

Vulnerabilidades da saúde da população negra

Michely Ribeiro da Silva

“Eu sou a bisneta das índias que vocês não mataram”

- frase do cartaz de uma criança durante a Marcha das Mulheres Negras de São Paulo, 2017

É importante localizar a fala de quem vocaliza, e nesse caso é uma jovem mulher negra, que tem suas experiências forjadas no seio dos movimentos sociais, especificamente no movimento de mulheres negras, sendo fruto de políticas públicas, principalmente das ações afirmativas.

Posto isso, a compreensão sobre a construção de diálogos em torno das vulnerabilidades da saúde das populações negra e indígena, versam sobre uma agenda comum entre ambas populações, salvaguardadas as devidas especificidades, em função de processos similares sofridos ao longo de suas trajetórias, reverberando nas vulnerabilidades para a saúde da população negra, na qual manterei foco nesse momento.

O início de todo diálogo para compreender as relações raciais no Brasil, assim como a situação na qual diferentes populações negras se encontram, deve estar amparado no contexto histórico que amplia olhares para o entendimento dos indicadores que apresentam indivíduos negros como principais vítimas das violências e mortalidade. Por essa razão, é preciso lembrar a história do Brasil não para mencionar o que foi passado, mas para compreender a situação em que o país se encontra atualmente, e como ela se constituiu.

A população brasileira foi constituída pelo genocídio de diversos povos indígenas por meio da colonização europeia, e escravização de negros trazidos forçados do continente africano. Tal história estrutura a instalação de privilégios, mediadas pelo estado colonial, apresentando, desde aquele momento, marcas políticas e culturais que orientam a dinâmica social das relações raciais no Brasil.

Essa historicidade produz entendimento de diferentes espaços sociais para os grupos populacionais, tendo reflexo direto nos indicadores sociais, sobrerrepresentando negros e indígenas nos piores indicadores de escolaridade, piores postos de trabalho e menor acesso a bens e serviços sociais. Sendo assim, as diferenças entre tais populações configuram-se como desigualdades que levam à miséria material, ao isolamento espacial e social, e a restrições à participação política. A este processo, denominado racismo, enraizado na cultura, nas relações sociais e nos comportamentos da sociedade brasileira, tem seus reflexos também no Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde.

Compreendendo o racismo enquanto um fenômeno ideológico (WERNECK, 2005¹), um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde, compreende-se que a desigualdade racial estrutura a desigualdade social brasileira. Sendo assim aponta barreiras para a participação igualitária de negras e negros nos mais variados campos da vida social, ocasionando desigualdades e discriminações que

¹ WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 315-386.

prejudicam não apenas as populações negras, mas a sociedade como um todo². É preciso localizar que ainda que o racismo seja executado por indivíduos, ele também se manifesta institucionalmente, através do *racismo institucional*³ compreendido como “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica”, e se manifesta “por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceito ou de estereótipo racistas” (CRI, 2006, p. 22⁴). Exemplo disso é a Doença Falciforme. Descoberta a 114 anos, em 1904 nos EUA, ainda hoje pessoas com essa doença recebem medicamentos inadequados para seu tratamento. É preciso frisar que a doença falciforme é a doença hereditária mais comum no Brasil, acometendo principalmente pessoas negras, ou seja, os profissionais de saúde formados por instituições de ensino, assim como o SUS, não conseguiram formar, e cobrar, desses profissionais conhecimentos adequados para atender integralmente pessoas negras.

Só é possível saber dessas informações, porque desde o primeiro Censo Demográfico no Brasil em 1872, a classificação por raças é vigente. Naquele momento ela estava estruturada em quatro opções de resposta: branco, preto, pardo e caboclo. O quesito, que atualmente é chamado de raça/cor, desde 1991 utiliza nas pesquisas sobre a população brasileira cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena, sendo que as pessoas autodeclaradas pretas e pardas, são as que compõem a população negra. Sendo assim a população negra no Brasil corresponde a 54,9% da população total (IBGE, 2016⁵), correspondendo a 80% da população brasileira que depende integralmente do SUS.

Para compreender um pouco melhor esse cenário, as informações da Síntese dos Indicadores Sociais – Uma Análise das condições de vida da população brasileira de 2016, pesquisa realizada pelo IBGE, aponta que entre os 1% mais ricos do país, negras e negros representam 17,8%, já entre os 10% mais pobres 3 em cada 4 pessoas são negras, representando 75% dessa população. A justificativa dada para isso é de que normalmente ganha mais quem tem mais anos de estudo. A mesma pesquisa aponta para a educação que até os 14 anos de idade as taxas de presença na escola não varia muito entre negros e não negros. No entanto é no Ensino Médio que a diferença se acentua: entre os negros apenas 55% se encontra estudando, enquanto entre os brancos esse percentual é de 70,7%. A evasão escolar se dá principalmente pela necessidade de contribuir com a renda familiar. Referente ao Ensino Superior a pesquisa apresenta que entre 1995 e 2015 o percentual de negras e negros nas universidades aumentou 4 vezes, indo de 3,3% em 1995 para 12% em 2015. Para acadêmicos brancos esse dado dobrou indo de 12,5% para 25,9% respectivamente. Mesmo ampliando 4 vezes mais a proporção de estudantes negros nas universidades, a população negra ficou abaixo do percentual de brancos no Ensino Superior em 1995. Ao investigar esse impacto na saúde, o cenário é de 38,7% das casas chefiadas por negras e negros não dispõem de saneamento básico (água potável, coleta de lixo e tratamento de esgoto) ao passo que nas casas pessoas brancas esse percentual é de 22,3%.

² Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p. 07: il.

³ **Racismo Institucional:** o racismo institucional ou estrutural é definido como qualquer forma de racismo que ocorrem especificamente dentro de instituições como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Esta prática inclui atitudes sociais específicas inerentes à ação preconceituosa racialmente, a discriminação, os estereótipos, a omissão, o desrespeito, a desconfiança, a desvalorização e a desumanização. Práticas que consolidam o racismo institucional e também se alimentam ou se reverterem em racismo individual, consequentemente afetando espaços sociais coletivos como instâncias governamentais.

⁴ CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

⁵ IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-pnad-c-moradores.html>>. Acesso em 27/08/2018.

Quando feita a avaliação do atendimento no Sistema Único de Saúde, entre as pessoas negras 37,8% avaliaram o atendimento recebido como ruim ou péssimo, e entre os brancos esse dado foi de 29,7%.

Outros dados de saúde apresenta cenários semelhantes: nas internações por transtornos mentais e comportamentais em decorrência do uso de álcool predominaram pessoas brancas com 44%, seguidas pelas pardas 26%. Porém quando há comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por esses transtornos, identifica-se iniquidade de acesso ao atendimento hospitalar, visto que taxa de internação de 2,52 e de mortalidade 2,69 para brancos, e 3,5 e 9,79 respectivamente para negros (BRASIL, 2016⁶). Os dados do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) no período entre 2006 e 2016, evidenciam taxa de homicídio para a população negra de 40,2%, sendo de 16% para o restante da população, mostrando que 71,5% das pessoas que são assassinadas a cada ano no país são pretas ou pardas. (CERQUEIRA, 2018, p.4⁷). No mesmo período, a taxa entre pessoas não negras teve redução de 6,8%. É importante evidenciar que a taxa de homicídios de mulheres negras foi 71% superior à de mulheres não negras (p. 40). Isso demonstra as iniquidades em saúde que “referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992⁸). Para enfrentar as iniquidades em saúde é preciso investigar a razão dos altos índices de mortalidade, ou de morbidade para as populações negras e atuar diretamente sobre essas causas.

É preciso compreender o sujeito na sua integralidade. Se para indivíduos negros as interações perpassam pelo racismo, então o racismo é um determinante das condições de saúde dessas pessoas. Sendo assim se uma pessoa negra leva mais tempo no transporte para chegar a unidade básica de saúde do que a pessoa não negra, esse fator (moradia) terá impacto na maneira como essa pessoa se relaciona com o equipamento de saúde. Pensar as pessoas em sua integralidade significa compreender que a alimentação, saneamento básico, segurança, educação, as relações raciais, cultura, religiosidade, acesso aos bens e serviços sociais, orientação sexual, meio ambiente, acesso a trabalho e renda; todos esses conjuntamente influenciarão na maneira com a qual esse indivíduo irá se relacionar com a Saúde.

Todo o contexto foi apresentado inicialmente para que se pudesse compreender como as condições de vulnerabilidades impactam para as populações negras. Nesse sentido é importante elucidar conforme Ayres⁹ (2003) apresenta que a vulnerabilidade encontra 3 dimensões: 1) Social - ligada às condições dos indivíduos de acessarem informações, os serviços e equipamentos de saúde, dinâmicas de gênero, condições de moradia, nível de escolarização. Todos os dados sociais apresentados tem impacto; 2) Programática - vinculada aos investimentos em ações e programas de informação e educação, serviços sociais, projetos que buscam elevar o patamar de saúde de pessoas e grupos. Pensar na dispensação de insumos ou medicamentos, ou ainda o georeferenciamento na quantidade e qualidade dos equipamentos públicos de saúde nas regiões com maior concentração de negras e negros; e 3) Individual -

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

⁷ CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2017. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública: Rio de Janeiro, 2017, p.40. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 27/08/2018.

⁸ DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2)). Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em: 27/08/2018.

⁹ AYRES, JCRM; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI FILHO, HS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. São Paulo, 2003. (mimeo).

ligada fatores de risco comportamentais, socioeconômicos, ou outros de uma pessoa específica, por exemplo para pensar em genética.

Com foco para a redução dessas vulnerabilidades, sobretudo as dimensões sociais e programática, é preciso que o racismo seja reconhecido como estruturante da sociedade, e que os profissionais de saúde sejam capacitados e alertados sobre suas responsabilidades na promoção de saúde ou na produção de iniquidades. É fundamental mais investimento em pesquisas que investiguem a situação da saúde pelo viés da perspectiva racial, através da coleta do quesito raça/cor, e que os dados sejam desagregados para análise e utilizados nos processos de tomada de decisões. Faz-se ainda necessário ampliar a participação de pessoas negras nos espaços de tomada de decisão, assim como consolidar as políticas instituídas (políticas afirmativas), que sofrem sérias ameaças. E também imprescindível reconhecer que Ciência não se faz apenas nas instituições de ensino superior, e que há excelência nos conhecimentos e saberes populares. Necessitamos urgentemente, para a redução das vulnerabilidades para as populações negras, que os múltiplos conhecimentos trabalhem articuladamente, respeitando os saberes tradicionais, para a consolidação da Vida longa, com saúde e sem racismo.