formação da saúde coletiva devem contemplar a interseccionalidade, sobretudo as dimensões de raça, classe e gênero. Estes devem ter como base a criticidade política, fundada na igualdade analítica, haja vista a matriz de opressão transformar as identidades políticas em identidades subalternizadas.

Os estereótipos racistas constituídos em torno das populações negras e indígenas, desde o processo de colonização, são instrumentos simbólicos que permitem a execução material do poder, que historicamente tem subjugado os corpos negros e indígenas por meio do racismo científico. Nesse contexto, a função do racismo institucional seria regular, ordenar, controlar, coagir e restringir a circulação da população negra e indígena na sociedade, um instrumento do biopoder.

Assim, vislumbramos que a manifestação do racismo institucional na saúde se processa principalmente por meio da não implementação, do desconhecimento e ainda da negação da importância da PNSIPN; na falta de capacitação e formação adequadas dos/das trabalhadores/as da saúde; pela ausência de indicadores sociais nos sistemas de informação e/ou negligência no preenchimento do quesito cor nos formulários; pela não promoção adequada do serviço especializado, profissional ou técnico; pela invisibilidade das doenças prevalentes na população negra; pelo não reconhecimento da existência das práticas racistas e pelo subfinanciamento para os setores de saúde e educação.

Além da diferença de morbidade e mortalidade entre brancos/as e negros/as, a forma como quilombolas e indígenas foram tratados durante o período de maior agravo de infecções e óbitos

por COVID-19 evidenciou a engrenagem sistêmica do racismo estrutural, alinhado à política privatista de cunho neoliberal, fortalecida pelas fragilidades institucionais, que acarretam relações desiguais de acesso à saúde, aumento da

mortalidade, bem como a construção de barreiras ao controle social, e mostrou ainda os (des) caminhos enfrentados pela sociedade na busca da eliminação do racismo e da garantia de saúde para a população negra.

Colaboradores

DA Santos: concepção e delineamento do artigo, redação e revisão crítica de todas as versões. LL Pereira: redação, padronização e revisão crítica de todas as versões. HP Silva, APN Nunes e JO Soares: redação e da revisão crítica.

Referências

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, organizador. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; 2009.
3. Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC). *Brasil com baixa imunidade: balanço do orçamento geral da União 2019*. Brasília: INESC; 2020.
4. Almeida SL. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento; 2018.
5. Barbosa RRS, Silva CSS, Sousa AAP. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. *Rev Katálysis* 2021; 24(2):353-363.
6. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016; 25(3):535-549.
7. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: *Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
8. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *População negra e COVID-19*. Rio de Janeiro: ABRASCO, Grupo Temático Racismo e Saúde; 2021.
9. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med* 2014; 110:10-17.
10. Cerqueira D, Lima SB, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. *Atlas da violência 2017*. Rio de Janeiro: IPEA, FBSP; 2017. [acessado 2022 abr 30]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30411
11. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2012; 12(1):27-35.
12. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):71-80.
13. Picoli RP, Cazola LH, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017; 17(4):729-737.
14. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021*. Fundação Ford; 2021.
15. Garcia GAF, Silva EKP, Giatti L, Barreto SM. A interação entre raça/cor e gênero, tabagismo e consumo excessivo de álcool: uma análise transversal da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00224220.
16. Araújo EM, Costa MC, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):405-412.
17. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Cruz DS et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21:e180004.
18. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamenta-Teixeira MT. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cad Saude Publica* 2018; 34(9):e00211717.
19. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Junior GA, Peres MA. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cienc Saude Colet* 2016; 21(2):389-398.
20. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saude Debate* 2013; 37(99):681-690.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: MS; 2007.
22. Trad LAB. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. Petrópolis: De Petrus et Alii Editora; 2012. p. 172-92.
23. Matos CC, Tourinho FS. Saúde da população negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Ver Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-12.
24. Tavares NO, Oliveira LV, Lages SRC. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saude Debate* 2013; 37(99):580-587.
25. Souza IM. *Evolução e qualidade do registro da raça/cor da pele nos sistemas de informação em saúde e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* [tese]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2020.
26. Araújo EM, Caldwell KL, Santos MPA, Souza IM, Santa Rosa PLF, Santos ABS, Batista LE. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saude Debate* 2020; 44(Esp. 4):191-205.
27. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, Araújo EM. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Av* 2020; 34(99):225-244.
28. Santos DA, De Paulo CAS. Da insuficiência ao excesso: o racismo institucional e os desafios para a formação em saúde. In: Scudder POX, González JM, Ávila CFD, organizadores. *Racismo ambiental, ecologia, educação e interculturalidade*. Campo Grande: Life Editora; 2019. p. 117-144.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS; 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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*. Brasília: MS; 2004.
31. Gomes C. Olhares dos trabalhadores da saúde sobre a discriminação: o racismo e as políticas afirmativas. In: Gomes C, organizador. *Discriminação e racismo nas Américas: um problema de justiça, equidade e direitos humanos*. Curitiba: CRV; 2016. p. 59-98.

32. Araújo EM, Tolentino NA, Silva ACA. Saúde da população negra: Política Nacional de Saúde: avaliações e reflexões sobre suas diretrizes. In: Kominek AMV, Vernali AC, organizadores. *Roteiro temáticos da diáspora: caminhos para o enfrentamento ao racismo no Brasil*. Porto Alegre: Fi; 2018. p. 243-64.
33. Monteiro RB, Santos MPA, Araújo EM. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200697.
34. Monteiro MCS. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na Educação Permanente em Saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. Brasília: ABPN; 2012, p. 146-159.
35. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41- 65.
36. Kilomba G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
37. Borges ACS. A natureza que rege: “homem pantaneiro”, racismo ambiental e políticas de exclusão social In: Scudder POX, González JM, Ávila CFD, organizadores. *Racismo ambiental, ecologia, educação e interculturalidade*. Campo Grande: Life Editora; 2019. p. 31-60.
38. Moreira A. *Racismo recreativo*. São Paulo: Jandaíra; 2019.
39. Mbembe A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. São Paulo: n-1 edições; 2018.
40. Souza R, Silva HP, Varga IVD, Moura RF, Araújo EM. Desafios para a saúde da População negra e indígena em tempos de pandemia: como e por que “esperançar”. In: Stefano D, Mendonça ML, organizadores. *Direitos humanos no Brasil 2021: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Outras Expressões; 2020, p. 217-226.
41. Arruti JM, Pereira A, Sartori J, Sousa CJ, Gusmão HNB et. al. O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas [Internet]. [acessado 2022 abr 29]. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf>
42. Carvalho LG, Nascimento RMC, Nascimento VB, organizadores. *Vulnerabilidade histórica e futura das comunidades quilombolas do Pará em tempo de pandemia*. Belém: NUMA/UFPA; 2021. p. 49-74. [acessado 2022 abr 29]. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf>
43. Dias VF, Sena D, Costa S, Gonçalves Gabriele, Martins PSF. Pandemia e direitos socioambientais nos territórios quilombolas do Pará. In: Carvalho LG, Nascimento RMC, Nascimento VB, organizadores. *Vulnerabilidade histórica e futura das comunidades quilombolas do Pará em tempo de pandemia*. Belém: NUMA/UFPA; 2021. p. 209-234. [acessado 2022 abr 29]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RjrQ8fvsCgjCtwurl-jK5nmgySgoN23y/view>.
44. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Moreira RI, Leite IC, Horta BL. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(1):e00259120.
45. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Negros são os que mais morrem por COVID-19 e os que menos recebem vacinas no Brasil. [acessado 2022 abr 30]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>
46. Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos, Instituto Socioambiental. [acessado 2022 abr 30]. Disponível em: <https://www.quilombosemcovid19.org/>
47. Silva HP, Samento MP, Borges AS, Araújo RSM, Cardoso ALM. Barreiras sanitárias e estratégias de mobilização nas comunidades quilombolas paraenses contra a Covid-19. In: Carvalho LG, Nascimento RMC, Nascimento VB, organizadores. *Vulnerabilidade histórica e futura das comunidades quilombolas do Pará em tempo de pandemia*. Belém: NUMA/UFPA; 2021. p. 49-74. [acessado 2022 abr 29]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RjrQ8fvsCgjCtwurl-jK5nmgySgoN23y/view>
48. Brasil. Câmara dos Deputados. Estatuto da Igualdade Racial: Lei no. 12.288, de 20 de julho de 2010. Brasília: Câmara dos Deputados; 2010.

Artigo apresentado em 26/05/2022

Aprovado em 27/05/2022

Versão final apresentada em 29/05/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva