

População Negra e Covid-19



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Associação Brasileira de Saúde Coletiva
A849p População Negra e Covid-19 / Associação Brasileira de Saúde Coletiva
(ABRASCO); Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO.
– Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021.

43 p.

ISBN: 978-65-991956-7-9

DOI: 10.52582/PopulacaoNegraeCovid19

1. Saúde da população negra. 2. Racismo e saúde 3. Discriminação racial em
saúde. 4. COVID-19. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). 6. Política de saúde. I.
Título. II. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

CDD 362.8496981

Elaborada pela bibliotecária Danielle Torres de Souza Alves – CRB-7/6415

População Negra e Covid-19





Diretoria atual da Abrasco

Presidente: Rosana Teresa Onocko Campos

Vice-presidentes: Bernadete Perez Coelho, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Deisson Viana Dantas dos Santos, Diana Anunciação Santos, Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino, Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr, Marília Cristina Prado Louvisson, Reinaldo Felipe Nery Guimarães, Reni Barsaglini e Romulo Paes de Sousa.

Conselho Deliberativo: Anacláudia Gastal Fassa, Ana Paula Nogueira Nunes, Antonio Fernando Boing, Carlos Machado de Freitas, Fernando José Herkrath, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Lília Blima Schraiber, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Paulo Henrique Almeida Rodrigues, Pedro José Santos Carneiro Cruz e Tatiana Engel Gerhardt.

Coordenação atual do GT Racismo e Saúde/Abrasco

Ana Paula Nogueira Nunes, Diana Anunciação Santos, Jaqueline Oliveira Soares, Hilton P. Silva e Lucélia Pereira.

Equipe Abrasco:

Secretaria Executiva: Thiago Barreto e Dayana Rosa

Relacionamento com Associados: Nayara Alves e Isabella Mendes

Assessoria de Comunicação: Bruno Cesar Dias (Coordenador), Hara Flaeschen, Pedro Martins (até janeiro de 2021) e Letícia Maçulo (a partir de fevereiro de 2021)

Setor Financeiro: Cátia Pinheiro e Dayane Souza

Setor Administrativo: Fernanda Sousa, Jorge Luiz Lucas e Roberta Nascimento

Equipe de produção do E-book População Negra e Covid-19:

Coordenação: Edna Araújo e Luis Eduardo Batista

Organização do conteúdo: Adriana Proença

Coordenação Editorial: Bruno C. Dias

Diagramação: Gilson Rabelo

Fotógrafos: Júlio Cesar Almeida e André dos Santos

Apresentação

Marcadores sociais como raça, gênero, território e situação econômica têm impacto direto nos indicadores de infecções, mortes e na vacinação da Covid-19. Com intuito de obter respostas e propor alternativas para o combate mais efetivo da pandemia, levando em consideração os fatores adversos, pesquisadores do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, têm trabalhado com esta temática.

A produção de conhecimento somado à articulação com instituições estratégicas têm contribuído efetivamente para a elaboração de evidências fundamentais para a execução e monitoramento de políticas públicas de saúde, neste caso, voltadas para a população negra.

Respondendo à necessidade de mudanças mais efetivas nas políticas públicas para mitigar o efeito da pandemia na população negra, em meados de 2020, o GT Racismo e Saúde da Abrasco recebeu apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para a produção de análises sobre o impacto da Pandemia Covid-19 na população negra.

Verificou-se que problemas estruturais da sociedade brasileira, como o racismo, a exclusão e falta de acesso aos serviços básicos projetam a população negra para o topo dos piores índices da pandemia no que tange ao número de vacinados e infectados, e, conseqüentemente, no total de óbitos.

Este livro reúne 13 artigos com as análises feitas pelos integrantes do GT Racismo e Saúde da Abrasco sob a perspectiva racial, publicados na imprensa entre junho de 2020 e setembro de 2021.



Agradecimentos

Esta publicação é resultado dos esforços feitos pelo GT Racismo e Saúde da Abrasco, em um projeto apoiado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), agência de desenvolvimento internacional das Nações Unidas/ONU, a qual dedicamos nossos agradecimentos.

Estendemos-os à Profa. Dra. Gulnar Azevedo, presidente da Abrasco de 2018–2021 e a atual dirigente Profa. Dra. Rosana Onocko Campos. Aos coordenadores do GT Racismo e Saúde (Gestão 2018/2021), Edna Maria de Araújo e Luís Eduardo Batista e à secretaria-executiva composta por Thiago Barreto e Dayana Rosa.

Aos pesquisadores e integrantes e ex-integrantes do GT Racismo e Saúde da Abrasco: Alexandre da Silva; Ana Paula Nogueira Nunes, Beatriz Carlos Correa Dulianel, Clarice Mota, Cláudia Oliveira, Daphne Rattner, Diana Anunciação Santos, Dora Chor, Elaine Soares, Emanuelle Goes, Emiliano de Camargo David, Etna Kaliane Pereira da Silva, Fernanda Lopes, Fernanda Souza de Bairros, Hilton Pereira da Silva, Ionara Magalhães de Souza, István Varga, Jaqueline Oliveira Soares, João Luis Dornelles Bastos, Joilda Nery, Jorge Luis Riscado (*in Memoriam*), José Carlos da Silva, Késia Paz, Leny Trad, Lucélia Pereira, Marcia Pereira Alves dos Santos, Maria Edna Bezerra da Silva, Maria do Carmo Monteiro, Maria Inez Montagner, Mona Gizelle Dreger Nery, Natalia Sevilha Stofel, Olinda do Carmo Luiz, Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, Raquel Souza, Regina Fernandes Flauzino, Reni Barsaglini, Rita de Cassia Vasconcelos, Rosa Cordeiro, Rosana Batista Monteiro, Roudom Ferreira Moura, Suzana Kalckmann e Valéria da Rocha Pedro.



Sumário

Por que a COVID-19 é mais mortal para a população negra?	08
A situação dos quilombos do Brasil e o enfrentamento à pandemia da Covid-19	11
A saúde mental da população negra importa! Por que ainda precisamos afirmar?	14
Pandemia tem cor, renda e gênero	17
A vacina como vetor de aumento das iniquidades étnico-raciais	19
População idosa negra e covid-19: por que invisibilizar e negar direitos?	24
Como cumprir o Plano de Vacinação entre as comunidades quilombolas?	27
Os negros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização	29
Pandemia escancara violência contra população negra	32
133 anos após a Abolição, negros ainda lutam por direitos	34
Doença Falciforme e Covid-19: negligências históricas e novas ameaças à vida	37
A invisibilidade do racismo nos dados da Covid-19	39
Negligência na coleta de dados de raça/cor potencializa ainda mais a vulnerabilidade da população negra	42



POR QUE A COVID-19 É MAIS MORTAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA?

Por Edna Maria de Araujo e Kia Lilly Caldwell



+ Foto: Júlio César Almeida

Por que a COVID-19 é mais mortal para a população negra?

O Brasil e os Estados Unidos têm muito em comum quando se trata do coronavírus. Ambos estão entre os países mais atingidos do mundo, onde centenas morrem diariamente. O poder público máximo dos dois países possui opiniões semelhantes sobre a forma de lidar com a pandemia e têm sido criticados por isso. E em ambos os países o vírus está afetando desproporcionalmente os negros, resultado do racismo estrutural que remonta à escravidão.

Desigualdades raciais

O Brasil moderno nunca legalizou a discriminação racial como as leis Jim Crow nos Estados Unidos, mas as desigualdades raciais estão profundamente arraigadas. Apesar do persistente mito do Brasil como uma integrada "democracia racial", a discriminação no mercado de trabalho caracterizada por menores salários para brasileiros pretos e pardos mesmo quando eles têm a mesma formação educacional de brasileiros brancos, assim como a segregação residencial, que determina que as pessoas negras, em sua maioria, residam nas periferias ou em favelas por conta da sua classe social, limitam as oportunidades para esta população.

Esses e outros fatores se traduzem em menor expectativa de vida, educação e condições de vida para a população negra. Os brasileiros negros vivem, em média, 73 anos – três anos a menos que os brasileiros brancos, de acordo com a Pesquisa Nacional de Domicílios de 2017. Os EUA têm uma diferença de expectativa de vida entre as raças, bem similar.

Como os dados no Brasil não são coletados sistematicamente por raça/cor ou etnia, nem mesmo em nível da Atenção Básica à Saúde que possibilita a resolução de grande parte das necessidades de saúde da população brasileira, os impactos do racismo na saúde podem ser difíceis de ser mensurados.

O governo federal do Brasil não exigiu a coleta de dados raciais para os casos de COVID-19 até a segunda semana de abril, e somente o fez após pressão de movimentos negros, entidades de classe e associação científica. Todavia, os dados que têm sido divulgados não têm qualidade que permita a realização de análises robustas que desvelem as iniquidades raciais em saúde.

Independentemente disso, em abril o Ministério da Saúde já havia apontado altas taxas de mortalidade por COVID-19 entre os negros, uma categoria que inclui pessoas que se identificam como "pretas" e "pardas" no censo demográfico. As autoridades do município de São Paulo também anunciaram que as taxas de mortalidade entre os pacientes com COVID-19 eram mais altas entre os negros. Dados coletados no mês de maio por pesquisadores independentes para mais de 5.500 municípios mostram que 55% dos pacientes negros, hospitalizados com COVID-19 em estado grave, morreram em comparação com 34% dos pacientes brancos.

“Por mais de uma década, ativistas negras (os) e pesquisadores em saúde pública vêm apontando que o racismo institucional cria piores resultados para a saúde da população negra brasileira”

Racismo e Saúde

Por mais de uma década, ativistas negras (os) e pesquisadores em saúde pública vêm apontando que o racismo institucional cria piores resultados para a saúde da população negra brasileira. A população negra experimenta taxas mais altas de doenças crônicas como diabetes, pressão alta, problemas respiratórios e renais devido à insegurança alimentar, acesso inadequado a medicamentos e prescrições.

O próprio racismo também causa um forte impacto físico sobre os negros. Estudos nos Estados Unidos demonstram que as experiências diárias de racismo e discriminação podem levar a índices perigosamente altos de hormônios do estresse e diminuir a capacidade do corpo de combater doenças, e consequentemente, a infecção pelo coronavírus.

Ao contrário dos EUA, o Brasil possui assistência médica gratuita e universal através do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, infelizmente, a precarização e subfinanciamento desse sistema tem colocado em risco principalmente as populações vulnerabilizadas que mais utilizam o SUS. Atualmente, os leitos de terapia intensiva para atender os casos de coronavírus são escassos nos hospitais públicos de várias cidades. Isto é especialmente prejudicial para os pacientes negros com COVID-19, já que estes dependem mais do sistema público de saúde do que os brasileiros brancos, que geralmente têm seguro de saúde privado por meio de seus empregos.

Pobreza e exposição

A desigualdade econômica extrema é outro fator crítico que interfere na saúde geral da população negra. Com os 10% da população mais rica do Brasil concentrando 55% do total da renda do país, o Brasil fica atrás apenas do Catar na desigualdade de renda, de acordo com um relatório de 2019 das Nações Unidas.

A diferença salarial racial no Brasil realmente supera a diferença salarial de gênero: as mulheres brancas ganham 74% a mais do que os homens negros.

De um modo geral, quanto maior o salário oferecido por uma empresa, menor a probabilidade de uma pessoa negra conseguir esse emprego. Muitos negros trabalham nos setores informais e de serviços, vendedores ambulantes ou faxineiros. Outros são trabalhadores independentes ou desempregados.

Durante uma pandemia, essa insegurança econômica diminui drasticamente a capacidade dos negros se distanciar socialmente e os torna altamente dependentes de permanecer em

seus empregos, apesar da ameaça à saúde. Empregadas domésticas, por exemplo – a maioria delas são mulheres negras – estão se mostrando um grupo de alto risco. Aliás, uma trabalhadora doméstica estava entre as primeiras mortes de COVID-19 no Brasil.

Os riscos nos locais de moradia

O surto de coronavírus no Brasil se originou em bairros ricos cujos moradores haviam viajado para a Europa, mas a doença agora está se espalhando mais rapidamente para bairros pobres das periferias urbanas, densos e há muito negligenciados pelo Estado.

Pouco mais de 12 milhões de brasileiros, a maioria negros, vivem em assentamentos urbanos anormais, das favelas do Rio de Janeiro às "periferias" de São Paulo. Essas áreas têm acesso inadequado à água e ao saneamento, dificultando o cumprimento das recomendações básicas de higiene, como lavar as mãos com sabão.

Portanto, embora o impacto desigual da COVID-19 na população negra não tenha sido inevitável, ele não é surpreendente. O racismo que permeia quase todas as facetas da sociedade brasileira aumenta a exposição das pessoas negras ao vírus – depois reduz sua capacidade de obter atendimento de qualidade para mitigar os efeitos das formas graves da doença e até mesmo evitar a morte.

***Edna Maria de Araujo** é membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e docente permanente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).*

***Kia Lilly Caldwell** é professora do Departamento de Estudos Africanos, Afro-Americanos e Diáspora da Universidade da Carolina do Norte-EUA (UNC).*



A SITUAÇÃO DOS QUILOMBOS DO BRASIL E O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Por Hilton P. Silva e Givânia M. Silva



Foto: André dos Santos

Publicado no site Abrasco, em 22 de setembro de 2020

A situação dos quilombos do Brasil e o enfrentamento à pandemia da Covid-19

O Brasil é o segundo país em total de casos diagnosticados e mortes por Covid-19 no mundo. Análises de instituições independentes mostram que a população negra é a mais afetada em relação tanto ao número de infectados quanto de mortos, embora o Estado insista em dificultar a divulgação dos dados desagregados por raça/cor. A situação de vulnerabilidade histórica a que estão submetidas as populações quilombolas pelo país, faz com que estas sejam especialmente atingidas pelos efeitos da pandemia.

Diante do descaso governamental, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) vem organizando a luta por garantia dos direitos constitucionais para esta população, denunciando a falta de Planos de Contingência de Estados e municípios, ajudando com campanhas de arrecadação e distribuição de alimentos e kits de higiene, e fazendo o levantamento do impacto da Covid-19 nas comunidades. O racismo estrutural tem levado grande parte do patrimônio e memórias negras através das mortes dos idosos, já totalizando mais de 155 pessoas. A maior concentração de casos é na Região Norte, escancarando as desigualdades regionais e étnico-raciais no país.

Em particular no Pará, em que as comunidades quilombolas são as mais numerosas na Amazônia, há uma grande dificuldade de acesso a serviços de saúde, principalmente devido às distâncias a serem percorridas, e há também uma crônica falta de infraestrutura sanitária, de saúde e educação nos quilombos, configurando a ausência de políticas de Estado para esses grupos. Somente nas áreas quilombolas tituladas do Pará vivem mais de seis mil famílias, em 64 municípios. A maioria dos territórios quilombolas no Brasil ainda não foram titulados.

Até a primeira semana de agosto, de acordo com a Coordenação Estadual das Associações das Comunidades Remanescentes de Quilombos (Malungu) e o Núcleo Sacaca da UFOPA, que monitoram a situação via contatos pessoais com os líderes locais, já haviam no estado 1707 casos confirmados e 43 óbitos, ou seja, um terço das mortes do país entre as comunidades negras rurais. Como não há testagem adequada ou sistema de registro oficial, os casos e mortes quilombolas não notificados são de difícil contabilização.

Como resposta à pandemia, em todo o país, as comunidades têm optado pelo autoisolamento e tem adotado barreiras sanitárias autônomas. As pessoas que precisam buscar alimentos, medicamentos ou levar parentes aos hospitais são orientadas a seguir as orientações sanitárias da OMS. No entanto, a situação tem se agravado uma vez que a Atenção Primária sempre foi precária, havendo mínima cobertura da ESF Quilombola e sendo esporádica a presença de médicos na maioria das comunidades, onde há muitas pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e doença falciforme, que precisam de acompanhamento regular. Essas pessoas estão no grupo de risco para COVID-19, o que aumenta sua chance de morrer ao ter que buscar serviços de saúde nas áreas urbanas.

“As populações quilombolas, em geral, dependem da agricultura para sobreviver. Sem poder sair para vender seus produtos, têm sofrido também com a insegurança alimentar, já que grande parte não conseguiu o auxílio emergencial do governo federal”

As populações quilombolas, em geral, dependem da agricultura para sobreviver. Sem poder sair para vender seus produtos, têm sofrido também com a insegurança alimentar, já que grande parte não conseguiu o auxílio emergencial do governo federal. Em muitas áreas não há eletricidade, acesso a internet e as pessoas não têm telefone, CPF e/ou são analfabetas e por isso não conseguem fazer o cadastro para acessar os benefícios governamentais. Outras, quando conseguem, não podem se deslocar até a cidade para buscar os recursos por falta de transporte, de dinheiro ou medo de contágio, o que as impede de acessar também toda a rede de proteção social, inclusive para denúncias de violência doméstica e abusos sexuais.

De norte a sul do país, os afrodescendentes apresentam rica história de lutas pela preservação dos recursos naturais e vastos conhecimentos tradicionais. Porém, sofrem historicamente com elevadas taxas de doenças, ausência de saneamento ambiental e infraestrutura, vivem em moradias precárias, onde qualquer tipo de isolamento social intrafamiliar é impossível, há grande dependência de programas de transferência de renda e acesso limitado a Atenção Primária regular e outros serviços de saúde. Como agravante, uma pesquisa recente da ABRASCO mostrou redução da ação dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios durante a pandemia, sendo que estes são a única fonte de serviços de saúde para muitos quilombos.

As comunidades quilombolas, que cotidianamente vivenciam a ausência do Estado, têm recorrido às suas tradições culturais, religiosidade, conhecimentos etnobiológicos, auto-organização e solidariedade mútua para suportar o racismo estatal e mais essa doença. Na Década dos Afrodescendentes da ONU (2015–2024), cabe destacar que, mais de 132 anos após a abolição da escravatura, as populações quilombolas continuam a clamar por justiça.

Hilton P. Silva é docente da UFPA (Universidade Federal do Pará), membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e do GTI em Defesa das Garantias e dos Direitos dos Povos Quilombolas e Contra o Racismo da Defensoria Pública do Estado do Pará.

Givânia M. Silva é mestra em Políticas Públicas e Gestão da Educação, doutoranda em Sociologia da Universidade de Brasília, professora substituta da FUP/UnB, Membro da CONAQ.



A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA IMPORTA! POR QUE AINDA PRECISAMOS AFIRMAR?

Por Emiliano de Camargo David



+ Foto: Júlio César Almeida

A saúde mental da população negra importa! Por que ainda precisamos afirmar?

Dados do Ministério da Saúde mostram maior número de suicídio entre adolescentes negros e mais mortes por consumo abusivo de álcool entre pessoas negras.

Aproximadamente 1 bilhão de pessoas foram diagnosticadas e convivem com algum transtorno mental no mundo. Três milhões de pessoas têm como causa morte o uso abusivo de álcool e a cada 40 segundos alguma pessoa é vítima de suicídio. Segundo a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), no Brasil o campo da saúde mental é o mais desinvestido no âmbito da saúde pública.

Essa realidade, quando analisada à luz do marcador social raça/cor, revela que a saúde mental da população negra é pauta de primeira ordem. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2012, na comparação das taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) devido ao uso de álcool, o percentual de pretos é de 5,93 e o de pardos 3,89, enquanto, o percentual de brancos é de 2,69 e o de amarelos, 0,86. Quando o tema é a taxa de mortalidade por suicídio em jovens, a situação se agrava: em 2016, a cada 10 suicídios em adolescentes, 6 ocorreram entre negros.

“Historicamente, a população negra foi vitimada pela lógica eugenista e manicomial.”

Historicamente, a população negra foi vitimada pela lógica eugenista e manicomial. A primeira delas tentou justificar, ancorada em pseudociência, a inferioridade de negros e negras; a segunda, por sua vez, promoveu não apenas a manicomialização deles em hospitais psiquiátricos (grande parte destes sem demandas e/ou diagnósticos que justificassem algum tratamento), mas, acima de tudo, a vinculação da população negra e seus costumes à loucura e periculosidade.

Em resposta a esse contexto racista, realizou-se entre agosto e setembro a campanha: Saúde Mental da População Negra Importa!, promovida pela Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) – ANPSINEP. A campanha ganhou as redes sociais e contou com o apoio de 260 instituições, entre elas universidades públicas e privadas; entidades de distintos movimentos sociais; programas de pós-graduados; conselhos de classe; sindicatos; serviços de saúde pública; organizações culturais e religiosas; coletivos independentes, entre outras. Durante os 30 dias, em meio à pandemia do novo coronavírus, seminários, debates e manifestos ganharam a cena virtual, chamando a atenção para uma temática pouco debatida dentro e fora do campo da saúde.

À vista disso, focalizar a saúde mental, em meio à pandemia no país com a maior quantidade de pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas fora do continente africano, exige a compreensão do que o psiquiatra Frantz Fanon apontou e o filósofo Achille Mbembe assevera: a colonialidade propõe uma dinâmica psicológica de morte em vida, na qual a vida estaria submetida ao poder da morte.

Essa dinâmica genocida está em curso no Brasil virulento, pois a população negra, além de sofrer com os maiores índices de morte por covid-19, é o grupo racial com maior exposição às formas de contágio, devido ao acesso precário a saneamento básico; trabalhadores(as) uberizados, moradias precárias, dificultadores de distanciamento social, entre outros. Tudo isso tem interferência direta na saúde mental

dessa população, provocando medo, ansiedade, desânimo, exigindo processos de luto, entre outros efeitos/demandas psicossociais.

A intersecção de raça, gênero e classe colabora com essa realidade, mas, não podemos deixar de apontar o racismo estrutural como pedra angular dessa lógica. Nessa esteira, compreendemos que a discussão de saúde mental da população negra deve acontecer no âmbito da atenção psicossocial, pois, apenas assim, compreenderemos os fenômenos apontados acima no bojo dos Determinantes Sociais de Saúde, o que permite a criação e fortalecimento de políticas públicas de saúde/saúde mental que interfiram nessa dinâmica racista de manicomialização e morte.

Para que possamos alcançar equidade racial no cuidado em saúde mental, é necessário o fortalecimento das bandeiras do movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Afinal, a covid-19 escancara a necessidade de estratégias em saúde/saúde mental que visem à redução de danos como abordagem e estratégia de cuidado clínico, bem como, a importância do cuidado em liberdade. Para isso, os ensinamentos afro diaspóricos necessitam de maior espaço neste campo de luta e cuidado. Sendo assim, ainda continuaremos a exclamar: a saúde mental da população negra importa!

Emiliano de Camargo David é membro do GT Racismo e saúde da Abrasco e professor do Instituto SEDES Sapientiae.





PANDEMIA TEM COR, RENDA E GÊNERO

Por Lucélia Luiz Pereira

IMAGINE
A DOR
ADIVINHE
A COR

+ Foto: Júlio César Almeida

Publicado no portal O Globo, em 20 de novembro de 2020

Pandemia tem cor, renda e gênero

As desigualdades sociais e raciais do Brasil estão assentadas numa matriz de opressão interseccional colonial, patriarcal e classista. Com mais de 162 mil mortes decorrentes da pandemia da Covid-19, o país enfrenta uma crise sanitária, política e econômica que incide com maior força na população preta, pobre e de mulheres. A formulação e a implementação de políticas públicas de enfrentamento das desigualdades, particularmente num contexto pandêmico, exigem que se considerem os marcadores sociais de diferença de raça, classe e gênero.

A intensificação e expansão da pobreza e das desigualdades provocadas pela Covid-19 requer uma presença maior do Estado na execução de políticas públicas que assegurem proteção social às pessoas em maior vulnerabilidade. Segundo dados do Banco Mundial, como consequência da pandemia, o número de pessoas que compõem a faixa da pobreza no país pode ampliar de 8,4 a 11 milhões até o fim de 2020, o que equivaleria a 33% da população vivendo com menos da metade do salário mínimo por mês. Esses números têm cor, sexo e localidade. Em 2019, de acordo com o IBGE, 75% de pessoas extremamente pobres eram pretas ou pardas.

Para uma resposta a esse agravamento, é necessária a centralidade das políticas de saúde e de assistência social, com base nos Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No entanto, a proteção social prevista na Constituição encontra-se em risco ao considerarmos os retrocessos vividos com o acirramento do conservadorismo e a intensificação do projeto neoliberal e colonial de redução do Estado. Reformas de cunho regressivo como a Emenda Constitucional 95, o desinvestimento nas políticas sociais, a flexibilização da legislação trabalhista e a contrarreforma previdenciária completam esse cenário de ameaças a direitos

historicamente conquistados e escancaram o caráter racista, misógino e classista do governo federal.

É crucial que o SUS seja entendido como um sistema prioritário. O Estado deve viabilizar aporte de recursos suficientes para garantir acesso universal aos serviços de atenção à saúde. Uma estratégia importante seria priorizar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A Política de Assistência Social, com a implementação do SUAS, precisa ampliar serviços e benefícios socioassistenciais para assegurar proteção, renda e segurança alimentar.

A adoção de políticas públicas de garantia de renda é uma obrigação constitucional. O governo federal adotou o auxílio emergencial, estabelecido pela Lei nº 13.982/2020, no intento de atenuar impactos socioeconômicos devido às medidas de isolamento para contenção da pandemia. Contudo, além do valor reduzido, os critérios estabelecidos têm se constituído verdadeiros obstáculos para o acesso das populações mais vulneráveis.

O SUS e SUAS devem ser fortalecidos garantindo dotação orçamentária para ampliação do valor e prazo de concessão do auxílio emergencial e expansão dos créditos adicionais ao SUS para promover proteção social e enfrentar as consequências da Covid-19 no cenário pós-pandemia.

Lucélia Luiz Pereira é membro do GT *Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)* e professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB)



A VACINA COMO VETOR DE AUMENTO DAS INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS

Por Hilton P. Silva



Foto: Júlio César Almeida

Publicado no portal Nexa Jornal, em 14 de dezembro de 2020

A vacina como vetor de aumento das iniquidades étnico-raciais

No dia 8 de dezembro de 2020, uma inglesa de 90 anos tomou a primeira dose da vacina contra a covid-19 oficialmente aprovada por um governo para uso público. O Reino Unido, por meio do respeitado e bem financiado NHS (Serviço Nacional de Saúde) – o equivalente ao SUS de lá –, irá disponibilizar as duas doses gratuitamente para toda a população do país, deixando claro que é possível aprender lições e melhorar as ações governamentais durante a pandemia.

Alguns países, como o Canadá, já compraram até cinco vezes mais vacinas que o seu tamanho populacional. Outros já entraram ativamente no mercado para abastecer sua população, como a Alemanha, a Itália, a França, o México e o Chile. Há ainda os que não têm dinheiro para comprar qualquer vacina, como é o caso de algumas repúblicas africanas, que dependerão de apoio internacional e da OMS (Organização Mundial de Saúde) para a cobertura de sua população.

No Brasil, somente no dia 12 de dezembro o Ministério da Saúde publicou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19. Porém, apesar de o texto indicar que o governo garantiu 300 milhões de doses de vacinas, permanecem muitas incertezas, informações desencontradas, disputas sobre o que é responsabilidade de cada ente federado, como as vacinas serão adquiridas, quando estarão disponíveis e quais serão usadas entre as opções despontando no cenário mundial. São mais de 150 atualmente em desenvolvimento no mundo.

Mas, apesar da lentidão governamental, que tem sido frequente no manejo da covid-19 e foi

considerada pela Academia Nacional de Medicina como “falta de decoro sanitário e enorme leviandade”, segundo nota publicada no dia 11 de dezembro, mais cedo ou mais tarde pelo menos alguma das cinco vacinas em teste no país será aprovada pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para distribuição nacional. E aí um novo desafio se descortinará: quem terá acesso a ela?

Uma das que estão em estágio mais avançado de produção e distribuição, a da americana Pfizer, feita em parceria com o laboratório alemão BioNTech, precisa de refrigeração a -70°C para se manter estável. É ela que está sendo utilizada no Reino Unido, que planejou cuidadosamente toda a logística de sua distribuição, com o rigor adequado de temperatura e aplicação pelo país. Ela também foi aprovada nos EUA, Canadá, México, Bahrein e Arábia Saudita. Embora envolva considerável dificuldade de armazenamento, é uma das que têm sido cogitadas para adoção pelas autoridades brasileiras. Outras são a da empresa inglesa AstraZeneca, desenvolvida em parceria com a universidade de Oxford, e a produzida pela aliança internacional Covax Facility.

Alguns estados, como São Paulo, Bahia e Pará, têm buscado outras vacinas de forma independente. No caso do Sudeste, o acordo é com a chinesa Sinovac, para aquisição de uma vacina que vem sendo desenvolvida em parceria com o Instituto Butantan. O imunizante, segundo o órgão estadual, já está em processo de produção. O estado do Nordeste está em uma parceria com o Instituto Gamelaia, da Rússia, para o uso da vacina Sputnik V, que, segundo fontes oficiais, já está sendo utilizada em larga escala naquele país. No Pará, o governo estadual assinou contratos de intenção de compra com o Butantan e o consórcio Covax.

No mesmo dia em que se iniciou a vacinação no Reino Unido, uma reunião em Brasília entre o ministro da saúde e os governadores para discutir um plano nacional de imunização terminou sem qualquer acordo ou projeto

consolidado, mas talvez tenha ajudado a pressionar o ministério a finalizar seu plano de vacinação. Diante de tal cenário, como garantir que as vacinas chegarão às populações mais necessitadas quando temos um governo negacionista e que descarta exatamente dos mais carentes, especialmente quando se trata das populações indígenas e quilombolas?

Já se sabe que na vigência da pandemia negros e indígenas têm morrido mais que outros grupos. Eles não têm recebido a atenção que lhes é legalmente prevista. Neste ano, diversas organizações da sociedade civil, representantes dos indígenas e dos quilombolas e alguns partidos políticos precisaram se juntar para demonstrar judicialmente ao Supremo Tribunal Federal, por meio de duas ações¹, que o governo federal tem falhado e se omitido no combate à doença nas aldeias e nos quilombos. Eles solicitaram à corte que obrigasse o Executivo a cumprir seus mandatos constitucionais no que tange à saúde desses grupos.

As populações quilombolas, descendentes dos escravizados que fugiam da servidão e da violência, têm sido historicamente discriminadas e sofrem com o peso do racismo estrutural, institucional e ambiental vigentes no Brasil. O resultado de tal processo é refletido em piores condições de saúde, saneamento, educação e infraestrutura presentes nas mais de 5.500 comunidades autodeclaradas espalhadas pelo território nacional. No caso da covid-19, a mortalidade entre os quilombolas pode ser até quatro vezes maior que na população em geral. Foram cerca de 200 mortes até o início de dezembro, segundo dados coletados pela Conaq (Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas), que é a principal articuladora da ADPF 742 no Supremo.

Estão sendo particularmente afetadas as populações da região Norte, que conta com as maiores distâncias e dificuldades de acesso a serviços de saúde. Não se sabe ao certo quais as taxas de infecção nesses grupos, pois não

houve até agora uma ação governamental para o mapeamento da situação epidemiológica das comunidades negras rurais. Estados e municípios também desenvolveram ações mínimas e localizadas de promoção da saúde e prevenção da covid-19 nessas comunidades.. Mas é no Norte que se concentra a maior mortalidade de quilombolas e indígenas.

Os planos de vacinação desenvolvidos pelo mundo até agora, inclusive o do governo federal, têm estabelecido quais grupos são prioritários para receber qualquer vacina disponibilizada. Eles incluem os mais idosos e seus cuidadores, os profissionais de saúde, as forças de segurança e de emergência e as pessoas com comorbidades, que estão entre os consensualmente considerados para receber as primeiras doses adquiridas. Em seguida, em tese, viriam outros grupos mais suscetíveis, mas quem eles são exatamente ainda é motivo de debate.

No Brasil, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) propôs que os grupos indígenas e quilombolas, a população em situação de rua, os encarcerados, os servidores do serviço prisional, os servidores da educação e os mais pobres sejam priorizados nos planos de vacinação. Outras organizações concordam com a priorização desses grupos. Algumas dessas propostas já foram acatadas pelo Plano Estadual de Imunização de São Paulo e estão em discussão em diversos outros estados. Mas, a nível nacional, não há ainda indicação clara de quando será iniciada a campanha, ou o caminho que o governo federal, formalmente responsável pela aquisição e distribuição das vacinas e dos insumos para sua aplicação em todo o país, irá tomar.

Segundo a manifestação da Academia Nacional de Medicina, "estamos muito atrasados e precisamos construir estratégia sólida que permita, já no início de 2021, a realização segura da vacinação em massa da população". Embora o Brasil tenha um dos melhores e mais antigos programas nacionais de imunizações do mundo, com amplo sucesso em garantir a chegada

de vacinas a todos os rincões, as populações quilombolas, que sempre sofreram com a falta de serviços e infraestrutura de saúde, têm menor acesso à vacinação em geral e a outras estratégias preventivas, e maiores taxas de doenças agudas e crônicas que outros grupos – com exceção dos indígenas –, o que as coloca em maior risco de mortalidade por Covid-19.

Grande parte dessa situação se deve ao não cumprimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e ao racismo estrutural. Considerando a situação atual, quando já se contam mais de 180 mil mortos no país, há um novo aumento de infecções, com cerca de 40 mil novos casos diários, e continua-se com baixa testagem em todas as regiões, é fundamental que as comunidades quilombolas sejam incluídas entre os grupos prioritários para vacinação. Não se trata aqui de fazer apologia ao sofrimento, mas de reconhecer que, em uma sociedade tão desigual, é obrigação dos governos se posicionar na defesa da vida dos grupos historicamente negligenciados.

Para garantir que essa prioridade seja efetivada, é necessário não apenas haver a disponibilidade de vacina em quantidade suficiente para atender à demanda das prioridades e do conjunto da população, mas que as condições para a realização das imunizações sejam adequadas, tanto do ponto de vista de logística para fazê-las chegar aos quilombos como para evitar que uma eventual campanha se transforme em vetor da doença para dentro das comunidades.

Ao longo do ano, algumas ações emergenciais promovidas por estados e municípios para levar kits de higiene, cestas básicas e testagem às comunidades acabaram por causar aglomeração nas unidades e postos de saúde, no transporte entre as residências e as áreas urbanas e no processo de recrutamento, realizado muitas vezes por agentes externos ao grupo, que desconhecem sua realidade, que não haviam sido previamente testados nem usavam EPIs (equipamentos de proteção individual) adequados, ampliando o risco de contaminação dos comunitários.

Há, portanto, necessidade de que uma campanha de vacinação para os quilombolas seja planejada. Ela deve garantir que as associações e organizações locais sejam previamente consultadas e se comprometam com a orientação das comunidades sobre o uso de máscaras e o distanciamento social, além de colaborar nos procedimentos de acesso aos territórios. É preciso também que os técnicos das equipes sejam preferencialmente das próprias comunidades, que a ação ocorra nas próprias localidades, evitando ao máximo os deslocamentos de quem está em quarentena autoimposta, que todos os envolvidos sejam previamente testados, que tenham acesso a EPIs e que os utilizem de maneira adequada.

A ADPF 742, admitida pelo STF em agosto, ainda não foi julgada. A Conaq – junto com diversos parceiros, como o GT Racismo e Saúde da Abrasco e a Associação Brasileira dos Pesquisadores Negros – está propondo ao Supremo que, além das demandas já apresentadas, a ação inclua a prioridade de acesso à vacinação para os grupos quilombolas, que não foi contemplada no plano do governo federal. Como visto, a demanda é amplamente justificada pela situação sócio-sanitária na qual os quilombos se encontram e deverá fazer parte de qualquer plano de governo que respeite os princípios constitucionais e humanitários.

Recentemente a Fundação Bill e Melinda Gates apontou que, além da crise econômica e a concentração de renda resultantes da pandemia causada pelo novo coronavírus, o acesso ou não à vacinação pode ser um vetor adicional de ampliação das disparidades sociais globais, pois alguns países e segmentos populacionais – notadamente os mais ricos e urbanos – terão acesso privilegiado às vacinas, reduzindo suas taxas de morbidade e mortalidade e podendo então retomar às atividades econômicas antes daqueles que historicamente sofrem com menor renda e acesso aos bens sociais e econômicos.

Enquanto alguns países, como o Reino Unido e o Canadá, que têm sistemas de saúde universais, como o SUS, trabalham ativamente

para reduzir as disparidades nos serviços de saúde e no acesso à vacina, até o momento, o que se tem visto por aqui é um descaso da União e dos estados. Com a histórica falta de implementação de políticas públicas nos municípios – apenas cerca de 28% deles têm implantado algum aspecto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2009 –, esse descaso tem aumentado a insegurança alimentar e nutricional, aprofundado a vulnerabilidade econômica, diminuído o acesso à Atenção Básica e resultado em uma elevada taxa de mortalidade nas comunidades rurais, quilombolas e indígenas.

O Brasil é um dos países com maiores disparidades sociais do mundo, o que, somado à falta de planejamento no lidar com a pandemia, transforma-se em um “coquetel perfeito” para que o desenrolar da atual crise sanitária amplie as iniquidades étnico-raciais e econômicas já existentes. A sociedade brasileira precisa se mobilizar de todas as formas para que esse crime não venha a ocorrer.

Hilton P. Silva é docente da UFPA (Universidade Federal do Pará), membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e do GTI em Defesa das Garantias e dos Direitos dos Povos Quilombolas e Contra o Racismo da Defensoria Pública do Estado do Pará.



Foto: Júlio César Almeida



POPULAÇÃO IDOSA NEGRA E COVID-19: POR QUE INVISIBILIZAR E NEGAR DIREITOS?

Por Alexandre da Silva

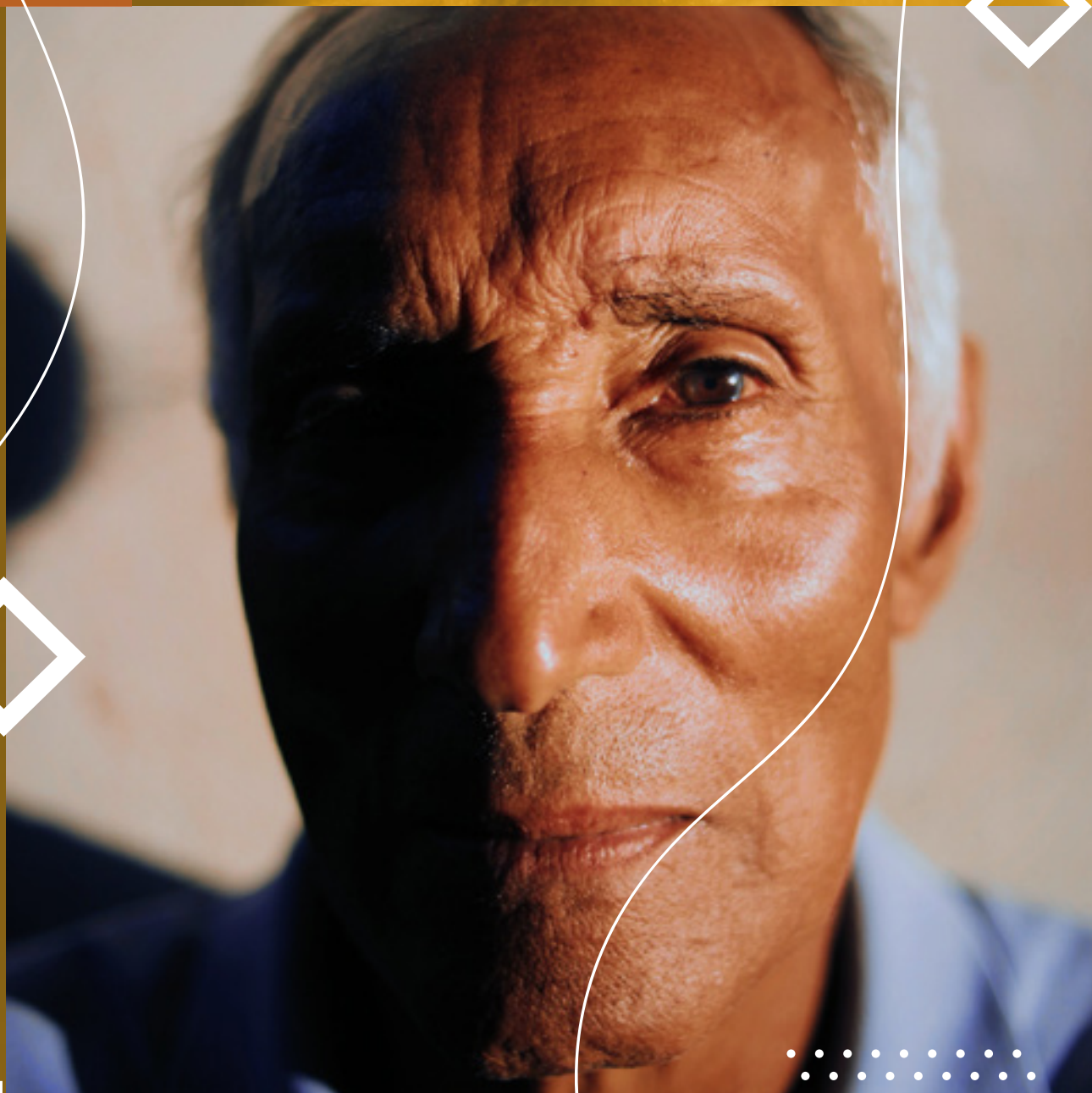


Foto: Júlio César Almeida



Publicado no portal Uol, em 1 de fevereiro de 2021

População idosa negra e covid-19: por que invisibilizar e negar direitos?

Um dos mais preocupantes movimentos políticos observados nesses últimos meses, e muito acentuado com a chegada da pandemia da covid-19, foi o aumento da invisibilidade de diversos grupos sociais. Essa invisibilidade retira os direitos à cidadania plena e coloca essas pessoas, muitas vezes, sem o direito de viver, de respirar.

O Boletim nº 10 – Direitos na Pandemia, recentemente lançado, comprova isso. Segundo a Pnad (Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios), a população negra brasileira já é, ou está muito próxima de ser, a maioria na faixa etária acima dos 60 anos.

Dos 32 milhões de idosos do país estimados em 2018, 48% (quase 15,5 milhões) compõem a população negra, sendo 8,8% (quase 3 milhões) de pessoas idosas pretas, e 39,2% (um pouco mais de 12,5 milhões) de pessoas idosas pardas.

O inquérito “Idosos do Brasil II”, publicado pelo Sesc (Serviço Social do Comércio) e Fundação Perseu Abramo, em agosto de 2020, corrobora: o número de idosas e idosos negros já ultrapassa o percentual de 50% da população de velhos e velhas.

O índice de envelhecimento brasileiro, que é a proporção entre pessoas com 60 anos ou mais e jovens de até 15 anos, vem mudando a cada ano, mostrando um Brasil que envelhece, mas ainda de forma muito desigual em todo o território nacional.

Pessoas negras e brancas têm participações diferentes nessa mudança demográfica e desafios particulares presentes como manter-se ativo num país cada dia mais conectado à internet ou como obter os alimentos cada vez

mais caros da cesta básica, como arroz e feijão.

Enquanto isso, outros problemas sociais e históricos vão se acumulando na vida de muitas pessoas idosas. Mulheres negras continuam preteridas nos relacionamentos conjugais, trabalhando mais na informalidade; o genocídio de jovens negros não para de aumentar – o que só reduz as chances de redes de apoio àqueles que sobrevivem e envelhecem. Idade, cor da pele, gênero, deficiência e tipo de moradia não deveriam ser critérios de maior ou menor possibilidade para envelhecer bem. Dados publicados em 2017 e 2019, a partir do estudo populacional Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) com idosos e idosas do município de São Paulo, mostraram que a população idosa negra sofre com as discriminações decorrentes do racismo e do etarismo, dificultando as condições de vida e de saúde.

Têm mais dificuldade para um diagnóstico precoce e tratamento completo e, mesmo com comorbidades e incapacidades funcionais presentes, ainda precisam trabalhar. O cenário se reflete nos grupos específicos de pessoas idosas negras colocadas em maior situação de vulnerabilidade durante a pandemia de covid-19: cuidadoras informais, domésticas, em situação de rua, privadas de liberdade, quilombolas, residentes de favelas e cortiços, sozinhas e institucionalizadas. São essas pessoas que não puderam exercer o mesmo direito de pessoas idosas brancas de respirar sem o risco aumentado de morrer.

Boa parte dos gestores municipais e estaduais não divulgam seus boletins epidemiológicos apresentando como e quanto de idosos e idosas negras adoecem e morrem pela covid-19. Trata-se de uma determinação social de vida que sempre gerou maior vulnerabilização. As crises sanitária, política, econômica e os conflitos raciais somaram-se ao caos que a pandemia trouxe e que se traduz em adoecimento físico ou mental e mais mortes por causas naturais.

Quando a morte no grupo de pessoas negras é maior do que outros grupos étnicos ou raciais,

a pergunta que se coloca é o quanto dessas mortes a mais, desiguais e injustas não põe ainda mais em xeque a possibilidade de envelhecer, e de envelhecer bem, seguindo os princípios da Política para um Envelhecimento Ativo?

Diante desse cenário, é importante questionar o Estado e responsabilizá-lo. Como, em tempos de pandemia, um grupo tão representativo e dos mais acometido pelos fatores de risco para adoecimento e mortalidade por covid-19: velho, de pele escura e com comorbidades associadas continua invisibilizado?

Não caberia maior cuidado, por meio de ações das equipes da Atenção Primária de Saúde, como monitoramento das pessoas negras velhas?

Está no momento de revertermos os determinantes socioeconômicos, ambientais e culturais que, até os dias de hoje, restringem qual grupo social envelhecerá naturalmente, sem grandes e injustos estresses financeiros e sociais para sobrevivência.

Pessoas negras que com mais de 60 anos trazem contribuições sem fim para suas famílias, comunidades, para a sociedade, e ainda não tiveram o devido reconhecimento de sua importância e contribuição para formação deste país.

Caberia ao Estado a proposição de ações e programas urgentes para a proteção das vidas de pessoas idosas negras.

São elas que remetem a uma ancestralidade que nós, enquanto sociedade, estamos deixando de valorizar, de enaltecer e de reconhecer. São essas mesmas pessoas idosas, negras, brancas, amarelas ou indígenas, que originaram nossas raízes e, culturalmente ou geneticamente, nos constituem como pessoas.

Alexandre da Silva é membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e professor da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ).





COMO CUMPRIR O PLANO DE VACINAÇÃO ENTRE AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS?

Por Hilton P. Silva



Foto: André dos Santos

Como cumprir o Plano de Vacinação entre as comunidades quilombolas?

Não se sabe exatamente quantas comunidades quilombolas existem no Brasil. Em 2019, o IBGE havia identificado 5.972 grupamentos. Segundo o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19 do Ministério da Saúde, essas populações têm elevada vulnerabilidade social, logo, são prioritárias para imunização. Com a chegada das vacinas, haverá necessidade de planejar as formas de abordar esse grupo para garantir o acesso e a eficácia da campanha.

É fundamental que os municípios se preparem, reconhecendo quantas comunidades existem em seu território e qual a população total sujeita à vacinação. Além disso, é papel da Secretaria Municipal de Saúde coordenar com as associações representativas dos quilombos para identificar as condições de acesso, a fim de planejar os modos de transporte, quantidade de insumos, equipamentos, combustível e equipes necessárias para a ação. As turmas novas devem ser imediatamente sensibilizadas, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Para o adequado cumprimento de sua missão, as equipes de saúde devem ser preferencialmente das próprias comunidades, ou serem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais já familiarizados com a população local. E, claro, com pleno acesso aos equipamentos de proteção individuais (EPIs).

Já o acesso aos territórios e a abordagem da população precisam ser feitos com o apoio das lideranças e/ou organizações locais, responsáveis também por indicar os espaços destinados à vacinação, cabendo aos técnicos a avaliação de possíveis adaptações a serem executadas pelo município.

Como o isolamento geográfico dos territórios pode dificultar o retorno no prazo adequado, será preciso planejar para que todos os grupos sejam vacinados em cada visita, bem como a

logística para a volta a todas as comunidades para aplicação da segunda dose. Em virtude da precariedade das condições sócio-sanitárias da maioria dos quilombos, a prefeitura deve garantir a entrega de materiais de higiene e máscaras para todos os moradores, em ambas as etapas de imunização, reduzindo assim, o risco de contaminação.

Dada a situação de vulnerabilidade das pessoas, é fundamental que a vacinação seja organizada de forma a evitar aglomerações. Como podem ocorrer efeitos colaterais, recomenda-se que a equipe permaneça no local de 12 a 24 horas, para acompanhar eventuais intercorrências.

Em tempos de grande circulação de notícias falsas, o sucesso do Plano Municipal de Vacinação dependerá também da sua divulgação, com uma ampla campanha informando datas, locais e público-alvo para evitar que outros se dirijam aos postos quilombolas, causando aglomeração e potencial infiltração da doença.

Como as duas vacinas foram aprovadas para uso emergencial, é preciso fazer um cuidadoso acompanhamento individual, uma vez que podem ocorrer eventos adversos pós-vacinação (EAPV) em dias subsequentes, e que todos devem receber a segunda dose. O Ministério da Saúde desenvolveu um software com esse propósito (aplicativo Conecte-SUS), mas este está ainda em fase de implantação. Então, talvez seja necessário planejar alternativas localmente.

Finalmente, considerando o racismo estrutural vivido pelas comunidades tradicionais, e com a finalidade de garantir a democracia do acesso, a imunização não deve ser condicionada a apresentação de qualquer tipo de documento ou cadastro prévio, e tampouco ser solicitado a assinatura de termo de consentimento para o usuário. Porém, cada um deverá receber um comprovante de imunização e ser informado para trazê-lo ao voltar para a dose complementar.

Hilton P. Silva é docente da UFPA (Universidade Federal do Pará), membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e do GTI em Defesa das Garantias e dos Direitos dos Povos Quilombolas e Contra o Racismo da Defensoria Pública do Estado do Pará.



OS NEGROS NAS LISTAS DE ÓBITOS E OS ÚLTIMOS NA FILA DA IMUNIZAÇÃO

Por Márcia Pereira Alves dos Santos



+ Foto: Júlio César Almeida



Publicado no portal Carta Capital, em 1 de abril de 2021

Os negros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização

Ultrapassadas as mais de 300 mil mortes, a progressão da Covid-19 no país elevou o Brasil ao epicentro mundial da pandemia o tornando uma ameaça global. Com mais pessoas atingidas, grupos que apresentam comorbidades e se encontram em vulnerabilidade social ficam ainda mais expostos, reforçando como a Covid-19 afeta desigualmente a população brasileira e tem sido mais letal para negras e negros.

O Boletim de Análise Político-Institucional número 26, publicado em março pelo Ipea em sua edição temática Pandemia e Políticas Públicas: a questão étnico-racial no centro do debate, é contundente neste diagnóstico. Se por um lado, as recentes análises escrutinam tal realidade, por outro, evidenciam a não ação governamental. A começar pelas manobras para omitir ou desconsiderar a questão étnico-racial, de gênero e classe, sem citar a falta de acesso aos serviços de saúde. Isto pode ser facilmente percebido desde os primeiros boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde (MS) no ano passado.

Pressionado pela mobilização dos movimentos sociais como a Coalizão Negra por Direitos, e de representações, como o GT Saúde da População Negra, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e o GT Racismo e Saúde da Abrasco, oMS incorporou nos boletins epidemiológicos subsequentes às análises estratificadas por raça/cor, ainda que de forma superficial e não qualificada para subsidiar tomada de decisão ou mesmo estudos. Esses dados desagregados por raça/cor passaram a ser divulgados pelo Boletim Epidemiológico a partir de abril de 2020. Cabe destacar que, um ano antes, logo no início da pandemia, a Abrasco, por meio do GT Racismo e Saúde, pautou recomendações para prevenção, combate e

mitigação do vírus entre a população negra. E a necessidade de coletar dados e divulgá-los na perspectiva étnico-racial foi tema da Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da Covid-19, enviada à Pasta pela Abrasco e demais entidades

Apesar dos esforços, o sistema de saúde brasileiro, que já sofria por conta da precarização e o contingenciamento, permanece ignorando marcadores sociais, fortemente impactados pela Covid-19 como raça/cor, classe social, gênero e geração, capazes de interferir nos desfechos da doença, cuidados e total de mortes. A falta de articulação interfederativa e padronização permite que estados e municípios colem os dados pelo modus operandi “faça por si mesmo”.

Sem a construção de um ecossistema harmonizado para compartilhamento das informações completas dos infectados pela Covid-19, fica distante a adoção de uma governança justa da pandemia. A experiência do Brigham Health, serviço integrado ao sistema de saúde sem fins lucrativos do Mass General Brigham, em Massachusetts, nos EUA, comprova que é possível obter e analisar os dados de forma interseccional. Lá, se desenvolveu uma infraestrutura de dados robusta para compreender o impacto da Covid- e a partir desses dados para se projetou- estratégias para reduzir os danos causados pelo racismo e outras formas de discriminação estrutural. Bairros negros- historicamente segregados foram menos testados, mas tiveram mais resultados positivos, quando comparados com bairros brancos mais ricos, por exemplo. No geral, norte-americanos que vivem em áreas mais vulneráveis têm 23% mais chances de serem diagnosticados com a doença, 32% mais chances de vir a óbito e 29% menos probabilidade de ser testado, segundo dados do CDC.

No Brasil, os resultados não seriam tão diferentes. A pandemia tem sido um lembrete doloroso sobre a necessidade urgente de abordar as iniquidades nos cuidados de saúde. A disponibilização das informações centrada

nas vulnerabilidades sociais, com destaque para raça/cor, é fundamental para assegurar o enfrentamento da epidemia e deveria ser considerada como prioridade no planejamento das ações de monitoramento e avaliação das ações para a abordagem à Covid-19 em nosso país, face o perfil de extrema desigualdade racial. Caso contrário, os negros continuarão sendo os primeiros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização.

Márcia Pereira Alves dos Santos é membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e docente colaboradora da UFRJ.



Foto: Júlio César Almeida



PANDEMIA ESCANCARA VIOLÊNCIA CONTRA POPULAÇÃO NEGRA

Por Cláudia Rodrigues de Oliveira*, Elaine Oliveira Soares* e
Jaqueline Oliveira Soares



Foto: Júlio César Almeida



Pandemia escancara violência contra população negra

Mais de um ano após o primeiro registro de covid-19 no Brasil, os estragos devastadores deixados pelo novo coronavírus vão muito além dos mais de 320 mil mortos em todo o país. Para as pessoas em situação de vulnerabilidade social – a maioria negra, segundo dados do Atlas da Vulnerabilidade Social, é preciso lutar contra o vírus, o desemprego, a falta de serviços de saúde adequados, as desigualdades e um terror antigo: a violência.

Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, durante o primeiro semestre de 2020 o país teve 648 casos de feminicídio – 1,9% a mais, se comparado com os mesmos meses em 2019. Além disso, nesse mesmo período, outra análise feita pelo mesmo Anuário em 12 estados brasileiros apontou que houve aumento de 3,8% nos acionamentos da Polícia Militar com relatos de violência doméstica, totalizando 147.379 chamadas.

Com a adoção do isolamento social, uma das medidas para conter o avanço do coronavírus, as pessoas passaram a ficar mais tempo em suas casas, o que gerou uma “superconvivência” entre os residentes e explica o avanço da violência doméstica contra pessoas do sexo feminino. Mulheres negras e periféricas, que antes já ocupavam os rankings de vítimas, foram ainda mais afetadas.

A violência também transpassou as paredes das residências. Na rua, a agressão policial tem interrompido milhares de vidas negras. É o que indica o Anuário Brasileiro de Segurança Pública ao evidenciar que, em 2019, o país apresentou em torno de 6.300 óbitos por ano somente por intervenções policiais – e que a população preta e parda foi vítima de 79,1% das ações que resultaram nesse tipo de morte.

Vidas negras ceifadas durante a pandemia, como a de George Floyd, nos Estados Unidos, de João Alberto Freitas e do adolescente João Pedro, no Brasil, reacenderam debates sobre a letalidade

da violência provocada pela polícia e sobre o racismo institucional no mundo.

Neste contexto de pandemia, talvez as violências que partem de agentes das instituições de segurança pública sejam mantidas porque há maior preocupação com a manutenção da ordem social hierárquica que privilegia o direito à vida de determinados grupos étnicos, em detrimento da proteção igualitária de todas e todos. Essas instituições operam por meio de mecanismos de filtragem racial que remetem a um grupo social específico: a população negra.

Não se pode esquecer que há uma subnotificação de dados de violência, como comprovam os últimos anuários divulgados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. É um sinal de alerta sobre o real aumento dos casos de violência doméstica e de outros tipos de violência no país. Infelizmente, os dados podem ser infinitamente maiores.

O descaso do Estado com a população negra também está bem representado na subnotificação da raça/cor ou etnia nos sistemas de informação da saúde e da segurança pública, mesmo havendo um aparato legal que torna esse registro obrigatório. A adequada notificação dos casos de violência, assim como dos casos da pandemia por covid-19, é fundamental para a elaboração de uma política pública. Cláudia Rodrigues de Oliveira é membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco, enfermeira e graduanda em Saúde Coletiva pela UFRGS.

Cláudia Rodrigues de Oliveira é membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco, enfermeira e graduanda em Saúde Coletiva pela UFRGS.

Elaine Oliveira Soares, é membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco, enfermeira e mestre em saúde coletiva pela UFRGS.

Jaqueline Oliveira Soares é membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco, sanitária e mestre em saúde coletiva pela UFRGS.



133 ANOS APÓS A ABOLIÇÃO, NEGROS AINDA LUTAM POR DIREITOS

Por Fernanda Lopes e Lúcia Xavier



+ Foto: Júlio César Almeida

133 anos após a Abolição, negros ainda lutam por direitos

Após 133 anos da tal Abolição, 'assinada' no dia 13 de maio, negros, negras e negres permanecem lutando pelo direito à vida, à liberdade, pela chance de respirar. No Brasil, onde mais de 428 mil vidas foram ceifadas por conta da covid-19, são muitas as evidências de que os efeitos da pandemia são desiguais, de acordo com a escolaridade, ocupação, renda, gênero, raça, etnia e território dos sujeitos. Sem ações governamentais eficientes e com a falta de consciência individual e coletiva, as assimetrias sociais e as violações de direitos foram ainda mais agravadas. E, infelizmente, dados mostram que a população negra tem sido mais afetada durante a pandemia.

O contraditório é que falamos de um país que, pelo menos na Constituição, a saúde é direito fundamental, e para todos. Dito isso, é injustificável a desigualdade nas oportunidades e condições de diagnóstico (incluindo acesso aos testes), na assistência com tempestividade e qualidade. Os serviços de saúde deveriam ser para todes, mas na prática, isso não é uma realidade.

Neste cenário de pandemia, observamos a não efetivação de direitos, aliado ao aumento das desigualdades e à ampliação das vulnerabilidades. A consequência disso está no reforço das iniquidades sociorraciais e na expansão dos efeitos nocivos sobre a saúde. É certo que, se (a) a liderança e os mecanismos de governança centrais do SUS fossem eficazes e resolutivos; (b) se os direitos fossem resguardados, e não dispensados ou retirados e; (c) se todas as vidas importassem, talvez, tivéssemos outro quadro passado pouco mais de um ano do primeiro registro de óbito: uma mulher, negra e diarista.

O perfil desta morte tem se repetido e comprova o quanto o racismo restringe o exercício de direitos, fere a dignidade e determina piores condições de vida e saúde, tanto no Brasil quanto no mundo. Nos EUA, por exemplo, o Centro de Controle de Doenças informa que, considerando o percentual de mortes por Covid-19 e da população, entre os negros há uma sobremortalidade de 10,5% e entre os brancos sub-mortalidade de 28,3%. No Reino Unido, negros e outras minorias étnicas, embora somem 13% da população, representam 1/3 dos admitidos em UTIs, tendo 4 vezes mais chances de morrer, se comparados aos brancos. Situação semelhante é descrita no Brasil. Uma recente publicação da Agência Brasil divulgou que as mortes por doenças respiratórias, incluindo a Covid-19, aumentaram 28% entre a população negra. Entre pessoas brancas, o avanço ficou em 18%.

Se por um lado há evidências de que, quanto maior a vulnerabilidade, pior a percepção de risco e menor a capacidade de tomada de decisão protetiva em relação à saúde, no Brasil, negras, negros, negres; quilombolas; periféricos; favelados; indígenas – os rotulados “novos vulneráveis” – reiteram que o locus da tomada de decisão sobre a saúde deve estar nas pessoas cujo estado de saúde está em questão. O enfrentamento do racismo, dentro e fora do SUS, é requisito fundamental para garantia da saúde como direito e não pode ser negociado ou transferido. No Brasil, onde se tinha, até então, a melhor política de imunização do mundo, agora é preciso reivindicar vacina para todes e advogar por projetos que não permitam furar a fila.

Movimentos sociais e outras institucionalidades se aliam e reforçam o lugar da sociedade civil como agente mobilizador em defesa de direitos. Cobram do Estado a garantia do direito à vida com dignidade, à saúde, à segurança alimentar e à justiça. A saúde é o resultado de um conjunto de condições individuais e coletivas influenciado por circunstâncias de ordem política, econômica, ambiental, cultural e social. Logo, em muitas situações, a doença e a morte não são obras

do destino ou fatalidade, mas, sim, violação dos direitos.

Fernanda Lopes é membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e diretora de Programa do Fundo Baobá para Equidade Racial.

Lúcia Xavier é membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco e Coordenadora de Criola.



Foto: Júlio César Almeida



DOENÇA FALCIFORME E COVID-19: NEGLIGÊNCIAS HISTÓRICAS E NOVAS AMEAÇAS À VIDA

Por Altair Lira, Márcia Pereira Alves e Clarice Santos Mota



+ Foto: Júlio César Almeida

Doença Falciforme e Covid-19: negligências históricas e novas ameaças à vida

Desde 2008, a ONU estabeleceu 19 de junho como Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme (DF), uma das doenças hematológicas genéticas e hereditárias mais comuns no mundo, com, aproximadamente, 6,4 milhões de pessoas acometidas e 400 mil nascidos vivos anualmente. No Brasil, atinge majoritariamente a população negra, o que potencializa o risco de adoecer e morrer por Covid-19.

A Doença Falciforme não compõe o rol de doenças negligenciadas definido pela OMS, mas é possível refletir sobre indicadores de negligência política, econômica e científica pela falta de priorização na agenda de saúde. Trata-se de uma negligência histórica, que apenas se intensifica neste momento de pandemia.

Estudos do Centro de Pesquisa em Doenças Inflamatórias, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, mostraram que pessoas com doença falciforme apresentam um quadro de agravamento clínico em todos os órgãos, particularmente no aparelho respiratório. Significa dizer que pessoas com doença falciforme podem desenvolver o quadro mais grave quando contaminadas pelo coronavírus.

Lamentavelmente, no Brasil, não existe um painel de monitoramento para os casos com DF e Covid-19, diferentemente da experiência estadunidense, onde uma rede colaborativa mundial de profissionais de saúde atendem pessoas com doença falciforme registram e monitoram os casos confirmados de Covid-19. Ao fazer o monitoramento, produzem dados e informações, fundamental para elaboração de políticas públicas.

Nosso PNI, o Plano Nacional de Imunização, traz a doença falciforme como comorbidade prioritária para a vacinação. No entanto, percebe-se que não há detalhamento na sua descrição. A doença falciforme é apresentada como doença rara, o que é um grande equívoco na realidade brasileira.

A imunização precisa ser garantida às pessoas com DF, já que é a única estratégia eficaz para evitar a contaminação ou ainda mitigar os efeitos da Covid-19. Mas, se descontextualizada do perfil racial, do risco de adoecimento e morte e pautada exclusivamente no critério etário chancela uma injusta desvantagem, a começar pela expectativa de vida, que é menor. A faixa etária entre 18 e 35 anos demanda maior necessidade de cuidado. A vacina deveria ser ofertada para todos (as) acima de 18 anos assim como se fez para outra doença genética, a Síndrome de Down. Esta desigualdade mostra as nuances do racismo estrutural.

Ter o PNI apenas como uma diretriz e sem coordenação nacional efetiva na campanha de vacinação, estados e municípios por contra própria definem suas ações, que conforme as realidades locais, podem estimular a não priorização da vacinação dessas pessoas, dificultando o acesso ou excluindo o direito delas à vacinação, o que é uma ameaça à vida.

O acesso prioritário de pessoas com doença falciforme à vacina é um pleito legítimo pela perspectiva da Equidade, e sobretudo é um Direito Humano pela preservação da vida face ao risco aumentado para as complicações e para o desfecho morte pela Covid-19.

Altair Lira, membro do GT Racismo/Abrasco – Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – e mestre em Saúde Coletiva pela UFBA

Márcia Pereira Alves, membro do GT Racismo/Abrasco e docente colaboradora da UFRJ

Clarice Santos Mota, doutora em Ciências Sociais pela UFBA



A INVISIBILIDADE DO RACISMO NOS DADOS DA COVID-19

Por Edna Maria de Araújo, Ana Paula Nunes e Vitor Nisida



+ Foto: Júlio César Almeida

A invisibilidade do racismo nos dados da Covid-19

As respostas às desigualdades em saúde só podem ser adequadas quando a produção de dados é completa e dialoga com a realidade que visam transformar. Nesse sentido, não é possível planejar intervenções visando diminuir as iniquidades raciais sem conhecer sua verdadeira extensão.

Para isso, é fundamental organizar informações oficiais desagregadas por raça/cor da pele. É de interesse público, portanto, conhecer e reivindicar a qualidade dos dados sobre saúde quanto ao preenchimento do campo "raça/cor da pele" nos sistemas de informação oficiais.

Com o intuito de elaborar um diagnóstico sobre o impacto da pandemia de Covid-19 nas populações em situação de vulnerabilidade, sobretudo na população negra, o GT Racismo e Saúde da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e o Instituto Pólis vêm investigando a qualidade dessas informações nesses sistemas.

Dados do DataSUS relacionados à Covid registrados no SIVEP Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica), no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), no SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações) e no eSUS Notifica (que monitora casos suspeitos de Covid19) foram selecionados e sistematizados para analisar a qualidade do preenchimento do campo "raça/cor da pele" ao longo da pandemia. Preocupa que alguns sistemas ainda não apresentem o preenchimento desse campo em nível satisfatório

O SIVEP Gripe, que trata das internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), incluindo a Covid, apresenta uma notificação do quesito "raça/cor da pele" em 80% das internações no Brasil. O preenchimento ideal seria de, ao menos, 90%.

Além disso, a variação entre as Unidades da Federação é grande e prejudica algumas análises. Enquanto SC, RR e TO preenchem acima de 95%, CE e RJ notificaram a "raça/cor da pele" em apenas 67% das internações. No DF, o dado foi preenchido somente em 53% dos casos.

O SIM, por outro lado, se destaca por apresentar taxas de notificação adequadas. Quase 97% dos óbitos nacionais por Covid registrados no sistema tiveram o campo raça/cor da pele preenchido. AL e ES são exceções, com preenchimento em apenas 77% e 84% dos óbitos, respectivamente.

O SI-PNI, que trata dos dados de vacinação contra Covid, tem uma taxa nacional de preenchimento do campo "raça/cor da pele" de 74%, percentual muito aquém do necessário para garantir um monitoramento apropriado do processo de imunização.

Além de insuficiente, o padrão de registro varia entre as unidades: TO tem o melhor preenchimento do campo, com 90%, e o DF tem o pior, com apenas 56,5%. A diferença não se resume às Unidades da Federação.

Um estudo feito no Município de São Paulo mostra que a notificação deste dado também é heterogênea na cidade. Bairros mais ricos e com população proporcionalmente mais branca registram o dado "raça/cor da pele" de apenas 7% da sua população vacinada.

É como se "branca" não fosse "raça/cor da pele", já que em outras áreas da cidade, proporcionalmente mais negras, a mesma taxa de preenchimento chega a quase 81%.

Quanto às informações de casos suspeitos de Covid, cabe destacar que o e-SUS Notifica não disponibiliza o dado "raça/cor da pele" no DataSUS, embora este campo seja de preenchimento obrigatório na ficha de notificação.

Por um lado, é importante reconhecer que os dados de mortalidade apresentam notificação adequada, quanto ao campo "raça/cor da pele"

–só dois estados registraram um preenchimento abaixo do ideal. Entretanto, em muitas Unidades da Federação, o preenchimento dos bancos sobre internações e sobre a vacinação esteve muito aquém do desejável.

O não preenchimento do campo "raça/cor da pele" relacionado às internações afeta gravemente, por exemplo, a comparação da letalidade entre pessoas brancas, pretas, pardas, amarelas e indígenas. A situação é mais preocupante quanto aos dados sobre infecção de Covid, já que o preenchimento deste campo nos registros de casos suspeitos não pode ser analisado, dada a sua completa ausência nas bases nacionais de acesso público.

Apesar do quesito "raça/cor da pele" ser obrigatório e considerado como indicativo de qualidade nos sistemas de informação do SUS desde 2017, por meio de portaria do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), portanto, quando o preenchimento de fato deste campo é analisado nos sistemas de informação oficiais, os números mostram que ainda é necessário avançar muito para que cheguemos ao adequado monitoramento das iniquidades raciais de saúde, dentro e fora da pandemia.

Edna Maria de Araújo é docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e coordenadora do GT Racismo e Saúde da ABRASCO, onde também é conselheira.

Ana Paula Nunes é professora de epidemiologia e bioestatística da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), líder do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiro (NEABI), tutora do PET Conexão dos Saberes das Comunidades Quilombolas da Região do Serro/MG, e membro do GT Racismo e Saúde da ABRASCO.

Vitor Nisida é urbanista e pesquisador do Instituto Pólis.



NEGLIGÊNCIA NA COLETA DE DADOS DE RAÇA/ COR POTENCIALIZA A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA

Por Edna Maria de Araújo, Ionara Magalhães de Souza e Aloísio Machado da Silva Filho



+ Foto: Júlio César Almeida

Negligência na coleta de dados de raça/cor potencializa a vulnerabilidade da população negra

A atuação do governo federal brasileiro na pandemia tem sido marcada pelas tentativas de invisibilizar e ocultar o gravíssimo e alarmante problema de saúde pública que é a vulnerabilidade da população negra. Em uma tentativa de reduzir os impactos do descaso no gerenciamento da crise sanitária, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) fez um importante alerta ao Ministério da Saúde sobre a necessidade de um dado crucial para descortinar as desigualdades sistêmicas e injustas entre grupos étnico-raciais: o preenchimento do quesito “raça/cor de pele”.

Mais de um ano e meio depois dos primeiros casos de infecções causadas pela Covid-19, os pesquisadores do GT Racismo e Saúde da Abrasco se debruçaram sobre os sistemas de informação das unidades federativas e descobriram que, apesar de um tímido avanço, o Brasil permanece distante de um preenchimento qualificado, tanto no SIVEP (Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave, que inclui os dados de hospitalização da Covid-19), quanto nos registros de dados de vacinação por Estado através do SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações) e no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Vale lembrar que o preenchimento da “raça/cor de pele”, nos sistemas de informações em saúde, foi regulamentado pela Portaria nº 344 GM/MS, de 01 de fevereiro de 2017.

O preenchimento da variável raça/cor da pele no SIVEP, que registra as hospitalizações foi observado no período de março de 2020 a maio de 2021, e apresentou tendência crescente e

significativa, apenas em 25,9% das 27 unidades da federação: Acre, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Tocantins, Sergipe e Pará.

Em relação ao preenchimento do campo raça/cor da pele nos registros da vacinação contra Covid-19 relativa a 1ª dose, somente Pernambuco, Rio de Janeiro, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Tocantins e Rondônia obtiveram tendência crescente e significativa, mas esses estados representam somente 25,9% das unidades da federação. Este percentual tem um declínio ainda maior quando a análise é feita para os dados da 2ª dose: apenas 14,8% dos estados brasileiros evoluíram no preenchimento: Alagoas, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Rio Grande do Norte – dados observados de janeiro a junho de 2021, em todas as unidades da federação.

Já no SIM no período de abril de 2020 a dezembro de 2020), os estados de Alagoas, Goiás, Bahia, Rio Grande do Sul, Pará, Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram tendência de crescimento estatisticamente significativa em 33,3% das unidades da federação.

A falta de monitoramento e preenchimento sistemático da variável raça/cor da pele revela o não atendimento à obrigatoriedade desse registro previsto em Lei, especialmente, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Consequentemente, esta realidade indica a não existência de um plano efetivo para mitigar os efeitos da pandemia, principalmente, sobre as populações que vivem historicamente em situação de vulnerabilidade social e para as quais a pandemia tem tido maior impacto no adoecimento e mortalidade determinados pelo racismo estrutural.

Este artigo é uma produção do GT Racismo e Saúde/Abrasco com apoio institucional do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas no Brasil.

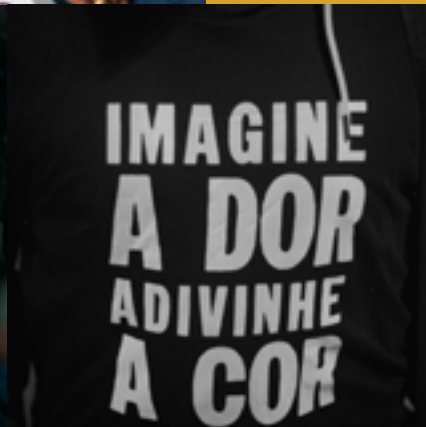
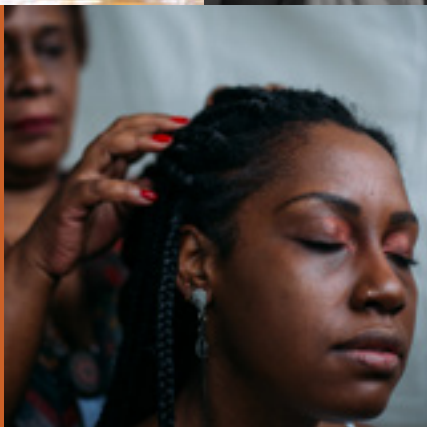
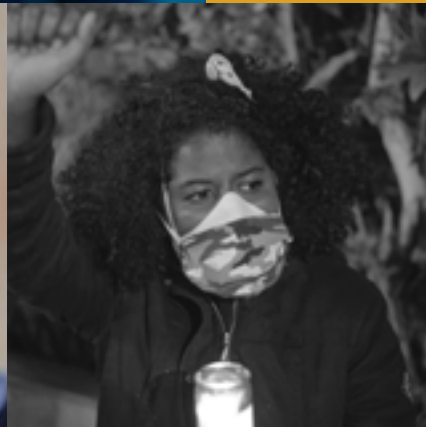
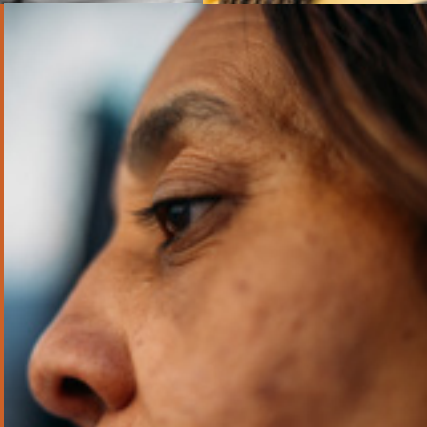
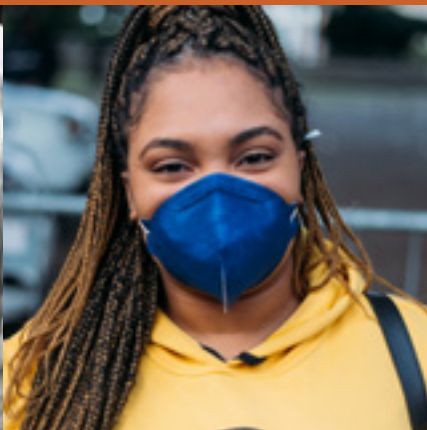
Aloísio Machado da Silva Filho é professor do Programa de Pós-graduação em Modelagem em Ciências da Terra e do Ambiente e do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia (UEFS).

Ionara Magalhães de Souza é membro GT Racismo/Abrasco e professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Sheila Regina dos Santos Pereira é professora do Departamento de Exatas da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia (UEFS)

Edna Maria de Araújo é membro do GT Racismo e Saúde/Abrasco, e professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).





 **ABRASCO**
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA



www.abrasco.org.br

Av Brasil, 4365, Campus da Fundação Oswaldo
Cruz (Fiocruz) Prédio do CEPI – DSS – Manguinhos
CEP 21040-900 – Rio de Janeiro – RJ

