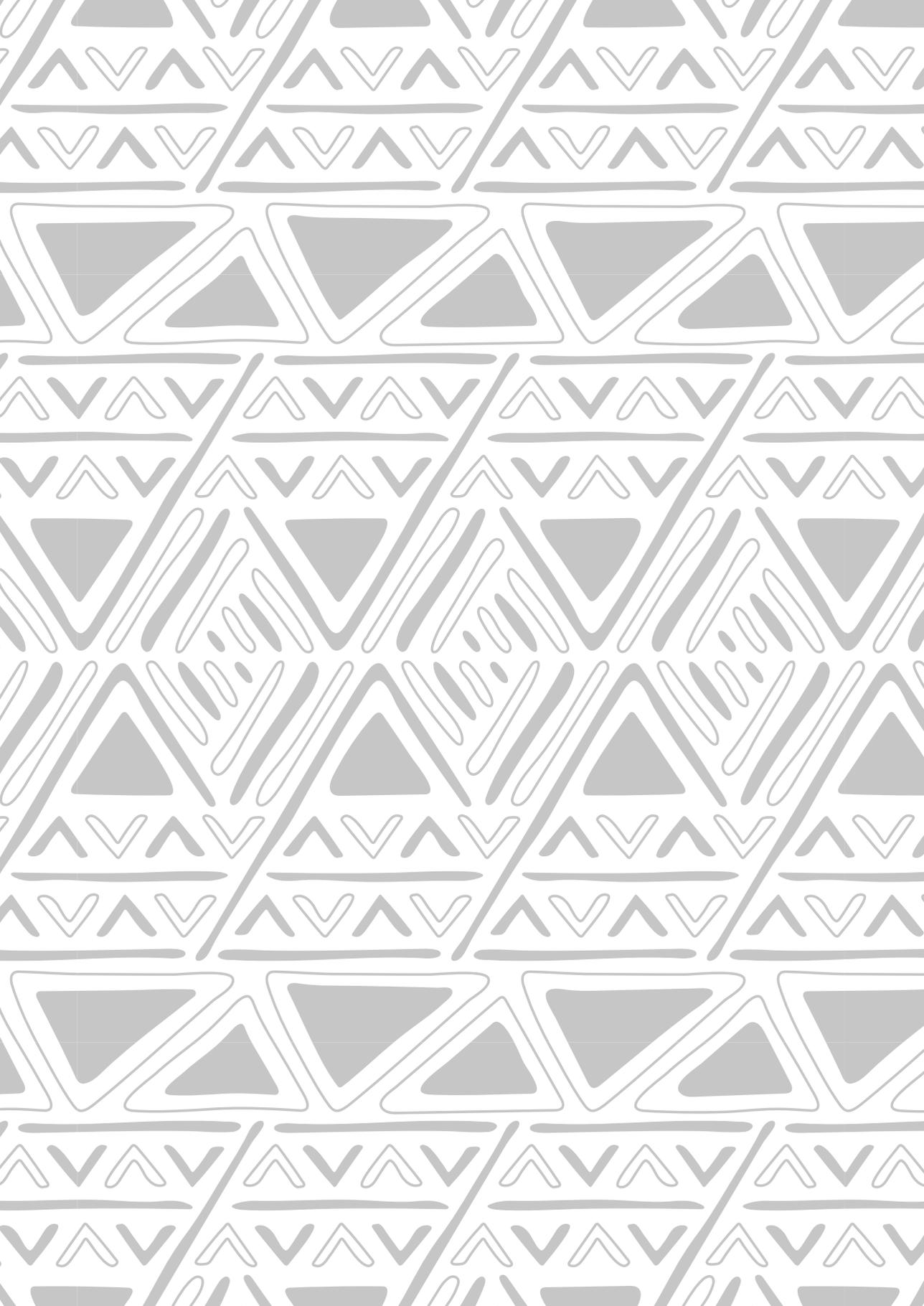


NEGLIGÊNCIAS E VULNERABILIDADES APORTES EPIDEMIOLÓGICOS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO NORTE-NORDESTE DO BRASIL

HILTON P. SILVA
ALDER MOURÃO DE SOUSA
EDNA MARIA DE ARAÚJO
JOILDA SILVA NERY
LENY ALVES BOMFIM TRAD
Organizadores



Este livro é um dos resultados do Programa de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad-AM), registrado na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) envolvendo três universidades e seus Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: o Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade da Universidade Federal do Pará (PPGSAS/UFPA), o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) e o PPGSC do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Tais programas abordam múltiplas questões sobre a Saúde da População Negra (SPN) brasileira, combinando resultados de pesquisas teórico-empíricas em vários estados. Os textos contemplam a infância e juventude negra, populações quilombolas e abordam temas como: violência, morbidade hospitalar, doenças infecciosas, homicídios e saúde mental. As pesquisas aqui descritas atendem a, pelo menos, duas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que são o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde e a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes para o combate ao racismo e para a redução das desigualdades étnico-raciais. Esta obra é mais uma contribuição para a desconstrução do racismo estrutural, pois dá visibilidade às mais diferentes formas de negligências no monitoramento das iniquidades raciais e sociais na saúde. O perfil do coletivo de autores reflete o compromisso com a produção compartilhada de conhecimentos entre academia e ativistas que atuam no campo da SPN.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

VICE-REITOR

Penildon Silva Filho



E D U F B A

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Susane Santos Barros

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



NEGLIGÊNCIAS E VULNERABILIDADES APORTES EPIDEMIOLÓGICOS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO NORTE-NORDESTE DO BRASIL

HILTON P. SILVA
ALDER MOURÃO DE SOUSA
EDNA MARIA DE ARAÚJO
JOILDA SILVA NERY
LENY ALVES BOMFIM TRAD

Organizadores

Salvador | Edufba | 2023

2023, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

ANALISTA EDITORIAL

Mariana Rios

PROJETO GRÁFICO

Gabriela Nascimento

COORDENAÇÃO GRÁFICA

Edson Nascimento Sales

ILUSTRAÇÃO CAPA

Freepik

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO

Gabriela Nascimento

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Amanda Reis

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Hyana Luísa S. Oliveira e Bianca R. de Oliveira

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

N384 Negligências e vulnerabilidades: aportes epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte-Nordeste do Brasil/ Hilton P. Silva... [et al.], Organizadores.

– Salvador: EDUFBA, 2023.

265 p. : il.

ISBN: 978-65-5630-488-5

1. Negros – Doenças. 2. Populações vulneráveis – Doenças – Brasil, Nordeste.

3. Epidemiologia. 4. Violência contra. 5. Racismo - Aspectos da saúde. I. Silva, Hilton P.

II. Título: aportes epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte-Nordeste do Brasil

CDU: 614.2(=1:6=013)

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – *Campus* de Ondina

40170-115 – Salvador, Bahia | Tel.: +55 71 3283-6164

edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

SUMÁRIO

PREFÁCIO Gastão Wagner de Sousa Campos	7
APRESENTAÇÃO Os organizadores	9
Capítulo 1 • POPULAÇÃO NEGRA: UM OLHAR SOBRE AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E INFECCIOSAS Joilda Silva Nery Lucas Moraes do Carmo Paulo Jorge de Souza Vianna Osiyallê Akanni Silva Rodrigues Tarcisio Oliveira Silva	15
Capítulo 2 • MORBIDADE HOSPITALAR E FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO A RAÇA/COR Ionara Magalhães de Souza Nelson Fernandes de Oliveira Felipe Souza Nery Carlos Alberto Lima da Silva Mona Gizelle Dreger Nery Edna Maria de Araújo	57
Capítulo 3 • COVID-19 EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS MARAJOARAS: PROCESSO DE INTERIORIZAÇÃO EM SALVATERRA, PARÁ, BRASIL, 2020 Nelson Veiga Gonçalves Marília de Souza Araújo Hilton Pereira da Silva Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos Emerson Cordeiro Moraes Bruna Costa de Souza Tainara Carvalho Garcia Miranda Filgueiras Raimundo Gladson Corrêa Carvalho Bruma Gouveia de Melo Claudia do Socorro Carvalho Miranda	95

Capítulo 4 • TUBERCULOSE INFANTIL: FACES E INTERFACES	123
Marília Santos dos Anjos	
Joilda Silva Nery	
Évelin Santos Oliveira	
Federico Costa	
Beatriz Gouvêa de Andrade	
Capítulo 5 • TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL E REGIÕES SEGUNDO DIFERENCIAIS DE RAÇA/COR	159
Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes	
Nelson Fernandes de Oliveira	
Carlos Alberto Lima da Silva	
Aloísio Machado da Silva Filho	
Edna Maria de Araújo	
Capítulo 6 • VULNERABILIDADE SOCIAL E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE EM DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS: PARTICULARIDADES DO NORDESTE BRASILEIRO	183
Clarice Santos Mota	
Leny Alves Bomfim Trad	
Márlon Vinícius Gama Almeida	
Vanessa Soares Passos	
Roberto dos Santos Lacerda	
Joilda Silva Nery	
Capítulo 7 • O RACISMO DESMASCARADO COM OU SEM PANDEMIA: DAS ESTATÍSTICAS DE MORBIMORTALIDADE AO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL DE JOVENS NEGROS	215
Jeane Saskya Campos Tavares	
Leny Alves Bomfim Trad	
Djean Ribeiro Gomes	
Camila dos Santos Souza Andrade	
Eliene dos Santos de Jesus	
SOBRE OS AUTORES	249

PREFÁCIO

Negligências e vulnerabilidades: aportes epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte-Nordeste do Brasil é uma obra fundamental para todos que almejam compreender o Brasil para transformá-lo.

Há uma forte coerência entre pesquisadoras e pesquisadores que a produziram e que a escreveram.

O livro combina diversidade de temas e de perspectivas dentro de uma mesma lógica de pensamento. Lógica essa que no livro organizado por Leny Trad e demais autores – *Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência*, publicado pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba) – foi denominada de “giro epistemológico”, mudança revolucionária resultante da utilização da teoria interseccional como linha metodológica e interpretativa dos vários fenômenos investigados. Neste livro, prevaleceu um olhar sobre o concreto que reconhece a complexidade dos fenômenos sociais em geral e dos agravos de saúde escrutinados em particular. As condições de existência da população negra estão atravessadas e são ainda mais agravadas pela desigualdade socioeconômica e de gênero.

Grande parte deste livro é dedicada a estudos epidemiológicos e de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra: o que acontece quando negras(os) se veem obrigadas(os) a utilizar hospitais? Realiza-se um esforço de investigação para se compreenderem as tendências históricas da mortalidade desnecessária e desigual da população negra em virtude da violência e de homicídios, de doenças infecciosas e ainda da situação de vulnerabilidade na qual a maioria das pessoas negras vive.

Para sustentar todo esse variado arcabouço teórico e empírico, as autoras e os autores somente lograram bom resultado mediante uma ampla abordagem interdisciplinar. Várias lentes, com diferentes estratégias, desenharam o quadro tétrico dos desdobramentos humanos do racismo dominante no Brasil.

Parabéns às organizadoras e aos organizadores. Esta obra é de suma importância para estudantes, profissionais e ativistas da causa da justiça e da democracia.

Gastão Wagner de Sousa Campos

2021

APRESENTAÇÃO

O livro intitulado *Negligências e vulnerabilidades: aportes epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte-Nordeste do Brasil* é a segunda produção derivada de uma iniciativa do Programa de Cooperação Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Procad/Capes), no Edital nº 21/2018, estruturada através de uma rede multicêntrica de pesquisa e formação na temática “Vulnerabilidade e repercussões para a saúde: população negra, quilombola, indígena e outros grupos vulnerabilizados”. Tal rede é formada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (PPGSAS/UFPA), pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (PPGSC/UFBA), mais especificamente os grupos de pesquisa Comunidade, Família e Saúde (FA-SA) e Epidemiologia e Avaliação de Impactos na Saúde das Populações do Instituto de Saúde Coletiva, e pelo PPGSC da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) através do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde. A primeira produção bibliográfica denominada *Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência* foi publicada em dezembro de 2021 pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba).

Este livro é constituído de sete capítulos de autoria de pesquisadoras e pesquisadores de seis universidades: UFPA, UFBA, UEFS, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Universidade Estadual do Pará (UEPA).

O primeiro capítulo intitulado “População negra: um olhar sobre as doenças negligenciadas e infecciosas”, de autoria de Joilda Silva Nery, Lucas Moraes do Carmo, Paulo Jorge de Souza Vianna, Osiyallê Akanni Silva Rodrigues e Tarcisio Oliveira Silva, propõe-se a analisar a magnitude e os impactos de algumas das principais doenças transmissíveis na população negra no Brasil. Os autores partem do princípio de que cada uma das doenças infectocontagiosas possui as suas especificidades em rela-

ção a agentes etiológicos, modos de transmissão, fisiopatologia, evolução clínica etc. Entretanto, enfatizam que todas as doenças estudadas têm em comum a determinação social e étnico-racial nos seus processos de transmissão, adoecimento e piores desfechos. Baseadas nas evidências de que as doenças infectocontagiosas possuem uma relação direta com as condições de vida e trabalho, os autores indagam: quais são os grupos étnico-raciais mais acometidos ou que morrem mais por essas doenças? De quais raça/cor, sexo e faixa etária são a maioria das pessoas acometidas por essas enfermidades?

O capítulo 2, denominado “Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor”, tem como autoria Ionara Magalhães de Souza, Nelson Fernandes de Oliveira, Felipe Souza Nery, Carlos Alberto Lima da Silva, Mona Gizelle Dreger Nery e Edna Maria de Araújo. Esse capítulo apresenta a singularidade de considerar, na análise do perfil de morbidade hospitalar, a raça/cor e os aspectos socioeconômicos. Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, constituído de várias observações mensuradas em diferentes momentos no tempo. Foram considerados os dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Para efeito do estudo, foram convencionalmente selecionadas as cinco categorias de internações hospitalares por ano de processamento, mais prevalentes da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), durante o período 2008-2018, no estado da Bahia. Foram incluídos todos os municípios baianos nos quais houve registros de internações hospitalares no SIH/SUS, além de dados socioeconômicos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O quantitativo populacional por raça/cor na Bahia no período foi obtido por meio do método de estimativa geométrica, considerando-se como base os dados populacionais intercensitários. As autoras salientam que estatísticas de morbidade oportunizam compreender a dinâmica do processo saúde-adoecimento e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde e que as informações diagnósticas, demográficas e geográficas, geradas a partir das internações hospitalares, potencializam a produção de conhecimento em Saúde Coletiva.

O capítulo 3, cujo título é “Covid-19 em comunidades quilombolas marajoaras: processo de interiorização em Salvaterra, Pará, Brasil, 2020”, teve como autoria Nelson Veiga Gonçalves, Marília de Souza Araújo, Hilton Pereira da Silva, Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos, Emerson Cordeiro Moraes, Bruna Costa de Souza, Tainara Carvalho Garcia Miranda Filgueiras, Raimundo Gladson Corrêa Carvalho, Bruma Gouveia de Melo e Claudia do Socorro Carvalho Miranda. Trata-se de um estudo ecológico e transversal seguindo a metodologia de desenvolvimento de projetos de pesquisa do Laboratório de Epidemiologia e Geoprocessamento da Amazônia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da UEPA. O estudo teve como objetivo analisar alguns dos impactos da covid-19 em populações quilombolas residentes na Ilha de Marajó, Pará. As informações epidemiológicas dos casos e seu local de residência, no período de março a setembro de 2020, foram obtidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretária Municipal de Saúde de Salvaterra (Semusa). As análises espaciais evidenciaram uma distribuição não homogênea dos casos, com um possível silêncio epidemiológico na maioria das comunidades, além de diferentes níveis de exposição aos fatores de risco da doença.

O capítulo 4 denominado “Tuberculose infantil: faces e interfaces”, de autoria de Marília Santos dos Anjos, Joilda Silva Nery, Évelin Santos Oliveira, Federico Costa e Beatriz Gouvêa de Andrade, teve como objetivo compreender e discutir, com base em uma ampla revisão de literatura, os determinantes, fatores sociodemográficos e especificidades relacionadas às crianças e aos adolescentes menores de 15 anos com tuberculose no Brasil. Tal doença atinge de modo desigual pretos, pardos e indígenas e, tendo em vista que a maioria dos estudos sobre tuberculose contempla apenas a faixa etária dos adultos, surge a necessidade de estudos sobre tuberculose com abordagem voltada para crianças e adolescentes, como foi realizado neste capítulo.

No capítulo 5, Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes, Nelson Fernandes de Oliveira, Carlos Alberto Lima da Silva, Aloísio Machado da Silva Filho e Edna Maria de Araújo realizaram o estudo intitulado “Tendência temporal da mortalidade por homicídio no Brasil e regiões segundo diferenciais de raça/cor”. Trata-se de um estudo ecológico, tipo

série temporal, de caráter exploratório que buscou identificar a tendência das Taxas de Mortalidade por Homicídio (TMH) na população de 15 a 49 anos de idade no Brasil entre 2005 e 2014. Os resultados evidenciaram diferenciais na mortalidade por homicídio segundo raça/cor, sexo e idade da vítima. As TMHs no Brasil no período do estudo mantiveram-se elevadas: a população negra apresentou tendência de taxas crescentes para ambos os sexos, enquanto a população branca mostrou uma tendência de taxas decrescentes para o sexo masculino e leve crescimento para o sexo feminino, tendência que infelizmente não tem se alterado nos últimos anos.

O capítulo 6, intitulado “Vulnerabilidade social e implicações para a saúde em duas comunidades quilombolas: particularidades do Nordeste brasileiro”, é um estudo de autoria de Clarice Santos Mota, Leny Alves Bomfim Trad, Márton Vinícius Gama Almeida, Vanessa Soares Passos, Roberto dos Santos Lacerda e Joilda Silva Nery. Seu objetivo principal foi analisar a realidade socioeconômica e sanitária de territórios quilombolas situados em dois municípios do Nordeste: a comunidade de Ilha de Maré em Salvador (BA) e de Sítio Alto em Simão Dias (SE), assinalando as inter-relações entre vulnerabilidade social e saúde nesses contextos. O estudo adotou uma abordagem relacional da vulnerabilidade que propõe a articulação de três níveis diferenciados e articulados de análise: os fatores, condições ou contextos de vulnerabilidade; a capacidade de resposta dos indivíduos e famílias; e os limites e potencialidades dos mecanismos de proteção social. As(os) autoras(es) concluem que é necessário reconhecer e valorizar a importância dos modos de vida de comunidades quilombolas, as demarcações culturais que as diferenciam dos demais seguimentos da sociedade e que, por se tratar de grupos historicamente marcados pela luta, têm muito a ensinar sobre ativismo e resistência, especialmente em tempos de perda de direitos sociais.

Finalmente, no capítulo 7, denominado “O racismo desmascarado com ou sem pandemia: das estatísticas de morbimortalidade ao sofrimento psicossocial de jovens negros”, de autoria de Jeane Saskya Campos Tavares, Leny Alves Bomfim Trad, Djean Ribeiro Gomes, Camila dos Santos Souza Andrade e Eliene dos Santos de Jesus, a cidade de Salvador (BA) é tomada como um estudo de caso para compreender as

imbricações entre racismo e violência no contexto da juventude negra. Esse caso é estudado através do mapeamento de eventos fatais e não fatais que repercutem sobre a morbidade e a mortalidade dessa população. São discutidos dados secundários provenientes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), coletados nos Serviços de Vigilância Epidemiológica do Núcleo de Violências e Acidentes da capital baiana. As autoras e o autor destacam que, no contexto da clínica ou do cuidado com a saúde mental da população negra, torna-se indispensável o entendimento de que a repetição e a desesperança – categorias centrais nas abordagens que estudam vinculação, luto e suicídio – não são uma figura de linguagem, uma distorção cognitiva, uma crença disfuncional ou falta de empatia. Antes, essas são estratégias de dominação centrais na produção de subjetividades, violência e morte.

Certamente, o amplo conteúdo produzido por meio dos dois livros dessa coletânea, resultantes do Procad-AM-UFBA-UEFS, servirá de base para fortalecer a compreensão das negligências e vulnerabilidades que fragilizam as condições de vida e saúde da população negra – sobretudo nos territórios das regiões Norte e Nordeste do Brasil – e reforçar a necessidade da plena implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Os organizadores

Capítulo 1

POPULAÇÃO NEGRA

um olhar sobre as doenças negligenciadas e infecciosas

Joilda Silva Nery

Lucas Moraes do Carmo

Paulo Jorge de Souza Vianna

Osiyallê Akanni Silva Rodrigues

Tarcisio Oliveira Silva

Introdução

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) abrangem fatores socioeconômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que definem o padrão da ocorrência de problemas de saúde na população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) Entretanto, apesar dos DSS serem extensivamente discutidos na literatura epidemiológica, a dimensão racial ainda é incipiente nesse debate no Brasil. Fernanda Lopes (2005, p. 1595) já apontava isso:

No entanto, excetuando-se poucas experiências, alguns fatores constitutivos dos processos de organização e hierarquização social são, continuamente, desconsiderados em estudos e pesquisas sobre desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde. O sexismo, o racismo, o etnocentrismo e outros integram a lista de fatores descartados ou descartáveis.

No Brasil, esses DSS contribuem para as elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes e acidente vascular cerebral) e seus fatores de risco na população negra (parda e preta). (ISER et al., 2015; MALTA; MOURA; BERNAL, 2015) Além disso, a população negra possui os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas, a exemplo dos homicídios que majoritariamente vitimizam pessoas negras acima de 15 anos de idade. (ARAÚJO et al., 2009)

Em 2018, o número de homicídios na população negra foi 2,7 vezes maior em comparação à população não negra (amarelos, brancos e indígenas). Ademais, mulheres negras foram vítimas de 68% dos assassinatos ocorridos no mesmo ano, o que simboliza quase o dobro em relação a mulheres não negras. (CERQUEIRA; BUENO, 2020)

Nos últimos 30 anos, o Brasil passou por uma marcante mudança no perfil epidemiológico da sua população em virtude das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), além de transformações sociais, políticas e econômicas. (SOUZA et al., 2018) Esse cenário caracteriza-se pela sobreposição dos altos índices de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas aliadas à permanência de doenças transmissíveis.

Na história da Saúde Pública, as doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias foram as principais causas de adoecimento e morte para muitas populações, acometendo grande número de pessoas. Com o avanço dos conhecimentos microbiológicos, das explicações multicausais da doença e das tecnologias de imunização, muitas delas foram controladas e até mesmo completamente erradicadas.

No entanto, boa parte delas ainda persiste como problema de Saúde Pública, marcadas por endemias e/ou epidemias localizadas que apresentam grande relação com condições que contribuem com a transmissibilidade, como as diferentes dimensões da pobreza, más condições de vida, ausência de saneamento básico e desassistência. (TEIXEIRA et al., 2018) Neste capítulo, abordaremos as doenças transmissíveis, infectocontagiosas e parasitárias que acometem a população negra brasileira.

A pobreza e as desigualdades são fatores de risco para quase todas as doenças, entretanto o impacto desses determinantes é maior no grupo

das denominadas “doenças infecciosas relacionadas à pobreza”, termo utilizado para descrever um conjunto de enfermidades que são mais prevalentes entre os pobres, tais como HIV/aids, tuberculose e malária, que acarretam a maior carga em termos de mortalidade nesse grupo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012)

Além disso, um subgrupo designado Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) – a exemplo de tracoma, filariose linfática, oncocercose, hanseníase, doença de Chagas, malária, leishmanioses (visceral e tegumentar) e esquistossomose (BRASIL, 2010) – ocorre principalmente em áreas urbanas e rurais de países de baixa e média renda, sendo historicamente doenças negligenciadas pela pesquisa científica na busca de novas alternativas terapêuticas e de prevenção.

De acordo com Zulfiqar Bhutta e demais autores (2014), dados globais de mortalidade por doenças infecciosas aumentaram na última década, com destaque para milhões de mortes para HIV/aids, malária, tuberculose e de milhares para as DTN. Segundo os autores, essas doenças contribuem para a perpetuação do ciclo de pobreza e assim são caracterizadas, uma vez que afetam de maneira desproporcional a população mais pobre do mundo, com impacto da diminuição da produtividade resultante da morbidade a longo prazo, incapacidade e estigma social.

Grande parte das doenças que serão abordadas neste capítulo fazem parte do rol das doenças de notificação compulsória, ou seja, que devem ser obrigatoriamente comunicadas às autoridades sanitárias. São enfermidades com potenciais de transmissão capazes de provocar surtos, epidemias ou pandemias. Com isso, os dados levantados a partir dos formulários de notificação permitem gerar informações sobre os perfis dos grupos mais suscetíveis a essas doenças, além de contribuir para a organização das estratégias de prevenção, controle e assistência à saúde.

No intuito de compreender de que forma as notificações são segmentadas por grupos raciais, a variável raça/cor passa a ser de preenchimento obrigatório apenas em 1 de fevereiro de 2017, através da Portaria nº 344. Por meio dos critérios de autodeclaração, o usuário ou sua família declaram a raça/cor de acordo com a sua percepção a partir dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta,

amarela, parda ou indígena. Assim, o exercício da notificação do quesito raça/cor nos serviços de saúde juntamente com a análise e divulgação desses dados desagregados são alternativas para identificar problemas e propor soluções sobre os eventos em saúde dos grupos étnicos atingidos.

Segundo Ribeiro e Costa (2016), as dimensões política e econômica justificam a negligência, pois a maioria das pessoas acometidas não constitui um mercado consumidor gerador de lucro para a indústria farmacêutica e faz parte da racionalidade de Estado deixar que milhares de vidas se percam.

Além disso, os autores refletem sobre a intrincada máquina de “fazer viver e deixar morrer” relativa às “doenças negligenciadas” no contexto brasileiro:

Um efeito da nomeação ‘doenças tropicais’ [...] por instituições nacionais e internacionais é naturalizar sua existência e persistência em certas populações. Logo, a expressão ‘doenças típicas de países ‘subdesenvolvidos’ talvez diga menos respeito à localização geográfica do que ao contexto econômico e político, o que implica pensar fatores como a gestão e a negligência. Mas não seria esse um paradoxo político, o Estado, que deveria assegurar a vida de sua população, negligenciar parte da mesma? (RIBEIRO; COSTA, 2016, p. 2)

Antes da pandemia da covid-19, os dados nacionais sobre os coeficientes de mortalidade por doenças infecciosas na população negra ocorriam especialmente por conta da tuberculose e aids. (BATISTA, 2005) Porém, são grandes as lacunas nesse conhecimento para outras doenças transmissíveis e/ou negligenciadas. Em 2015, observou-se uma elevada mortalidade (causa múltipla) por DTN na população da raça/cor preta do Brasil, com um coeficiente de 5,43 óbitos por 100 mil habitantes, nos pardos o coeficiente foi de 3,76 óbitos por 100 mil habitantes e nos brancos 3,36 óbitos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2018a)

O *Boletim sobre doenças infecciosas relacionadas ao trabalho, incluindo a covid-19* (2020) descreve uma variedade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) que podem ter uma relação com o trabalho e exemplos de ocupações perigosas e/ou insalubres, como trabalhadores de serviços gerais, limpeza, agricultura, construção civil etc.

A proposta aqui é analisar por outro ângulo: quando se reflete sobre as doenças infectocontagiosas que possuem uma relação direta com as condições de vida e trabalho, quais são os grupos étnico-raciais mais acometidos ou que morrem mais por essas doenças? De quais raça/cor, sexo e faixa etária são a maioria desses trabalhadores e trabalhadoras? Nesse sentido, também se torna necessário o detalhamento étnico-racial das DIP relacionadas ao trabalho no Brasil.

Concomitante a isso, desde fevereiro de 2020, uma nova doença infecciosa de natureza viral persiste na população brasileira, a covid-19. Embora não seja considerada uma doença estritamente relacionada à pobreza, afetando assim todas as classes e grupos sociais, diversas evidências sinalizam por que a população negra sofre mais os impactos da pandemia da covid-19 no Brasil. Nesse sentido, esse grupo populacional está em risco eminente de vida por conta da interseccionalidade entre fatores como o racismo, violação do direito à saúde, precarização das condições de moradia, saneamento básico e trabalho. (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; SANTOS, H. L. P. C. et al., 2020)

No âmbito da epidemiologia das doenças infecciosas, a discussão étnico-racial com enfoque na população negra ainda é incipiente no Brasil. O quesito raça/cor, por vezes, é analisado como mais uma variável no rol de tantas outras variáveis sociodemográficas.

A maior parte das publicações sobre doenças infecciosas na população negra são oriundas de pesquisas qualitativas, e os escassos estudos epidemiológicos existentes até o momento não aprofundam nas reflexões sobre o racismo como DSS. Muitas das discussões sobre enfermidades infectocontagiosas na epidemiologia e na clínica são centradas nas doenças, invisibilizando as pessoas que são acometidas e que apresentam os piores desfechos do tratamento (quando conseguem acessá-lo).

Ademais, os homens negros são os que apresentam maiores riscos de adoecimento e óbito pela maioria das doenças infectocontagiosas e, por esse motivo, existem lacunas na produção de dados quantitativos sobre os fatores associados ao adoecimento, às sequelas ou aos óbitos por doenças transmissíveis entre as mulheres pardas e pretas.

Embora relevantes, os boletins epidemiológicos ou inquéritos oficiais publicados até o momento que detalham os indicadores de saúde estratificados por raça/cor não mencionam o termo “racismo” e justificam as disparidades encontradas apenas como consequência das desigualdades sociais. (BRASIL, 2017c, 2019b) Segundo Lopes (2005), no campo da pesquisa acadêmica, o racismo nem sempre se faz presente de forma explícita e mensurável nas interações. Esse silenciamento tanto nas pesquisas quanto no âmbito dos serviços de saúde é mais uma das expressões do racismo institucional. (BRASIL, 2017a)

Concordando com Silvio Almeida (2019), sabe-se que o racismo existe e é um elemento estruturante da sociedade brasileira, mas é incômodo explicitá-lo. O racismo pode estar sendo praticado pelos atores e pelas instituições que constroem as narrativas no campo da saúde, mas que ainda assim se negam a compreender a sua profundidade como ferramenta adoecedora e que vitimiza a população negra.

Ademais, ressalta-se que a população negra, no Brasil, encontra-se, em sua maioria, inserida no contexto de desigualdade social por conta do racismo enraizado na estrutura da sociedade brasileira desde os tempos coloniais. O racismo é um dos mecanismos de exclusão e negação de direitos sociais do povo negro. (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; SANTOS, H. L. P. C. et al., 2020) Além disso, esse fenômeno também atua nas posições econômicas dessa comunidade, como mostra a pesquisa sobre rendimento médio domiciliar o qual indica que lares de pessoas negras possuem duas vezes menos esse indicador do que em residências brancas no país. (IBGE, 2019)

Dito isso, algumas das questões e inquietações que motivam a escrita deste capítulo são: quais são as pessoas mais afetadas por todos os DSS que contribuem para a ocorrência e perpetuação das doenças transmissíveis? Quais são os segmentos da população brasileira que são mais acometidos por doenças consideradas negligenciadas e com uma relação direta com as piores condições socioeconômicas?

Assim, propõe-se analisar a magnitude e os impactos de algumas das principais doenças transmissíveis na população negra no Brasil. Nem de longe queremos esgotar esta discussão, sobretudo porque cada uma das

doenças infectocontagiosas possui as suas especificidades em relação a agentes etiológicos, modos de transmissão, fisiopatologia, evolução clínica etc. Todavia, o que todas as doenças que serão aqui apresentadas têm em comum é a determinação social e étnico-racial nos seus processos de transmissão, adoecimento e piores desfechos.

Impactos das doenças negligenciadas na população negra pertencente a grupos tradicionais e populacionais específicos

A adoção de políticas eficazes de saúde no Brasil que integravam e tratavam de determinantes como a qualidade da água, saneamento básico, controle de vetores e acesso a medidas preventivas – por exemplo, as vacinas – foi fundamental para o controle de muitas doenças infecciosas. Essas políticas foram exitosas pela integração com políticas sociais, porém não foram suficientes para o controle de doenças vetoriais com grandes entraves no tratamento e complexos modos de transmissão relacionados aos fatores ambientais, sociais, econômicos ou desconhecidos. (BARRETO et al., 2011)

No ano de 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o relatório que, pela primeira vez, listava 17 DTN, dentre as quais constavam dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmanioses (tegumentar americana e visceral), entre outras. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012)

Naquele mesmo ano, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde elegeu um grupo de sete doenças negligenciadas a serem priorizadas para financiamento em pesquisa, desenvolvimento e criação de redes, o qual, além das cinco mencionadas anteriormente, incluía também a tuberculose e a malária. (BRASIL, 2010) Apesar dessas iniciativas, uma década depois, a maioria dessas doenças continuam sendo endêmicas no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

As leishmanioses são endemias parasitárias, inicialmente caracterizadas como zoonoses, causadas pelo protozoário do gênero *Leishmania* e que tem seu ciclo de transmissão em uma complexa interação vetor-reservatório em que os vetores são insetos do tipo flebotomíneos

(“biriguis”) e seus reservatórios dividem-se entre animais silvestres e domésticos como cães, raposas, roedores e marsupiais, entre outros. (BRASIL, 2009)

As leishmanioses afetam o ser humano quando este, de alguma forma, entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito, tornando-se uma antropozoonose em que milhões de pessoas ao redor do mundo estão expostas ao risco, especialmente em áreas silvestres e rurais. (BRASIL, 2014, 2017b)

Muitos países do continente americano são endêmicos para leishmanioses. Essas doenças, por vezes, são consideradas em larga expansão inclusive para áreas urbanas e 90% dos casos ocorrem no Brasil, especialmente na região Nordeste. É notória a ausência das análises por raça/cor nos últimos boletins epidemiológicos disponíveis que tratam sobre as leishmanioses, inclusive no estado da Bahia.

A doença de Chagas (aguda e crônica) é o outro exemplo de antropozoonose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade no Brasil e no Nordeste do país. Causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, é transmitida de diferentes maneiras, sendo a mais comum através dos besouros triatomíneos (popularmente conhecidos como “barbeiros”). (BRASIL, 2009)

Conforme último *Boletim epidemiológico nacional*, 80% dos casos confirmados da doença de Chagas no Brasil ocorreram entre 2012 e 2016, em indivíduos pretos e pardos – a maioria provenientes das regiões Norte e Nordeste. (BRASIL, 2018c) Tal doença é de notificação compulsória apenas na forma aguda e assim os dados que melhor expressam seu impacto na população são os dados de mortalidade. Na Bahia, aproximadamente 77% dos óbitos ocasionados pela doença de Chagas entre 2008 e 2017 ocorreram em pessoas negras. (BAHIA, 2019)

Já a esquistossomose mansônica é caracterizada como uma endemia do tipo verminose, causada pelo helminto *Schistosoma mansoni*. O ser humano é o hospedeiro principal e o caramujo *Biomphalaria* o secundário. (BRASIL, 2009) No último boletim epidemiológico sobre a esquistossomose a nível nacional publicado até o momento, não constavam análises estratificadas por raça/cor. (BRASIL, 2018b) No estado da Bahia, quase

80% dos casos suspeitos da doença em 2017 foram em pretos e pardos. (BAHIA, 2018)

Nas últimas três décadas, tem havido importante redução nos indicadores de prevalência e mortalidade por esquistossomose mansônica no Brasil, em que pese ainda se encontrarem municípios endêmicos situados nos bolsões de pobreza do Nordeste e do Sudeste. Uma redução mais sustentável na transmissão da esquistossomose depende da melhoria das condições de saneamento das populações expostas, além das intervenções do setor saúde. (TEIXEIRA et al., 2018) O SUS, por meio dos agentes de endemias, agentes comunitários de saúde e profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolve ações de educação comunitária e detecção de casos mediante realização de inquéritos coproscópicos e tratamento dos portadores visando controlar essa doença.

Ao tratar sobre os sentidos das doenças negligenciadas no contexto da agenda da saúde global, Oliveira (2018) questiona o lugar das populações e seus territórios. De acordo com autora, ainda que essa agenda tenha apresentado avanços significativos no campo das doenças negligenciadas, persistem desafios de natureza geopolítica, econômica, epistemológica e de desenvolvimento social.

Além disso, apresenta sentidos colonial e capitalista na designação dessas doenças em determinados territórios e populações. Para além de incluir positivamente o debate da negligência de doenças, essa agenda precisa considerar a dimensão da negligência de corpos e populações, aprofundando as reflexões e ações com as matrizes biomédica e político-econômica.

Nessa mesma linha, considera-se que discutir sobre as doenças infecciosas no contexto de negligência implica principalmente reconhecer as iniquidades étnico-raciais que afetam tais populações negligenciadas, como é o caso das constituintes de comunidades e povos tradicionais.

Muitas vezes, considera-se equivocadamente a população negra como um grupo homogêneo sem dimensionar as especificidades que a colocam em maior ou menor risco de adoecimento e óbito. Nesse sentido, segmentos específicos e tradicionais da população negra – quilombolas, comunidades de terreiro e religiões de matriz africana, População em

Situação de Rua (PSR), população carcerária, agricultores familiares, pescadores artesanais, migrantes afrodescendentes, dentre outros – se deparam com diversos obstáculos em relação à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e aos estigmas relacionados ao acometimento por doenças infecciosas.

Poucos estudos apresentam detalhadamente o perfil socioeconômico, a situação de saúde e o impacto dessas doenças nesses segmentos populacionais marcados pela resistência. No Brasil, essas populações são registradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) como Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos (GTPE) e classificados por origem étnica (por exemplo, quilombolas), relação com meio ambiente (pescadores artesanais) e meio rural (agricultores familiares) somados a outros de situação conjuntural (PSR). (BRASIL, 2016) Esses grupos populacionais, além de historicamente excluídos e marginalizados, evidenciam uma invisibilidade perante a população geral, pois compreendem uma parcela significativa de pessoas pretas e pardas em situação de pobreza e precárias condições de habitação e subsistência. (BRASIL, 2020a)

Entre todos os formulários de notificação compulsória das doenças infecciosas no Brasil, os únicos que apresentam os campos para o preenchimento de populações específicas são o da tuberculose e o de violência interpessoal/autoprovocada, especificamente com campos para a população privada de liberdade (apenas o da tuberculose) e a PSR (em ambos). (BRASIL, 2020b)

Por conseguinte, são quase inexistentes os estudos epidemiológicos que demonstram o impacto de doenças infecciosas nesses segmentos. Contudo, estudos espaciais recentes mostram como algumas das doenças infecciosas negligenciadas estão sobrepostas no território nacional, sendo que pequenos municípios concentram a carga de muitas delas. (BRASIL, 2018a; GARCIA; SILVA, 2016; MARTINS-MELO, 2015)

As DIP que compõem o grupo de negligenciadas se caracterizam por diferentes etiologias e mecanismos de transmissão vetorial. As condições sanitárias com as quais esses ciclos de transmissão acontecem são influenciadas por fatores como ausência de saneamento básico adequado. Com isso, fica evidente que existe uma dupla situação de negligência ao tratar sobre a carga das DIP em pequenos municípios, que se caracterizam por concen-

trarem populações com piores condições socioeconômicas, sendo que diversas são provenientes de GTPE.

Em virtude dessa lacuna, Paulo Jorge Vianna, sanitarista e coautor deste capítulo, realizou um estudo descritivo sobre a sobreposição da carga das doenças infecciosas relacionadas à pobreza (tuberculose, hanseníase, leishmanioses, esquistossomose e doença de Chagas) nas regiões de saúde da Bahia com altas concentrações de grupos tradicionais, como quilombolas, pescadores artesanais e/ou agricultores familiares.

Apartir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foi realizado um mapeamento de municípios que apresentaram as incidências em 2019 (total de casos novos/total de habitantes no município x 100 mil) acima das médias anuais do estado em pelo menos três das doenças analisadas.

Utilizando os dados do Tabulador do CadÚnico, foram selecionados os municípios com que detinham mil indivíduos quilombolas, pescadores artesanais ou agricultores familiares registrados. Dos 48 municípios que integram a região leste do estado, foram identificados 15, situados especialmente no Recôncavo da Bahia, que apresentaram a sobreposição de doenças em territórios povoados por esses GTPE, como verifica-se no mapa de distribuição das incidências de leishmaniose visceral (Figura 1).

Com os dados do CadÚnico, foi possível observar a existência de concentrações consideráveis de famílias quilombolas, agricultores familiares e pescadores artesanais em municípios da região de saúde leste que também apresentaram altas incidências de leishmaniose visceral em 2019 (Figura 1).

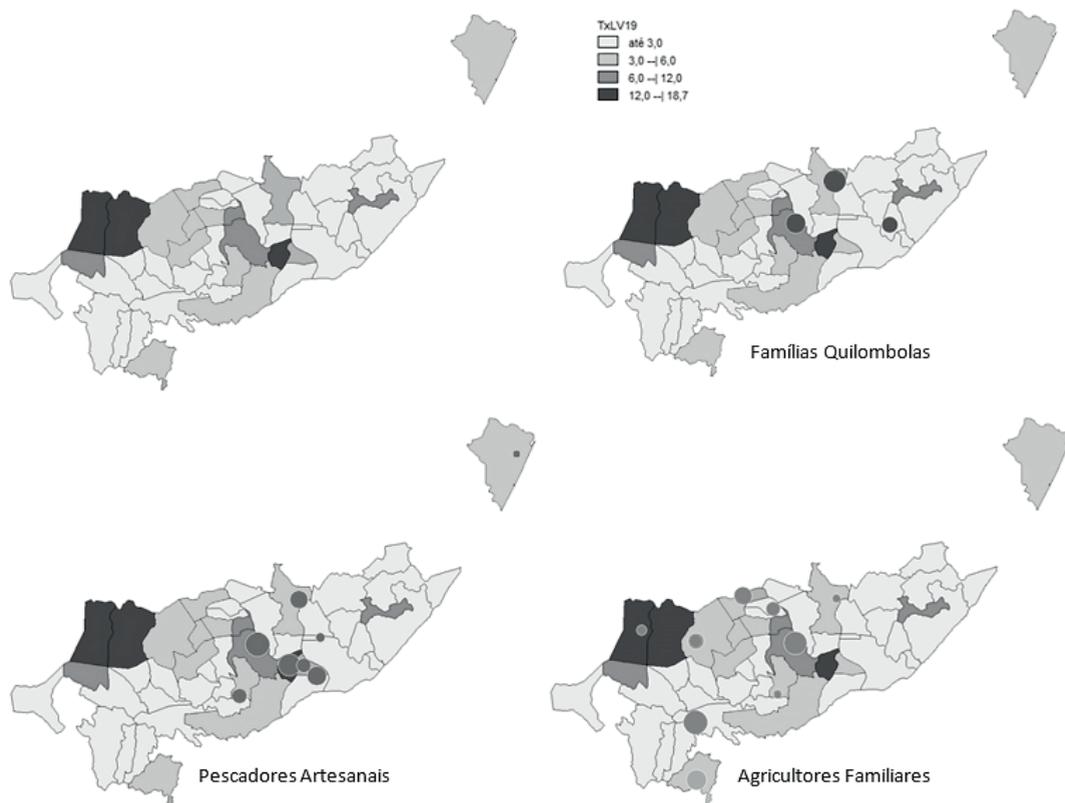
Além disso, foi realizada a caracterização sociodemográfica desses GTPE. O somatório desses três grupos representa 15% (4.510) da média de habitantes dos municípios selecionados da região leste da Bahia.

O perfil dos três grupos em 2020 foi: 56% mulheres, 95% pretos e pardos, 61% com baixa escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto) e 89% em situação de pobreza (recebem menos de $1/2$ salário-mínimo).

Com relação às condições do domicílio e saneamento, 56% residem na zona rural, 44% não possuem rede de distribuição de água, 62% não possuem rede coletora de esgoto e 44% não possuem coleta direta/indireta de lixo.

De acordo com o perfil sociodemográfico e econômico descrito, esses grupos são compostos por uma maioria de população negra da zona rural e caracterizam-se pela baixa escolaridade, em territórios com altos índices de pobreza e saneamento inadequado.

Figura 1 – Incidência de leishmaniose visceral e distribuição de círculos proporcionais de famílias quilombolas, de pescadores artesanais e de agricultores familiares, região de saúde leste do estado da Bahia, Brasil, 2019



Fonte: elaborada pelos autores, como dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), DataSUS, Ministério da Saúde¹ e Cead, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) e Ministério da Cidadania.²

1 Ver em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>.

2 Ver também: https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php.

Dados do Sinan apontam que 81% dos casos novos de leishmanioses tegumentar americana e visceral na Bahia entre 2007 e 2018 ocorreram em pessoas pretas e pardas. Além disso, mais da metade dos casos acumulados nesse período residiam na zona rural. (BRASIL, 2020d)

Todavia, para além dessas endemias, existem outras que compõem o rol das DTN e que não foram objetos de estudo da investigação apresentada, tais como malária, filariose linfática, geo-helminthíases, entre outras. No entanto, ressalta-se a importância de considerar boletins atualizados e análises aprofundadas dessas doenças, principalmente no que tange à raça/cor.

Esses dados evidenciam o comportamento das diversas DIP ao longo dos anos, que acometem uma significativa proporção de população negra e proveniente da zona rural, que são características comuns aos GTPE analisados. Com isso, ressalta-se a necessidade de olhar sobre as condições de vida de GTPE e suas relações com a distribuição e ocorrência de doenças infecciosas negligenciadas nos territórios.

Panorama das doenças infecciosas e seus impactos na saúde da população negra

Ao analisarmos o perfil de populações vulnerabilizadas, fica evidente que as iniquidades persistem em um círculo vicioso de más condições de vida e perpetuação de doenças infectocontagiosas e parasitárias. Vale destacar também que essas populações são compostas por pessoas majoritariamente negras, o que reforça a necessidade de dimensionar a interseção entre a negligência em saúde e a dimensão étnico-racial. Aqui daremos destaque às doenças infecciosas de maior impacto para a população negra.

Tuberculose

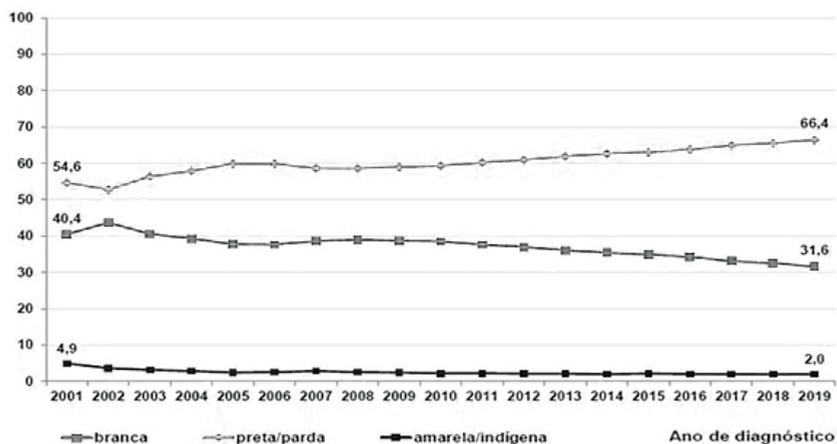
A Tuberculose (TB) pode ser causada por bacilos do gênero *Mycobacterium* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*), sendo que, entre os humanos, a infecção mais comum ocorre pelo *M. tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK).

O BK instala-se na maioria das vezes nos pulmões, porém pode se alocar em outros tecidos. A forma de transmissão mais comum é pela via aérea, por meio de aerossóis emitidos pela tosse, espirro ou fala de indivíduos bacilíferos, ou seja, que têm a doença na sua forma ativa. Ademais, a transmissibilidade e o adoecimento estão intimamente associados à situação de pobreza, insegurança alimentar, má distribuição de renda, habitações precárias, entre outros determinantes. (BRASIL, 2018c)

Em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB no país, enquanto no ano de 2018 foram registrados 4.490 óbitos pela doença. Na série histórica de 2001 a 2019, observou-se um declínio nas proporções de casos novos de TB ao longo dos anos. Vale destacar que em 2020, com início da pandemia da covid-19, mudanças importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais foram observadas em comparação ao ano de 2019, tais como: redução das notificações de TB nos três níveis de atenção, com queda pronunciada na atenção de alta complexidade, assim como a diminuição do consumo de cartuchos de teste rápido molecular para essa doença. (BRASIL, 2021b)

No entanto, ao analisar a distribuição por raça/cor, o percentual de casos novos de TB na população negra se manteve superior no ano de 2019 em comparação aos dados de pessoas brancas (Figura 2). Ademais, a proporção de óbitos entre 2001 e 2018 nos dois grupos foi de 64,6% na população negra, enquanto entre os brancos foi de 30,9% (Figura 3). (BRASIL, 2020c)

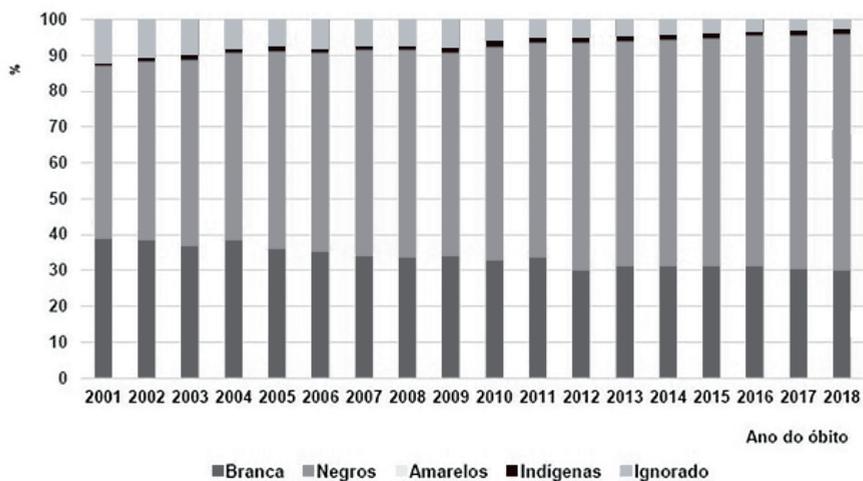
Figura 2 – Percentual de casos novos de tuberculose por raça/cor no Brasil entre 2001 e 2019*



*Dados preliminares sujeitos à revisão.

Fonte: Brasil (2020e).

Figura 3 – Proporção de óbitos por tuberculose no Brasil por raça entre 2001 e 2018



Fonte: SIM/MS. *Dados provisórios.
Negros = preta + parda

*Dados provisórios. Negros = preta + parda.

Fonte: Brasil (2021a, 2021b).

Ranzani e demais autores (2020) desenvolveram um estudo longitudinal, retrospectivo, com dados do programa de tuberculose no estado de São Paulo com a hipótese de que indivíduos com a doença possuem menor sobrevida em relação à população geral, e que as condições de vulnerabilidade podem aumentar a mortalidade. O estudo que fez análise de dados de 2010 a 2015 identificou, entre outros achados, que PSR com TB e indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e drogas apresentaram uma redução da sobrevida caso sejam acometidos pelo BK.

O estudo desenvolvido por Tarcísio Silva, Joilda Nery, Paulo Jorge Vianna – autores deste capítulo – e outros autores (2020) descreveu a morbidade da TB entre PSR no Brasil no período de 2014 a 2018. A análise descritiva identificou que nesse grupo a TB acomete mais a população negra, sendo 64,1% (9.003) dos casos, o que representa 44,2% (6.209) dos que se autodeclararam pardos e 19,9% (2.794) das pessoas pretas. Quanto ao desfecho da TB, os autores identificaram que a cura ao tratamento apresentou declínio 5,1% nesse período, enquanto o percentual de óbitos pela doença aumentou entre 2014 e 2018, oscilando de 5,8 a 7,5 no último ano. (SILVA et al., 2020)

Por outro lado, a questão da TB não deve ser analisada meramente por singularidades clínicas da doença. O estudo observacional desenvolvido por Andrade e demais autores (2019) analisou a associação entre o desfecho do tratamento da TB com características sociodemográficas e o recebimento de benefícios sociais entre pacientes de Salvador no período de 2014 a 2016. Nesse estudo participaram 216 pessoas, com predomínio de pessoas negras (92,6%), com renda mensal *per capita* atingindo no máximo $\frac{1}{2}$ salário-mínimo (73,6%) e maior prevalência de benefícios governamentais, por exemplo o Programa Bolsa Família (76,9%), e 13,4% recebiam algum tipo de suporte não governamental, como o recebimento de alimentos.

Quanto ao desfecho da enfermidade, ainda que o resultado não tenha identificado associação estatística, a cura da TB foi maior em pacientes que recebiam benefícios governamentais ou não governamentais (90,5%), enquanto a cura era inferior (65,5%) para aqueles que recebiam apenas benefícios não governamentais. (ANDRADE et al., 2019a)

São diversas as possibilidades de atenuar o acometimento da TB, no entanto o que se evidencia é que a enfermidade permanece no grupo das doenças conhecidas como negligenciadas por conta da falta de investimentos, inovações tecnológicas e aprimoramento do tratamento entre doentes ativos. (ADORNO, 2011) A TB é uma doença que possui cura e pode ser prevenida. Para que a magnitude da enfermidade na população negra seja amenizada, são necessários redução da desigualdade social, fortalecimento dos programas de atenção básica quanto às testagens e acompanhamento das pessoas com a TB ativa, assim como análise financeira dos doentes ativos e seu contexto familiar.

É preciso salientar que a pandemia da covid-19 é mais um fator de risco às pessoas acometidas pela doença. Por questões clínicas, destaca-se que aqueles que se curam da TB podem ter os pulmões danificados e assim apresentarem casos graves da doença, enquanto pacientes curados da covid-19 com tuberculose latente podem desenvolver a forma ativa da doença. (SAUNDERS; EVANS, 2020) Portanto, além dos anteriores, novos desafios atravessam o cotidiano da população negra suscetível ao acometimento da TB.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença de evolução crônica, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*. As suas manifestações clínicas ocorrem principalmente na pele ou nos nervos periféricos, podendo também comprometer órgãos vitais. A forma multibacilar da doença apresenta as manifestações clínicas mais graves e que pode causar incapacidades físicas irreversíveis. Essa é uma das principais causas do estigma e pode acarretar consequências negativas na saúde mental de quem é acometido por ela. (LASTÓRIA; ABREU, 2012; SOUZA, 1997)

A transmissão da hanseníase acontece por contato com gotículas de saliva ou secreções do nariz, a partir da convivência muito próxima e por longos períodos com a pessoa acometida pela forma multibacilar que não se encontra em tratamento. Quanto maior e por mais tempo for o contato, maior a possibilidade de transmissão, sendo que casos não diag-

nosticados ou não tratados contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão. (NICCHIO et al., 2016)

O *M. leprae* caracteriza-se por seu alto poder de infectividade, porém apresenta baixa patogenicidade. Estima-se que 95% da população seja naturalmente imune à hanseníase e que fatores genéticos do hospedeiro, ambientais, estado nutricional, vacinação com Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) e o nível de exposição ao *M. leprae* influenciam diretamente no processo de adoecimento dos indivíduos. (LASTÓRIA; ABREU, 2012; SOUZA, 1997)

Anualmente, são detectados em média 200 mil novos casos de hanseníase no mundo, sendo que desses 80% ocorrem respectivamente na Índia, Brasil e Indonésia – países que têm em comum uma grande desigualdade social e uma considerável parcela da população vivendo em condições sub-humanas. (PESCARINI et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

Evidências apontam que fatores socioeconômicos como as condições de moradia, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e à rede de saneamento básico, emprego e distribuição de renda interferem diretamente na manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase. (CASTRO et al., 2016) Entretanto, ao refletirmos qual a raça/cor da maioria das pessoas acometidas pela doença, a resposta muitas vezes encontra-se nas entrelinhas dos estudos.

Entre os anos de 2012 e 2016, foram registrados, no Sinan, 151.764 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a um coeficiente médio de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes, colocando o país como local de alta endemicidade. Na análise de acordo com a raça/cor, observou-se que 71,7% dos casos novos desse período se autodeclararam como pardos ou pretos. Em 2014, dos 1.949 casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade física, que reflete o diagnóstico tardio e maior comprometimento dos membros, 70% (1.358) ocorreram na população negra. (BRASIL, 2018b)

Ao avaliar os determinantes socioeconômicos da detecção de casos novos de hanseníase na Coorte de 100 Milhões de Brasileiros, Nery e demais autores (2019) verificaram que os níveis reduzidos de renda e educação, bem como os fatores que refletem condições de vida desfavore-

ráveis, foram associados a um aumento de até duas vezes na incidência da hanseníase. O risco de adoecimento foi 40% maior entre os negros quando comparados com os brancos. Entre os menores de 15 anos de raça/cor preta, o risco de adoecimento foi 92% maior quando comparados com indivíduos brancos da mesma faixa etária. (NERY et al., 2019)

Andrade e demais autores (2019), ao avaliarem na Coorte de 100 milhões de Brasileiros as chances de abandono do tratamento entre 20.063 casos de hanseníase diagnosticados e acompanhados no período de 2007 a 2014, observaram que os indivíduos da região Norte foram os mais propensos a abandonar o tratamento da hanseníase em comparação com os residentes do Sul e Sudeste.

As más condições socioeconômicas apresentam-se como obstáculos para a adesão ao tratamento da hanseníase. Além disso, destaca-se uma associação entre a raça/cor negra e o abandono do tratamento da doença. No entanto, as evidências gerais sobre a correlação entre origem étnica e hanseníase ainda são limitadas, tornando-se necessária a realização de novos estudos sobre essa temática. (ANDRADE et al., 2019b)

Até a década de 1960, o tratamento da hanseníase no Brasil ocorria através da internação compulsória nos antigos leprosários, fato que aumentava o estigma da doença e desencorajava a procura por assistência. Atualmente o tratamento da doença é realizado, na grande maioria dos casos, por poliquimioterapia por um período de 12 a 18 meses e gratuitamente ofertado pelo SUS.

Por apresentarem uma baixa letalidade, os óbitos por hanseníase têm sido negligenciados como objetos de pesquisa. Ao se avaliarem os padrões de mortalidade relacionados à hanseníase nas regiões Norte e Nordeste do Brasil de 2001 a 2017, Ferreira e demais autores (2019) constataram que pessoas da raça/cor preta ou parda representaram em conjunto 72,6% dos óbitos por essa causa.

Os mesmos autores afirmam que tais resultados estão ligados a alguns fatores genéticos como padrões diferenciais de moduladores da resposta imune, a exemplo da vitamina D, a outras comorbidades associadas, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como também à falta de

acompanhamento durante e após o tratamento. Tais fatores são reflexos das desigualdades sociais vivenciadas pela população negra.

No Brasil, o risco de adoecimento, dificuldades de acesso ao diagnóstico oportuno e manutenção do tratamento e os piores desfechos da hanseníase, como incapacidades físicas ou óbitos, são muito mais marcantes na população negra a partir de uma relação direta com as piores condições socioeconômicas.

O diagnóstico precoce, a busca ativa dos casos e a diminuição das barreiras sociais para adesão ao tratamento são aspectos centrais para o controle da hanseníase. Entretanto, nada disso será suficiente sem a incorporação de políticas públicas que melhorem as condições de moradia, emprego e renda da população.

Arboviroses

As arboviroses correspondem a um conjunto de doenças transmitidas pela picada de mosquito artrópode hematófago, como o *Aedes aegypti*, e representam um dos maiores e mais crescentes problemas de saúde pública. No Brasil podemos destacar principalmente a dengue e seus quatro sorotipos que circulam por aqui há mais de 30 anos, além da Zika e a Chikungunya que começam sua cadeia de transmissão a partir da segunda década do século XXI. (TEIXEIRA et al., 2018)

A falta de saneamento básico, condições de habitação inadequadas, desmatamento desenfreado, crescimento desordenado das cidades e aumento da densidade demográfica favorecem a cadeia de transmissão dessas doenças. Até o momento, não existem drogas antivirais ou vacinas seguras e eficazes para nenhuma dessas arboviroses. O único mecanismo de controle é a vigilância e controle vetorial ou aplicação de produtos químicos em criadouros de larvas. (PAIXÃO et al., 2015)

No Brasil foram notificados 714.164 casos prováveis de dengue, entre janeiro e maio de 2020, com um coeficiente de incidência de 339,8/100 mil habitantes. Também foram registrados 298 óbitos por essa mesma doença, que ocorreram majoritariamente nos estados da região Sul (Paraná), Sudeste

(São Paulo) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal). (BRASIL, 2020d)

No mesmo período, foram notificados 27.748 casos prováveis de Chikungunya com incidência de 13,2/100 mil habitantes. Em relação à Zika, foram notificados 2.545 casos prováveis, com coeficiente de incidência 1,2/100 mil habitantes. (BRASIL, 2020d)

Durante o ano de 2014, 36,4% dos casos notificados de dengue apresentaram o campo raça/cor ignorado ou em branco, com maiores percentuais de incompletude na região Centro-Oeste. Em 2014, a taxa de incidência de dengue na população negra foi de 172/100 mil habitantes, já em indivíduos da raça/cor branca foi de 201,5 casos/100 mil habitantes. (BRASIL, 2017c)

Entretanto, ao se observar a proporção de casos graves de dengue registrados no mesmo período, há uma inversão nos números, com 36,5% dos casos graves entre os negros e 35,9% em brancos. Ao avaliar os óbitos por dengue registrados em 2014 no Brasil: dos 475, 134 (28,2%) não continham informações sobre raça/cor, 175 (51,3%) ocorreram em negros e 160 (46,9%) em brancos. (BRASIL, 2017c)

Embora esses dados demonstrem uma maior prevalência da dengue na população de raça/cor branca, quando são observados os casos mais graves (como a dengue hemorrágica) e os óbitos provocados, existe uma maior prevalência na população negra.

Além das dificuldades na vigilância e no controle das arboviroses, outro grande problema deve ser discutido. Infelizmente observa-se ainda um alto percentual de incompletude da variável raça/cor nos estudos publicados sobre arboviroses no país e são escassas as evidências que discutam a ocorrência das arboviroses em uma perspectiva étnico-racial.

Contudo, alguns estudos apresentam dados referentes às variáveis raça/cor em segundo plano. Apesar de ainda serem poucos, permitem-nos uma reflexão inicial sobre quais determinantes biológicos – a exemplo a predisposição a outras comorbidades – e as condições socioeconômicas e de acesso a serviços precários contribuem para o aumento de casos graves e óbitos de dengue na população negra.

Um estudo realizado durante as epidemias de dengue de 2009 a 2012 evidenciou que indivíduos adultos de etnia negra acometidos pela doença e que apresentaram hipertensão arterial e alergias cutâneas preexistentes apresentaram maior risco de evoluir para a dengue hemorrágica. (TEIXEIRA et al., 2015)

Paixão e demais autores (2015) constataram que os aumentos na renda *per capita* média e no número de unidades básicas de saúde foram associadas com reduções nas taxas de letalidade nos casos de dengue hemorrágica. Já o declínio nos coeficientes de mortalidade foi associado a fatores como desigualdade social, alta renda *per capita* e maiores proporções de populações residentes em áreas urbanas. (PAIXÃO et al., 2015)

É visível a necessidade de mais estudos que avaliem as arboviroses e suas relações com a raça/cor, pois a população negra das grandes cidades brasileiras não pode continuar a morrer por tantas causas evitáveis. Não adiantam apenas campanhas educacionais e de controle vetorial sem garantir condições mínimas de saneamento básico, saúde e educação para os segmentos que não possuem o direito às cidades.

HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis

O termo Infecção Sexualmente Transmissível (IST) é utilizado para caracterizar patologias transmitidas majoritariamente pelo contato sexual (oral, vaginal, anal) ou transmissão vertical (de mãe para filho), mesmo não apresentando sinais e sintomas presentes em estágios mais avançados das doenças.

Considerando a etiologia, as ISTs podem ser causadas por vírus, bactérias ou outros micro-organismos. Como exemplo de IST, pode-se destacar: herpes genital, tricomoníase, condiloma acuminado causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), doença inflamatória pélvica, Donovanose, gonorreia, clamídia, Linfogranuloma Venéreo (LGV), sífilis, infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatites virais B e C. (BRASIL, 2020b)

O adoecimento por IST está intimamente relacionado à adesão e ao acesso a conhecimentos e tecnologias de prevenção que no contexto brasileiro vulnerabiliza a população negra pela ausência da concretização de políticas públicas de equidade em saúde. Esse cenário ainda é agravado pelo racismo estrutural e institucional presente nos serviços de saúde. Esses aspectos impactam diretamente a prevenção e o tratamento das ISTs, uma vez que o início oportuno da terapêutica é crucial para desfechos positivos e para o controle da disseminação das infecções. (LÓPEZ, 2011)

As relações desiguais de raça e gênero hierarquizam as experiências sexuais e reprodutivas da população negra. (MATTAR; DINIZ, 2012) Essas dimensões assumem um lugar de destaque na análise das exposições de mulheres negras às ISTs, levando-as a serem vítimas de violências sexuais, inclusive dentro dos seus espaços familiares e sociais. Ademais, muitas vezes precisam enfrentar violências institucionais na busca por serviços de amparo social, como delegacias e serviços públicos de saúde.

Considerando o racismo como fator de risco para o adoecimento por IST, Paulie Carvalho e demais autores (2017) identificaram que na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, ter mais de 50 anos, ser negro, homossexual ou bissexual se apresentam como fatores de maior exposição ao vírus da hepatite B. Na discussão sobre a sobreposição de vulnerabilidades, além do racismo, a população negra no Brasil também sofre com sexismo e homofobia existentes.

Na análise da distribuição percentual dos casos de aids notificados no Sinan segundo raça/cor (Tabela 1), entre os anos de 2010 e 2019 foi observado um acréscimo no percentual de notificações entre pessoas pardas e pretas. Vale destacar que nos anos de 2018 e 2019, mesmo excluindo o percentual de ignorados, existe uma diferença de 17,3 pontos percentuais entre a população negra (pretos e pardos) e a soma da população não negra (formada por brancos, amarelos e indígenas). Esse incremento nos últimos anos é preocupante e denuncia uma tendência com sérias implicações para a saúde da população negra que já apresenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde. (LAGES; SILVA; CAMPOS, 2014)

Tabela 1 – Distribuição percentual dos casos de aids notificados no Sinan, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico. Brasil, 2020*

Raça/cor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branca	45,3	44,9	43,5	41,2	40,4	40,7	39,5	39	37,5	37,4
Preta	10	9,8	9,9	9,7	9,7	10,1	10,9	10,6	10,4	10,5
Amarela	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7
Parda	35,9	36,4	38,8	41	42,4	42,4	42,8	44,4	45,3	45,5
Indígena	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Ignorada	8	8,2	7,1	7,5	6,8	6,1	6	5,3	5,9	5,6

Nota: *Casos notificados no Sinan até 30/06/2019; Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: MS/SVS/Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.³

Na análise dos casos de infecção pelo HIV na população geral do estado de São Paulo, dos 105.422 casos identificados nos anos 2000 a 2019, observou-se uma redução na taxa de detecção a partir do ano de 2016, com destaque para o ano de 2018, ano em que a redução na população masculina foi de 16,5% e na população feminina de 15,3%. No entanto, no mesmo período é registrado crescimento entre homens que fazem sexo com homens (HSH) da raça negra, quando já é observada a redução entre HSH brancos. (ROSA, 2014)

Esses números corroboram com os poucos apresentados para outras ISTs que denunciam a dificuldade de acesso e ausência de políticas de equidade racial. Para Santos (2016) e Garcia e Souza (2010), a vulnerabilidade pode ser verificada nas relações estabelecidas entre as pessoas de uma população e os equipamentos sociais existentes. Partindo desse pressuposto, as iniquidades étnico-raciais na saúde ganham forma na análise dos casos de HIV/aids impostas com as barreiras de acesso aos insumos, serviços e conhecimentos necessários à sua prevenção e tratamento. Essas barreiras ficam evidentes, por exemplo, na dificuldade de efetivação do princípio da equidade na implantação de unidade de saúde em regiões periféricas do Brasil.

3 Ver em: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

Na busca por estudos que representem o panorama das IST na população negra, é observada a carência de pesquisas epidemiológicas, especialmente na análise de grupos específicos de maioria negra, como populações rurais, grupos tradicionais, quilombolas, PSR, população privada de liberdade e população LGBTQIAPN+.

Essa ausência de dados é agravada na análise das ISTs que não compõem a relação de agravos de notificação compulsória, por exemplo: herpes genital, tricomoníase, condiloma acuminado transmissível pelo HPV, doença inflamatória pélvica, donovanose, gonorreia, clamídia, LGV e infecção pelo HTLV. Os dados encontrados estão concentrados em estudos sobre HIV/aids, sífilis e hepatites B e C, por serem agravos de notificação compulsória, e mesmo estes possuem poucos dados estratificados por raça/cor.

Covid-19

Os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela pandemia de um agente etiológico até então desconhecido, o SARS-CoV-2, o novo coronavírus, o qual foi identificado pela primeira vez no dia 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China. Em pouco tempo o vírus foi notificado em outros países no mundo, sendo que, em 7 de fevereiro de 2020, havia nove casos com suspeita por contaminação pelo vírus no Brasil. (LANA et al., 2020) Nos meses seguintes, a contaminação pelo vírus expandiu-se pelas cinco regiões do país.

A transmissão do vírus ocorre predominantemente por gotículas respiratórias provenientes de pessoas infectadas que podem ser expelidas por meio da fala, tosse ou espirro. Outras formas de transmissão estão relacionadas ao contato com objetos e superfícies contaminadas (o vírus pode permanecer por até 72 horas), liberação de aerossóis ou por meio das fezes de indivíduos infectados. O novo coronavírus pode ser transmitido por pessoas sintomáticas, pré-sintomáticas e assintomáticas. (AQUINO et al., 2020; WIERSINGA et al., 2020)

A infecção é responsável por causar a manifestação clínica chamada covid-19. Pacientes sintomáticos podem evoluir com quadro clínico apre-

sentando síndromes gripais agudas de intensidade leve à grave, que em 97% dos casos podem ocorrer até 12 dias após a infecção. Entre os sinais e sintomas apresentados, destacam-se: febre maior ou igual a 37,8°C, tosse seca, náusea, perda do paladar e olfato, dispneia, mialgia, fadiga, diarreia, insuficiência respiratória, perda da função dos órgãos sistêmicos, choque séptico ou levar a óbito. (WIERSINGA et al., 2020)

Comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade podem agravar o quadro clínico de pessoas acometidas. No Brasil, a população negra apresenta prevalências de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%) superiores à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). (BRASIL, 2017c) Partindo desse pressuposto, o percentual de pessoas negras com essas comorbidades acende o sinal de alerta quanto às complicações da doença nesse grupo.

Dados epidemiológicos referentes à covid-19 no Brasil até abril de 2021 mostram que foram registrados 14.308.215 de casos pela doença, refletindo na taxa de incidência acumulada de 6.756,9 casos por 100 mil habitantes. Ao observar o número de casos da Síndrome Gripal Aguda Grave (SRAG) hospitalizados em decorrência das complicações da enfermidade, 166.430 (36,7%) casos acometeram a população negra do país. Já para o falecimento por conta da SRAG, foram notificados 61.398 (40%) declarações de óbitos nesse segmento específico. (BRASIL, 2021a)

O *Boletim epidemiológico [da] covid-19* (2021), na Bahia, revelou que até o dia 30 de abril de 2021 foram registrados 900.841 casos da doença no estado, sendo que o valor do coeficiente de incidência calculado foi de 6.056,86/100 mil. Quanto à frequência dos casos na população baiana, observa-se que os casos confirmados são mais frequentes entre mulheres (54,98%) e 44,90% em homens. No quesito raça/cor, a intensidade dos casos prevalece entre pardos (49,79%), enquanto na população negra em geral o percentual registrado foi de 57,68%. (BAHIA, 2021) Ademais, em Salvador onde a taxa de letalidade por covid-19 corresponde a 2,8% e taxa de mortalidade de 168,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, a população negra também lidera os percentuais para casos notificados e óbitos pela doença, 88% e 74% respectivamente, seguidos pela população branca, amarela e indígena em ambos os parâmetros. (SALVADOR, 2021)

Até o momento, o distanciamento social (pelo menos dois metros), a higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70% e uso de máscaras caseiras têm sido as estratégias de prevenção ao SARS-CoV-2. (AQUINO et al., 2020) Em contrapartida, em um cenário de iniquidades sociais históricas na população negra em que há negação de direitos, pobreza, contexto de moradias inadequadas e acesso às condições mínimas de saneamento básico e água potável, essas medidas de prevenção e controle do novo coronavírus no Brasil soam contraditórias ao contexto de vida desse segmento. (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020)

Diante desse cenário social, vale lembrar que os impactos da pandemia não são homogêneos para toda a população negra, pois o segmento é formado por diferentes grupos populacionais que têm particularidades de vida e conseqüentemente desafios distintos para o enfrentamento à covid-19.

Por exemplo, a população idosa (grupo de risco à doença) no Brasil torna-se cada vez mais negra, e uma parcela desse grupo possui como renda somente aposentadoria, reside em locais com serviços de saúde precários e sofre com informações de baixa qualidade sobre a covid-19. Quilombolas enfrentam como desafios a baixa cobertura da ESF, falta de saneamento básico e perda de seus territórios por grileiros e/ou por intervenção do governo federal. (SANTOS et al., 2020b)

A PSR brasileira é majoritariamente negra, invisibilizada pelas políticas públicas (BRASIL, 2019b), vive em contexto de iniquidades sociais e é acometida por comorbidades como tuberculose, HIV/aids, pneumonia e doenças crônicas que aumentam o risco de morte pela covid-19. Essas doenças também são comuns entre pessoas privadas de liberdade que possuem outro desafio no enfrentamento ao novo coronavírus: viverem em celas superlotadas, além de serem acometidas pelas comorbidades. (SANTOS, M. P. A. D., 2020)

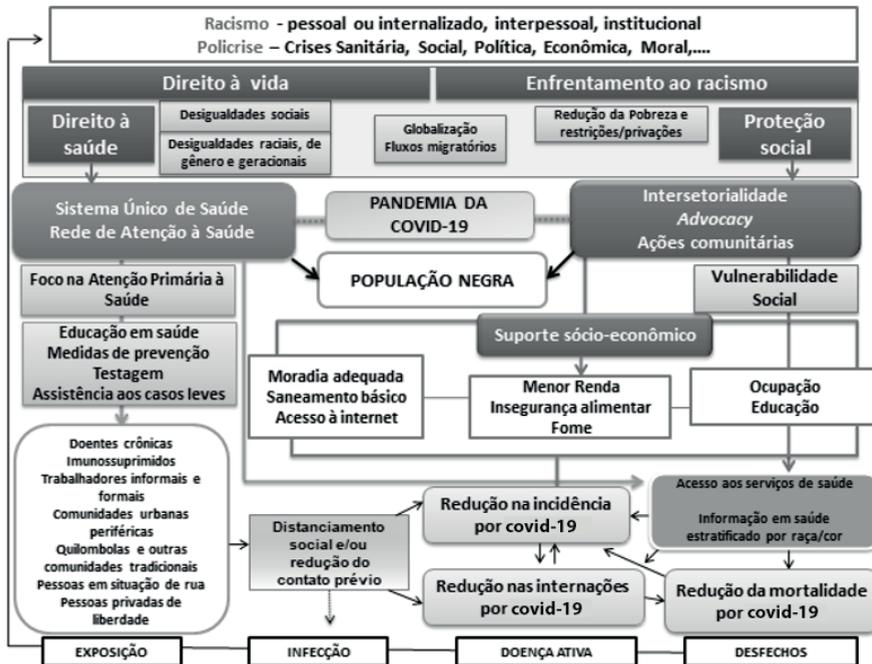
Território e renda também interferem no comportamento da covid-19 na população negra residente nas favelas e comunidades urbanas. No estado do Rio de Janeiro, o *Boletim Socioepidemiológico da covid-19 nas favelas: análise de frequência, incidência, mortalidade e letalidade por covid-19 em favelas cariocas* (2020) ressalta que esses territórios têm alta densidade populacional, falta de saneamento básico e são distantes dos centros de saúde.

Ademais, realizar o distanciamento social torna-se uma tarefa difícil para uma parcela da população que vive do trabalho informal nas ruas para sustentar suas famílias, expondo-se, dessa maneira, ao vírus. O documento sinaliza sobre o percentual elevado de casos e óbitos da covid-19 na população negra em regiões com concentrações altíssimas de favelas. (ANGELO; LEANDRO; PERISSÉ, 2020)

A SRAG por covid-19 ou por causas não especificadas leva à internação e pode ocasionar morte entre mulheres gestantes e puérperas. Na cidade de Belo Horizonte, o *Boletim de InfoCovid*, do Observatório de Saúde Urbana (OSUBH) (BRASIL, 2020e), identificou que mulheres gestantes negras representam 84,8% dos casos com uma das duas síndromes, enquanto puérperas negras são maioria nesse quesito também em comparação às brancas (47,6% e 38,1%, respectivamente).

Por fim, observa-se que mais uma vez os segmentos da população negra estão sendo estrategicamente mantidos em condições de vida inadequadas para enfrentar a pandemia da covid-19. A Figura 4 ilustra as dimensões do impacto da covid-19 interseccionalizada aos DSS da população negra, destacando algumas estratégias importantes para o enfrentamento à pandemia: fortalecimento da atenção primária, medidas de prevenção como o distanciamento social e suporte econômico.

Figura 4 – Determinantes, impactos e estratégias de enfrentamento da pandemia da covid-19 na população negra do Brasil



Fonte: Modelo elaborado a partir de Nery (2016 apud SANTOS, 2020).

Sendo assim, as tomadas de decisão do Estado em manter esse cenário de iniquidades simbolizam a necropolítica, conceito formulado pelo camaronês Achille Mbembe (2018), o qual as instituições se responsabilizam em escolher quem vive ou deixa de viver, sendo aqui aplicado no contexto da pandemia. Ressalta-se que essa exclusão é estratégica, pois esses problemas sociais estavam presentes e marcados no cotidiano da população negra antes da chegada do vírus no Brasil.

Considerações finais

Diante das evidências apresentadas, é notório que o povo negro está no topo da lista das complicações clínicas, sociais e mortalidade por doenças infectocontagiosas. Diferentes segmentos da população negra enfrentam diversos desafios para minimizar os efeitos da morbimortalidade

por DIPs no Brasil. Mudanças no panorama da saúde da população negra encontram como obstáculos o estigma, preconceito e discriminação racial. Richard Parker (2013) aborda que as condições de saúde estão intimamente associadas a esses elementos, os quais geram a segregação de grupos, como PSRs e com HIV/aids.

Nesse sentido, a atual conjuntura do país marcada por profundas crises moral, ideológica, social, econômica e sanitária com aumento da desigualdade social, deterioração das condições de vida, aumento do desemprego e da violência em suas diversas formas, piora dos indicadores de saúde, apresenta maiores impactos em segmentos marcados pela resistência e sobrevivência (indígenas, quilombolas etc.).

Por outro lado, a saúde pública brasileira encontra-se em desmonte. O subfinanciamento e precarização do SUS são provocados pela dinâmica da economia nacional que está fragilizada pela dependência de investimento de capital estrangeiro gerado a partir das exportações das riquezas naturais e pela priorização de criação de superávit primário para diminuir a dívida externa.

A Emenda Constitucional nº 95 prevê o congelamento do gasto primário real da União por um período de 20 anos a partir de sua promulgação em 2016, piorando a problemática do subfinanciamento dos principais programas de saúde, educação, moradia e distribuição de renda. Uma das consequências negativas do subfinanciamento do SUS está relacionada à queda de investimento para a efetivação das ações prioritárias da atenção primária, principal responsável pelas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como a vacinação. (FUNCIA, 2019)

A expansão da atenção primária à saúde foi associada a reduções nas desigualdades raciais da mortalidade por causas sensíveis à atenção primária entre negros e não negros. Entretanto, os brasileiros pretos/pardos apresentaram uma redução duas vezes maior na mortalidade do que os brasileiros brancos nos municípios com maiores coberturas da atenção primária à saúde, com maiores reduções nas mortes por doenças infecciosas, deficiências nutricionais e anemia, diabetes e doenças cardiovasculares na população negra. (HONE et al., 2017)

Com o enfraquecimento da rede de atenção primária à saúde, os programas que atuam de forma preventiva para evitar a necessidade de hospitalização perdem seu protagonismo. Isso faz com que aumente a demanda de pessoas acometidas por doenças nos serviços de saúde, sobrecarregando todo o sistema. Os programas de promoção da saúde ajudam a população a não necessitar da utilização de medicamentos, realização de exames complexos e utilização da rede hospitalar. Esses são recursos que algumas vezes não estão à disposição no sistema público de saúde e, se são ofertados, geralmente não conseguem suprir a demanda.

O fortalecimento da saúde coletiva por meio do SUS é uma das alternativas. Para tanto, a compreensão mais ampliada de intersetorialidade e o desenvolvimento de políticas de saúde específicas, com especial atenção para a atenção primária em saúde, são estratégias para diminuir as iniquidades e violação do direito à saúde da população negra. (SOUZA et al., 2019)

Para que o cenário seja diferente ao que se projeta, são necessárias mudanças na administração do país, que tem negligenciado os cuidados à saúde e ao SUS. Com o fortalecimento do SUS em suas diferentes áreas de atuação, é possível conter o número de vidas negras que vêm a óbito a cada minuto no país por causas evitáveis, especialmente colocando em prática os princípios da integralidade, universalidade e equidade, aplicados na cobertura e assistência à saúde.

Referências

ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/1068>. Acesso em: 3 jan. 2023.

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.

ANDRADE, K. V. F.; NERY, J. S.; ARAÚJO, G. S. et al. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços*

de Saúde, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 1-12, 2019a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jress/a/rrxcw39ZNrngGcYqdXgjZZs/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ANDRADE, K. V. F.; NERY, J. S.; PESCARINI, J. M. *et al.* Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 13, n. 9, p. 1-18, 2019b. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007714#:~:text=Among%20the%20associated%20factors%2C%20we,odds%20of%20leprosy%20treatment%20default>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ANGELO, J. R.; LEANDRO, B. B. da S.; PERISSÉ, A. R. S. *Boletim Socioepidemiológico da covid-19 nas favelas*: análise de frequência, incidência, mortalidade e letalidade por covid-19 em favelas cariocas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42662/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 3 jan. 2023.

AQUINO, E. M. L.; SILVEIRA, H. I.; PESCARINI, J. M. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C. N.; HOGAN, V. K. *et al.* Diferenciais de raça/cor em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 405-412, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x4Hbc77jXBdmbQ9hB9LqVpk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Boletim Epidemiológico [da] covid-19*. [Salvador: SESAB], 2021. Número 402.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Boletim Epidemiológico da Esquistossomose*. [Salvador]: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2018. Número 1.

BAHIA. Secretaria de Saúde. *Boletim Epidemiológico de Doença de Chagas*. [Salvador]: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2019. Número 1.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, G. M.; BASTOS, F. I. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9780,

p. 1877-1889, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60202-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60202-X/fulltext). Acesso em: 3 abr. 2023.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60202-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60202-X/fulltext). Acesso em: 03 de abril de 2023.

BHUTTA, Z. A.; SOMMERFELD, J.; LASSI, Z. S. *et al.* Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. *Infectious Diseases of Poverty*, [s. l.], v. 3, n. 21, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126350/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. *Relatórios de Informações Sociais*. Consulta, Seleção e Extração de informações do Cadastro Único – CECAD. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2020a. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad20/tab_cad.php. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Departamento de Monitoramento. *População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?*. Brasília, DF: Ministério de Cidadania, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas no Brasil: vulnerabilidade e desafios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. p. 99-141.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SGgpSRmvyByDF3bKphbd3Tx/?lang=pt#:~:text=Por%20meio%20de%20dados%20epidemiol%C3%B3gicos,%2C%20mal%C3%A1ria%2C%20esquistossomose%20e%20tuberculose>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política*

Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Número 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial*. Doença pelo Coronavírus covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico – Tuberculose 2020*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Número especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 49, n. 4, p. 1-12, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico Especial Tuberculose 2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 48, n. 4, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 51, n. 20, p. 1-47, 2020d. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim_epidemiologico_svs_48.pdf. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica e estratégias de prevenção, controle e eliminação das doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 1995 a 2016. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 49, n. 49, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018 População Negra*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. *Cadastramento diferenciado. Diversidade no Cadastro Único – Respeitar e Incluir*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2016.

BRASIL. Observatório de Saúde Urbana. *InfoCovid – Informe 08*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/casos-de-tuberculose-desde-2001-sinan/>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Portaria nº 344 de 1 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 24, p. 62, 2 fev. 2017d. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/20785617/doi-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508. Acesso em: 18 set. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

CARVALHO, P. M. R. S.; MARCOS, M. A.; MARTINS, R. M. B. *et al.* Prevalence, risk factors and hepatitis B immunization: helping fill the gap on hepatitis B epidemiology among homeless people, Goiânia, Central Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00109216.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

CASTRO, S. S.; SANTOS, J. P. P.; ABREU, G. B. *et al.* Incidência da hanseníase, caracterização dos casos e correlação com variáveis do domicílio e dos casos nos estados brasileiros no ano de 2010. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 28-33, 2016. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.com.br/detalhe-artigo/102416/Incidencia-da-hanseniasi-e-caracterizacao-dos-casos-e-correlacao-com-variaveis-do-domicilio-e-dos-casos-nos-estados-brasileiros-no-ano-de-2010->. Acesso em: 3 abr. 2023.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). *Atlas da Violência 2020*. Brasília, DF: Ministério da Economia: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 3 abr. 2023. 2023.

FERREIRA, A. F.; SOUZA, E. A.; LIMA, M. da S. *et al.* Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 43, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830300/pdf/rpsp-43-e87.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FUNCIA, F. R. Underfunding and federal budget of SUS: Preliminary references for additional resource allocation. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwSWhzyBHGxTgLfFMj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 3 abr. 2023.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. *Doenças Transmissíveis e situação socioeconômica no Brasil*: análise espacial. Brasília, DF: IPEA, 2016. Texto para discussão 2263.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, p. 9-20, 2010. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da covid-19. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdwbzHpmR9L/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 14, n. 5, p. 1-19, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdwbzHpmR9L/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

IBGE. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>. Acesso em: 16 set. 2020.

ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S. *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ress/a/kwqktpkDz3KwqcsLggcPvmM/?lang=pt#:~:text=\(Tabela%201\).-,A%20preval%20de%20doen%20reportada%20de%206%2025%20\(,9\)%20\(Tabela%202\)](https://www.scielo.br/j/ress/a/kwqktpkDz3KwqcsLggcPvmM/?lang=pt#:~:text=(Tabela%201).-,A%20preval%20de%20doen%20reportada%20de%206%2025%20(,9)%20(Tabela%202).). Acesso em: 3 abr. 2023.

LAGES, S. R. C.; SILVA, A. M. da; CAMPOS, M. P. P. *et al.* Desafios para o enfrentamento ao HIV/aids entre os homossexuais negros. *Encontro: Revista de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 17, n. 27, 2014. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/renc/article/view/2996/2811>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. da C. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagnóstico e tratamento*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRYJkXk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LÓPEZ, L. C. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 590-603, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/06.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; BERNAL, R. T. I. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 713-725, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7NTw4vts4sV5Z8PrWHT4ytk/?lang=pt#:~:text=Ap%20B3s%20>

o%20ajuste%20opor%20fatores,de%20trabalho%2C%20mais%20 hipertens%C3%A3o%20arterial. Acesso em: 3 abr. 2023.

MARTINS-MELO, F. R. *Mortalidade relacionada às doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 2000-2011: magnitude, padrões espaço-temporais e fatores associados*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface* – Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-119, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

NERY, J. S.; RAMOND, A.; PESCARINI, J. M. *et al.* Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *The Lancet Global Health*, Amsterdam, v. 7, n. 9, p. 1226-1236, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30260-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30260-8/fulltext). Acesso em: 03 de abril de 2023.

NICCHIO, M. V. C.; ARAUJO, S.; MARTINS, L. C. *et al.* Spatial and temporal epidemiology of Mycobacterium leprae infection among leprosy patients and household contacts of an endemic region in Southeast Brazil. *Acta tropica*, Basel, v. 163, p. 38-45, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27469619/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OLIVEIRA, R. G. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zs9vNx7xqcc3XrjsmdSCRFm/?lang=pt#:~:text=As%20Doen%C3%A7as%20Negligenciadas%20ainda%20que,com%20baixa%20capacidade%20de%20pagamento>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas: avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas*. Brasília, DF: OMS, 2012.

PAIXÃO, E. S.; COSTA, M. da C. N. *et al.* Trends and factors associated with dengue mortality and fatality in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 48, n. 4, p. 399-405, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/qXt6BSSrGJW5GQ8X4sqFmKc/?lang=en>. Acesso em: 3 abr. 2023.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-29.

PESCARINI J. M.; NERY, J. S.; SKALINSKI, L. M. *et al.* Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 12, n. 7, p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29985930/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

RANZANI, O. T.; RODRIGUES, L. C.; BOMBARDA, S. *et al.* Long-term survival and cause-specific mortality of patients newly diagnosed with tuberculosis in São Paulo state, Brazil, 2010-15: a population-based, longitudinal study. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 20, n. 1, p. 123-132, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(19\)30518-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(19)30518-3/fulltext). Acesso em: 3 abr. 2023.

RIBEIRO, P. M.; COSTA, C. A. R. Racismo de Estado, biopoder e negligência: retratos da saúde na história brasileira. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 74-91, 2016. Disponível em: <https://pesquisadores.uff.br/academic-production/racismo-de-estado-biopoder-e-neglig%C3%A2ncia-retratos-da-sa%C3%BAdade-na-hist%C3%B3ria>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ROSA, T. Comunidade internacional debate a situação da Aids no mundo. *Consensus*, Brasília, DF, v. 12, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/comunidade-internacional-debate-situacao-da-aids-mundo/>. Acesso em: 17 set. 2020.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de vigilância em saúde. *Boletim Epidemiológico* 07. Salvador: SMS, 2021.

SANTOS, H. L. P. C.; MACIEL, F. B. M.; SANTOS, K. R. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4211-4224, 2020a. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SANTOS, M. P. A. D.; NERY, J. S.; GOES, E. F. *et al.* População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJfBY9LFH3WMQHv/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

SAUNDERS, M. J.; EVANS, C. A. Covid-19, tuberculosis and poverty: preventing a perfect storm. *European Respiratory Society's*, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/56/1/2001348>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SILVA, T. O.; VIANNA, P. J. de; ALMEIDA, M. V. G. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p.1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20do%20estudo%20permitem,situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua%20no%20Brasil>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SOUZA, C. S. Leprosy: Clinical forms and differential diagnosis. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 30, p. 325-334, 1997.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXC BkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SOUZA, M. F. M.; MALTA, D. C.; FRANÇA, E. B. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXC BkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. da C. N.; PAIXÃO, E. S. da *et al.* Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qQCnB7Fb4w6NwYQrHFzbmPL/?lang=pt#:~:text=Al%C3%A9m%20desta%20reorganiza%C3%A7%C3%A3o%20h%C3%A1%20que,%C3%A0%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20forma%20universal>. Acesso em: 3 abr. 2023.

TEIXEIRA, M. G.; PAIXÃO, E. S.; COSTA, M. da C. N. *et al.* Arterial Hypertension and Skin Allergy Are Risk Factors for Progression from Dengue

to Dengue Hemorrhagic Fever: A Case Control Study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 9, n. 5, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Centro Colaborador da Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Boletim sobre doenças infecciosas relacionadas ao trabalho, incluindo a covid-19. 15. ed. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2020.

WIERSINGA, W. J.; RHODES, A.; CHENG, A. C. *et al.* Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): a review. *JAMA Clinical Reviews*, [s. l.], v. 324, n. 8, p. 782, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768391>. Acesso em: 4 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, v. 95, n. 36, p. 417-440, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-wer9536>. Acesso em: 4 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report for research on infectious diseases of poverty*. Geneva: WHO: UNICEF: UNPD: World Bank: Who Special Programme For Research and Training in Tropical Diseases, 2012.

Capítulo 2

MORBIDADE HOSPITALAR E FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO A RAÇA/COR

Ionara Magalhães de Souza
Nelson Fernandes de Oliveira
Felipe Souza Nery
Carlos Alberto Lima da Silva
Mona Gizelle Dreger Nery
Edna Maria de Araújo

Introdução

O processo saúde-doença representa um fenômeno histórico, coletivo e social determinado pelo tipo de relações sociais existentes, bem como pelo modo de produção econômica e estrutura jurídico-política vigentes em cada sociedade, e se exprime em um padrão de morbidade específico. (ROCHA, 1980)

A morbidade hospitalar compreendida como o ápice do “iceberg” (LAST, 1963) adquire importância ímpar por constituir a fração assistida que consome maior quantidade de recursos na política assistencial, principalmente quando essa fração assistida passa a representar a totalidade da demanda de assistência hospitalar local. (ROCHA, 1975)

Os diferenciais nos perfis de adoecimento e suas mediações sociais transpõem o aspecto biológico e se projetam para a dimensão social das vulnerabilidades e complexidades que articulam diferentes mecanismos

de integração, inclusão e exclusão sociais e fundamentam a relação entre as desigualdades e as condições de saúde. (MAGALHÃES, 2007)

As desigualdades sociais em saúde podem se exprimir de múltiplas formas, tanto no processo saúde-doença, como no acesso e utilização de serviços de saúde, haja vista que as desigualdades nas condições de saúde estão fortemente relacionadas com a organização social e inclinam-se a evidenciar o grau de iniquidade vigente em cada sociedade. Dessa forma, a desigualdade na distribuição do estado de saúde representa uma diferença comparativa, na qual grupos sociais em desvantagem sistematicamente gozam de pior saúde ou maior exposição a riscos de saúde que grupos em vantagem. (BARATA, 2009)

Raça/cor e etnia são categorias ainda pouco valorizadas nas discussões e práticas dos serviços de saúde e nas produções científicas sobre a saúde no Brasil. (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011) A Política Nacional de Saúde da População Negra prevê a utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas com vistas à definição de prioridades, planejamento, monitoramento, tomada de decisão e promoção da equidade em saúde da população negra. (BRASIL, 2007)

Da mesma forma, a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, introduziu o quesito de raça/cor nos dados de identificação individual. (BRASIL, 2013)

A utilização do recorte étnico/racial nos estudos de saúde oportuniza produzir informações e agregar evidências epidemiológicas acerca de grupos historicamente desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico, possibilitando uma configuração mais detalhada das iniquidades sociais e das desigualdades em saúde no Brasil. (MAIO et al., 2005)

Os negros, ou seja, pardos e pretos representam maioria, isto é, 50,7% da população brasileira. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2018, no estado da Bahia, 81,1% da população se autodeclararam negros, uma proporção que superava os dados nacionais. (IBGE, 2018)

Entretanto, apesar de representar maioria, tanto em nível nacional quanto no estado da Bahia, a população negra situa-se nos extratos mais

pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde. A situação de saúde da população negra no Brasil reflete as condições históricas de desigualdades que resultaram em um quadro de iniquidades enfrentadas por esse segmento populacional.

Este capítulo apresenta a singularidade de considerar na análise do perfil de morbidade hospitalar, a raça/cor e os aspectos socioeconômicos. Essa singularidade se fundamenta em duas razões, a primeira é que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o estado da Bahia é considerado o estado mais negro do Brasil e apresenta 8 das 10 cidades brasileiras com maior população negra. Logo, a importância de conhecer as condições de saúde dessa população.

E a segunda razão é que, em uma das conclusões de um estudo que consistiu no levantamento da produção científica relacionada a aplicações dos dados, limites e potencialidades do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) na saúde coletiva, se observou que, nas análises por área geográfica, poucos estudos foram desagregados por unidades espaciais menores, predominando os estudos voltados para os estados e as grandes regiões do país. (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006)

Outrossim, na literatura constata-se poucos dados consistentes sobre a causalidade das doenças e agravos que supostamente afetariam preferencialmente a população negra (BRASIL, 2001), bem como são inexistentes estudos que estabeleçam diferenciais da morbidade hospitalar segundo a raça/cor no estado da Bahia.

Morbidade e desigualdades em saúde

O perfil de morbidade da população brasileira caracteriza-se pelo crescimento da prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis e pela coexistência de doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, assim como pela continuidade de doenças transmissíveis e elevada carga de acidentes e violência. (BRASIL, 2011)

Considerando-se o processo de transição epidemiológica que demarca uma mudança nos padrões de morbimortalidade, destaca-se uma dupla

carga de doenças decorrentes de uma exposição, tanto aos riscos considerados tradicionais (ausência de saneamento básico, desnutrição e poluição intradomiciliar) quanto aos riscos tidos por modernos (poluição industrial e violência), cuja justaposição converge para os segmentos mais vulnerabilizados, ou seja, as populações mais empobrecidas experimentam altos níveis de interação de risco provocados pelas desigualdades em saúde, resultando em piores condições de saúde. (DUARTE et al., 2002)

Em comparação com estudos sobre a avaliação das necessidades de recursos para a saúde pautados em base de dados de mortalidade, os estudos que avaliam as necessidades de saúde das pessoas fundamentados nas medidas de morbidade têm a vantagem de captar as diferenças na qualidade de vida dos indivíduos e provocar a reflexão para a gama de morbidades apresentadas no transcurso de saúde, ao invés de restringirem-se à causa de morte. (NERI; SOARES, 2002)

A morbidade expressa a situação de saúde de determinado grupo social. Desse modo, as estatísticas de morbidade consistem em estratégico indicador de saúde que possibilita dimensionar o processo saúde/doença nas populações, subsidiar o planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações de saúde. (MENEGHELL et al., 1997)

A Medicina baseada em evidências demonstra que algumas doenças são mais frequentes ou manifestam-se de forma diferenciada em determinados grupos humanos raciais ou étnicos, dadas as interações ambientais e culturais com o patrimônio genético.

Todavia, cumpre considerar que “há uma produção social da doença, ou da manutenção da sanidade nas condições das sociedades de classes, da opressão racial/étnica e da opressão de gênero”. (OLIVEIRA, 2003, p. 59) As formas históricas através das quais os homens dividem a riqueza representam significativas variações na distribuição das doenças em populações. (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009)

Segundo Luis Eduardo Batista (2005), a forma de viver como grupos sociais está condicionada à construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros. Dessa forma, o espaço social ocupado por homens e mulheres, brancos e negros afeta diretamente o processo saúde, doença e morte. Apesar de se postular que as desigualdades não são raciais

e sim sociais (CICONELLO, 2008), essa premissa é facilmente desmitificada quando se evidenciam as condições de viver, nascer e morrer da população negra. (SAMPAIO, 2012)

No Brasil, evidencia-se uma posição consensual entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra e que necessitam de uma abordagem específica. Essas doenças podem ser agrupadas nas seguintes categorias:

- a. geneticamente determinadas – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- b. adquiridas em condições desfavoráveis – desnutrição, doenças do trabalho, anemia ferropriva, Doença Sexualmente Transmissível (DST) como HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, tuberculose, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- c. de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, coronariopatias, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, miomatoses, câncer.

Apenas com uma abordagem específica dessas doenças e agravos pode-se viabilizar a promoção da equidade em saúde no país. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2001)

A literatura apresenta extensa produção dos expressivos diferenciais raciais em todas as esferas da vida. (JACCOUD, 2009) No que tange a condições de vida e de saúde,

Negros nascem com peso inferior a brancos, têm maior probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade, têm menor probabilidade de frequentar uma creche e sofrem de taxas de repetência mais altas na escola, o que leva a abandonar os estudos com níveis educacionais inferiores aos dos brancos. Jovens negros morrem de forma violenta em maior número que jovens brancos e têm probabilidades menores de encontrar um emprego. Se encontrarem um emprego, recebem menos da metade do salário recebido pelos brancos, o que leva a que se aposentem mais tarde e com valores

inferiores, quando o fazem. Ao longo de toda a vida, sofrem com o pior atendimento no sistema de saúde e terminam por viver menos e em maior pobreza que brancos. (IPEA, 2007, p. 281)

Em 2000, a proporção de negros que viviam em aglomerados subnormais – favelas, palafitas e assemelhados – representava quase o dobro da proporção de brancos. As taxas de homicídio, por exemplo, são mais elevadas nos bairros nos quais a renda média é menor e os serviços urbanos são mais deficientes; os negros são os principais alvos da violência letal, tanto em estados com elevadas taxas de homicídio quanto naqueles em que os números se mostram inferiores à média nacional. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005)

Os dados epidemiológicos são expressivos e convincentes no que dizem respeito à redução da qualidade de vida e da expectativa de vida da população negra que geralmente apresenta níveis mais baixos de instrução, reside em áreas menos providas de serviços de infraestrutura básica, tem menos acesso ao SUS e, quando ocorre, dispõe de serviços de saúde de menor qualidade. (ZAMORA, 2012)

A despeito do SUS adotar os princípios de universalidade, igualdade e equidade, com garantia constitucional conferida a todo(a) cidadão(ã), o acesso universal aos serviços de saúde não se efetiva (GOES; NASCIMENTO, 2012) e não se tem assegurado à população negra o mesmo nível de qualidade de atenção e perfil de saúde direcionado à população branca. (LOPES, 2005)

Estudos sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) relatam que a predisposição ao adoecimento de negros por HAS não se restringe à maior predisposição fisiológica à doença por seletividade genética, argumentando a elevada influência das condições sociais no processo de adoecimento. (BROWN, 2006) Segundo Luis Eduardo Batista (2002), hipertensão, tuberculose, diabetes e alcoolismo constituem causas de morte mais comuns entre negros do que entre brancos.

No relatório *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil* (2005) que apresenta informações segundo raça, cor e etnia, destaca-se que o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por

causas infecciosas e parasitárias é 60% superior em comparação com o risco de uma criança branca. Outrossim, o risco de morte por desnutrição revelou um dado impactante, no qual as crianças pretas e pardas têm 90% maior risco de morte do que as crianças brancas. (BRASIL, 2005)

Em 2000, a esperança de vida ao nascer para as mulheres brancas era de 73,8 anos, ao passo que as negras registravam 69,5 anos. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2004) Nas últimas décadas, constatou-se uma redução nas taxas de mortalidade infantil, por outro lado registrou-se um crescimento de mortes por causas violentas, principalmente nos grandes centros: ser preto, jovem, de sexo masculino e solteiro representa o perfil preferencial da violência letal no Brasil.

Com relação aos óbitos, segundo o sexo feminino, as causas mal definidas e externas ocupavam o quarto lugar de importância entre as mulheres brancas, ao passo que no grupo de mulheres negras representam a segunda maior causa de óbito. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005)

Diferenciais são também observados no acesso ao atendimento ginecológico preventivo, um dos procedimentos essenciais para assegurar boas condições de saúde sexual e reprodutiva. De acordo com dados referentes ao ano de 2000, observou-se que 7,7% das gestantes negras não fizeram nenhum exame pré-natal, em comparação com 2,8% das gestantes brancas. (CUNHA, 2001)

Considerando-se o percentual de mulheres que realizaram mais de seis consultas pré-natais, registraram-se 55% entre as brancas e 34% entre as negras. Outrossim, o número de mulheres negras que tiveram o parto em casa superou o dobro do número correspondente às mulheres brancas. (CUNHA, 2001)

As evidências sistematicamente sinalizam para uma situação de iniquidade racial em saúde, conforme os dados de morbimortalidade. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005)

Os perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros revelam-se tanto na prevalência quanto na invisibilidade de doenças e agravos na po-

pulação negra e potencializam-se pela não inclusão da questão racial em processos de formação, pela dificuldade de acesso a serviços de saúde e insumos e pela baixa qualidade da atenção à saúde. (KALCKMANN et al., 2007)

Nessa perspectiva, proporcionar visibilidade política aos dados da morbidade segundo raça/etnia é incomensurável, assim como é de grande valia a classificação racial, pois através dela é possível delimitar as causas de adoecimento e morte na população negra. (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004)

A dimensão racial na saúde é fundamental, pois possibilita proporcionar visibilidade às doenças e aos agravos mais prevalentes ou exclusivos de determinados grupos populacionais, de maneira que se possa intervir na realidade e reduzir as desigualdades sociais. (OLIVEIRA, 2003)

No SIH-SUS, os dados com a incorporação da variável raça/cor estão disponíveis desde 2008. Para Adauto Soares Filho (2012), a incorporação da variável raça/cor nos sistemas de informação possibilita evidenciar, através de constatações empíricas diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença, os perfis de morbimortalidade da população brasileira.

A determinação dos agravos à saúde é complexa e multidimensional. Os indicadores sociais passaram a ter grande importância no conjunto de variáveis dos estudos epidemiológicos e a desigualdade social inseriu-se como importante fator explicativo das condições de saúde das populações. (FERREIRA; LATORRE, 2012)

Importa reconhecer que o direito à saúde tem base constitucional e impõe-se como condição imprescindível para o exercício pleno da cidadania e garantia de promoção da igualdade racial, estabelecendo o desenvolvimento e o fortalecimento da democracia como eixos estratégicos para o combate e a superação do racismo. (BRASIL, 2007)

Morbidade hospitalar e raça/cor

As estatísticas hospitalares correspondem ao único registro sistemático de informações sobre morbidade. (LEBRÃO, 1995) Os indicadores da morbidade hospitalar permitem dimensionar a complexidade e particularidade da assistência prestada. (LEBRÃO, 1982) Sob perspectiva epidemiológica,

os indicadores de mortalidade isoladamente não informam de maneira adequada sobre a situação de saúde de uma determinada população.

Nesse sentido, as estatísticas de morbidade oportunizam compreender a dinâmica do processo saúde-adoecimento e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde. (MATHIAS; SOBOLL, 1996) As informações diagnósticas, demográficas e geográficas geradas a partir das internações hospitalares potencializam as possibilidades de produção de conhecimento em saúde coletiva (VIACAVA, 2002) e de análise das desigualdades em saúde.

Os estudos sobre morbidade desenvolvidos a partir do SIH-SUS possibilitam identificar grupos de causas prioritários (MASCARENHAS; BARROS, 2015), construir metodologias e indicadores que evidenciem as desigualdades em saúde, identifiquem os problemas relacionados à cobertura e à qualidade das notificações (ANDRADE et al., 2009) e, assim, substanciar a implementação de estratégias específicas de prevenção e assistência, monitoramento de doenças e agravos. (MASCARENHAS; BARROS, 2015)

Estima-se que 70% do total das internações hospitalares registradas no Brasil sejam decorrentes do SIH-SUS. (MATHIAS; SOBOLL, 1998) As informações no SIH-SUS são disponibilizadas com celeridade, com tempo de defasagem inferior a um mês. Desse modo, esse sistema representa uma ferramenta importantíssima para os gestores locais, no que concerne à vigilância epidemiológica (MENDES et al., 2000), controle e avaliação de impacto de ações e serviços de saúde. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007)

A organização social, econômica, política e ideológica do espaço geográfico expressa as condições de vida, a ocorrência e distribuição dos riscos e agravos. (PAIM, 1997) Considerar o local de residência e o local de internação nas análises de morbidade pode evidenciar aspectos determinantes do processo saúde-doença, as diferenças regionais e o acesso aos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde representa um indicador de qualidade e capacidade do sistema de saúde de ser resolutivo, integral e universal face às necessidades de uma população e às acentuadas desigualdades sociais. (SIQUEIRA et al., 2017) As desigualdades quanto à acessibilidade e ao

uso de serviços de saúde traduzem as desigualdades individuais e sociais mediante o risco de adoecer e morrer, as diferentes respostas comportamentais do indivíduo face ao adoecimento e as características da oferta de serviços de cada sociedade. (TRAVASSOS et al., 2000)

Nos estudos epidemiológicos e análise dos diferenciais em saúde, o recorte étnico-racial assume dimensão central e possibilita revelar assimetrias com relação ao comportamento dos indicadores de saúde. (CUNHA, 2008) Nessa direção, as informações desagregadas por raça/cor têm um sentido estratégico incalculável, pois oportunizam realizar diagnóstico epidemiológico, evidenciar como e do que adoecem os grupos raciais ou étnicos e delimitar de maneira mais precisa a negligência, a omissão, a dificuldade de acesso e a institucionalização do racismo em práticas políticas e sociais. (OLIVEIRA, 2003)

Com efeito, a raça/cor por si só não constitui um fator de risco ou exposição. Devem-se considerar os contextos históricos específicos em que a raça/cor assume significados e dimensões sociais particulares. (CUNHA, 2008)

Desse modo, a análise das internações hospitalares por raça/cor proporciona avaliar o perfil de morbidade entre as populações e principalmente os diferenciais no acesso em serviços de saúde. Nesse sentido, neste capítulo objetiva-se analisar a associação entre morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo a raça/cor na Bahia, durante o período 2008-2018.

Métodos

Estudo ecológico, exploratório, constituído de várias observações de corte transversal mensuradas em diferentes momentos no tempo. Foram considerados os dados secundários disponíveis no SIH-SUS. Para efeito do estudo, foram convencionalmente selecionadas as cinco categorias de internações hospitalares por ano de processamento, mais prevalentes da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), durante o período 2008-2018, no estado da Bahia.

Foram incluídos todos os municípios baianos nos quais houve registros de internações hospitalares no SIH-SUS, além de dados socioeconômicos fornecidos pelo IBGE. O quantitativo populacional por raça/cor na Bahia no período foi obtido por meio do método de estimativa geométrica, considerando-se como base os dados populacionais intercensitários (2000-2010) disponibilizados pelo IBGE.

Optou-se por adotar o padrão utilizado pelo IBGE, que considera como população negra o somatório dos indivíduos autodeclarados como pretos e pardos. Essa classificação possibilita minimizar possíveis vieses relacionados à classificação racial autodeclarada da cor, bem como à pequena proporção de população preta por município. Por apresentarem uma baixa ocorrência de internações, as categorias indígenas e amarelas não foram incluídas no estudo.

Convém salientar que, nesse estudo, raça/cor é analiticamente compreendida como um constructo histórico e social – tratamento indispensável aos estudos sobre desigualdades em saúde. (LAGUARDIA, 2004)

Foram utilizados como unidade de análise os municípios do estado da Bahia, tendo as seguintes variáveis:

- a. Variáveis desfecho: número de internações hospitalares das causas mais prevalentes no respectivo período;
- b. Variável de exposição: proporção da população negra por município no estado da Bahia, 2008-2018;
- c. Covariáveis: coeficiente de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); renda *per capita*; densidade demográfica; taxa de coleta de lixo; taxa de esgotamento sanitário.

Foram calculadas as taxas de internações hospitalares de grupos por raça/cor e proporções de internações por município a partir da estimativa anual, bem como o percentual de registros sem informação para a variável raça/cor de todas as internações hospitalares elencadas e os respectivos anos de ocorrência. Foi realizada a análise espacial da distribuição das taxas por meio do *software* QGIS, versão 3.6.3., malha territorial da Bahia, por município do IBGE, 2018.

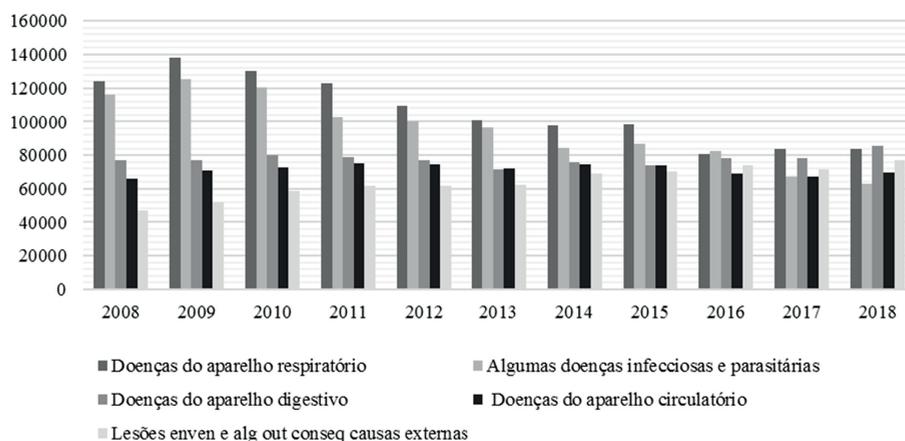
A avaliação da associação entre as variáveis de exposição e a variável desfecho foi realizada através do Modelo de Regressão com Dados em Painel, aplicado o teste de Hausman para especificação do modelo e adotado o modelo de efeito aleatório, nível de significância de 5% ($\alpha \leq 0,05$). Os dados foram processados e analisados com a utilização do pacote estatístico Stata®, versão 13.0.

Por tratar-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários provenientes de sistemas de informação, não se fez necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A análise exploratória mostrou que – excetuando-se a gravidez, parto e puerpério, considerados morbidade hospitalar por gerarem internação e acometer exclusivamente a população feminina – as internações hospitalares mais prevalentes do Capítulo CID-10, no estado da Bahia durante o período 2008-2018, foram: X. Doenças do aparelho respiratório (1.168.789 internações); I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1.044.296 internações); XI. Doenças do aparelho digestivo (856.265 internações); IX. Doenças do aparelho circulatório (782.732 internações); e XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (695.401 internações) (Figura 1).

Figura 1 – Evolução do número de internações pelas cinco causas mais prevalentes de acordo com o capítulo do CID-10, 2008-2018, Bahia, Brasil



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Datasus, Ministério da Saúde.¹

Das informações consolidadas no Datasus durante o período 2008-2018, consideradas as cinco causas mais prevalentes do Capítulo CID-10, foram registradas 4.547.310 internações hospitalares. Os cinco grupos corresponderam a 49,5% do total de registros dos 21 grupos de causas de internação do CID-10.

As doenças do aparelho respiratório foram as que mais receberam notificação, enquanto as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas apresentaram o menor número de registros de internações hospitalares.

O número de notificações para doenças do aparelho respiratório foi quase duas vezes maior que o número de notificações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Em 2009, foi registrado o maior número de internações para todos os grupos, totalizando 464.227 internações hospitalares com redução nos anos subsequentes.

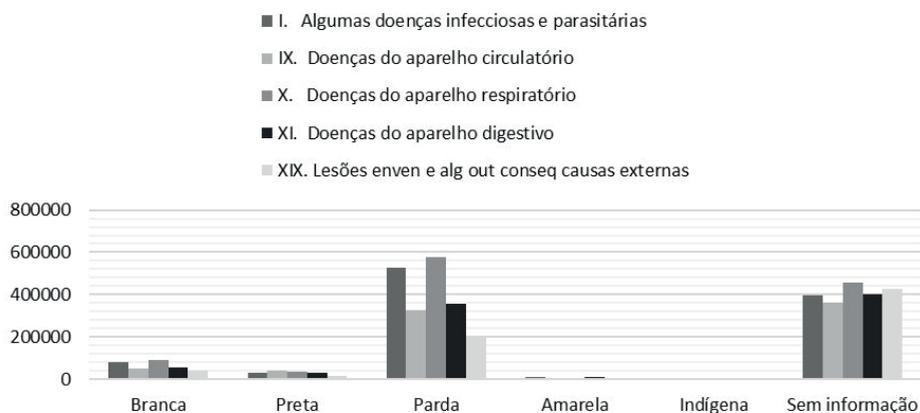
Na análise por grupos de causa de internação, considerando-se o período 2008 a 2018, evidenciou-se uma redução no número de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório (33,1%) e algumas doenças

¹ Ver em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>.

infecciosas e parasitárias (45,7%), ao passo que houve aumento no número de internações por doenças do aparelho circulatório (5,1%), doenças do aparelho digestivo (10,6%) e por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (37,9%).

Categoricamente, em todos os anos e para as cinco causas de internações elencadas, observou-se maior prevalência de internações hospitalares entre a população negra (87,1%) quando comparada com a população branca (12,9%). A maior discrepância entre os dados foi observada entre algumas doenças do aparelho respiratório, correspondendo a oito vezes mais prevalentes na população negra (Figura 2).

Figura 2 – Caracterização das internações dos cinco grupos de causa mais prevalentes do CID-10, segundo a raça/cor, 2008-2018, Bahia, Brasil



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Datasus, Ministério da Saúde.

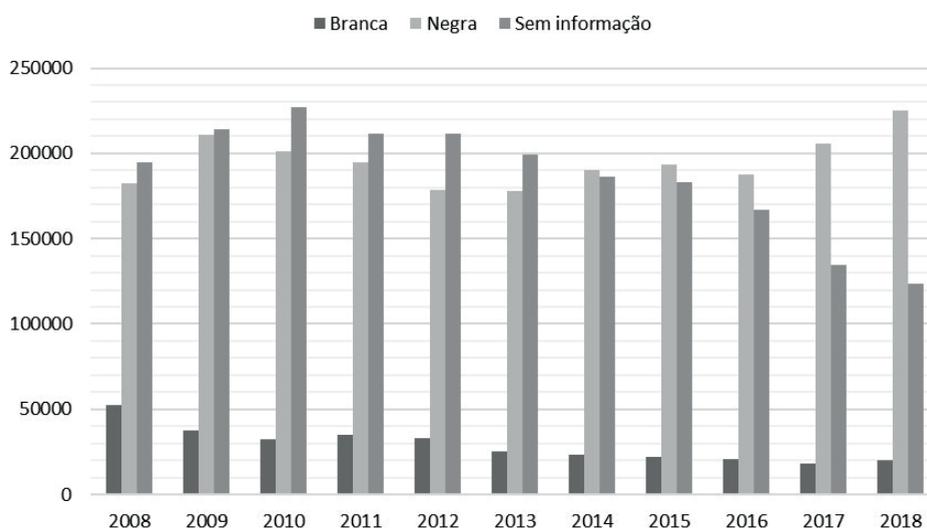
No período, o número de internações hospitalares para todos os grupos de causa entre a população negra correspondeu a 2.149.746 (47,2%) das internações. Esses dados desagregados corresponderam a 151.976 (3,3%) indivíduos de raça/cor preta e 1.997.770 (43,9%) em indivíduos de raça/cor parda. Entre a população branca, foram registradas 316.406 (6,9%) internações hospitalares.

As subnotificações por raça/cor totalizaram 2.043.723 (44,9%) internações, ou seja, quase metade das internações hospitalares nos anos investi-

gados. As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram as mais subnotificadas, totalizando 695.401 (61,3%).

Ao longo dos anos, observou-se na população branca redução no número de internações de 2008 a 2010, um aumento em 2011 e tendência decrescente de 2011 a 2018. Na população negra, um aumento de 2008 a 2009, tendência decrescente de 2009 a 2012 e curva crescente em 2012-2018. O número de subnotificações apresentou elevação entre 2008 e 2010 e queda de 2010 a 2018 (Figura 3).

Figura 3 – Evolução do número de internações das cinco causas mais prevalentes do CID-10, segundo a raça/cor, 2008-2018, Bahia, Brasil



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Datasus, Ministério da Saúde.

Considerando-se ainda os registros de 2008 e 2018, observou-se uma redução percentual das internações hospitalares entre a população branca para todos os grupos de causa analisados: 74,4% para algumas doenças infecciosas e parasitárias; 69,2% para doenças do aparelho respiratório; 49,2% para doenças do aparelho digestivo; 43,8% para doenças do aparelho circulatório; e 51,7% em lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

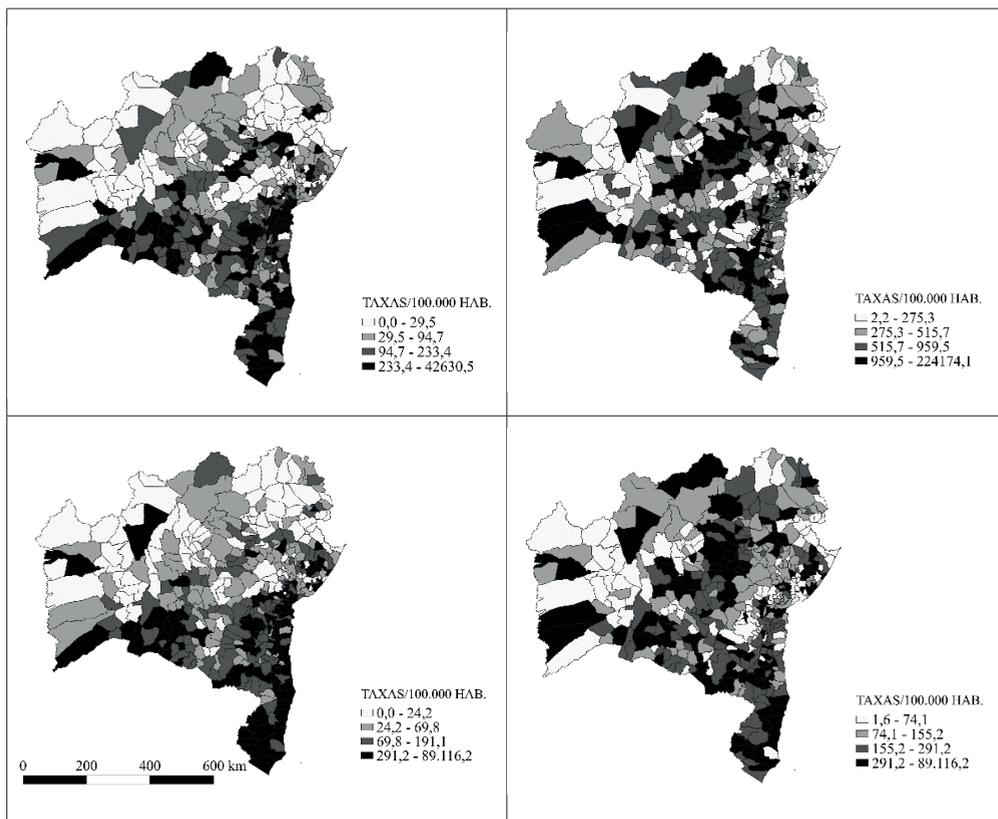
Em contrapartida, entre a população negra foi registrado aumento percentual das internações para todos os grupos: 26,5% em algumas doenças infecciosas e parasitárias; 7,4% em doenças do aparelho respiratório; 42,1% em doenças do aparelho digestivo; 41,4% em doenças do aparelho circulatório; e 67,5% em lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Capítulo CID-10: X. Doenças do aparelho respiratório

As internações por doenças do aparelho respiratório foram as de maior ocorrência no período, com participação média anual de 25,6%. As maiores médias de taxas de internações na população negra no período foram registradas nos municípios de Alagoinhas (47.594/100 mil habitantes), Catu (23.543/100 mil habitantes) e Xique-Xique (15.033/100 mil habitantes). Com relação à população branca, as maiores taxas de internações foram registradas em Alagoinhas (36.644/100 mil habitantes), Barreiras (13.321/100 mil habitantes) e Antas (9.174/100 mil habitantes) (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição espacial das médias das taxas de internação das cinco morbidades hospitalares mais prevalentes por raça/cor na Bahia, 2008-2018, Brasil





Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Datasus, Ministério da Saúde.

Capítulo CID-10: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias

As internações por doenças infecciosas e parasitárias representaram a segunda maior causa de internação, apresentando média anual de 22,9%. Os municípios de Alagoinhas (41.101/100 mil habitantes), Catu (29.051/100 mil habitantes) e Santaluz (13.372/100 mil habitantes) apresentaram as maiores taxas de internações por algumas doenças infecciosas e parasitárias em todos os anos da série para a população negra. Na população branca, as maiores médias de taxas foram evidenciadas nos municípios de Alagoinhas (26.791/100 mil habitantes), Barreiras (24.141/100 mil habitantes) e Antas (16.476/100 mil habitantes) (Figura 4).

Capítulo CID-10: XI. Doenças do aparelho digestivo

As doenças do aparelho digestivo apresentaram percentual anual médio de 18,7%. Os municípios de Alagoinhas (53.974/100 mil habitantes), Catu (35.558/100 mil habitantes) e Coração de Maria (28.726/100 mil habitantes) apresentaram as maiores médias de taxas de internações na população negra. Os municípios de Salvador (90.852/100 mil habitantes), Alagoinhas (26.920/100 mil habitantes) e Feira de Santana (20.817/100 mil habitantes) registraram as maiores médias de taxas de internação na população branca (Figura 4).

Capítulo CID-10: IX. Doenças do Aparelho Circulatório

As doenças do aparelho circulatório corresponderam a 17,2% das internações no período. Destacaram-se os municípios de Alagoinhas (224.174/100 mil habitantes), Catu (73.555/100 mil habitantes) e Barreiras (29.923/100 mil habitantes) com as maiores taxas entre a população negra, e os municípios de Alagoinhas (42.630/100 mil habitantes), Caetité 7.275/100 mil habitantes) e Antas (6.056/100 mil habitantes) entre a população branca (Figura 4).

Capítulo CID-10: XIV. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas

As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas representaram a quinta causa de internação do CID-10, com média anual de 15,4%. Com relação às internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, os municípios de Alagoinhas (89.116/100 mil habitantes), Catu (18.596/100 mil habitantes) e Barreiras (12.661/100 mil habitantes) apresentaram as maiores médias anual de taxas de internações hospitalares. As maiores médias de taxas de internações hospitalares por esse grupo de causa na população branca foram observadas em Alagoinhas (38.950/100 mil habitantes), Caetité (7.814/100 mil habitantes) e Barreiras (4.723/100 mil habitantes) (Figura 4).

A análise de dados em painel revelou uma associação inversa entre taxas de internação por doenças do aparelho circulatório e IDHM, taxa de coleta de lixo e taxa de esgotamento sanitário. Assim, o aumento na taxa de IDHM, taxa de coleta de lixo e taxa de esgotamento sanitário tende a reduzir as taxas de internação por doenças do aparelho circulatório.

Observou-se associação negativa entre doenças do aparelho digestivo e IDHM e taxa de esgotamento sanitário, de modo que as taxas de internação por doenças do aparelho digestivo diminuem à medida que o IDHM e taxa de esgotamento sanitário aumentam (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise estatística das taxas de internação por doenças do aparelho respiratório, raça/cor e fatores sociodemográficos

	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Proporção População negra	-1994315	0.233	-.5273677	.1285047
Coefficiente de Gini	-146.0145	0.125	-332.5427	40.51362
Renda	-.0005462	0.065	-.0011253	.0000329
IDHM	-194.7691	0.076	-410.067	20.52871
Densidade demográfica	-.0357051	0.057	-.0725087	.0010986
Taxa de coleta de lixo	-.9936544	0.208	-2.541622	.5543133
Taxa esgotamento sanitário	-.1474264	0.763	-1.106733	.8118803

Análise estatística das taxas de internação por algumas doenças infecciosas e parasitárias, raça/cor e fatores sociodemográficos

	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Proporção População negra	-.0923799	0.598	-.436167	.2514072
Coefficiente de Gini	-194.8478	0.022	-362.1586	-27.53708
Renda	-.0005831	0.028	-.0011034	-.0000628
IDHM	-285.0336	0.004	-477.5996	-92.46769
Densidade demográfica	-.0349671	0.038	-.0680653	-.001869
Taxa de coleta de lixo	-.947402	0.182	-2.340114	.4453102
Taxa esgotamento sanitário	-.6342453	0.149	-1.495569	.2270782

Análise estatística das taxas de internação por doenças do aparelho circulatório, raça/cor e fatores sociodemográficos

	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Proporção População negra	-.0972963	0.122	-.2207093	.0261167
Coeficiente de Gini	-.52.88628	0.099	-115.7696	9.997
	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Renda	-.0002036	0.041	-.0003987	-8.43e-06
IDHM	6.906183	0.853	-65.97923	79.79159
Densidade demográfica	-.0061195	0.335	-.0185724	.0063334
Taxa de coleta de lixo	.1274541	0.633	-.3954107	.650319
Taxa esgotamento sanitário	4348062	0.008	.1139484	.7556639

Análise estatística das taxas de internação por doenças do aparelho digestivo, raça/cor e fatores sociodemográficos

	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Proporção População negra	-.1196772	0.129	-.2742993	.0349448
Coeficiente de Gini	-.54.68705	0.043	-107.7418	-1.632309
Renda	-.0001598	0.058	-.0003248	5.27e-06
IDHM	22.44169	0.475	-39.11691	84.00029
Densidade demográfica	-.0034853	0.517	-.0140154	.0070448
Taxa de coleta de lixo	.2578091	0.252	-1834777	.6990959
Taxa esgotamento sanitário	3464558	0.012	.0750501	.6178614

Análise estatística das taxas de internação por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, raça/cor e fatores sociodemográficos

	Coefficiente	P> z 	[95% Intervalo de Confiança]	
Proporção População negra	-.3121291	0.511	-1.243232	.6189742
Coeficiente de Gini	-.319.9365	0.246	-860.8678	220.9948
Renda	-.0019719	0.021	-.0036454	-.0002983
IDHM	-62.66323	0.844	-688.5998	563.2733
Densidade demográfica	-.0631949	0.247	-170087	.0436973
Taxa de coleta de lixo	-.6420089	0.779	-5.13318	3.849162
Taxa esgotamento sanitário	1.761362	0.213	-1.012312	4.535037

Fonte: elaborada pelos autores.

A significância estatística foi observada entre taxas de internação por algumas doenças infecciosas e parasitárias e coeficiente de Gini, renda

e IDHM; entre taxas de internação por doenças do aparelho circulatório e renda e esgotamento sanitário; entre taxas de internação por doenças do aparelho digestivo e coeficiente de Gini, renda e esgotamento sanitário; e entre taxas de internação por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e renda. Não se observou significância estatística entre taxas de internação por cada uma das cinco causas mais prevalentes de morbidade e proporção da população negra.

Discussão

Um estudo sobre a evolução das causas de internação no Brasil entre 1995-2005 revelou que, à exceção de gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório com participação média anual de 15,8%, seguidas das doenças do aparelho circulatório (9,9%), doenças infecciosas e parasitárias (8,2%), doenças do aparelho digestivo (8,0%) e doenças do aparelho geniturinário (6,7%), foram consideradas as causas mais prevalentes de internações hospitalares. (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE RIPSAs, 2015)

No presente estudo, as doenças infecciosas e parasitárias superaram as doenças do aparelho circulatório; e as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas ocuparam a quinta colocação, superando as doenças do aparelho geniturinário.

As lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas destacaram-se pela menor prevalência. Em 2010, o seu percentual de internação na Bahia (43,7%) ocupou a terceira posição entre os estados do Nordeste, superado apenas pelo Maranhão (51,1%) e Piauí (46,2%). As internações por doenças do aparelho digestivo, por sua vez, representaram a terceira causa de internação hospitalar na Bahia. Uma análise das morbidades hospitalares em Cubatão, no estado de São Paulo, indica que as doenças do aparelho digestivo representaram 7,2% das hospitalizações, ocupando a sétima classificação e sexta posição no estado. (ROCHA et al., 1988)

As hospitalizações por doenças do aparelho respiratório apresentam forte gradiente socioeconômico. Estudo realizado no município de

Salvador entre os anos de 2001 e 2007 revelou uma redução das taxas de hospitalização por doenças do aparelho respiratório em todos os estratos de condições de vida analisados. Nesse período, a taxa média de hospitalização passou de 34,4 internações por 10 mil habitantes em 2001 para 29,2 em 2007. (ANTUNES et al., 2013)

O maior registro de queda foi evidenciado no estrato de condições de vida intermediárias (24,4%) e o menor, no estrato de condições de vida consideradas baixas (5,7%). Nas conclusões do estudo, reforça-se a existência de uma grande variabilidade na distribuição das taxas entre as zonas que compõem o município de Salvador, além de fortalecer a hipótese de que aspectos socioeconômicos podem ser configurados como elementos determinantes das hospitalizações por doenças do aparelho respiratório. (ANTUNES et al., 2013)

Entre 2002-2012, as doenças cardiovasculares estiveram entre as doenças crônicas não transmissíveis com maiores taxas de internação no Brasil. (SANTOS et al., 2015) Em estudo realizado na cidade de Salvador (LESSA, 2004), no qual se objetivou estimar a prevalência da hipercreatininemia em segmento da população adulta do município, avaliar a sua associação com fatores de risco cardiovascular e delinear os grupos de maior risco para doença renal crônica, a população negra foi considerada como grupo de maior risco.

Em outro estudo em que se objetivou estimar a frequência da simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis, com e sem inclusão da hipertensão arterial, em uma população miscigenada da capital baiana, observou-se uma elevada proporção de múltiplos fatores de risco cardiovascular, especialmente na população de baixa escolaridade e negra. (LESSA et al., 2004)

Em termos absolutos, as doenças infecciosas e parasitárias representaram a maior queda de internação hospitalar na Bahia dentre as morbidades elencadas. Durante o período, observou-se um aumento das internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias na população negra. Mesmo com os avanços da última década, as condições de vida em contextos degradantes favorecem a transmissão de muitas doenças infecciosas e parasitárias. (RILEY et al., 2007)

Nesse contexto, a expansão da redução das diferenças individuais e regionais no que diz respeito à distribuição de renda, à ampliação dos serviços sociais, ao investimento em infraestrutura, às estratégias de prevenção e de formas mais efetivas de oferta de cuidados específicos constitui desafio. (BARRETO et al., 2011)

As causas externas figuram as causas de hospitalização de dezenas de milhões de pessoas e ocorrem muitas distorções relacionadas à causa da lesão, o que gera subnotificação e caracterização questionável quanto aos atendimentos e procedimentos realizados. Em estudo desenvolvido em 2011 sobre a proporção de internações hospitalares por causas externas segundo a raça/cor no Brasil, 43,9% das internações por causas externas estavam relacionadas à população negra e 42,1% dos registros sem informação. (MASCARENHAS; BARROS, 2015)

De modo geral, as taxas de internação entre a população negra foram expressivamente maiores para todos os grupos de causa, embora não se tenha observado significância estatística entre taxas de internações e proporção da população negra. Esses dados foram expressivamente maiores do que o contingente da população negra no Brasil. Apesar da raça/cor ser reconhecida como determinante e marcador das desigualdades em saúde no Brasil, no estudo que analisou as desigualdades sociais nas internações hospitalares no Brasil entre 1998 e 2003 também não se observou efeito da raça/cor no uso das internações hospitalares e necessidades de saúde. (CASTRO, 2006)

Embora não se tenha observado significância estatística entre taxas de internações e proporção da população negra, a análise adequada das condições sociais e de saúde da população negra requer considerar a grave e persistente questão do racismo no Brasil. (BRASIL, 2007)

O descaso com relação à saúde da população negra denuncia uma das faces mais perversas do racismo que sistematicamente viola a possibilidade de promoção e manutenção de condições dignas de saúde, expondo a população negra aos piores índices populacionais em termos de preservação da saúde e adoecimento. (OLIVEIRA, 2003)

Nessa seara, fundamenta-se o racismo institucional que vulnerabiliza pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados, colocando-os em

detrimento quanto ao acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. (BRASIL, 2007)

O racismo esforça-se por negar ou desvirtuar a relação entre problemas sociais vivenciados por determinados grupos e a discriminação étnico-racial. A invisibilidade dos problemas enfrentados por grupos discriminados, sua crônica restrição e dificuldade de expressão em espaço público e a naturalização da convergência entre as linhas de classe e étnico-raciais, por vezes, são traduzidas em graves e severas sequelas para a população negra. (PAIXÃO et al., 2010)

Uma desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por etnia proposta para a compreensão do processo de desigualdades raciais no Brasil concluiu que em nenhum estado brasileiro a população negra apresenta um IDH maior que o dos brancos e não existe estado em que o contingente branco se situe no escalão do IDH quase-baixo. Na análise por estados da federação, a população branca na Bahia (23,0%) apresentou um IDH considerado médio, ao passo que o contingente da população negra (76,6% da população baiana) apresentou um IDH situado em médio-baixo. (PAIXÃO, 2000)

Dentre os municípios que apresentaram maiores médias de taxas de internações hospitalares nesse estudo, destacaram-se os municípios de Alagoinhas pertencente ao Nordeste baiano, com IDHM estimado em 0,683, população aproximada de 150.832 habitantes; Catu com IDHM 0,677, população estimada de 54.424 habitantes, pertencente à região metropolitana de Salvador e Barreiras – situado no oeste do estado da Bahia – com população estimada em 153.831 habitantes e IDHM 0,721. (IBGE, 2019)

Em estudo desenvolvido por Evangelina Oliveira, Cláudia Travassos e Marília Sá Carmo (2004) sobre acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros, a probabilidade de internação aumentou conforme a disponibilidade de leitos, a capacidade de internação local e de atenção básica, ao passo que reduziu quando considerados o deslocamento, os municípios de maior população e de renda familiar *per capita* mais elevada. Observou-se que em municípios maiores e mais ricos a demanda por leitos do SUS foi menor. Nos municípios mais pobres, as barreiras impostas pela distância atrelada aos custos de deslocamento aumentaram e a probabilidade de internação

decreceu. Os resultados apontaram a necessidade de políticas específicas em conformidade com a realidade local e o perfil assistencial, a fim de reduzir as desigualdades geográficas.

De 1995 a 2016, o SUS realizou anualmente aproximadamente 11 milhões de internações, das quais 53% foram registradas nas regiões Sul e Sudeste. (BRASIL, 2017) O sistema público de saúde sempre arcou com a maior parte das internações, embora registre um aumento da participação das seguradoras dos planos de saúde de 6,4% (1981) para 27,6% (2013), sobretudo entre a população mais favorecida socioeconomicamente.

O SUS revolucionou a atenção à saúde e representa o maior projeto público de inclusão social. Todavia, evidenciam-se insuficiências que contribuem para o agravamento de doenças e mortes preveníveis e evitáveis como crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar representada pela oferta insuficiente ao volume, complexidade aumentada das demandas, baixa resolutividade em alguns estabelecimentos menores e superlotação em estabelecimentos com maior capacidade. (NEGRI FILHO; BARBOSA, 2014)

O número de internações revela o impacto dos elevados custos hospitalares para o SUS e a necessidade de discutir e implementar políticas públicas de saúde com vistas à redução das taxas de internações e à qualidade na assistência. (MENDES et al., 2012)

As necessidades de saúde exigem investimentos. Entretanto, a oferta de recursos tecnológicos não substitui o investimento na oferta em outras áreas assistenciais e o incremento de recursos tecnológicos pode implicar maior consumo de recursos financeiros sem necessariamente representar impacto positivo, significativo e sustentável na saúde individual e coletiva. (CHAVES; LAUS; ANSELMINI, 2009)

Em todo o mundo, fundamenta-se que a estratificação da população em níveis socioeconômicos determina, entre outros aspectos, estratos diferenciados nos níveis de saúde. (OMRAN, 1996) Claudia Travassos, Cristiano Fernandes e Maurício Pérez (1995) destacam que há um proeminente componente social envolvendo tanto os indicadores de morbidade quanto o uso de serviços de saúde. A multiplicidade de fatores sociais quanto à uti-

lização de serviços de saúde evidencia que condições sociais desfavoráveis tendem a aumentar as chances de uso dos serviços hospitalares.

Em estudo que analisou as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil constatou-se, entre outros fatores, que as chances de adoecer reduzem à medida que a renda aumenta e que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento. Os grupos de mais alta renda consomem mais serviços ambulatoriais, e o consumo de serviços hospitalares tende a aumentar à medida que a renda decresce. (TRAVASSOS et al., 2000)

A renda apresentou-se nesse estudo como a variável que melhor explica a morbidade hospitalar pelas causas de internação elencadas. O aumento da desigualdade na utilização de serviços hospitalares no Brasil expresso nas diferenças segundo o grupo de renda foi apontado em resultados de estudos comparativos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 e 2003. (CASTRO, 2006)

Nesse estudo, as pessoas que foram internadas continuaram apresentando pior estado de saúde e de funcionalidade, maior número de doenças crônicas e estiveram acamadas por declínio no estado de saúde. Em decorrência da falta de acessibilidade aos serviços ambulatoriais e à atenção primária, as pessoas de baixo nível socioeconômico recorreriam ao hospital, possivelmente de forma tardia e em condições mais graves. Desse modo, as desigualdades sociais podem sugerir distorções no modelo assistencial que se traduzem na dificuldade de acesso. (CASTRO, 2006)

Alpana D. Sagar (1994) destaca parecer lógico que os pobres sejam menos saudáveis que os ricos e que o ambiente físico decorra do ambiente social. As populações expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde, estabelecendo uma direta e linear relação entre desigualdades sociais e desigualdades em saúde. Com efeito, os determinantes estruturais produzem diferenciados perfis epidemiológicos e padrões de consumo de bens e serviços de saúde traduzidos nas condições de vida dos grupos populacionais e indicadores de saúde. (LUIZ et al., 2009)

As desigualdades em saúde revelam uma tendência compreendida como a lei dos cuidados inversos de Julian Tudor Hart (1971), na qual a

disponibilidade de uma boa assistência em saúde tende a variar inversamente com as demandas da população, de modo que a população que apresenta maior necessidade de cuidados de saúde é, paradoxalmente e geralmente, aquela que dispõe de menor acessibilidade à saúde.

E sobre esse aspecto, circunscreve-se que a população negra, que se concentra em regiões mais pobres do país (BARATA, 2009), dispõe de baixa qualidade e reduzida expectativa de vida, apresenta níveis inferiores de instrução, reside em áreas com insuficiente provimento de serviços de infraestrutura básica, tem menos acessibilidade e dispõe de menor qualidade dos serviços do SUS. (ZAMORA, 2012)

A elevada proporção de dados ignorados por raça/cor constitui uma limitação importante do estudo. Num estudo sobre a caracterização das internações hospitalares por causas externas, a proporção de internações com a variável raça/cor subnotificada foi de $\approx 39\%$. Para análise, são considerados adequados percentuais de “ignorado” inferior a 10%. (BRAZ et al., 2013) Com efeito, observa-se ainda uma subutilização dos dados provenientes do SIH-SUS, todavia já se observa o emprego dos registros em análises que permitem traçar o padrão epidemiológico da morbidade hospitalar. (MASCARENHAS; BARROS, 2015)

As subnotificações constatadas nos registros de internações hospitalares reafirmam a fragilidade do sistema de informação face ao planejamento de ações direcionadas ao enfrentamento das desigualdades em saúde. Para Magalhães (2007), o investimento na qualidade da informação seguramente pode contribuir para o alcance da equidade em saúde. Os registros de informações vitais constituem uma fonte privilegiada de monitoramento e acompanhamento das desigualdades em saúde. (FIORIO et al., 2008)

Conclusões

O estudo possibilitou identificar os municípios onde se concentram maiores taxas de internações conforme a raça/cor. Registrou-se percentual expressivo de taxas de internação na população negra, bem como de dados subnotificados. Não se observou significância estatística entre taxas de internação

por cada uma das cinco causas mais prevalentes de morbidade e proporção da população negra. Todavia, convém destacar que se trata de um estudo exploratório e a inexistência de associação estatística significativa não invalida a relação estabelecida entre os determinantes do processo saúde-doença e as vulnerabilidades sofridas pela população negra.

A variável renda apresentou significância estatística entre as taxas de internação de todas as morbidades elencadas, exceto doenças do aparelho respiratório. O aumento na taxa de IDHM, taxa de coleta de lixo e taxa de esgotamento sanitário correspondeu à diminuição nas taxas de internação por doenças do aparelho circulatório, assim como o aumento na taxa de IDHM e taxa de esgotamento sanitário correspondeu à redução nas taxas de internação por doenças do aparelho digestivo.

As taxas de internações revelam-se como indicador de desigualdade social. O incremento da qualidade tecnoassistencial, o investimento em melhorias na qualidade dos registros do campo cor/raça, a implementação da política voltada à saúde da população negra nos municípios baianos atrelada à diminuição das persistentes desigualdades sociais podem superar as exclusões no sistema de saúde e reduzir as taxas de adoecimento e de internações.

Agradecimentos

Agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (Fapesb) pelo apoio e fomento à pesquisa.

Referências

ANDRADE, S. M. de; TOMIMATSU, M. F. A. I.; SOARES, D. A. *et al.* Melhoria da qualidade das informações sobre causas externas do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde: uma proposta de intervenção. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 70-76, 2009.

ANTUNES, F. P.; COSTA, M. da C. N.; PAIM, J. S. *et al.* Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1346-1356, 2013. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4PKQKTRbNqQpFK47FtTQh6w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I. *et al.* Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*, London, p. 47-60, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4PKQKTRbNqQpFK47FtTQh6w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2019.

BATISTA, L. E. *Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte*. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, 2002.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xCPrrMCTKJvHgsWHBwkySyD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2019.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wr86Wn5xbYf3McdLwh3tv7g/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRAZ, R. M.; OLIVEIRA, P. de. T. R. de; REIS, A. T. dos *et al.* Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, São Paulo, v. 37, n. 99, p. 554-562, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZqDr6yqgFryL5zXqCyrLVLc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BROWN, M. J. Hypertension and ethnic group. *The BMJ*, London, v. 332, n. 7545, p. 833-836, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1432176/>. Acesso em: 10 set. 2019.

CASTRO, M. S. M. de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wmG6fZ9jcQhbYp3ZWCX8WpN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2019.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Produção de internações no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1996-2003. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 117-124, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kdKbWnkN5KDBdJW3JXwhGkM/?lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CICONELLO, A. O desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial. In: OXFAM INTERNATIONAL. *From Poverty to Power: how active citizens and effective states can change the World*. London: Oxfam International, 2008. p. 1-14. Disponível em: <http://www.antigoportal doservidor.ba.gov.br/sites/default/files/Racismo%20-%20texto%20do%20Peck.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CUNHA, E. M. G. de P. da. *Condicionalidades da Mortalidade Infantil Segundo Raça/cor no Estado de São Paulo – 1997-1998*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

CUNHA, E. M. G. de P. da. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 79-91, 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_06.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

DUARTE, E. C.; SCHNEIDER, M. C.; PAES-SOUSA, R. *et al.* *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. do R. D. de O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnbgKnw7Dw8xsZHMcgHnWy/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2019.

FIORIO, N. M.; SMARZARO, D. C.; BARBOSA, G. C. *et al.* Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade Vitória/ES de 1996 a 2005. *UFES Revista de Odontologia*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 19-26, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/486>. Acesso em: 30 out. 2020.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (org.). *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP; Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 274-287.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2020.

HART, J. T. The inverse care law. *The Lancet*, London, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext). Acesso em: 2 fev. 2019.

IBGE. *Cidades*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 7 out. 2020.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*. Brasília, DF: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171->

pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 7 out. 2020.

IPEA. *Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, DF: IPEA, 2007. Edição especial.

JACCOUD, L. *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos*. Brasília, DF: IPEA, 2009.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G. dos; BATISTA, L. E. *et al.* Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2018.

LAGUARDIA, J. O uso da variável 'raça' na pesquisa em saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fr3nrjXRw8GNKjJRh6DMpkF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2020.

LAST, J. M.; ADELAIDE, D. P. H. The iceberg: 'Completing the Clinical Picture' in general practice. *The Lancet*, London, v. 282, n. 7297, p. 28-31, 1963. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(63\)92546-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(63)92546-7/fulltext). Acesso em: 27 jul. 2021.

LEBRÃO, M. L. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 51-57, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sFDrxFdzPB7pmKXGCczCHyN/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2018.

LEBRÃO, M. L. *Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba, - 1975 -. 1982*. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-03082016-155710/pt-br.php>. Acesso em: 7 out. 2020.

LESSA, I. Níveis séricos de creatinina: hipercreatininemia em segmento da população adulta de Salvador, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 176-186, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GyvzGKndkTRXWC6nJwJhNDk/abstract/?lang=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20foram%20observados%3A%20preval%3A%AAncia%20de,12%2C8\)%20em%20mulheres](https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GyvzGKndkTRXWC6nJwJhNDk/abstract/?lang=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20foram%20observados%3A%20preval%3A%AAncia%20de,12%2C8)%20em%20mulheres). Acesso em: 5 jul. 2020.

LESSA, I.; ARAÚJO, M. J.; MAGALHÃES, L. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 16, n. 2, p. 131-137,

2004. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n2/131-137/pt/#:~:text=Foram%20inclu%C3%ADdos%20oito%20fatores%20de,kg%2Fm2%2C%20cintura%20%3E>. Acesso em: 20 out. 2018.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 9-48.

LUIZ, O. do C.; HEIMANN, L. S.; BOARETTO, R. C. *et al.* Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 115-122, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/nTsBBwL7gtmjZxZDWgLkws/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/93D5nVSgGyWcfS4zTg46f7M/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2020.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.; CHOR, D. *et al.* Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/nTsBBwL7gtmjZxZDWgLkws/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2020.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. de A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 771-784, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jfjWmLcsdhG66syYCBHdMDr/?lang=pt#:~:text=Brasil%2C%202011.,et%C3%A1ria%20e%20tipo%20de%20causa>. Acesso em: 16 out. 2021

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, p. 526-532, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WTzYRwgFJbqpp3qFJ84gqVb/?lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2020

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3,

p. 224-232, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JQXXyzSqS4T8T PFK6mV7Jsn/?lang=pt>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MENDES, A. da C. G.; SÁ, D. A. de; MIRANDA, G. M. D. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YqW3NNYWrvMFwfVksfmLgpj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MENDES, A. da C. G.; SILVA JUNIOR, J. B. da; MEDEIROS, K. R. *et al.* Avaliação do sistema de informações hospitalares – SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. *Informe Epidemiológico do Sus*, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 67-86, 2000. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000200002#:~:text=Concluiu%2Dse%20que%20o%20SIH,das%20doen%C3%A7as%20de%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20compuls%C3%B3ria. Acesso em: 12 fev. 2020.

MENEGHELL, S. N.; ARMANI, T. B.; ROSA, R. dos S. *et al.* Internações Hospitalares no Rio Grande do Sul. *Informe Epidemiológico do Sus*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, 1997. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000200006. Acesso em: 9 nov. 2020.

NEGRI FILHO, A. de; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. *Consensus*, [s. l.], n. 11, 2014.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n5WGF6hxCNTKjT5tVdqGJs>. Acesso em: 15 jun. 2020.

OLIVEIRA, E. X. G. de; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 298-309, 2004. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/88bgS9MBsQmCWQwg8p3kHPH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OMRAN, A. R. *The Epidemiologic transition in the Americas*. Washington, D.C.: Pan-American Health Organization, 1996.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (org.). *Condições de vida e situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 7-30.

PAIXÃO, M. Desenvolvimento Humano e as Desigualdades Étnicas no Brasil: um retrato de final de século. *Revista Proposta*, [Rio de Janeiro], v. 86, p. 30-51, 2000.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVALENE, F. *et al.* (org.). *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil: 2009-2010*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília, DF: PNUD: OPAS: DFID: NFPA: UNICEF: UNESCO: UNDCP: UNAIDS: UNIFEM, 2001. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório de desenvolvimento humano. Racismo, pobreza e violência*. Brasília, DF: PNUD, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas. *Atlas Racial Brasileiro*. Brasília, DF: PNUD: Cedeplar, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Comentários sobre os Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco até 2006*. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_D13.pdf. Acesso em: 7 out. 2020.

RILEY, L. W.; KO, A. I.; UNGER, A. *et al.* Slum health: diseases of neglected populations. *BMC International Health and Human Rights*, London, v. 7, n. 2, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17343758/>. Acesso em: 8 ago. 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015*. Brasília, DF: RIPSAs: Ministério da Saúde: IBGE, 2015.

ROCHA, J. S. Y. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São

- Paulo, v. 14, p. 58-64, 1980. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/V8n3TsR3ghFkmHzmyXpK3yr/abstract/?lang=pt/>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- ROCHA, J. S. Y. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, p. 477-493, 1975. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/THjsZzJ9NCzWrHZHXXpj6TQ/?lang=pt>. Acesso em: 4 jul 2020
- ROCHA, L. E.; FREITAS, C. U. de; FERREIRA, J. M. N. *et al.* Dados comparativos de morbidade hospitalar do município de Cubatão e do estado de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 118-131, 1988. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rsp/a/pj5KVm7RCT9svHZgPhyQzGG/?lang=pt#:~:text=Distribui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Morbidade%20por%20Grupos%20Et%C3%A1rios&text=Comparando%20estes%20resultados%20com%20o,Paulo%20\(12%2C8%25\)](https://www.scielo.br/j/rsp/a/pj5KVm7RCT9svHZgPhyQzGG/?lang=pt#:~:text=Distribui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Morbidade%20por%20Grupos%20Et%C3%A1rios&text=Comparando%20estes%20resultados%20com%20o,Paulo%20(12%2C8%25)). Acesso em: 28 nov. 2019.
- SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SPnq3fm5hxdHr7hT8qFCQPN/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2020.
- SAGAR, A. D. Health and social environment. *Environmental Impact Assessment Review*, New York, v. 14, n. 5-6, p. 359-375, 1994.
- SAMPAIO, A. S. Ecos do Silêncio: algumas reflexões sobre uma vivência de racismo. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (org.). *Saúde da população negra*. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 262-273.
- SANTOS, M.A. S.; OLIVEIRA, M. M. de; ANDRADE, S. S. C. de *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 389-398, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JZvkJRVNPy6Y9F9XrnQv8dM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.
- SIQUEIRA, M. S.; ROSA, R. dos; BORDIN, R. *et al.* Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p 795-806, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/g7pkmSty3q5GqJXjrr4pg6L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SOARES FILHO, A. M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (org.). *Saúde da população negra*. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 34-61.

TRAVASSOS, C. M. de R.; FERNANDES, C.; PÉREZ, M. *Desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: ENSp, 1995. (Série Estudos, n. 4 – Política, Planejamento e Gestão em Saúde).

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sfS4bXQSMgBF4RnfPRbm4nd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2019.

VIACAVAL, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-622, 2002. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1730/por-que-precisamos-de-inqueritos-populacionais-sobre-saude#:~:text=Finalmente%2C%20por%20meio%20de%20coleta,e%20monitorando%20desigualdades%20em%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 7 ago. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 217-226, 2009. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20eq%C3%BCidade%20em%20sa%C3%BAde%20tem,iniq%C3%BCidade%2C%20como%20sin%C3%B4nimo%20de%20desigualdade>. Acesso em: 14 fev. 2021.

ZAMORA, M. H. R. N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 563-578, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/Qnm4D67j4Ppzvz3t4kwx/?lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2020.

Capítulo 3

COVID-19 EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS MARAJOARAS processo de interiorização em Salvaterra, Pará, Brasil, 2020

Nelson Veiga Gonçalves

Marília de Souza Araújo

Hilton Pereira da Silva

Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos

Emerson Cordeiro Moraes

Bruna Costa de Souza

Tainara Carvalho Garcia Miranda Filgueiras

Raimundo Gladson Corrêa Carvalho

Bruma Gouveia de Melo

Claudia do Socorro Carvalho Miranda

Apresentação

Ao longo dos debates do I Seminário Norte-Nordeste de Saúde da População Negra, realizado em 2019 no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA) em parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e a Universidade Federal do Pará (UFPA) no âmbito do projeto de pesquisa “Vulnerabilidade e repercussões para a saúde: população negra, quilombola, indígena e outros grupos vulnerabilizados” financiado pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad-AM), foi configurada a necessidade de ampliar os conhecimentos

sobre a situação de vida e saúde das populações negras das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Nesse contexto, a pandemia da covid-19 evidenciou o quanto as disparidades socioeconômicas regionais somadas ao racismo estatal impactam particularmente os grupos mais vulnerabilizados, entre estes as populações quilombolas que têm sofrido com graves omissões por parte do governo no campo da saúde. (CARVALHO et al., 2021; VARGA et al., 2020) Uma das formas de mitigar essa situação é através de investigações específicas sobre a situação nosológica dessas populações.

Assim, partindo de referenciais teóricos e conceituais, este capítulo apresenta resultados práticos relacionados a análises espaciais da distribuição de casos de covid-19 nas comunidades quilombolas do município de Salvaterra (PA) de março a setembro de 2020. As análises espaciais evidenciaram uma distribuição não homogênea dos casos, com um possível silêncio epidemiológico na maioria das comunidades, além de diferentes níveis de exposição aos fatores de risco da doença.

Introdução

A covid-19 é uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo vírus SARS-CoV-2, da família *Coronaviridae*, que foi identificado inicialmente na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, no final do ano de 2019. Esse agente patogênico é de uma família de vírus de RNA envelopado, que pode causar doenças em humanos, por exemplo resfriado comum, pneumonia, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Foi descoberto que esse vírus é similar aos coronavírus do tipo SARS de morcegos, mas apresenta diferentes características genéticas do SARS-CoV e do MERS-CoV. (XAVIER et al., 2020)

Especula-se que a infecção pelo SARS-CoV-2, enquanto agente patogênico da covid-19, começou a ocorrer pelo consumo de carne de animais silvestres e depois pela interação entre humanos. Atualmente, uma das principais formas de transmissão da doença é o contato direto com pessoas infectadas, sobretudo quando a pessoa contaminada elimina o vírus através de aerossóis, que, ao serem inalados por outro indivíduo, podem ficar incubados por até sete dias,

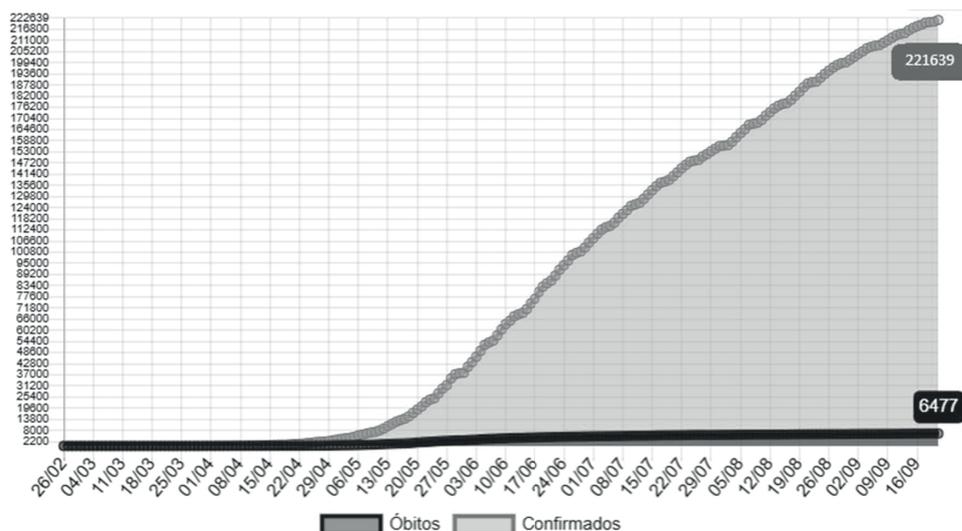
em média, antes do início dos sintomas. Esse período é denominado “janela imunológica da infecção”, quando pode ocorrer a transmissão do vírus de forma imperceptível. (XAVIER et al., 2020)

Estudos realizados ao longo do primeiro ano da pandemia relatam que de 80 a 85% dos casos estão relacionados às formas leves e brandas da doença, que ocorrem com maior frequência entre jovens e crianças, sem a necessidade de atenção em saúde de média e alta complexidade, devendo o indivíduo permanecer apenas em isolamento domiciliar. Contudo, aproximadamente 15% dos infectados evoluem para as formas severas da doença, demandando internação. Nesse grupo estão pessoas que podem ou não apresentar fatores de risco, como idosos e portadores de doenças crônicas e degenerativas. (GAO et al., 2020; WANG et al., 2020)

Os estudos epidemiológicos reportam aproximadamente 31,5 milhões de pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 no mundo e aproximadamente 1 milhão de óbitos até setembro de 2020, sendo que os Estados Unidos, a Índia e o Brasil apresentam os maiores quantitativos de casos notificados no mundo. Com relação à ocorrência da doença no território brasileiro, este apresenta aproximadamente 4,6 milhões de casos da doença, com aproximadamente 140 mil óbitos em setembro. A distribuição da doença no território brasileiro apresenta os maiores quantitativos de casos nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte.

Considerando que a ocorrência da doença tem sido condicionada à produção socioeconômica de iniquidades em saúde no território brasileiro, o estado do Pará – que é o mais populoso da região Norte, com 8.272.724 habitantes –, conforme é possível constatar na Figura 1, apresentou aproximadamente 222 mil de casos infectados com 6,5 mil óbitos até o mês de setembro de 2020.

Figura 1 – Casos de covid-19 no estado do Pará até 16 de setembro de 2020



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (Sespa), setembro de 2020.¹

O território paraense é constituído por diversas associações complexas de vida e sociedade, entre as quais a sociocultural, expressa pela miscigenação histórica dos povos que habitam a região, que apresentam diferentes biotipos e costumes, como aquelas denominadas de populações tradicionais. Nesse contexto, no Decreto n° 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, em seu artigo 3º, inciso I, as comunidades tradicionais foram definidas como

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. (BRASIL, 2007, p. 316)

1 Ver em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a46-b9c2-3cf4ccce-fb3c9>.

Contudo, levando em consideração os aspectos antropológicos, geográficos e socioeconômicos relacionados às populações tradicionais, estas, para Rinaldo Arruda (1999, p. 79-80), são aquelas que

Apresentam um modelo de ocupação do espaço e uso dos recursos naturais voltados principalmente para a subsistência, com fraca articulação com o mercado, baseado em uso intensivo de mão de obra familiar, tecnologias de baixo impacto derivadas de conhecimentos patrimoniais e, normalmente, de base sustentável... Em geral ocupam a região há muito tempo e não têm registro legal da propriedade privada individual da terra, definindo apenas o local de moradia como parcela individual, sendo o restante do território encarado como área de utilização comunitária, com seu uso regulamentado pelo costume e por normas compartilhadas internamente.

Além do modo de vida descrito anteriormente, um dos critérios mais importantes para a definição de populações tradicionais é o fato do indivíduo poder reconhecer a si mesmo como membro de um grupo sociocultural diferenciado historicamente, geograficamente e antropológicamente. Esse reconhecimento é primordial para o estabelecimento da identidade de um grupo populacional com o seu ambiente, criando um vínculo de pertencimento. Nesse contexto, Arruda (1999, p. 92) define também sociedades tradicionais como:

Grupos humanos culturalmente diferenciados que historicamente reproduzem seu modo de vida, de forma mais ou menos isolada, com base em modos de cooperação social e formas específicas de relações com a natureza, caracterizados tradicionalmente pelo manejo sustentado do meio ambiente. Essa noção se refere tanto a povos indígenas quanto a segmentos da população nacional que desenvolveram modos particulares de existência, adaptados a nichos ecológicos específicos.

Dentre as populações tradicionais, os quilombolas, definidos fundamentalmente a partir da presunção de ancestralidade negra e das relações sociais construídas historicamente em decorrência da resistência à

escravidão e suas sequelas antropológicas, apresentam diversos tipos de vulnerabilidade, sendo a iniquidade em saúde uma das mais perversas. Nesse sentido, as comunidades quilombolas foram definidas por Almeida (1996, p. 11) como:

Grupos sociais que se mobilizam ou são mobilizados por organizações sociais, políticas, religiosas, sindicais, etc., em torno do auto reconhecimento como um outro específico e, como consequência, a busca pela manutenção ou reconquista da posse definitiva de sua territorialidade. Tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão etc.

A Constituição de 1988 incorporou o termo “quilombola” ao artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), conferindo direitos relacionados à propriedade da terra aos remanescentes de comunidades de quilombo. Dessa forma, essa constituição se tornou um marco legal para a ressignificação da ideia de quilombo, por reconhecê-la como categoria jurídica, preconizando o direito à propriedade definitiva das terras ocupadas por essas populações.

Levando em consideração o contexto histórico relacionado à sequência de fatos anteriores, foi configurada formalmente a obrigação do Estado de prover os títulos de propriedade definitiva da terra para os quilombolas. Porém, permanecem controvérsias relacionadas a esse instrumento jurídico, visto que ele tem sido motivo de debates promovidos por interesses antagônicos de caráter econômico e político, pois confere direitos a indivíduos até então abandonados ou invisibilizados historicamente no Brasil. (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002)

O conceito de remanescentes de comunidades de quilombos – instituído pela Constituição Federal de 1988, artigo 68 do ADCT – considerou-os tendo por base conceitos antropológicos e sociológicos. Após amplas discussões técnicas, o Decreto nº 4.887/03, em seu artigo 2º, explicitou como: “Grupos étnicos raciais segundo critérios de auto-atribuição,

com trajetória própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. (BRASIL, 2003, p. 4)

Embora a Constituição de 1988 tenha preconizado a propriedade legal da terra por parte dos remanescentes de quilombos, esse direito não chegou a ser implementado na sua totalidade, implicando a dificuldade dessas populações terem acesso a diversas políticas públicas, dentre as quais aquelas relacionadas principalmente à educação, à saúde, ao saneamento e à geração de renda.

Os fatos observados anteriormente têm ocorrido de forma mais expressiva nas regiões Norte e Nordeste devido às grandes distâncias e dificuldades de acesso aos territórios quilombolas dessas regiões. Com relação à saúde e à dificuldade de implementação do direito à terra, preconizados pela Constituição, implica a manutenção dos perfis dos agravos à condição de saúde das populações quilombolas no Brasil.

Considerando que a herança biológica do povo brasileiro foi construída, ao longo da sua história, pela miscigenação de povos oriundos de diversas partes do mundo, no país têm sido identificadas diferentes características genéticas e imunológicas relacionadas à realidade histórica e geográfica vivida por suas populações, influenciando nos seus perfis epidemiológicos. (RIBEIRO, 2015)

Dessa forma, os descendentes dos negros que vieram para o Brasil, sequestrados da África e sob o jugo da escravidão, apresentam maior resistência ou vulnerabilidade a determinadas doenças de diversas etiologias. Esse fato é condicionado também por variáveis socioeconômicas e ambientais, contribuindo para a produção de perfis epidemiológicos que caracterizam as populações afrodescendentes. (SILVA, 2017)

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009, com o objetivo de garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aquelas de maior prevalência nesse segmento populacional, como a doença fal-

ciforme, miomatose, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dentre outras. (BRASIL, 2013)

Contudo, essa política não tem sido implementada de forma efetiva no território nacional, perpetuando-se as iniquidades em saúde produzidas historicamente, socialmente, economicamente e politicamente. Esse fato pode ser observado principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste, onde são encontrados indicadores muito baixos de educação, renda e qualidade de vida. (SILVA, 2020a; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020)

Um exemplo emblemático das implicações dessas iniquidades pode ser observado nos dados do Ministério da Saúde relacionados à hospitalização de afrodescendentes e pardos com síndrome respiratória aguda durante a pandemia da covid-19, quando as internações relacionadas a essas populações representaram 23,1% do total, enquanto que a mortalidade foi de 32,8%. Esses percentuais apontam para um menor acesso aos serviços de saúde, como testes e tratamentos, além de uma possível subnotificação, tendo em vista que os negros representam cerca de 60% da população brasileira.

Considerando o quadro atual da população negra, este capítulo pretende analisar alguns dos impactos da covid-19 em populações quilombolas residentes na Ilha de Marajó (PA).

As populações quilombolas do Pará e do Marajó

Segundo Silva (2020a), o estado do Pará possui o maior número de áreas quilombolas tituladas no país, abrangendo mais de 6 mil famílias em 64 municípios. De acordo com esse autor, as organizações quilombolas relatam que, até a segunda semana de agosto de 2020, já havia 1.779 casos de covid-19 confirmados, 1.171 suspeitos sem acompanhamento médico e 43 óbitos nas diversas regiões do estado, que têm mais de 500 comunidades autoidentificadas, concentrando cerca de 33% das mortes de quilombolas do país. Contudo, a situação de saúde dessas comunidades face à emergência da doença se mantém como um desafio para a saúde pública, pois, como não há testagem adequada ou suficiente para as áreas rurais, o

número real de casos de contaminação e de óbitos pelo agravo não notificados no interior deve ser maior.

O município de Salvaterra, localizado na mesorregião do Marajó, com latitude 00°45'12" sul e longitude 48°31'00" oeste e distante em linha reta a 80 km da capital do estado do Pará, possui uma população estimada de aproximadamente 24 mil habitantes até o ano de 2019, distribuídos em uma extensão territorial de 918.563 km². A partir de 1963, Salvaterra foi dividida em cinco distritos administrativos, sendo eles: 1) Salvaterra (sede), 2) Condeixa, 3) Joanes, 4) Jubim e 5) Monsarás. (IBGE, 2019)

Esse município, ao longo da sua colonização, utilizou a mão de obra indígena e negra nas fazendas, em regime de trabalho escravo. (IBGE, 2019) A escravidão contribuiu para a diversidade étnica e identificação ancestral da sua população atual, que é resultante de um intenso processo de miscigenação entre descendentes de europeus, indígenas e africanos. Assim sendo, além do grande quantitativo de pessoas negras, o município também apresenta um grande número de pessoas que se autodeclararam pardos.

Os descendentes dos negros escravizados no município implementaram um processo de organização produtiva e resistência cultural ligado a uma dimensão de territorialidade, que deu origem às comunidades quilombolas, que persistem até a atualidade, com a presença de 17 comunidades instituídas e reconhecidas legalmente. (IBGE, 2019; INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ, 2015)

Do ponto de vista econômico, durante muitos anos o município teve como principais atividades a pecuária, a pesca e a produção de coco-da-baía. Atualmente Salvaterra possui como base econômica a produção de hortaliças, farinha de mandioca e, com grande destaque, a produção de abacaxi, estando entre os maiores do Pará, com uma produção estimada em cerca de aproximadamente 23 mil unidades por hectare. (IBGE, 2019)

Considerando as características geográficas e demográficas de Salvaterra, o processo de geração de conteúdos informacionais dos perfis epidemiológicos da ocorrência da covid-19 relacionados à interiorização da infecção pelo SARS-CoV-2 no município, em particular suas populações afrodescendentes, deve considerar os fatores de risco socioeconômicos e a implementação de políticas públicas em escala local, tendo como unidades

espaciais de análise as áreas e a localização das comunidades. (BARGAS; CARDOSO, 2015)

Assim sendo, para a identificação e caracterização dos cenários epidemiológicos da doença, é essencial a mediação interdisciplinar do binômio espaço-tempo como elemento primordial da compreensão das relações entre variáveis condicionantes e determinantes desses cenários no município, sobretudo quando consideramos a escassez de trabalhos teóricos e práticos de caráter científico ou técnico relacionados a essa temática devido à recente emergência da doença. (GONÇALVES et al., 2019)

As técnicas de geoprocessamento, como o georreferenciamento e a análise de dados espaciais, têm sido amplamente utilizadas na área de saúde – principalmente em estudos epidemiológicos de doenças infecciosas de etiologia viral – por permitirem a realização de análises espaço-temporais, através do inter-relacionamento de informações cartográficas, demográficas, socioeconômicas, ambientais e epidemiológicas. (GONÇALVES et al., 2019; GURGEL et al., 2005)

Outro fator importante relacionado à incorporação dessas técnicas na epidemiologia foi o aumento da relação interdisciplinar com outras áreas de conhecimento, tais como a Sociologia, a Antropologia, a Economia e a Demografia. Esse fato possibilitou a realização de análises contextualizadas da distribuição das doenças nos territórios, principalmente em decorrência da possibilidade de dimensionar, quantificar e caracterizar relações de causa e efeito desses fenômenos. (RODRIGUES et al., 2005)

Considerando a complexidade do tema e a necessidade de investigar a relação entre a ocorrência da covid-19 e as características socioeconômicas das populações quilombolas do município de Salvaterra, este estudo procurou compreender a relação entre a distribuição espacial da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 e as formas de organização da produção agrícola desenvolvidas por essas populações, tendo como referência o período de março a setembro de 2020.

Método aplicado

Desenvolveu-se este estudo ecológico e transversal seguindo a metodologia de desenvolvimento de projetos de pesquisa do Laboratório

de Epidemiologia e Geoprocessamento da Amazônia (Epigeo) (GONÇALVES et al., 2018; GONÇALVES et al., 2019) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), iniciando-se com uma revisão bibliográfica integrativa sobre os seguintes temas: populações quilombolas, covid-19, características geográficas, demográficas e socioeconômicas do município de Salvaterra e geoprocessamento.

As informações epidemiológicas dos casos e seu local de residência, no período de março a setembro de 2020, foram obtidas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan) da Secretária Municipal de Saúde de Salvaterra (Semusa). Após o processo de obtenção, ocorreu a depuração dos dados no sentido da retirada de inconsistências, duplicações e incompletudes, com a utilização do *software* TabWin 36b.

Analisaram-se 75 casos de covid-19 notificados em populações quilombolas, entre março e setembro de 2020, distribuídos em sete comunidades: Boa Vista, Caldeirão, Siricari, Bacabal, Mangueiras, Vila União e Mangabal – pertencentes a três distritos administrativos do município de Salvaterra (PA).

Obtiveram-se dados relativos às formas de organização e produção agrícola do município. O acesso a esses dados deu-se a partir de visita técnica realizada, em 4 de setembro de 2020, à Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Pará (Emater), conforme a Figura 2.

Figura 2 – Pesquisadores do Epigeo/CCBS/UEPA em visitas técnicas à Semusa (A) e à Emater (B)



Fonte: dados da pesquisa.

Obtiveram-se os dados cartográficos e demográficos relacionados às comunidades pesquisadas a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) e nas bases de dados do Instituto de Terras do Pará (Iterpa).

Realizou-se excursão ao município de Salvaterra (PA) para realização de entrevistas semiestruturadas com os representantes das comunidades para levantamento de informações relacionadas à organização das comunidades quilombolas, às formas de produção agrícola e à percepção do processo de adoecimento pela covid-19.

Conforme apresentado na Figura 3, georreferenciaram-se os registros das notificações considerando sua localização em termos das comunidades nas quais os representantes residem, com o auxílio de um Sistema

de Posicionamento Global (GPS) para posterior armazenamento em um Banco de Dados Geográficos (BDGEO).

Figura 3 – Georreferenciamento em campo das comunidades quilombolas com casos da covid-19 no município de Salvaterra (PA)



Fonte: dados da pesquisa.

Na sequência, essa relação foi analisada a partir da sua expressão visual, em termos de distribuição de casos e ocorrência nas comunidades estudadas, que se constituíram das unidades espaciais de análise, sendo posteriormente gerado um mapa coroplético.

Para identificar as comunidades com os maiores quantitativos de casos, foi realizada uma análise da distribuição espacial da densidade dos casos, no sentido de identificar e caracterizar possíveis concentrações deles em termos de aglomerados, utilizando para tal o estimador de densidade de Kernel, que leva em consideração a distância entre as localizações dos casos. Para a realização das técnicas, foi utilizado o *software* ArcGis 10.5.1.2

2 Ver em: <https://www.esri.com/pt-br/arcgis/products/index>.

Resultados e discussão

A partir do trabalho de campo, foi possível evidenciar empiricamente a relação entre as formas de organização da produção agrícola das comunidades quilombolas e a ocorrência da doença no município.

A análise do perfil dos indivíduos notificados com a doença evidenciou maior percentual de ocorrência no sexo feminino (n=54 – 72,0%), na faixa etária adulto (n=41 – 54,7%), com desfecho de cura (n=74 – 98,7%), com escolaridade até o ensino fundamental (n=50 – 66,7%) e ocupação agricultor (n=73 – 97,4%), conforme mostra a Tabela 1.

Tabla 1 – Perfil epidemiológico de quilombolas notificadas no município de Salvaterra (PA) até 23 de setembro de 2020

Variável	(%)	Bacabal	Boa Vista	Caldeirão	Mangabal	Siricari	Vila União	Mangueiras
Faixa Etária	Crianças	0	6	0	0	0	4	0
	Adolescentes	0	5	1	0	0	3	0
	Adultos	54,7	13	14	2	3	5	4
	Idosos	20,0	1	10	0	1	1	1
Sexo	Feminino	72,0	20	15	1	1	12	4
	Masculino	28,0	5	10	1	3	1	1
Desfecho	Óbito	1,3	0	0	0	1	0	0
	Cura	98,7	1	25	2	3	13	5
Escolaridade	Ens. fundamental	66,7	17	16	2	3	10	1
	Ens. médio/técnico	22,7	0	7	8	0	2	0
	Ens. superior	2,6	0	1	1	0	0	0
	Outros	8,0	0	0	0	0	1	4
Ocupação	Agricultura	97,4	24	24	2	3	13	5
	Pesca	0	0	0	0	0	0	0
	Outros	2,6	0	1	1	0	0	0

Fonte: elaborada pelos autores (2020).

A análise do perfil epidemiológico mostrou que a doença acometeu de forma mais expressiva indivíduos do sexo feminino e em idade produtiva. Esse fato pode estar relacionado às atividades laborais executadas por pessoas de ambos os sexos e que estão associadas a um maior grau de exposição, como a comercialização de produtos gerados por extrativismo vegetal, artesanato e agricultura de subsistência, que ocorrem nas feiras livres do município.

Além desse fato, o sexo feminino pode ter apresentado maior número de casos devido às mulheres procurarem por serviços de saúde com maior frequência quando comparadas aos homens. Essa observação foi evidenciada de forma mais expressiva no que diz respeito à baixa procura pelos exames ofertados nas campanhas de busca ativa para identificação de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 realizadas pela Secretaria de Saúde do município marajoara.

O maior percentual de casos ter evoluído para a cura pode estar relacionado à ocorrência de formas mais leves ou brandas da doença no município e ao acometimento de pessoas mais jovens. Esse fato acompanha a tendência da doença de 90% dos seus casos estarem relacionados a formas leves, conforme relatado em outros lugares do país.

A baixa escolaridade identificada nesse estudo aponta para a histórica situação de vulnerabilidade social dos quilombolas e se constitui como fator de risco para a doença devido à falta de informação acerca dos processos de contágio e das medidas preventivas e profiláticas e à dificuldade de entendimento sobre modos e formas de transmissão associada à baixa escolaridade. Essa situação tem sido observada em diferentes territórios brasileiros, sobretudo com relação às doenças infecciosas e parasitárias. (ALECRIM, 2011; GONÇALVES et al., 2018; TEMPONI et al., 2018)

O fato da variável ocupação ter apresentado o maior percentual de casos relacionados à agricultura aponta para a condição de insalubridade de algumas instâncias da cadeia produtiva da agricultura de subsistência praticadas nas comunidades estudadas, quando consideramos os fatores de risco associados ao escoamento e à comercialização dos produtos. Outro fato associado a essa variável, enquanto fator de risco para a infecção pelo SARS-CoV-2, é a precariedade das unidades familiares que se

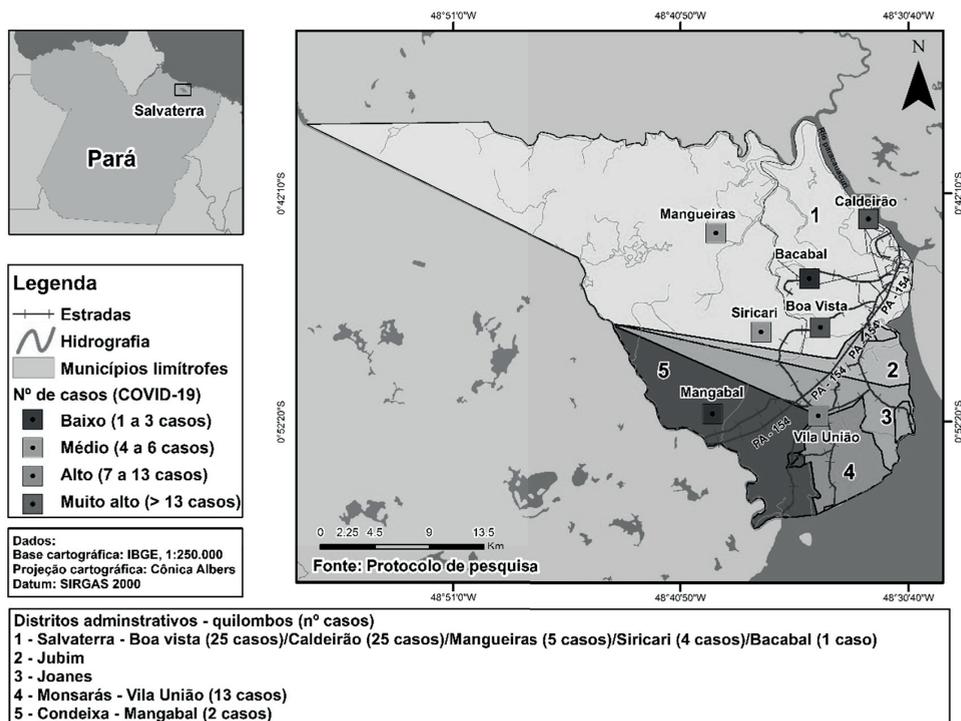
confundem com a própria unidade produtiva nessas áreas, gerando um alto nível de exposição da comunidade a uma doença considerada de fácil transmissão, como a covid-19.

A situação relatada foi observada em relação a outras doenças em vários lugares na Amazônia, onde geralmente os indivíduos pertencentes a uma determinada família estão todos envolvidos na agricultura familiar (culturas de subsistência e frutíferas), por isso eles se autodeclararam agricultores, embora estejam envolvidos também em outras atividades produtivas, tais como a pecuária (rebanho bovino e bubalino), extrativismo vegetal, pesca, dentre outros. (FRARE; ROSA JÚNIOR, 2017)

Embora o município de Salvaterra possua 17 comunidades quilombolas reconhecidas legalmente, apenas em sete foram registrados oficialmente casos de covid-19, quais sejam: Boa Vista, Caldeirão, Siricari, Bacabal, Mangueiras, Vila União e Mangabal. A maior ocorrência da doença foi observada nas comunidades quilombolas de Boa Vista (25) e Caldeirão (25) com números muito altos e na Vila União (13), também com alto número de casos. Já as menores ocorrências da doença foram observadas nas comunidades de Mangueiras (5) e Siricari (4) com médio número de casos, além de Mangabal (2) e Bacabal (1) que apresentaram baixo.

Dessa forma, foi observada uma distribuição espacial não homogênea da doença no município, considerando os seus quantitativos em relação às comunidades quilombolas. Esse fato aponta para produção de desigualdades espaciais em saúde, que podem ser observadas na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição espacial de casos notificados de covid-19 em comunidades quilombolas do município de Salvaterra (PA)



Fonte: dados da pesquisa.

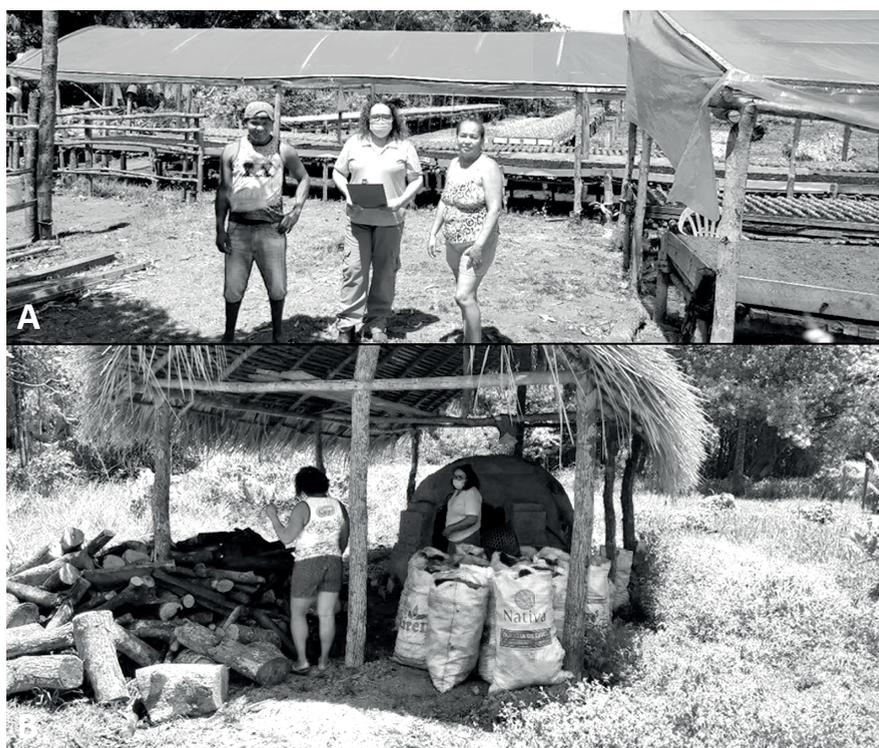
O fato de dez comunidades não terem apresentado casos notificados pode estar relacionado a uma subnotificação decorrente das características de sua localização geográfica em função da sua distância e do seu acesso à sede do município, que dificultam a realização de ofertas de serviços de saúde e apontam para a possibilidade da ocorrência de um silêncio epidemiológico, configurando uma das diversas formas de racismo estrutural. (SILVA, 2020b, 2020c)

Com relação às sete comunidades que apresentaram casos, foi observado que o maior número de registros nas comunidades quilombolas de Boa Vista e Caldeirão pode estar relacionado à proximidade e à facilidade de acesso delas à sede do município, uma vez que se situam próximas à Rodovia PA-154, possibilitando aos seus habitantes uma maior interação com a área urbana da sede municipal.

Embora esse fato se constitua um fator de risco para a ocorrência da doença nas comunidades, elas necessitam que seus membros participem das feiras de produtores rurais, onde podem comercializar os produtos derivados da sua prática de agricultura familiar, como a produção de hortaliças, farinha de mandioca, carvão, dentre outras, em que pese o risco de exposição à infecção pelo SARS-CoV-2 devido à aglomeração de pessoas nesses lugares.

Com relação à necessidade de comercialização da produção, foi observado também que a compra de produtos produzidos diretamente nas comunidades por parte de compradores ou atravessadores, sobretudo em áreas próximas à sede do município, também ocorre com grande frequência. Assim sendo, a mobilidade intramunicipal decorrente de relações comerciais possibilitou a disseminação da covid-19 nessas comunidades. Um aspecto dessas relações pode ser observado na Figura 5.

Figura 5 – Aspectos relacionados à produção familiar de hortaliças (A) e carvão (B)



Fonte: dados da pesquisa.

O fato das menores ocorrências da doença terem sido observadas nas comunidades de Mangabal e Bacabal está relacionado a dois aspectos diferenciados. No caso da comunidade de Mangabal, o baixo número de casos pode estar associado à grande distância e ao seu difícil acesso à sede do município e demais localidades, que dificultam a mobilidade intramunicipal de sua população. Além da dificuldade geográfica observada, essa comunidade também apresentou uma forma de organização social eficiente ao promover a realização de barreiras sanitárias, que restringiam o acesso de pessoas de fora da comunidade, como uma resposta ao imperativo de distanciamento social, em que pese a precariedade dos serviços de saúde existentes nela.

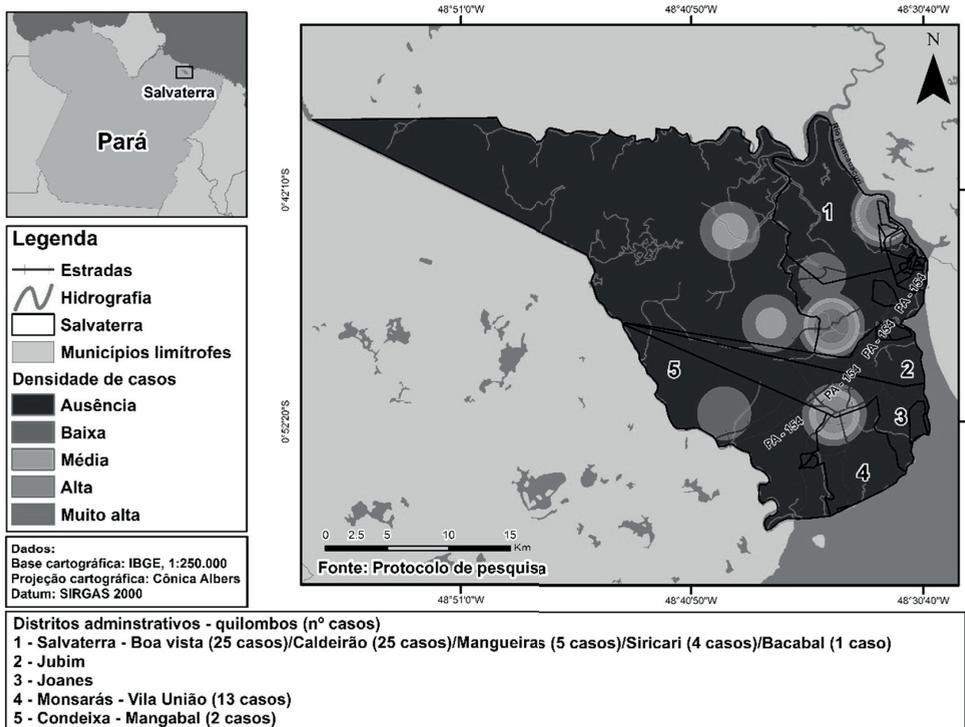
Embora a comunidade de Bacabal esteja localizada próxima à sede municipal de Salvaterra, com a possibilidade de acesso dos seus habitantes às demais localidades do município, o seu baixo quantitativo de casos de covid-19 pode estar relacionado a diferentes fatores, tais como a baixa oferta de exames diagnósticos e a resistência de seus habitantes de realizarem testes oferecidos pelos serviços de saúde ou de procurarem assistência básica em saúde, mesmo diante da ocorrência de sinais e sintomas relacionados à doença, conforme relatos dos profissionais de saúde do município.

O baixo número de casos observado nessa comunidade pode estar também associado ao estigma e ao preconceito vinculado à covid-19 enquanto doença emergente, reforçados pela falta de informação e pela necessidade do isolamento social compulsório preconizado pelos protocolos institucionalizados nas diversas instâncias de saúde do aparelho de Estado. Baixas notificações de certos agravos, decorrentes de preconceito e falta de informação somados à falta de recursos públicos relacionados à realização de exames para identificação de processos infecciosos, têm sido observadas em diversas outras epidemias, tais como HIV/aids e H1N1. (MACHADO, 2009; SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005)

Com relação à distribuição dos casos da doença nas comunidades quilombolas por distrito do município, foi observado que no distrito da sede municipal estão as comunidades com as maiores concentrações de pessoas acometidas, quais sejam: Boa Vista (25) e Caldeirão (25), além

do maior número de comunidades com casos (5). Já nos distritos de Condeixa e Monsarás foram observadas as comunidades com as menores densidades de casos, na Vila União (13) e no Mangabal (2), além do menor número de comunidades atingidas pelo agravo (1) (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição espacial da densidade de casos de covid-19 nas comunidades quilombolas do município de Salvaterra (PA)



Fonte: dados da pesquisa.

O fato das comunidades quilombolas de Boa Vista e Caldeirão terem apresentado uma densidade muito alta de casos, formando aglomerados, pode estar relacionado à sua característica geográfica e demográfica de área periurbana, onde as residências das pessoas infectadas não apresentam grandes distanciamentos entre si. Nessas áreas, também foi observado um adensamento populacional, que favorece a transmissão da doença decorrente da interação entre os habitantes dessas comunidades.

Outro fato relacionado à densidade elevada de casos, expressa através desses aglomerados, pode estar associado ao alcance dos serviços públicos de vigilância em saúde, como a localização de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nessas comunidades, devido à sua proximidade à sede municipal e ao seu acesso facilitado pela Rodovia PA-154, que possibilita uma maior oferta de serviços, como exames laboratoriais e campanhas para detectar a circulação do vírus, conforme Figura 7.

Figura 7 – Aspecto do posto de saúde da comunidade quilombola de Caldeirão, em Salvaterra (PA)



Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à densidade alta de casos observada na Vila União no distrito de Condeixa, ela pode estar relacionada aos fatores de risco condicionados pela implementação da cadeia produtiva do abacaxi, particularmente no que diz respeito à comercialização desse produto, uma vez que esta ocorre de forma direta com os compradores, que podem ser oriundos de outros municípios ou mesmo de outros estados brasileiros.

Embora a prática de comercialização direta do abacaxi seja uma possibilidade de viabilização do escoamento da sua produção para venda nos mercados estadual e nacional e esteja relacionada à expressividade econômica desse produto, ela se constitui um fator de risco de transmissão da doença para a comunidade, demonstrando que os elos de transmissão da pandemia podem ser extremamente complexos também em contextos rurais.

Considerações finais

Levando em consideração os resultados obtidos, foi evidenciado que a ocorrência da covid-19 nas comunidades quilombolas do município de Salvaterra se constitui um problema de saúde pública devido às condicionantes geográficas, demográficas e socioeconômicas, face à dinâmica de transmissão da doença pela infecção do SARS-CoV-2. O perfil epidemiológico da doença nas áreas estudadas foi de indivíduos do sexo feminino, adultos, com baixa escolaridade, ocupação agrícola e com desfecho de cura.

As comunidades quilombolas do município apresentaram cenários epidemiológicos particularizados da covid-19, que foram condicionados por diferentes níveis de exposição de seus moradores aos fatores de riscos da doença, tais como o contato com pessoas infectadas decorrentes de relações produtivas e sociais, características de distância e acesso em relação à sede do município e das suas formas de organização de produção no que diz respeito à comercialização agrícola, que implicaram uma distribuição não homogênea da doença nas áreas estudadas. Assim sendo, foi observada a ocorrência de aglomerados de casos sobretudo nas comunidades localizadas ao longo das rodovias ou próximas dessas e mais próximas da área urbana.

As ferramentas computacionais utilizadas na análise espacial dos dados foram satisfatórias para a construção dos cenários epidemiológicos da covid-19 no município. Considerando os resultados obtidos neste trabalho, ressaltamos a necessidade da intensificação de ações de vigilância epidemiológica nas comunidades quilombolas do município, principalmente onde foi observada a produção socioeconômica da doença.

Referências

- ALECRIM, W. D. Doenças tropicais e o desenvolvimento da Amazônia. *Revista de Patologia Tropical*, Goiânia, v. 30, n. 2, p. 143-152, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/15143>. Acesso em: 16 mar. 2021.
- ALMEIDA, A. W. B de. Quilombos: sematologia face a novas identidades. In: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS; MARANHÃO. Centro de Cultura Negra do Estado do Maranhã (org.). *Frenchal – Terra de*

Preto: quilombo reconhecido como reserva extrativista. São Luís: SMDDH, 1996. p. 11-19.

ARRUDA, R. “Populações tradicionais” e a proteção dos recursos naturais em unidades de conservação. *Ambiente e Sociedade*, Campinas, n. 5, p. 79-92, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/RfgDyLnkxRnFNqQcWTR6bQG/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20maior%20parte%20das%20%C3%A1reas,a%20garantia%20de%20sua%20perenidade>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BARGAS, J. de K. R.; CARDOSO; L. F. C. Cartografia social e organização política das comunidades remanescentes de quilombos de Salvaterra, Marajó, Pará, Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, Belém, v. 10, n. 2, p. 469-488, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/RfgDyLnkxRnFNqQcWTR6bQG/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20maior%20parte%20das%20%C3%A1reas,a%20garantia%20de%20sua%20perenidade>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República, [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 227, p. 4-5, 21 nov. 2003. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98186/decreto-4887-03>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 28, p. 316-317, 8 fev. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, L. G.; NASCIMENTO, R. M. C.; NASCIMENTO, V. B. (org.). *Vulnerabilidade histórica e futura das comunidades quilombolas do Pará em tempo de pandemia*. Belém: NUMA: UFPA, 2021.

FRARE, J. C. V.; ROSA JUNIOR, W. Potencial agroecológico da agricultura familiar de comunidades ribeirinhas agroextrativistas do Marajó, Amazônia Oriental.

Revista Unimar Ciências, Marília, v. 26, n. 1-2, p. 41-53, 2017. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/ciencias/article/view/513/280>. Acesso em: 18 jun. 2021.

GAO, J.; TIAN, Z.; YANG, X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of covid-19 associated pneumonia in clinical studies. *BioScience Trends*, Oxford, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32074550/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhd/bwzHpmR9L/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

GONÇALVES, N. V.; ALCÂNTARA, R. C. C.; SOUSA JÚNIOR, A. da S. *et al.* A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconomia e política pública em saúde, 2007-2013. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 9, n. 2, p. 21-30, 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v9n2/2176-6223-rpas-9-02-21.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

GONÇALVES, N. V.; MIRANDA, C. do S. C.; COSTA, R. J. F. *et al.* Cutaneous leishmaniasis: Spatial distribution and environmental risk factors in the state of Pará, Brazilian Eastern Amazon. *Journal of Infection in Developing Countries*, Alghero, v. 13, n. 10, p. 939-944, 2019. Disponível em: <https://jdic.org/index.php/journal/article/view/32084026>. Acesso em: 13 jul. 2021.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 5 maio 2021.

IBGE. *Panorama das Cidades do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/salvaterra/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2021.

INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ. *Territórios quilombolas do estado do Pará*. [Belém]: ITERPA 2015. Disponível em: <http://portal.iterpa.pa.gov.br/quilombolas/> Acesso em: 18 jun. 2020.

MACHADO, A. A. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 464-469, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/bbbM7mWg4FWGGLNsCdJJ4FC/?lang=pt#:text=ARTIGO%20ESPECIAL-,Infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20v%C3%ADrus%20Influenza%20A%20\(H1N1\)%20de%20origem%20osu%C3-](https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/bbbM7mWg4FWGGLNsCdJJ4FC/?lang=pt#:text=ARTIGO%20ESPECIAL-,Infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20v%C3%ADrus%20Influenza%20A%20(H1N1)%20de%20origem%20osu%C3-)

%ADna%3A,como%2oreconhecer%2C%2odiagnosticar%2oe%2oprevenir%2o
*&text=RESUMO-,Em%2omar%C3%A7o%2ode%2o2009%2C%2ohouve%2o
o%2oin%C3%ADcio%2ode%2ouma%2oepidemia,o%2orisco%2ode%2o
uma%2opandemia. Acesso em: 24 abr. 2021.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Global Ed., 2015.

RODRIGUES, I.; VEIGA, N.; GOMES, B. *et al.* Observações sobre sete anos (1998-2004) de controle malacológico em seis municípios do Nordeste do Pará. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PARASITOLOGIA*, 19., 2005, Porto Alegre. *Anais* [...]. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

SCHMITT, A.; TURATTI, M. C. M.; CARVALHO, M. C. P. de. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Ambiente e Sociedade*, Campinas, n. 10, p. 129-136, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/3zsW4C3r6CFYcnx8sPSDrk/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/kZPSW7Ck9mMvV3fYR5fWnCH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SILVA, H. P. A covid-19 e as populações quilombolas na Amazônia: Impactos do racismo estatal. *Boletim Cientistas Sociais*, São Paulo, 21 set. 2020a. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2427-boletim-cientistas-sociais-a-questao-etnico-racial-em-tempos-de-criese-n-1>. Acesso em: 21 set. 2020.

SILVA, H. P. As populações quilombolas brasileiras e o enfrentamento da covid-19. *Jornal Mural: escrita de notícias*, [s. l.], 2020b. Disponível em: <http://bioantropologiaufpa.blogspot.com/2020/09/as-populacoes-quilombolas-brasileiras-e.html>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, H. P.; SILVA, G. M. A situação dos quilombos do Brasil e o enfrentamento à pandemia da covid-19. *Portal ABRASCO*, Rio de Janeiro, 16 set. 2020c. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/a-situacao-dos-quilombos-do-brasil-e-o-enfrentamento-a-pandemia-da-covid-19-artigo-de-hilton-p-silva-e-givania-m-silva/52116/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, P. B. G. Reconhecimento da história, cultura e direitos dos negros brasileiros. In: COELHO, W. N. B.; OLIVEIRA, J. M. (org.). *Estudos sobre relações étnico-raciais e educação no Brasil*. São Paulo: Livraria da Física, 2017. p. 17-49.

TEMPONI, A. O. D.; BRITO, M. G.; FERRAZ, M. L. *et al.* Ocorrência de casos de leishmaniose tegumentar americana: uma análise multivariada dos circuitos espaciais de produção, Minas Gerais, Brasil, 2007 a 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VNBhvtXX3sMT6MFsN3rLwmy/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2021.

VARGA, I. V. D.; SILVA, H. P.; ARAUJO, E. M. de. *et al.* Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde. In: STEFANO, D.; MENDONÇA, M. L. (org.). *Direitos Humanos no Brasil 2020: relatório da rede social de justiça e direitos humanos*. São Paulo: Outras Expressões, 2020. p. 219-230. Disponível em: <https://www.social.org.br/index.php/livros-books/livros-direitos-humanos-no-brasil/250-relatorio-direitos-humanos-2020.html>. Acesso em: 20 jun. 2021.

WANG, D.; HU, B.; HU, C. *et al.* Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>. Acesso em: 25 mar. 2021.

XAVIER, A. R.; SILVA, J. S.; ALMEIDA, J. P. C. L. *et al.* Covid-19: Clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 56, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/PrqSm9T8CVkPdk4m5Gg4wKb/?lang=en#:~:text=These%20may%20be%20accompanied%20by,novel%20coronavirus%20in%20Wuhan%2C%20China>. Acesso em: 17 mar. 2021.

Capítulo 4

TUBERCULOSE INFANTIL faces e interfaces

Marília Santos dos Anjos

Joilda Silva Nery

Évelin Santos Oliveira

Federico Costa

Beatriz Gouvêa de Andrade

Introdução

Nos dias atuais, a Tuberculose (TB) ainda se configura como um importante problema de saúde pública, sendo uma das dez principais causas de morte no mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) O Brasil é um dos países que contribui significativamente com esse cenário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar dos esforços, o Brasil está entre os 30 países com maior carga de TB no mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)

A epidemiologia da TB está intimamente relacionada aos determinantes sociais, pois influenciam no risco de exposição, susceptibilidade, progressão da doença, tempo de diagnóstico e tratamento, bem como na adesão e consequentemente no sucesso do tratamento. (DUARTE et al., 2018)

Sendo assim, é importante realizar a análise de determinada condição de saúde, como a TB infantil, por exemplo, a partir da óptica dos determinantes sociais. Desse modo, reconhece-se a saúde como o conjunto

de condições integrais e coletivas de existência, que sofre influências do contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental. (LOPES, 2005)

As metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, relacionadas ao fim da TB como problema de saúde pública, exigem dos programas de controle novas estratégias, que considerem o enfrentamento dos determinantes sociais. (BRASIL, 2019) Nesse contexto, destaca-se outra problemática: a da TB infantil – que é evitável e curável. (COWGER; WORTHAM; BURTON, 2019)

A importância da TB como causa de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes com menos de 15 anos de idade e as peculiaridades da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença nessa faixa etária apenas recentemente ganharam proeminência na comunidade científica internacional. (CARVALHO et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) Apesar disso, no Brasil as crianças e os adolescentes são pouco citados nas políticas nacionais e estratégias de combate à TB, como o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. (BRASIL, 2017)

As principais medidas de prevenção e controle da TB dizem respeito à identificação precoce de casos suspeitos e ao tratamento adequado dos casos confirmados, bem como à oferta da vacina Bacilo Calmette-Guérin (BCG), que previne as formas mais graves em crianças e que teve impacto na redução da mortalidade infantil por TB em países endêmicos, como o Brasil. (BRASIL, 2019) Outras medidas como a implementação da identificação e do tratamento da infecção latente da TB, além das medidas de controle de infecção por aerossóis em serviços de saúde, também são importantes. (BRASIL, 2019)

Outra questão preocupante acerca da TB é o fato de atingir grupos étnico-raciais de modo desigual, o que exige do Estado medidas orientadas a reduzir as iniquidades em conformidade com o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (BRASIL, 2009)

Diante disso, a perspectiva da necropolítica corrobora com o entendimento das diferenças existentes nas ações do Estado em relação a determinados grupos e à distribuição diferencial do direito à vida. (MBEMBE, 2018) Portanto, se a intenção é considerar os determinantes sociais na

formulação de políticas públicas, é fundamental discutir como a raça/cor/etnia dos indivíduos impacta o adoecimento por TB e seus desfechos.

O Brasil é signatário da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial que foi aberta com a assinatura em 1966 e reconhecida como decreto pela legislação brasileira desde 1969, sendo que a análise do documento já relata a importante barreira da discriminação racial a ser combatida no país. (BRASIL, 1969)

Décadas mais tarde, ao considerar o combate à discriminação racial, a fim de garantir o acesso da população negra de forma equitativa ao direito à saúde e às suas especificidades, foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo estrutural e institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. (BRASIL, 2009)

Nos últimos anos, cada vez mais estudos que analisam os desfechos de saúde sob a perspectiva das disparidades étnico-raciais têm sido realizados, entretanto, tendo em vista as desigualdades e o perfil sociodemográfico do Brasil, é importante que novos estudos continuem sendo desenvolvidos. (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013; HONE et al., 2017)

Em um estudo realizado por Daniel Castro e demais autores, os resultados apontaram que os cenários em que existiam maior heterogeneidade sociodemográfica e econômica também tiveram maior desigualdade na incidência de TB. (CASTRO et al., 2018)

O estudo também encontrou uma incidência de TB maior na população indígena do que na não indígena e nos bairros com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). É válido ressaltar que os cenários com maior heterogeneidade podem exigir mais recursos para alcançar o mesmo impacto das medidas de controle de doenças na população do que aqueles com menor heterogeneidade. (CASTRO et al., 2018)

No que se refere à saúde da criança, esta deve ser acompanhada desde o início do seu desenvolvimento, com atenção voltada para o acompanhamento do pré-natal. Assim, a atenção à saúde das mulheres negras sob o enfoque étnico-racial permite entender o racismo como importante determinante social que pode intervir no desenvolvimento e na saúde da mãe e da criança. (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018)

Sendo assim, compreende-se que as crianças em estado de vulnerabilidade social sofrem com as doenças atreladas ao racismo estrutural e institucional que permeiam a sociedade quando seus direitos não são respeitados. Ricardo Henriques constata que “nascer de cor parda ou cor preta aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre”. (HENRIQUES, 2001, p. 11) As crianças com TB ainda vivenciam as limitações das opções preventivas, diagnósticas e de tratamento, bem como a escassez de pesquisas pediátricas específicas, falha na implementação das intervenções e o estigma. (BASU ROY et al., 2019)

Diante do exposto, considerando que a TB atinge de modo desigual pretos, pardos e indígenas e tendo em vista que a maioria dos estudos sobre TB contempla apenas a faixa etária dos adultos, surge a necessidade de novos estudos sobre a doença com abordagem voltada para as crianças e os adolescentes. Sendo assim, o objetivo deste capítulo foi compreender e discutir, com base na literatura, os determinantes, fatores sociodemográficos e especificidades relacionadas às crianças e aos adolescentes menores de 15 anos com TB.

Epidemiologia e determinantes sociais da TB

A TB é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e a principal causa de morte devido a um único agente infeccioso no mundo. (KOCH; MIZRAHI, 2018) O cientista Robert Koch foi o responsável por isolar o bacilo que se tornou mundialmente conhecido como Bacilo de Koch e, em 1882, apresentou-o à Sociedade de Fisiologia em Berlim. (BARBERIS et al., 2017)

Entretanto, o *M. tuberculosis* é bem mais antigo, tendo sobrevivido por mais de 70 mil anos. (ANDERSEN; WOODWORTH, 2014; MACDONALD; IZZO, 2015) No Brasil, durante a colonização portuguesa, estabeleceram-se jesuítas e colonos acometidos pela doença, o que provocou o adoecimento e a morte de muitos indígenas. (MACIEL et al., 2012)

Mais de um século depois da descoberta do bacilo, a doença continua a ser a principal causa de morte de adultos, sendo responsável por 20% de todas as mortes humanas no mundo ocidental entre os séculos XVII e XIX

e sendo uma causa de alta mortalidade nos países em desenvolvimento. (COMAS et al., 2014)

Estudos sobre a história natural da doença, realizados antes do desenvolvimento dos medicamentos antituberculose, mostraram que na ausência de tratamento a mortalidade é próxima a 70% em pacientes com baciloscopia positiva. (TIEMERSMA et al., 2011) Entretanto, mesmo nos dias de hoje, o tratamento da TB permanece um desafio em função da necessidade de que, em sua abordagem, sejam considerados o contexto e a saúde do indivíduo em uma perspectiva mais ampla, bem como questões sociais e econômicas. (RABAHI et al., 2017)

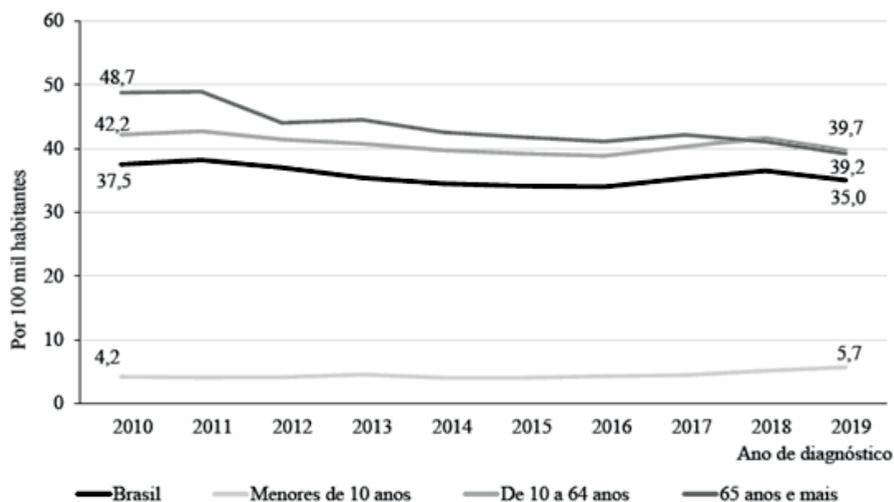
Dados mais atuais revelam que, em 2018, cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram com TB. Destas, cerca de 1 milhão eram crianças e adolescentes com menos de 15 anos. E em relação às mortes, 1,2 milhões de pessoas (não infectadas pelo HIV) morreram devido à TB, das quais 14% tinham menos de 15 anos de idade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)

Entretanto, apesar desse número elevado de casos e óbitos, ainda há escassez de dados epidemiológicos e pesquisas científicas focadas nesse grupo etário para avaliar o verdadeiro impacto global da TB infantil (MELLADO PEÑA et al., 2018) e, embora o número de notificações da doença seja alto, apenas um terço de todos os casos existentes chega a ser notificado aos programas de controle nacionais. (LAMB; STARKE, 2017)

No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Do total de casos notificados, 1.646 foram casos novos em crianças menores de 10 anos. (BRASIL, 2020)

Como é possível visualizar no Figura 1, destaca-se que, no período de 2010 a 2019, a incidência de TB em crianças menores de 10 anos variou de 4,2 a 5,7 casos/100 mil habitantes. Entretanto, enquanto em outros grupos etários a incidência diminuiu gradativamente nos últimos 10 anos, neste grupo etário observou-se um aumento no risco de adoecimento por TB. (BRASIL, 2020)

Figura 1 – Proporção de casos confirmados de tuberculose por faixa etária e raça/cor, Brasil, 2019



Fonte: Brasil (2020).

Historicamente, a TB tem sido reconhecida como um exemplo de “doença social”, cujo controle requer intervenções sociais, econômicas e ambientais. As mudanças sociais ocorridas principalmente em países industrializados na primeira metade do século XX foram capazes de reduzir a incidência da doença. (LÖNNROTH et al., 2009)

Em uma revisão sobre TB e iniquidades sociais, os resultados mostraram que, de modo geral, as desigualdades sociais são apresentadas como fatores que podem interferir na cura e/ou no controle da doença. (BERTOLOZZI et al., 2020) Nesse contexto, a proteção social é um dos pilares da Estratégia End TB da OMS para acabar com a TB até 2035, uma vez que a nova estratégia global reforça e recomenda a busca pela articulação com outros setores, bem como a priorização das populações mais vulneráveis. (BRASIL, 2019)

No que se refere à raça/cor, é válido ressaltar que, mesmo em países como os Estados Unidos onde as taxas de TB são baixas, a doença continua afetando a população de maneira desigual/heterogênea, especialmente comunidades afroamericanas e outros grupos étnico-raciais, imigrantes e Pessoas em Situação de Rua (PSR). (COWGER; WORTHAM; BURTON, 2019)

Em um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos da América sobre as disparidades raciais e a incidência de TB infantil, observou-se que as taxas foram desproporcionalmente mais altas entre crianças e adolescentes de todos os grupos raciais ou étnicos não brancos. (COWGER; WORTHAM; BURTON, 2019)

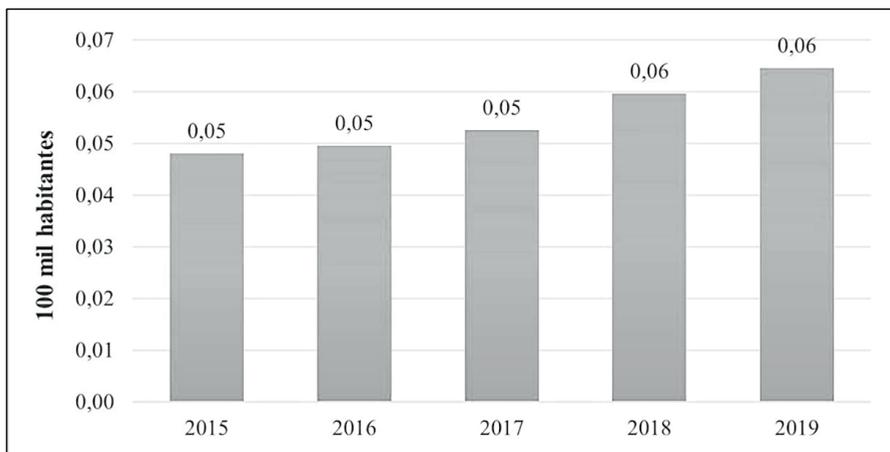
Apesar do uso de quimioterapia específica a partir do início do século XX, a doença continua apresentando altas taxas de incidência e mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento. (ZOMBINI et al., 2013)

César Munayco e demais autores (2015) apontam que um dos motivos é o baixo investimento de alguns países no sistema de saúde. Países da América Latina e do Caribe que tiveram menores investimentos no setor saúde, dentre outros indicadores, também apresentam maiores taxas de incidência de TB. (MUNAYCO et al., 2015)

Desse modo, as pesquisas têm demonstrado que as modificações nas estimativas de incidência da TB no Brasil estão mais associadas às mudanças nos índices socioeconômicos e no estado geral de saúde da população do que ao desempenho de programas de controle. (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013) Isso revela o quanto é importante compreender e trabalhar para controlar a doença levando em consideração os determinantes sociais e ambientais. (DUARTE et al., 2018)

Conforme ilustrado no gráfico a seguir, é possível visualizar que a prevalência de TB na população de menores de 15 anos (crianças e adolescentes) aumentou significativamente nos últimos cinco anos, ao invés de reduzir, conforme preconizado pela OMS. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) Esse aumento na prevalência da doença acompanhou a piora do quadro da situação socioeconômica da população brasileira, acompanhada também da Emenda Constitucional nº 95/2016, que, por meio do limite de gastos do governo em setores como saúde e educação, aprofundou ainda mais a crise social e sanitária no país. (MARIANO, 2017)

Figura 2 – Prevalência de tuberculose na população menor de 15 anos por 100 mil habitantes, Brasil, 2015-2019



Fonte: Datasus, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Ministério da Saúde (2020).¹

TB em crianças: principais desafios

A terminologia usada para descrever os vários estágios e apresentações clínicas da TB infantil costuma ser controversa por conta da utilização de diferentes recortes etários nas pesquisas científicas. (LAMB; STARKE, 2017)

Em relação à nomenclatura da TB infantil utilizada pela OMS, são classificadas como crianças com TB aquelas de até 14 anos (também chamadas de menores de 15 anos), enquanto no Brasil a classificação considera até 10 anos de idade. (TAHAN; GABARDO; ROSSONI, 2020) Outros trabalhos também têm debatido acerca do recorte etário da TB infantil. (BASU ROY et al., 2016; BASU ROY et al., 2019)

A definição de criança e adolescente também difere entre os países. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, por exemplo, define uma criança como alguém com menos de 18 anos e a adolescência é cada vez mais considerada durar até 24 anos de idade. (BASU ROY et al., 2019) Já a legislação brasileira considera como criança a pes-

¹ Ver em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/casos-de-tuberculose-desde-2001-sinan/>.

soa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade. (BRASIL, 1990)

A fisiopatologia e a apresentação clínica da TB diferem de acordo com a idade, sendo que as crianças maiores de 10 anos desenvolvem a doença com apresentação clínica similar aos adultos. (TAHAN; GABARDO; ROSSONI, 2020) E embora haja essa divergência em relação à classificação etária, neste trabalho será adotada a mesma classificação que a OMS utiliza.

De acordo com a OMS, as prioridades para os Programas Nacionais de Tuberculose devem ser: curar pacientes com a doença ativa, reduzir o sofrimento físico e mental, evitar o desenvolvimento de resistência a medicamentos e a mortalidade. (LÖNNROTH et al., 2009) Desse modo, compreender a heterogeneidade da carga da doença e a apresentação clínica em crianças e adolescentes é crucial para contribuir com os esforços na prevenção e assistência da TB. (COWGER; WORTHAM; BURTON, 2019)

A TB infantil tem sido historicamente negligenciada, embora nos últimos anos tenha ocorrido um incremento nas estratégias, incluindo o objetivo de zero mortes pela doença na infância. (JENKINS; YUEN, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

A TB é um problema conhecido na população em geral, mas, em grupos socialmente e economicamente vulnerabilizados, essa situação pode ser ainda mais grave. Os casos da doença em crianças, principalmente em menores de cinco anos, estão diretamente relacionados com a prevalência da TB em contato com adultos. Se os programas da TB não alcançarem a meta de redução da doença nos adultos, as crianças continuarão sendo infectadas. (NATAL, 2000)

Cada caso de TB na infância representa transmissão recente na comunidade e é, portanto, uma medida de controle da infecção nas demais faixas etárias. (HERTTING; SHINGADIA, 2014) Desse modo, a busca ativa dos contatos aliada ao tratamento utilizando a Terapia Diretamente Observada (TDO) são fundamentais para a adesão, detecção precoce dos casos e prevenção da TB nas crianças. (NELSON; WELLS, 2004)

Para o controle da doença em crianças, é imprescindível a inclusão de métodos mais efetivos para investigação dos contatos, bem como uma avaliação dos fatores de risco para os desfechos adversos, a exemplo

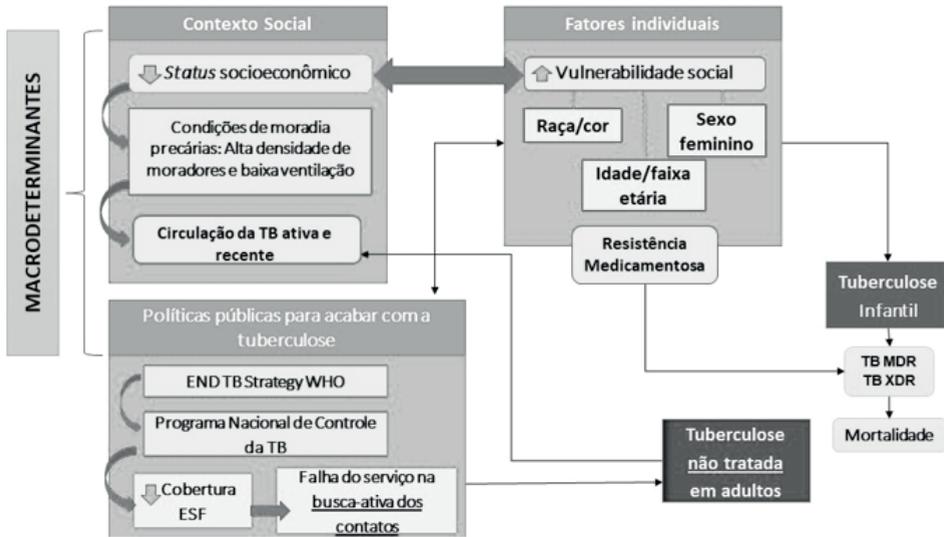
de óbito, abandono ou falha de tratamento. (NELSON; WELLS, 2004) Contudo, os principais desafios da TB infantil no mundo estão relacionados ao diagnóstico e à prevenção. (MELLADO PEÑA et al., 2018; REUTER; HUGHES; FURIN, 2019)

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento, mas é ineficaz nas crianças pela dificuldade na obtenção de bacilos. (BRASIL, 2019; REUTER; HUGHES; FURIN, 2019) Além disso, outras medidas como melhorias na vigilância global e na atuação dos programas nacionais e melhor identificação dos fatores de risco também são cruciais para o controle da TB infantil. (NELSON; WELLS, 2004)

No que se refere aos fatores que favorecem a ocorrência da TB em crianças, foi proposto um modelo teórico que considera os níveis de determinação que atravessam o nível individual ao macrosocial, conforme proposto por Dahlgren e Whitehead (1999 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e também com adaptações ao modelo proposto por Diderichsen e Hallqvist (1998 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) que enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais, por sua vez, provocam diferenciais no processo saúde e doença. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007)

Figura

Modelo Teórico - Determinantes Sociais da Tuberculose Infantil



Fonte: elaborada pela autora Marília Santos dos Anjos com a anuência dos demais autores.

Nesse modelo teórico, podemos visualizar uma relação entre os macrodeterminantes: como o contexto social e as políticas públicas direcionadas à TB infantil se associam com fatores que são individuais, não do ponto de vista apenas biológico, mas também do ponto de vista social. Para Paulo Buss e Alberto Pellegrini Filho, as diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007)

Ao detalhar o modelo teórico, é possível inferir em relação aos macrodeterminantes do contexto social que, quanto menor o *status* socioeconômico, piores serão as condições de renda, escolaridade e moradia, o que pode levar os indivíduos a residirem em casas com alta densidade populacional, baixa ventilação e precárias condições de higiene. Esse contexto favorece a circulação e proliferação do Bacilo de Koch (ou *M. tuberculosis*), o que conseqüentemente leva à maior transmissão e ocorrência da TB ativa e recente na comunidade.

Em seguida, temos como macrodeterminantes as políticas públicas e ações institucionais e/ou governamentais para controlar a TB, como a Estratégia End TB da OMS e no Brasil o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que está integrado na rede de serviços de saúde, sendo executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2017)

Entretanto, em contextos com baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, podem ocorrer lacunas na busca ativa dos contatos que, se não forem devidamente diagnosticados e tratados, podem contribuir para o aumento da transmissão ativa na comunidade infectando outras pessoas de seu convívio, inclusive as crianças.

A vulnerabilidade social, por sua vez, se relaciona a menor *status* socioeconômico, raça/cor, idade/faixa etária dos indivíduos (e quanto menor a faixa etária, maior a vulnerabilidade) e com o sexo feminino. A relação desses fatores com os determinantes de contexto e a carência de políticas públicas podem aumentar as chances de crianças adoecerem por TB. Uma vez cometidas pela doença, essas crianças têm risco de desenvolver resistência medicamentosa primária ou de adquirir uma cepa já resistente aos fármacos de primeira linha. Tais fatores podem levar a complicações e consequentemente ao aumento da mortalidade dessas crianças.

Perfil étnico-racial da TB infantil no Brasil

Em relação ao perfil étnico-racial dos casos confirmados de TB no Brasil em 2019, 49% eram pardos, 13% pretos, 28% brancos, 1% indígenas, 1% amarelos e 8% sem esse dado preenchido. A população de menores de 15 anos representa 3% do total de casos de TB confirmados no mesmo ano no país e em relação à raça/cor segue a seguinte distribuição: 48% pardos, 10% pretos, 27% brancos, 6% indígenas, 0,5% amarelos e 8% sem informação. (BRASIL, 2020) Chama a atenção o aumento significativo da contribuição das crianças e adolescentes indígenas na proporção de casos confirmados em relação ao grupo de adultos.

Em relação ao desfecho do tratamento nas crianças e adolescentes menores de 15 anos de acordo com a raça/cor, observou-se que 46% dos

indivíduos curados eram pardos, 30% brancos, 10% pretos, 6% indígenas, 0,6% amarelos e 6% dos curados tinham a raça/cor ignorada. Em relação aos óbitos por TB, 48% eram pardos, 18% eram brancos, 24% eram indígenas, 9% tiveram a raça/cor ignorada e nenhuma foi declarada como preta ou amarela. Em relação ao abandono de tratamento, 50% eram pardos, 22% eram brancos, 12% pretos, 8% indígenas e 8% tinham a informação de raça/cor ignorada nessa categoria. (BRASIL, 2020)

Em um estudo realizado em todo Brasil sobre as diferenças raciais relacionadas aos coeficientes de incidência da TB, observou-se que de modo geral a população indígena apresentou maior risco de adoecimento. Entretanto, destaca-se que na região Sul do país a população preta apresentou a maior incidência de TB, mesmo correspondendo a apenas 12% na população total. (VIANA; GONÇALVES; BASTA, 2016)

É válido ressaltar que alguns estudos já têm analisado os determinantes sociais e fatores sociodemográficos associados à maior incidência de TB, por exemplo a pobreza e a raça/cor. (BASTA et al., 2013; CASTRO et al., 2018; DYE et al., 2009; LÖNNROTH et al., 2009; STEAD et al., 1990)

Entretanto, até o momento, são poucas as evidências encontradas na literatura, com o enfoque para as desigualdades étnico-raciais da TB em crianças e adolescentes. Foi realizada uma busca no PubMed em outubro de 2020, com os seguintes descritores: *tuberculosis; social inequality; childhood tuberculosis (or under 15 years); ethnic or ethnicity*. Apenas um artigo foi encontrado.

Ao realizar a busca no Scielo no mesmo período com os seguintes descritores em português – *tuberculose; desigualdades sociais; tuberculose infantil (ou menores de 15 anos); raça ou cor* –, foram encontrados dois artigos. Entretanto, estes estavam repetidos na base, totalizando apenas um artigo que não estava relacionado apenas à TB em crianças, mas à população geral.

Quadro 1 – Descrição dos resultados encontrados na literatura sobre tuberculose infantil e raça/cor nas bases PubMed e Scielo

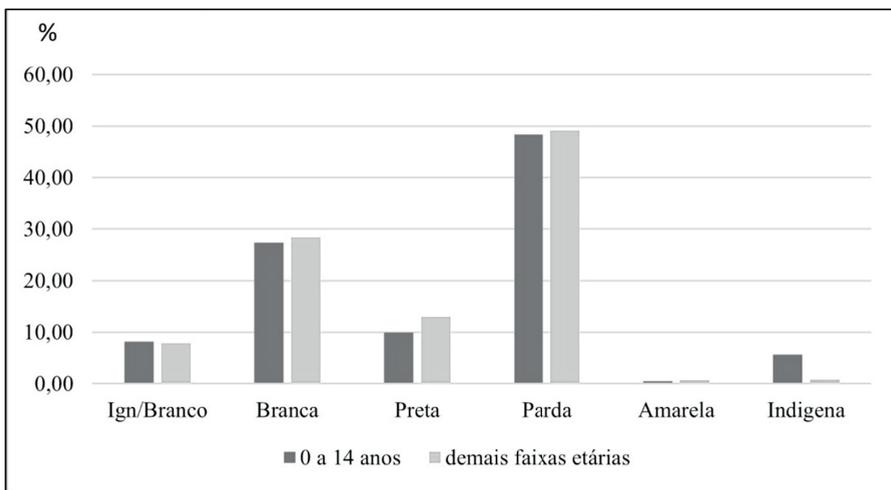
Base	Descritores	Título	Ano	Tipo do estudo	Principais resultados e informações relevantes
PubMed	<i>tuberculosis AND social inequality AND childhood tuberculosis AND under 15 years AND (ethnic OR ethnicity)</i>	Childhood tuberculosis in Leeds, 1982-90: social and ethnic factors and the role of the contact clinic in diagnosis	1994	Corte transversal	Crianças de famílias originárias do subcontinente indiano tiveram uma incidência de tuberculose 3,7 vezes maior e uma taxa de quimioprofilaxia dos contatos 6,1 vezes mais alto, do que crianças brancas. Nesse estudo, os autores também chegaram à conclusão de que a privação social foi um fator mais importante do que a origem étnica, com base numa análise que levou em consideração a área de residência das crianças (se mais rica ou menos favorecida).
Scielo	tuberculose AND (desigualdades sociais) AND (tuberculose infantil OR menores de 15 anos) AND (raça OR cor)	Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor no Mato Grosso do Sul	2013	Descritivo-analítico	Foram registrados 6.962 casos novos de tuberculose no período, 15,6% entre indígenas. Houve predomínio em homens e adultos (20 a 44 anos) em todos os grupos. A maior parte dos doentes indígenas residia na zona rural (79,8%) e 13,5% dos registros nos indígenas ocorreram em < 10 anos. A incidência média no estado foi 34,5/100.000 habitantes, 209,0; 73,1; 52,7; 23,0 e 22,4 entre indígenas, amarelos, pretos, brancos e pardos, respectivamente.

Fonte: elaborado pela autora Marília Santos dos Anjos com anuência dos demais autores.

Ao analisar o gráfico a seguir, é possível perceber que a proporção de casos de TB de acordo com a raça/cor dos indivíduos é bem similar entre os menores de 15 anos e as demais faixas etárias. Entretanto, chama a atenção a disparidade entre a proporção de casos de TB em indígenas ser maior

entre os menores de 15 anos do que na população total de indígenas com TB nas demais faixas etárias.

Figura 4 – Proporção de casos confirmados de tuberculose por faixa etária e raça/cor, Brasil, 2019



Fonte: Datasus, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Ministério da Saúde (2020).

Ao analisar o gráfico anterior, também chama atenção a maior proporção de casos confirmados de TB entre os pardos, representando quase 50% dos casos tanto no grupo de menores de 15 anos quanto nos adultos. Embora seja possível observar que os pretos tenham apresentado menor proporção de casos quando comparados com os pardos, o estudo de Paulo Cesar Basta e demais autores (2013) revelou que em ambos os grupos (pretos e pardos) foram observados os piores resultados no tratamento, pois esses grupos étnico-raciais apresentaram chance de abandono quase três vezes maior em comparação com os indígenas, enquanto os brancos apresentaram uma chance de abandono quase duas vezes.

TB em crianças de grupos populacionais específicos

A situação da TB em crianças e jovens torna-se ainda mais grave em crianças vivendo em condições de vulnerabilidade social, como aquelas

pertencentes aos Grupos Populacionais e Tradicionais Específicos (GTPE). O governo federal, por meio do Cadastro Único para programas sociais, classifica 16 grupos populacionais, a exemplo dos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, PSR, entre outros.

Dentre essas famílias, muitas crianças encontram-se em situações precárias de moradia, educação, saúde, alimentação etc. Esses segmentos populacionais apresentam características socioculturais ou situações específicas de vida que demandam políticas públicas equitativas.

É importante destacar que essas populações não buscam seus direitos apenas quando estes são relacionados à posse da terra e aos recursos naturais, mas principalmente aos serviços públicos, às condições sanitárias e de infraestrutura, educacionais e profissionalizantes. (DOMINGOS; GONÇALVES, 2019)

Muitas dessas comunidades estão distantes dos centros urbanos, situadas em zonas rurais, florestas ou margens dos rios e em muitas delas as Equipes de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os acessos mais viáveis para o cuidado à saúde. (DOMINGOS; GONÇALVES, 2019)

Os estudos sobre a ocorrência da TB nas crianças que fazem parte dos GTPE são escassos e a falta de informações pode promover lacunas importantes nas políticas sociais e de saúde voltadas para a infância e juventude. Pensar em políticas públicas que atendam às crianças ribeirinhas, de comunidades quilombolas e povos indígenas, por exemplo, é investir em meios para o deslocamento até essas localidades e estrutura que atendam aos casos mais graves, bem como o acompanhamento de enfermidades como a TB que requer um tratamento longo.

A alta morbidade por TB entre os povos indígenas é um exemplo da difícil situação da saúde nos indivíduos aldeados. (COIMBRA JÚNIOR et al., 2013; ROMERO-SANDOVAL et al., 2007) Jorge Meireles Amarante e Vera Lucia Costa mostraram em seu trabalho que entre as crianças indígenas houve um número elevado de casos de TB, baixo percentual de cura, alta taxa de abandono do tratamento e de letalidade, o que os levou a concluir que os investimentos em áreas prioritárias no controle da doença

deveriam ser direcionados também aos povos indígenas. (AMARANTE; COSTA, 2000)

Ao longo dos anos, a situação em populações aldeadas ainda inspira cuidados. Em estudo na população indígena Suruí, na Amazônia, aproximadamente metade dos casos novos de TB, ocorridos entre 1991 e 2002, 45% foram em crianças menores de 15 anos de idade. (BASTA et al., 2004)

Um estudo mais recente com crianças e adolescentes indígenas realizado por Paulo Viana e demais autores (2019) mostrou que crianças menores de quatro anos tiveram uma chance três vezes maior de ir a óbito por TB comparadas com as outras faixas etárias e que os casos com acompanhamento insuficiente tiveram maiores chances de abandono do tratamento e óbito.

Em estudo que analisou os dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) sobre os casos notificados de TB em crianças e adolescentes indígenas de 0 a 19 anos, no período de 2006 a 2016, foram identificadas maiores incidências da TB em crianças entre 0-4 anos e adolescentes entre 15-19 anos. (VIANA et al., 2019)

Desfechos desfavoráveis como óbito e abandono foram relacionados ao acompanhamento inadequado dos casos, com maiores chances de óbitos pelas manifestações extrapulmonares da doença. Muitos exames necessários para o diagnóstico, como raio-x do tórax, baciloscopia, cultura e sorologia anti-HIV não são realizados e isso pode ocorrer pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. (VIANA et al., 2019) Essas mesmas barreiras são enfrentadas pelas famílias ribeirinhas, extrativistas, comunidades quilombolas, dentre outros grupos do GPTE.

Determinados segmentos têm maior vulnerabilidade para a TB, dentre eles: PSR, cujo risco é 56 vezes maior quando comparado à população em geral. (BRASIL, 2019). Assim como a PSR, crianças menores de dois anos também têm maior chance de adoecer por TB. (BRASIL, 2019) Face ao exposto, uma das autoras do presente capítulo analisou o perfil epidemiológico da doença em crianças e adolescentes até 19 anos em situação de rua no Brasil no período de 2014 a 2018, baseado no levantamento de dados obtidos no Sinan.

No período analisado, foram notificados 249 casos de TB em crianças e adolescentes que viviam em situação de rua, sendo a maioria em pessoas do sexo masculino (68,3%) na faixa etária de 15 a 19 anos (71,9%), como é possível observar na Tabela 1. Destaca-se que 12,9% dos casos foram em crianças menores de um ano, faixa etária indicada para a vacinação com a BCG. Considerando a raça/cor, predominou a população negra com 56,6% (141) dos casos, que correspondeu a 42,2% (105) declaradas pardas e 14,4% (36) pretas. Vale ressaltar que 16,5% (41) das fichas estavam com esse dado ignorado/branco. No que tange às comorbidades relacionadas à doença, os dados apontam que 24,1% (60) dos casos relataram uso abusivo de álcool, 26,5% (66) eram tabagistas e 44,6% (111) faziam uso de drogas ilícitas, com maior destaque para os adolescentes entre 15 e 19 anos.

De acordo com o *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003 (2004)*, para a maioria do público estudado, o início do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco ocorreu antes da situação de rua. Em relação às outras drogas, como solventes e maconha, o uso ocorreu após a ida para as ruas. Os motivos relatados para o primeiro uso foram para acompanhar um familiar ou amigo, por curiosidade e alguns foram forçados. E para a continuidade do uso, os entrevistados alegam que era para esquecer a fome, o frio e a tristeza, porque acham legal e divertido, para se sentirem mais fortes e poderosos ou porque alguns amigos usam. (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2004)

Nesse sentido, a luta por melhores condições de vida e saúde promovida também pelos movimentos sociais organizados demonstra que as políticas públicas e os respectivos gestores devem estar atentos às questões particulares e singulares da população negra, povos indígenas e os demais do GPTE. As ações devem considerar as vulnerabilidades de cada segmento, para que as ações e estratégias de combate à TB sejam efetivas respeitando os princípios da igualdade, equidade e justiça social.

Tabela 1 – Comorbidades da tuberculose em crianças e adolescentes em situação de rua, Brasil, 2014-2018

		Crianças/adolescentes em situação de rua com TB (n=249)
Comorbidades	n	%
Alcoolismo		
Sim	60	24,1
Não	170	68,3
Ignorado/branco	19	7,6
Tabagismo		
Sim	66	26,5
Não	157	63,1
Ignorado/branco	26	10,4
Drogas ilícitas		
Sim	111	44,6
Não	120	48,2
Ignorado/branco	18	7,2

Fonte: Datasus, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Ministério da Saúde (2019).²

Transmissão e manifestações clínicas da TB infantil

Na população geral, os contatos íntimos de pessoas com TB são os mais suscetíveis a infectar e, se infectados, a progredir para TB ativa, particularmente no primeiro ano após a exposição. (CHURCHYARD et al., 2017) A transmissão dessa doença para contatos domiciliares é mais provável de ocorrer quando estes têm <15 anos de idade. (CHURCHYARD et al., 2017; ZELNER et al., 2014)

Dados de um estudo recente sobre transmissão e susceptibilidade da doença no mundo revelaram que os contatos de pessoas com TB com <5 anos de idade são um dos grupos com maior risco de desenvolver a doença.

2 Ver em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/casos-de-tuberculose-desde-2001-sinan/>.

(CHURCHYARD et al., 2017) Por conta disso, a OMS e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos recomendam que crianças <5 anos e pessoas infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que tenham sido expostas, sejam tratadas para prevenir o rápido desenvolvimento de TB disseminada ou meníngea, que pode ocorrer antes que os testes de infecção latente se tornem reativos. (LAMB; STARKE, 2017)

Após a infecção primária (com ou sem doença), as pessoas imunocompetentes desenvolvem imunidade adaptativa, que as protege contra a reinfecção, entretanto essa proteção diminui com o tempo. (GOUGH; KAUFMAN, 2011)

Uma grande diferença entre a doença em adultos e crianças é que a maioria dos casos de TB pulmonar em adultos é ocasionada pela reativação dos bacilos que se alojaram no ápice dos pulmões durante o processo de disseminação hematogênica, enquanto na TB infantil são observadas complicações dos eventos fisiopatológicos em torno da primo-infecção. Além disso, crianças são mais propensas a desenvolverem TB extrapulmonar e, por essas razões, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento também necessitam ser diferenciados. (LAMB; STARKE, 2017; STARKE, 2007)

Desse modo, é importante que todo indivíduo com diagnóstico de TB tenha seus contatos investigados, principalmente a criança no primeiro ano de vida por apresentar cerca de 40% de risco de adoecimento, o que é considerado alto. (ALVES; SAAR; SANT'ANNA, 2018)

O intervalo entre a infecção e a doença ativa em adultos costuma ser longo (anos a décadas), mas costuma ser de apenas semanas a meses em crianças pequenas, o que torna esses últimos ainda mais vulneráveis à doença. (CARVALHO et al., 2018; LAMB; STARKE, 2017) Sendo assim, a fim de reduzir a transmissão e incidência da doença, é imprescindível a busca ativa dos contatos domiciliares, sobretudo as crianças. (BRASIL, 2019)

Além disso, nesse contexto, a vacinação com a BCG também se faz importante, pois reduz as chances de agravamento com as formas mais graves da doença, a exemplo da meningite tuberculosa e TB miliar. (BRASIL, 2019)

Os sintomas da TB pulmonar ativa e que ocorrem em 80% dos casos incluem tosse com ou sem expectoração, hemoptise, perda de peso,

falta de ar, sudorese noturna, febre, letargia e mal-estar geral. (BRASIL, 2019; GOUGH; KAUFMAN, 2011) Entretanto, a TB se manifesta de forma diferente entre crianças, adolescentes e adultos. (TAHAN; GABARDO; ROSSONI, 2020)

Os sintomas nas crianças geralmente são inespecíficos e se confundem com infecções próprias da infância, o que dificulta a avaliação e diagnóstico (HERTTING; SHINGADIA, 2014), isto é, a TB na infância, diferente da forma do adulto, costuma ser negativa ao exame bacteriológico devido ao reduzido número de bacilos nas lesões. (SANT'ANNA, 2012) Após o término da infância e no início da adolescência (≥ 10 anos de idade), os indivíduos quase sempre apresentam sintomas respiratórios e são mais frequentemente positivos à baciloscopia, assim como nos adultos. (BRASIL, 2019)

As manifestações clínicas da TB nas crianças podem apresentar sintomatologia variada incluindo fadiga, perda de apetite, sudorese noturna, fraqueza, perda de peso e febre que habitualmente é moderada, persistente por 15 dias ou mais e frequentemente vespertina. (CARVALHO et al., 2018; SILVA JÚNIOR, 2004)

A criança também pode apresentar dor torácica e tosse persistente (produtiva ou não produtiva), que podem raramente ser acompanhadas de hemoptise (CARVALHO et al., 2018), sendo a tosse persistente o principal sintoma da forma pulmonar da doença, que é a forma mais comum de TB pediátrica. (CARVALHO et al., 2018) Muitas vezes, a suspeita de TB é feita em casos de pneumonia que não vêm apresentando melhora com o uso de antimicrobianos comuns. (SILVA JÚNIOR., 2004)

Tratamento e resistência medicamentosa

Os tratamentos com medicamentos eficazes para TB foram desenvolvidos pela primeira vez na década de 1940. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) A resistência do *M. tuberculosis* às drogas começou a ser observada em 1944, assim que se iniciou a era quimioterápica da doença. (SANT'ANNA et al., 2002)

Antes da disponibilidade de tratamento antituberculose eficaz, as primeiras intervenções de saúde pública incluíram o isolamento em sanatórios e a vacinação com BCG. (GLAZIOU; FLOYD; RAVIGLIONE, 2018)

O tratamento atualmente recomendado para casos de TB suscetível a medicamentos é um regime de seis meses com quatro medicamentos de primeira linha: isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida. (BRASIL, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) Já para crianças menores de 10 anos o tratamento da fase ativa é feito com três dessas drogas: isoniazida, rifampicina e pirazinamida. (BRASIL, 2019)

O seguimento do tratamento em crianças e adolescentes, assim como em adultos, inclui avaliação clínica e exames complementares. A adesão deve ser centrada em toda a família, pois em muitos casos há mais de um indivíduo acometido em casa: a criança e o adulto que lhe transmitiu a doença. (BRASIL, 2019)

A administração do tratamento utilizado atualmente para crianças é um dificultador e pode levar a falhas no tratamento, pois as doses administradas pelo responsável da criança nem sempre são adequadas (pode haver erros ao cortar os comprimidos, por exemplo). Isso pode fazer com que o tratamento seja interrompido, se torne irregular ou seja abandonado. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 2019)

Em um estudo realizado em Fortaleza, na região Nordeste do Brasil, sobre os determinantes de transmissão e abandono de tratamento da TB, os resultados mostraram que os indivíduos com baixo nível socioeconômico e escolaridade inferior ao ensino fundamental tiveram maior chance de abandonar o tratamento e pessoas de raça/cor parda tiveram 28% maior chance de abandono de tratamento comparado aos brancos. (HARLING et al., 2017)

E em outro estudo realizado no Rio de Janeiro, na região Sudeste do Brasil, o abandono do tratamento para TB latente em crianças e adolescentes menores de 15 anos esteve associado com as condições socioeconômicas do local de residência e a baixa adesão ao tratamento ativo da TB do caso índice. (MENDONÇA et al., 2016)

No que diz respeito à resistência medicamentosa, a resistência bacilar é um processo biológico que ocorre de maneira espontânea e se desenvolve

através de mutações cromossômicas na população bacteriana primária ou adquirida. (CARAPAU, 1996) É considerada primária quando o indivíduo é infectado por uma cepa resistente e pode transmitir para outras pessoas. (REI, 2017) É adquirida quando o *M. tuberculosis* é exposto a medicamentos durante o tratamento e sofre pressão seletiva que mantém linhagens de cepas resistentes. (DEUN et al., 2009) Crianças e bebês são mais propensos a apresentarem resistência primária, transmitida através do contato domiciliar. (ESPOSITO; TAGLIABUE; BOSIS, 2013)

A resistência adquirida costuma ser resultado de má conduta no tratamento. (ANDERSON et al., 2014) Por outro lado, os principais fatores que condicionam a resistência ou a multirresistência são: não aderência à terapêutica, esquemas terapêuticos desajustados, combinação dessas duas situações, indivíduos já tratados com antibacilares, contatos com TB resistente, indivíduos oriundos de zonas de alta prevalência de TB resistente (África, Ásia, América Latina), pessoas acometidas com baciloscopia ou culturas positivas após três meses de tuberculostáticos. (REI, 2017)

Embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento (pacientes que se curam ao final do tratamento em condições de rotina) varia muito de acordo com o local, estando em torno de 70% (50-90%) na média nacional. A falta de adesão é o principal fator que leva o tratamento a não ser efetivo. E existem três principais tipos de situações relacionados à falta de adesão e à consequente não efetividade do tratamento: o abandono do tratamento, o uso errado e/ou irregular dos medicamentos. (RABAHY et al., 2017)

A TB resistente a medicamentos continua sendo uma ameaça à saúde pública, pois, apenas em 2018, houve cerca de meio milhão de novos casos de TB resistentes à rifampicina, dos quais 78% eram de Tuberculose Multi-droga-Resistente (TBMDR). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)

Por definição, a TB MDR ocorre quando o *M. tuberculosis* é resistente pelo menos à isoniazida e à rifampicina, os dois fármacos de primeira linha. E a Tuberculose Extensivamente Resistente (TB XDR) ocorre quando, além desses, o bacilo também é resistente a fármacos de segunda linha: amicacina, capreomicina, kanamicina, fluoroquinolonas e outros. (REI, 2017) O aparecimento e a propagação da TB resistente são agra-

vantes que tornam o sucesso dos programas de controle cada vez menor. (MUKHERJEE; LODHA; KABRA, 2017)

No Brasil, as notificações e o acompanhamento de casos especiais de TB são feitos pelo Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB). Esse sistema é complementar ao Sinan e destina-se à notificação e ao acompanhamento dos casos de TB com indicação de tratamentos especiais devido à ocorrência de reações adversas, toxicidade, comorbidades que impossibilitem o uso do esquema básico e resistências. (BRASIL, 2011)

É válido ressaltar que 3% dos casos pediátricos anuais apresentam o desenvolvimento da TB MDR e da TB XDR. (JENKINS; YUEN, 2018) Por conta disso, há uma crescente preocupação em relação à TB infantil e à resistência aos medicamentos de primeira linha. (MIGLIORI; MANISSERO; SOTGIU, 2012)

O diagnóstico de TB MDR em crianças é ainda mais difícil, pois a baixa obtenção de bacilos em culturas compromete o rendimento da microscopia, do esfregaço e o isolamento para testes de suscetibilidade. (MIGLIORI; MANISSERO; SOTGIU, 2012) Alguns fatores, como as dificuldades no diagnóstico, desenvolvimento de um estado latente e assintomático, utilização de tratamentos inadequados, entre outros, prejudicam os avanços terapêuticos relacionados à TB MDR em crianças. (HARAUSZ et al., 2017; JENKINS; YUEN, 2018; MELLADO PEÑA et al., 2018)

É válido ressaltar que apenas 3-4% das crianças com TB MDR chegam a ser tratadas. (JENKINS; YUEN, 2018) Estima-se que a realização de investigações de contato domiciliar em torno de pacientes adultos de TB MDR poderia encontrar 12 vezes mais casos de TB MDR infantil do que os que estão sendo identificados atualmente. (JENKINS; YUEN, 2018)

Em 2012, Dena Ettehad e demais autores publicaram um estudo de revisão sistemática com metanálise que forneceu uma estimativa mais robusta sobre os resultados de tratamento de TB MDR infantil no mundo. O desfecho primário foi o sucesso de tratamento, considerando cura e conclusão do tratamento, e como desfechos secundários mortalidade, falta de tratamento e efeitos adversos. Foram apresentadas maiores taxas de sucesso no tratamento TB MDR pediátrica quando comparadas com as dos

adultos. No entanto, uma proporção significativa de crianças apresentou efeitos adversos, o que indica que são necessários medicamentos mais específicos com formulações pediátricas. (ETTEHAD et al., 2012)

Recomendações para a prática e considerações finais

Na organização da sociedade brasileira, a raça/cor e as condições de pobreza são determinantes importantes para a ocorrência de doenças evitáveis. Os programas de controle da TB são importantes e necessários para as medidas de prevenção, controle, vigilância e tratamento da doença, porém é válido ressaltar que as questões sociais e econômicas precisam ser levadas em consideração quando se discute sobre o controle da doença.

Desse modo, a situação das crianças afetadas pela TB e os determinantes estruturais como a exclusão e a pobreza precisam ser reconhecidos e enfrentados. A discriminação deve ser identificada, compreendida e desafiada para alcançar o enfrentamento equitativo das crianças afetadas pela doença. (BASU ROY et al., 2019)

Conforme mencionado pelo Ministério da Saúde, são necessárias mais medidas a fim de reduzir as iniquidades, bem como devem ser empregadas ações de proteção social, de redução da pobreza e de diminuição dos determinantes que acarretam a maior ocorrência de TB. (BRASIL, 2019)

Sendo assim, é imprescindível estudar e compreender como os determinantes sociais afetam as crianças com TB desde sua incidência até os fatores associados ao abandono de tratamento e à aquisição de resistência medicamentosa, sendo a raça/cor um importante componente dos determinantes sociais relacionados à chance de adquirir TB.

Como recomendações para a prática, podemos extrair deste trabalho a importância de incluir para a criação de estratégias de enfrentamento e controle da TB os principais determinantes sociais no adoecimento, bem como a identificação de grupos vulneráveis com os piores indicadores de saúde, como a população negra e pobre.

Assim, é preciso aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as recomendações da Estratégia End TB da OMS, bem como

ampliar as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a fim de diminuir as desigualdades sociais e em saúde e consequentemente a redução da incidência da TB, pois existem evidências de associação entre a atenção primária ampliada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, e a redução das desigualdades em saúde no Brasil. (HONE et al., 2017)

Referências

ALVES, R.; SAAR, S. M. A.; SANT'ANNA, C. C. The main questions of pediatricians about children and adolescents with tuberculosis. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-37, 2018. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/en_v8n1a04.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. de A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 5-12, 2000. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2000000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=. Acesso em: 5 out. 2020.

ANDERSEN, P.; WOODWORTH, J. S. Tuberculosis vaccines – rethinking the current paradigm. *Trends in Immunology*, London, v. 35, n. 8, p. 387-395, 2014. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24875637/#:~:text=The%20vaccine%20discovery%20paradigm%20in,helper%20\(Th\)1%20responses](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24875637/#:~:text=The%20vaccine%20discovery%20paradigm%20in,helper%20(Th)1%20responses). Acesso em: 3 out. 2020.

ANDERSON, L. F.; TAMNE, S.; BROWN, T. *et al.* Transmission of multidrug-resistant tuberculosis in the UK: a cross-sectional molecular and epidemiological study of clustering and contact tracing. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 14, n. 5, p. 406-415, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24602842/>. Acesso em: 29 set. 2020.

BARBERIS, I.; BAGAZZI, N. L.; GALLUZZO, L. *et al.* The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch's bacillus. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, Genoa, v. 58, n. 1, p. 9-12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432783/>. Acesso em: 25 set. 2020.

BASTA, P. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; ESCOBAR, A. L. *et al.* Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil.

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 338-342, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/kZF5SjBvcKLGpkRQD6DPMWM/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2020.

BASTA, P. C.; MARQUES, M.; OLIVEIRA, R. L. de *et al.* Social inequalities and tuberculosis: an analysis by race/color in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 854-864, 2013. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000500854&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 30 out. 2020.

BASU ROY, R.; BRANDT, N.; MOODIE, N. *et al.* Why the Convention on the Rights of the Child must become a guiding framework for the realization of the rights of children affected by tuberculosis. *BMC International Health and Human Rights*, London, v. 16, n. 32, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931215/>. Acesso em: 30 out. 2020.

BASU ROY, R.; WHITTAKER, E.; SEDDON, J. A. *et al.* Tuberculosis susceptibility and protection in children. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 19, n. 3, p. 96-108, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322790/>. Acesso em: 25 out. 2020.

BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRANÇA, F. O. DE S. *et al.* A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades sociais: Estudo de revisão Integrativa na Base PubMed. *Escola Anna Nery: revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/PgSp8P5qn3CmhTxr8BkXd7B/?format=pdf&lang=pt#:~:text=4%20A%20TB%20%C3%A9%20sabidamente,e%20consoantes%20%C3%A0%20realidade%20e>. Acesso em: 24 out. 2020

BRASIL. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 1969.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 135, p. 13563-13577, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde (TABNET)* – informações Epidemiológicas e Morbidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31009407>. Acesso em: 15 set. 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do usuário do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose – SITE-TB*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://sitetb.saude.gov.br/download/sitetb_notificar_caso.v03_11_2011.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Brasil livre da tuberculose: Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de para o Controle da Tuberculose*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/172_d411f15deebo1f23d9a556619ae965c9. Acesso em: 15 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose 2020. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, 2020. Número especial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-tuberculose-2020-marcas-1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social e combate à fome. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/sumario-executivo-pop-rua.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/>. Acesso em: 17 out. 2019.
- CARAPAU, J. Tuberculose infantil e multirresistência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Lisboa, v. 27, n. 6, p. 841-843, 1996.
- CARVALHO, A. C. C.; CARDOSO, C. A. A.; MARTIRE, T. M. *et al.* Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 134-144, 2018. Disponível em: <http://www.>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000200134&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 ago. 2019.

CASTRO, D. B.; MACIEL, E. M. G. de S.; SADAHIO, M. *et al.* Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 17, n. 187, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0900-3#:~:text=Between%202007%20and%202016%2C%2021%2C030,per%20100%2C000%20inhabitants%20in%202016>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1572-1582, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 16 jul. 2020.

CHURCHYARD, G.; KIM, P.; SHAH, S. N. *et al.* What we know about tuberculosis transmission: An overview. *The Journal of Infectious Diseases*, Chicago, v. 216, p. 629-635, 2017. Supl. 6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29112747/>. Acesso em: 26 out. 2020.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; WELCH, J. R. *et al.* The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: Rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, New York, v. 13, n. 1, p. 1-19, 2013. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-52>. Acesso em: 12 out. 2019.

COMAS, I.; COSCOLLA, M.; LUO, T. *et al.* Mycobacterium tuberculosis with modern humans. *Nature Genetics*, New York, v. 45, n. 10, p. 1176-1182, 2014. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ng.2744>. Acesso em: 15 set. 2020.

COWGER, T. L.; WORTHAM, J. M.; BURTON, D. C. Epidemiology of tuberculosis among children and adolescents in the USA, 2007-17: an analysis of national surveillance data. *The Lancet Public Health*,

Amsterdam, v. 4, n. 10, p. 506-516, 2019. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31446052/#:~:text=In%20US%20states%2C%203520%20\(68,%C2%B71\)%20during%20this%20period](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31446052/#:~:text=In%20US%20states%2C%203520%20(68,%C2%B71)%20during%20this%20period). Acesso em: 14 out. 2020.

DEUN, A. V.; BARRERA, L.; BASTIAN, I. *et al.* Mycobacterium tuberculosis strains with highly discordant rifampin susceptibility test results. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, D.C., v. 47, n. 11, p. 3501-3506, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19759221/>. Acesso em: 30 set. 2019.

DOMINGOS, I. M.; GONÇALVES, R. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019. Disponível em: <https://revistas.unisinus.br/index.php/RECHTD/article/view/rechtd.2019.111.06>. Acesso em: 10 set. 2020.

DUARTE, R.; LÖNNROTH, K.; CARVALHO, C. *et al.* Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, Hoboken, v. 24, n. 2, p. 115-119, 2018. Disponível em: <https://www.journalpulmonology.org/en-tuberculosis-social-determinants-co-morbidities-including-articulo-S2173511517301641>. Acesso em: 11 abr. 2020.

DYE, C.; LÖNNROTH, K.; JARAMILLO, E. *et al.* Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. *Bulletin of the World Health Organization*, New York, v. 87, n. 9, p. 683-691, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19784448/>. Acesso em: 17 ago. 2020

ESPOSITO, S.; TAGLIABUE, C.; BOSIS, S. Tuberculosis in children. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, Rome, v. 5, n. 1, 2013.

ETTEHAD, D.; SCHAAF, H. S.; SEDDON, J. A. *et al.* Treatment outcomes for children with multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 12, n. 6, p. 449-456, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22373593/#:~:text=Average%20duration%20of%20treatment%20ranged,54%2D90%C2%B780>. Acesso em: 25 jul. 2020.

GLAZIOU, P.; FLOYD, K.; RAVIGLIONE, M. C. Global epidemiology of tuberculosis. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, New York, v. 39, n. 3, p. 271-285, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30071543/>. Acesso em: 19 jun. 2019.

GOUGH, A.; KAUFMAN, G. Pulmonary tuberculosis: clinical features and patient management. *Journal of nursing regulation*, Chicago, v. 25, n. 47, p. 48-56, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888103/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

HARAUZ, E.; GARCIA-PRATS, A. J.; SEDDON, J. A. *et al.* New and repurposed drugs for pediatric multidrug-resistant tuberculosis: Practice-based recommendations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, New York, v. 195, n. 10, p. 1300-1310, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27854508/>. Acesso em: 21 ago. 2019.

HARLING, G.; LIMA NETO, A. S.; SOUSA, G. S. *et al.* Determinants of tuberculosis transmission and treatment abandonment in Fortaleza, Brazil. *BMC Public Health*, New York, v. 17, n. 508, p. 1-10, 2017. Disponível em: [https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4435-0#:~:text=Low%20socioeconomic%20status%20areas%20have,universal%20DOT%20recommendations%20in%20Brazil](https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4435-0#:~:text=Low%20socioeconomic%20status%20areas%20have,universal%20DOT%20recommendations%20in%20Brazil.). Acesso em: 20 jul. 2020.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para discussão, n. 807.

HERTTING, O.; SHINGADIA, D. Childhood TB: when to think of it and what to do when you do. *Journal of Infection*, London, v. 68, p. 151-154, 2014. Supl. 1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24119929/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 14, n. 5, p. 1-19, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 14 ago. 2020.

JENKINS, H. E.; YUEN, C. M. The burden of multidrug-resistant tuberculosis in children. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 22, n. 5, p. 3-7, 2018. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5975247/#:~:text=Around%203%25%20of%20children%20with,MDR%20DTB%20disease%20each%20year](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5975247/#:~:text=Around%203%25%20of%20children%20with,MDR%20DTB%20disease%20each%20year.). Acesso em: 14 ago. 2020.

KOCH, A.; MIZRAHI, V. Mycobacterium tuberculosis. *Trends in Microbiology*, Oxford, v. 26, n. 6, p. 555-556, 2018.

- LAMB, G.; STARKE, J. R. Tuberculosis in infants and children. *Microbiology Spectrum*, [s. l.], v. 5, n. 2, 2017.
- LÖNNROTH, K.; JARAMILLO, E.; WILLIAMS, B. G. *et al.* Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 68, n. 12, p. 2240-2246, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609002111>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- LOPES, F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500034&script=sci_abstract. Acesso em: 14 de out. 2020.
- MACDONALD, E. M.; IZZO, A. A. Tuberculosis vaccine development: Its history and future directions. *Tuberculosis Expanding Knowledge*, [s. l.], 8 jul. 2015. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/47940>. Acesso em: 14 de out. 2020.
- MACIEL, M. de S.; MENDES, P. D.; GOMES, A. P. *et al.* A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-230, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.
- MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 29 out. 2020.
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 edições, 2018.
- MELLADO PEÑA, M. J.; GARCÍA, B. S.; BAQUERO-ARTIGAO, F. *et al.* Tuberculosis treatment for children: an update. *Anales de Pediatría*, Barcelona, v. 88, n. 1, p. 52.1-52, 2018. Disponível em: <https://www.analesdepediatria.org/en-tuberculosis-treatment-for-children-an-articulo-S2341287917302041>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- MENDONÇA, A. M. C.; KRITSKI, A. L.; LAND, M. G. P. *et al.* Abandonment of treatment for latent tuberculosis infection and socioeconomic factors in children and adolescents: Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*, San Francisco, v. 11,

n. 5, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27149514/>. Acesso em: 7 nov. 2019.

MIGLIORI, G. B.; MANISSERO, D.; SOTGIU, G. Multidrug-resistant tuberculosis in children can be treated. *The Lancet infectious diseases*, Amsterdam, v. 12, n. 6, p. 425-426, 2012.

MUKHERJEE, A.; LODHA, R.; KABRA, S. K. Current therapies for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in children in India. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, London, v. 18, n. 15, p. 1595-1606, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847228/>. Acesso em: 13 out. 2020.

MUNAYCO, C. V.; MÚJICA, O. J.; LEÓN, F. X. *ET al.* Determinantes sociais e desigualdades na incidência da tuberculose na América Latina e no Caribe. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 38, n. 3, p. 177-185, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10071/v38n2a03-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=Este%20estudo%20revelou%20que%2C%20na,taxas%20de%20incidência%20de%20TB>. Acesso em: 19 nov. 2019.

NATAL, S. Tuberculose na criança. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-5, 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/bps/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2019.

NELSON, L. J.; WELLS, C. D. Global epidemiology of childhood tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 8, n. 5, p. 636-647, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137548/>. Acesso em: 25 set. 2020.

RABAHI, M. F.; SILVA JÚNIOR, J. L. R. DA; FERREIRA, A. C. G. *et al.* Tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 478-486, 2017. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/2741/pt-BR/tratamento-da-tuberculose#:~:text=O%20tratamento%20da%20tuberculose%20permanece,consideradas%20na%20efetividade%20do%20tratamento>. Acesso em: 24 set. 2020.

REI, S. V. M. *Tuberculose multirresistente em idade pediátrica: diagnóstico e tratamento*. 2017. Dissertação (Mestrado em Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

REUTER, A.; HUGHES, J.; FURIN, J. Challenges and controversies in childhood tuberculosis. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 394, n. 10202, p. 967-

978, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526740/>. Acesso em: 14 out. 2020.

ROMERO-SANDOVAL, N. C.; HUGHES, J.; FURIN, J. *et al.* Pulmonary tuberculosis in an indigenous community in the mountains of Ecuador. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 11, n. 5, p. 550-555, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17439680/>. Acesso em: 12 out. 2019.

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n4/294-301>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SANT'ANNA, C. C. Diagnóstico da tuberculose na infância e na adolescência. *Pulmão RJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 60-64, 2012. Disponível em: https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/14.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

SANT'ANNA, C. C.; MOURGUES, L. V.; FERRERO, F. *et al.* Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil: uma visão atualizada de um antigo problema. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 78, p. 205-214, 2002. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/MZ9TVwSx6f9btSvvyTHvXz/?lang=pt#:~:text=Objetivos%3A%20a%20tuberculose%20continua%20sendo,que%20se%20desenvolvem%20nessas%20regi%C3%B5es>. Acesso em: 10 set. 2020.

SILVA JÚNIOR, J. B. da. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 30, p. 57-86, 2004. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/krXjVLGxwdSJj4VmsFnGpqc/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL. Tuberculose em crianças: novo medicamento deve simplificar e facilitar o tratamento. *SBMT*, [Uberaba], 2 out. 2019. Disponível em: <https://www.sbmt.org.br/portal/tuberculosis-in-children-new-drug-should-simplify-and-facilitate-treatment/>. Acesso em: 14 out. 2020.

STARKE, J. R. New concepts in childhood tuberculosis. *Current Opinion in Pediatrics*, Philadelphia, v. 19, n. 3, p. 306-313, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/krXjVLGxwdSJj4VmsFnGpqc/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Health Estimates: Deaths by cause, age, sex, by country and by region 200-2016*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Tuberculosis Report 2019*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em: 15 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Roadmap for childhood tuberculosis*. Geneva: WHO, 2013.

ZELNER, J. L.; MURRAY, M. B.; BECERRA, M. C. *et al.* Age-specific risks of tuberculosis infection from household and community exposures and opportunities for interventions in a high-burden setting. *The American Journal of Epidemiology*, Amsterdam, v. 180, n. 8, p. 853-861, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188339/>. Acesso em: 17 nov. 2019.

ZOMBINI, E. V.; ALMEIDA, C. H. D. de; SILVA, F. P. C. V. *et al.* Clinical epidemiological profile of tuberculosis in childhood and adolescence. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000100008. Acesso em: 21 maio 2019.

Capítulo 5

TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL E REGIÕES SEGUNDO DIFERENCIAIS DE RAÇA/COR

Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes

Nelson Fernandes de Oliveira

Carlos Alberto Lima da Silva

Aloísio Machado da Silva Filho

Edna Maria de Araújo

Introdução

As estatísticas sobre a mortalidade por homicídios são alarmantes não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Sua magnitude revela-se pela quantidade de mortes produzidas, enquanto a sua transcendência se impõe por atingir principalmente segmentos populacionais em fase precoce da vida. (CERQUEIRA et al., 2016) Assim, a mortalidade por homicídio é considerada como um grave problema de saúde pública e seu enfrentamento envolve ações intersetoriais nos campos da saúde, segurança pública, educação, justiça, assistência social, entre outros.

O impacto da violência no Brasil é pungente, só em 2014 foram registradas 59.627 mortes por homicídios. Em 2012, o Brasil foi colocado entre os 12 países com as maiores taxas de homicídios entre 154 países classificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse mesmo ano, os homicídios atingiram a marca de 475 mil mortes em todo o mundo, correspondendo a uma taxa de 6,7 por 100 mil habitantes (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2014), sendo que mais de um terço dessas mortes (36%) ocorreram nas Américas e as menores taxas foram observadas na Europa (5%) e Oceania (0,3%). (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014)

Em escala mundial, registram-se anualmente mais de 1,3 milhões de mortes em consequência da violência em todas as suas formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) O homicídio é um importante indicador social e de saúde (SOUZA; LIMA, 2007), considerado como o “termômetro da violência”, e este pode refletir a condição social, política e econômica de uma sociedade. (MINAYO; SOUZA, 1999)

Há um consenso na literatura nacional e internacional que a morte violenta é um fenômeno complexo do mundo moderno, que se sustenta por uma estrutura de desigualdades – produto da desorganização social – por vezes decorrente do aumento populacional intenso, das disparidades socioeconômicas e da deficiência na oferta de bens e serviços. (ANDRADE; MARINHO, 2013; MACEDO et al., 2001; MCCALL; PARKER; MACDONALD, 2008)

No Brasil, a partir dos anos 1980, os homicídios superaram os acidentes de transporte. O país produziu um total de 192.804 óbitos por homicídios nos anos de 2004 a 2007, número superior aos 12 maiores conflitos armados acontecidos no mundo nesse período. E no ano de 2013, a mortalidade por causas violentas ocupou a terceira causa de morte, sendo que os homicídios despontaram como a primeira causa de morte não natural. (WAISELFISZ, 2013)

Estudos desenvolvidos no país têm mostrado uma distribuição desigual dessas mortes em função da raça/cor, idade, sexo e contextos sociais. (ARAÚJO et al., 2009; SOUZA; LIMA, 2007) Em linhas gerais, as principais vítimas dessa violência letal são adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, pobres e negros (MACEDO et al., 2001), especialmente nas idades entre 20 e 29 anos. (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014) No Brasil, a sobremortalidade por essa causa na população negra é evidente. (ARAÚJO et al., 2009; WAISELFISZ, 2013)

Estudo realizado em 2010 apontou um risco de homicídio 2,4 vezes em negros maior do que em brancos (NERY, 2014), inclusive dados mais recentes do Brasil mostram que o homicídio por arma de fogo teve um decréscimo de 27,1% na população branca, enquanto na população negra sofreu incremento de 9,9% nos anos de 2003 a 2014. (WAISELFISZ, 2015)

Nesse mesmo sentido, o Relatório da Situação da Adolescência Brasileira 2011 traz a compreensão de que: “a desigualdade por raça e etnia no país mostra-se de forma mais cruel [...] São os meninos negros brasileiros as maiores vítimas das mortes violentas”. (UNICEF, 2011, p. 51)

O contexto de desigualdades raciais parece contribuir para as diferenças observadas nas taxas de morbimortalidade dos negros quando comparados aos brancos. (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004) Portanto, a “cor” no Brasil se constitui em atributo social e *proxy* de outros indicadores como escolaridade, renda e acesso a bens e serviços. (SOUZA et al., 2007)

Por isso, a situação de vulnerabilização da população negra seria responsável por sua maior exposição à morte por homicídio (BATISTA et al., 2004; KRIEGER, 2000), diretamente relacionada ao racismo estrutural, institucional e interpessoal. (SOARES FILHO, 2011) Ou seja, a análise da construção histórica da sociedade brasileira permite afirmar que os negros, em todo o tempo, estiveram vulnerabilizados socialmente (ARAÚJO, 2007), refletindo nos piores indicadores sociais e de saúde do país para essa população.

Ainda que de forma incipiente, nos dias atuais têm crescido o interesse pela variável raça/cor e iniquidades raciais nas pesquisas em saúde e a cada dia vem aumentando o grau de importância dessa variável pela comunidade científica. Assim, é importante enfatizar que os Sistemas de Informações em Saúde têm se constituído como fontes de dados e instrumentos valiosos para a elaboração de pesquisas relacionadas às desigualdades em saúde com recorte racial. Portanto, o conhecimento sobre a distribuição e tendência dos homicídios possibilitará identificar eventos dessa natureza em diversos contextos, a fim de buscar alternativas para seu enfrentamento.

Embora nos últimos anos tenha ocorrido um expressivo aumento de estudos relacionados à mortalidade por homicídios, ainda são escassos

estudos que se propõem a analisar os óbitos por essa causa e seus diferenciais por raça/cor.

Assim, ainda há carência de pesquisas sobre as iniquidades sociais e em saúde que apontem essas diferenças com vistas à focalização de ações programadas para a prevenção dessas mortes e criação de políticas públicas específicas. Para tanto, o objetivo do estudo foi analisar a tendência das mortes por homicídios considerando os diferenciais por raça/cor no Brasil entre os anos de 2005 a 2014.

Materiais e método

Trata-se de um estudo ecológico, tipo série temporal, de caráter exploratório que buscou identificar a tendência das Taxas de Mortalidade por Homicídio (TMH) na população de 15 a 49 anos de idade considerando os diferenciais segundo a raça/cor no Brasil nos anos de 2005 a 2014.

As variáveis estudadas foram raça/cor, sexo, faixa etária, TMH e as cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste. As idades foram agrupadas nas faixas etárias de 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos. A TMH foi considerada a variável desfecho e o ano calendário como variável independente. A categoria “negro” foi o resultado do somatório das cores “preta” e “parda” conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (OLIVEIRA, 2004) As categorias amarela e indígena não foram incluídas nesse estudo devido ao baixo número de ocorrências.

Além disso, consideraram-se somente os dados válidos, razão pela qual não foram incluídos os dados ignorados. A variável raça/cor foi analisada na perspectiva histórica e social. (OSÓRIO, 2003) Quanto aos critérios de inclusão, foram óbitos por homicídio ocorridos em todas as regiões do Brasil, em indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 49 anos e raça/cor branca, preta e parda.

Foram utilizados dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Datasus. Para estimativa populacional dos anos intercensitários, utilizaram-se os dados disponíveis no Banco Multidimensional de Estatística (BME) vin-

culado ao IBGE a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O estudo adotou a classificação genérica de homicídios – agressão – código (X85-Y09), conforme a Classificação Internacional da Doença, em sua 10ª revisão (CID-10).

A análise descritiva dos dados compreendeu o cálculo das frequências absolutas e relativas dos óbitos ocorridos no período. As TMH foram ajustadas para efeito de comparação e calculadas ano a ano segundo raça/cor, sexo e faixa etária, para o Brasil e suas cinco regiões. Adicionalmente, a razão de taxas entre os coeficientes de mortalidade por faixa etária também foi estimada.

Em seguida, para análise exploratória, foram utilizados o modelo de regressão linear simples com estimação das retas de tendência ($y_i = b_0 + b_1x_i$) e o coeficiente de correlação (R^2) entre as taxas de mortalidade por homicídio e os anos compreendidos entre 2005 a 2014, considerando intervalo de confiança de 95%. Considerou-se a existência da autocorrelação temporal em todas as análises de tendência. Para minimizar a superestimação dos resultados, foi aplicado o teste de Durbin e Watson com correção por Prais-Winsten em todas as etapas da análise, independentemente dos dados indicarem presença ou ausência da autocorrelação. O nível de significância adotado foi de 5%.

As tendências das taxas de mortalidade foram interpretadas como crescentes, decrescentes ou estacionárias. Nessa etapa, foi calculada a Variação Média Anual (VMA) com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Essa taxa permite estimar VMA nas taxas calculadas e identificar o decréscimo, acréscimo ou estacionariedade das tendências. (ANTUNES; CARDOSO, 2015)

Para construção dos gráficos, foi utilizado o programa Microsoft Excel Starter 2010 for Windows e para análise dos dados utilizou-se o *software* estatístico R versão 2.13.0. Por tratar-se de dados secundários de domínio público, não houve necessidade de apreciação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares.

Resultados

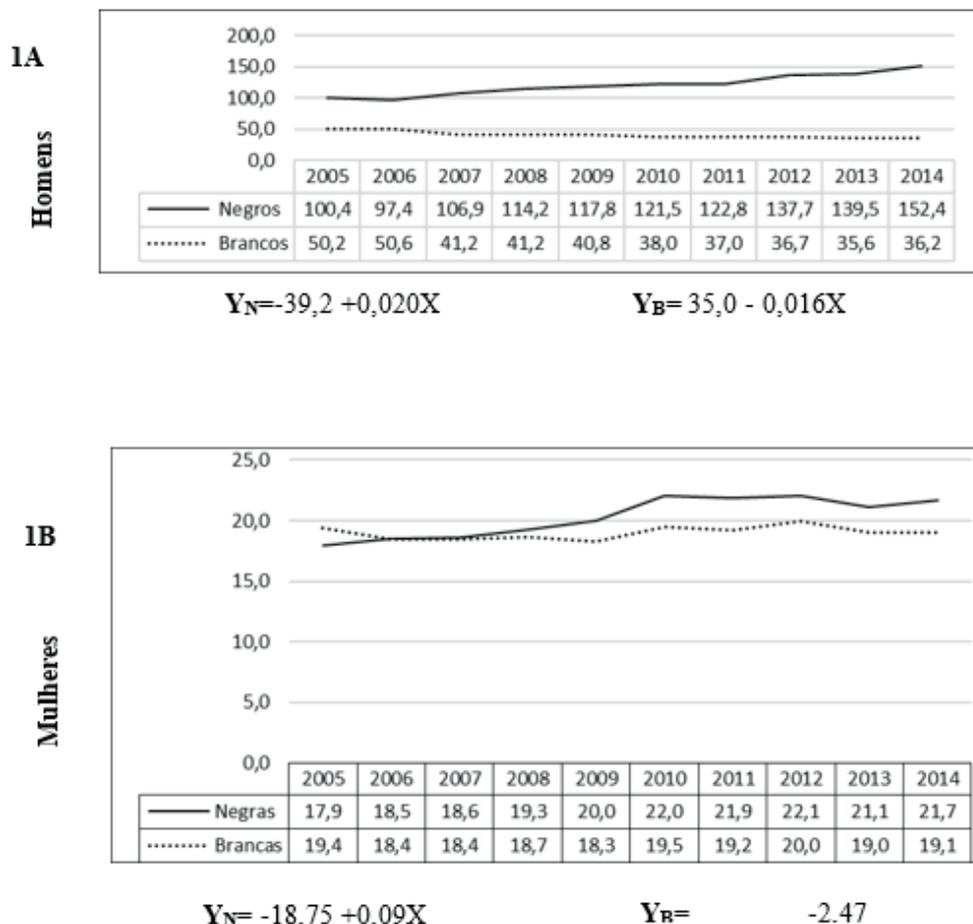
No Brasil, entre os anos de 2005 a 2014, foram registrados 455.293 óbitos por homicídios na faixa etária de 15 a 49 anos independente da raça/cor. Desses, 92,5% dos óbitos atingiram o sexo masculino e 7,5% o sexo feminino, a maior frequência dos óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, em sua maioria de raça/cor negra.

A TMH na população de 15 a 49 anos, independente de raça/cor, sofreu um incremento de 16,6% nos 10 anos analisados, já que passou de 84,0 em 2005 para 98,0 por 100 mil habitantes em 2014.

Os resultados evidenciaram diferenciais na mortalidade por homicídio segundo raça/cor, sexo e idade da vítima. As TMH no Brasil nos anos de 2005 a 2014 mantiveram-se elevadas: a população negra apresentou tendência crescente para ambos os sexos, enquanto a população branca mostrou uma tendência decrescente para o sexo masculino e leve crescimento para o sexo feminino.

Ao analisar as linhas de tendência desses homicídios, nota-se sobre-mortalidade negra para ambos os sexos em toda a série histórica, como visualizado na Figura 1A, com a única ressalva para o ano de 2005, quando as mortes de mulheres brancas superam as de negras (Figura 1B).

Figura 1A e 1B – Tendência da mortalidade por homicídios no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos segundo raça/cor, 2005 a 2014



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (Datasis/Tabnet) ([2020]).¹

As taxas de mortalidade por homicídios mais elevadas concentraram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos para os dois grupos de raça/cor. Todavia, observou-se que, em faixas mais precoces (de 15 a 19 anos), os homicídios em negros superaram os homicídios em brancos em todas as regiões, independente do sexo, conforme visto na Tabela 1.

¹ Ver em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por homicídios e razão de taxa segundo raça/cor e sexo no Brasil e regiões no período de 2005 a 2014

Região	Faixa Etária											
	15-19 anos			20-29 anos			30-39 anos			40-49 anos		
	N	B	RT	N	B	RT	N	B	RT	N	B	RT
Homens												
NO	121,7	31,3	3,9	154,8	50,3	3,1	100,4	36,0	2,8	62,9	34,3	1,8
NE	142,4	24,5	5,8	177,1	39,8	4,4	106,5	27,3	3,9	61,0	18,1	3,4
SE	116,5	38,9	3,0	124,7	60,4	2,1	76,1	43,1	1,8	41,1	28,6	1,4
CO	147,3	49,1	3,0	163,5	65,3	2,5	104,4	46,5	2,2	62,3	33,4	1,9
S	81,4	70,0	1,2	91,3	95,2	1,0	51,7	64,3	0,8	26,5	34,1	0,8
BR	127,2	44,2	2,9	149,2	65,0	2,3	90,8	45,6	2,0	55,8	32,7	1,7
Mulheres												
NO	20,3	15,3	1,3	22,8	17,4	1,3	20,9	15,0	1,4	19,8	15,7	1,3
NE	20,4	10,2	2,0	22,9	12,0	1,9	20,7	10,9	1,9	19,5	10,7	1,8
SE	17,8	18,2	1,0	20,5	19,6	1,0	18,2	17,0	1,1	17,7	18,3	1,0
CO	26,1	23,5	1,1	30,6	25,5	1,2	26,2	23,0	1,1	24,9	23,8	1,0
S	14,6	26,4	0,6	16,5	28,0	0,6	13,0	23,5	0,6	11,3	23,5	0,5
BR	20,1	18,8	1,0	22,6	20,5	1,1	20,1	17,8	1,1	18,8	18,7	1,0

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (Datasis/Tabnet) ([2020]).

O Nordeste apresentou maior crescimento anual da mortalidade por homicídios do sexo masculino de 15 a 19 anos, tanto em negros quanto em brancos, e o Centro-Oeste obteve maior crescimento anual em mulheres negras de 15 a 19 anos. Por sua vez, os homicídios em mulheres brancas tiveram um maior crescimento anual no Nordeste, entretanto isso ocorreu para a faixa de idade de 20 a 29 anos.

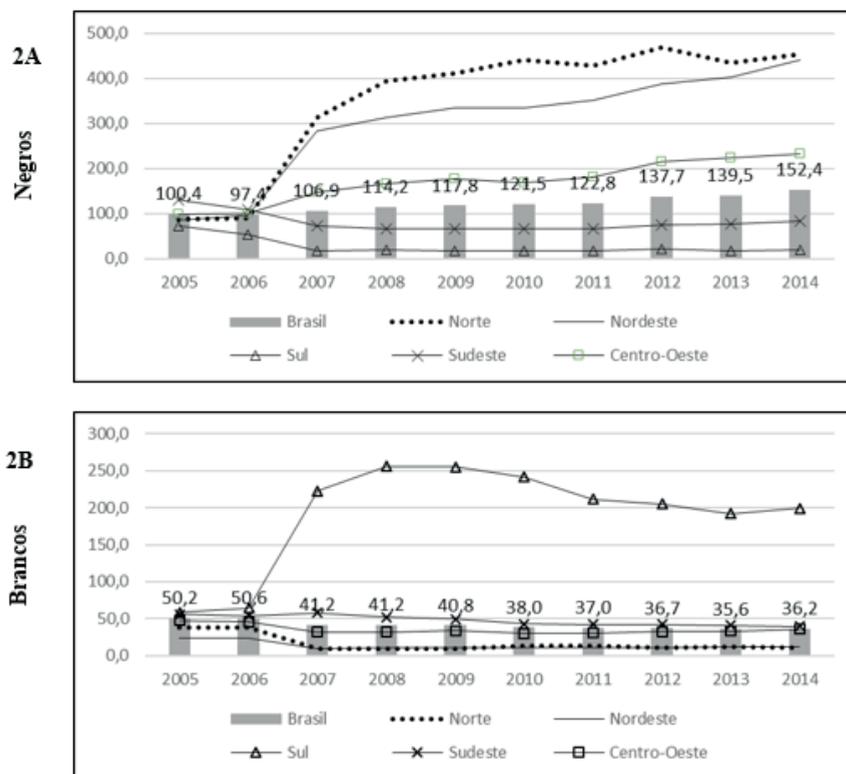
O Sudeste apresentou decréscimo anual em todas as faixas de idade e raça/cor, a única ressalva foi o inexpressivo crescimento anual dessa mortalidade para as mulheres negras de 20 a 39 anos e brancas de 40 a 49 anos de idade.

Mortalidade por homicídio em homens

A tendência da curva de mortalidade por homicídios para o Brasil foi crescente para homens negros ($\beta=0.020$; $R^2=1$), enquanto para os brancos foi decrescente ($\beta=-0.016$; $R^2=0,99$). Houve o acréscimo de 51,8% na TMH em homens negros (de 100,4 em 2005 para 152,4 por 100 mil habitantes em 2014) e redução de 27,9% para homens brancos (de 50,2 em 2005 para 36,2 por 100 mil habitantes em 2014), conforme a Figura 1A. Os resultados apresentados foram estatisticamente significantes, como também as equações das retas após correção por Prais-Winsten.

Dentre as regiões, para as mortes em homens negros destacam-se as regiões Norte ($\beta=0.076$; $R^2=0,98$), Nordeste ($\beta=0.074$; $R^2=0,99$) e Centro-Oeste ($\beta=0.064$; $R^2=0,99$) que exibiram TMH com tendência crescente e mais elevada quando comparadas às demais regiões do Brasil. A partir de 2006, Norte e Nordeste apresentaram importante aceleração em suas taxas. E a região Norte superou as outras regiões, exibindo maiores TMH. Em contrapartida, as regiões Sul ($\beta=-0.067$; $R^2=0,96$) e Sudeste ($\beta=-0.020$; $R^2=0,98$) apresentaram tendências decrescentes (Figura 2A).

Figura 2A e 2B – Tendência da mortalidade por homicídios de homens na faixa etária de 15 a 49 anos no Brasil e regiões, 2005 a 2014



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (Datusus/Tabnet) ([2020]).

No que se refere aos homens brancos, Norte ($\beta = -0,050$; $R^2 = 0,94$), Nordeste ($\beta = -0,027$; $R^2 = 0,97$) e Sudeste ($\beta = -0,019$; $R^2 = 0,99$) mostraram uma tendência decrescente da taxa. Enquanto as regiões Sul ($\beta = 0,061$; $R^2 = 0,97$) e Centro-Oeste ($\beta = 0,019$; $R^2 = 0,97$) foi crescente, sendo o Sul a região que mais se destacou, com taxas mais elevadas se comparado às do Brasil (Figura 2B).

No Brasil e regiões, a maior diferença das mortes por homicídio entre os dois grupos de raça/cor foi observada na faixa de 15 a 19 anos, e a situação foi ainda mais grave no Nordeste, já que para cada óbito de homem branco, quase seis negros morreram vítimas de homicídios (Tabela 2).

Tabela 2 – Variação Média Anual (VMA) e tendências da mortalidade por homicídios segundo sexo, faixa etária e raça/cor nas regiões do Brasil, 2005 a 2015

Sexo/Raça	Brasil e Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	VMA _%	IC _{95%}										
H. Negros												
15-49 anos	4,8	4,3;5,3	19,2	4,9;35,5	18,5	7,4;30,8	-4,5	-11,0;2,4	-14,3	-25,4;-1,6	15,9	9,5;22,8
15-19 anos	3,8	-3,4;11,6	4,7	-5,7;16,4	8,8	-1,0;19,6	-1,9	-6,0;2,2	-3,5	-11,4;5,1	4,0	-5,3;14,2
20-29 anos	2,4	1,8;3,0	5,2	-4,7;16,2	7,5	4,8;10,2	-3,8	-7,6;0,1	-0,3	-2,3;1,5	2,6	0,2;5,2
30-39 anos	1,9	1,7;2,0	4,6	2,0;7,3	5,6	4,2;7,1	-3,4	-5,6;-1,1	0,6	-1,8;3,2	3,8	2,0;5,6
40-49 anos	0,8	0,0;1,7	2,8	0,0;5,8	3,3	1,9;4,8	-2,7	-4,4;-0,9	-1,6	-3,57;0,2	-0,8	-5,0;3,5
H. Brancos												
15-49 anos	-3,7	-4,9;-2,5	-10,9	-21,5;1,1	-6,1	-13,62;1,91	-4,3	-5,4;-3,1	15,2	-2,0;35,5	4,6	-6,4;2,6
15-19 anos	-0,0	-2,5;2,4	1,2	-3,8;6,6	9,5	8,28;10,90	-2,6	-8,1;3,1	-0,9	-2,4;0,5	4,2	-1,0;2,6
20-29 anos	-0,9	-3,0;1,1	3,1	-0,2;6,6	5,3	2,04;8,71	-4,8	-7,6;-1,9	1,6	-0,7;4,0	4,2	-0,1;2,6
30-39 anos	-0,6	-1,3;0,0	2,9	1,3;4,6	2,7	0,99;4,61	-4,3	-6,0;-2,5	2,9	0,6;5,3	3,0	1,3;4,7
40-49 anos	-0,9	-1,6;-0,1	1,5	-1,0;4,2	0,7	-1,34;2,92	-2,3	-4,2;-0,4	1,0	-0,4;2,6	-0,1	-2,1;2,6
M. Negras												
15-49 anos	2,3	1,1;3,4	-1,07	-3,0;0,9	3,8	1,9;5,8	-0,3	-1,1;0,4	0,8	0,38;1,25	4,6	3,4;5,7
15-19 anos	3,1	1,1;5,1	-2,43	-5,4;0,7	4,7	1,4;8,1	-0,5	-2,2;1,1	-0,2	-3,38;3,07	7,2	4,5;9,9
20-29 anos	2,5	1,5;3,6	-0,29	-4,9;4,5	3,5	1,6;5,5	0,04	-0,8;0,9	1,0	-2,11;4,30	5,8	3,9;7,7
30-39 anos	2,7	1,8;3,6	-2,00	-6,6;2,8	4,1	2,9;5,3	0,09	-0,4;0,6	2,3	0,72;3,97	4,2	1,9;6,6
40-49 anos	1,1	-0,6;3,0	-0,09	-3,2;3,1	2,8	0,8;4,9	-1,02	-3,3;1,3	0,5	-2,43;3,62	2,2	-0,2;4,8
M. Brancas												
15-49 anos	0,4	-0,1;0,9	-1,07	-3,08;0,98	2,0	1,12;3,02	-0,6	-1,7;0,4	1,6	0,87;2,44	-0,2	-1,0;0,5
15-19 anos	-0,9	-2,1;0,3	-2,43	-5,47;0,70	0,2	-0,96;1,47	-2,2	-4,6;0,08	1,5	0,63;2,54	-1,1	-3,5;1,3
20-29 anos	0,7	0,2;1,2	-0,29	-4,93;4,55	3,3	0,37;6,40	-0,5	-1,8;0,7	2,0	0,93;3,23	-0,3	-1,9;1,1
30-39 anos	0,4	-0,4;1,4	-2,00	-6,66;2,88	2,1	0,84;3,44	-0,4	-1,4;0,4	1,5	1,00;2,16	0,6	-1,6;2,9
40-49 anos	0,9	0,4;1,4	-0,09	-3,25;3,17	1,4	0,09;2,78	0,6	-0,4;1,6	1,8	0,33;3,41	-0,4	-1,7;0,8

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (Datasus/Tabnet) ([2020]).

Ainda a VMA no Brasil para os homens negros na faixa de 15 a 49 anos foi de 4,8%, em contrapartida os brancos apresentaram uma redução de 3,7%. Esse resultado foi estatisticamente significativo. Além disso, observou-se heterogeneidade nos resultados quando analisados os estratos de idade separadamente, as maiores variações na população masculina negra ocorreram na faixa de 15 a 19 anos no Nordeste (8,8%) e Centro-Oeste (4,0%) e 20 a 29 anos no Norte (5,2%). As regiões Sul e Sudeste revelaram VMA decrescente para todas as faixas etárias analisadas (Tabela 2).

Para os homens brancos, as maiores VMA ocorreram na faixa de 15 a 19 anos no Nordeste (9,5%) e entre 20 e 29 anos no Norte (3,1%). O Sudeste mostrou redução na VMA para todas as faixas. Para tanto, o Sul apresentou redução na primeira faixa (15 a 19 anos) e aumento nas demais faixas, e o Centro-Oeste houve um aumento da variação em todas as faixas, exceto a faixa de 40 a 49 anos que exibiu leve redução.

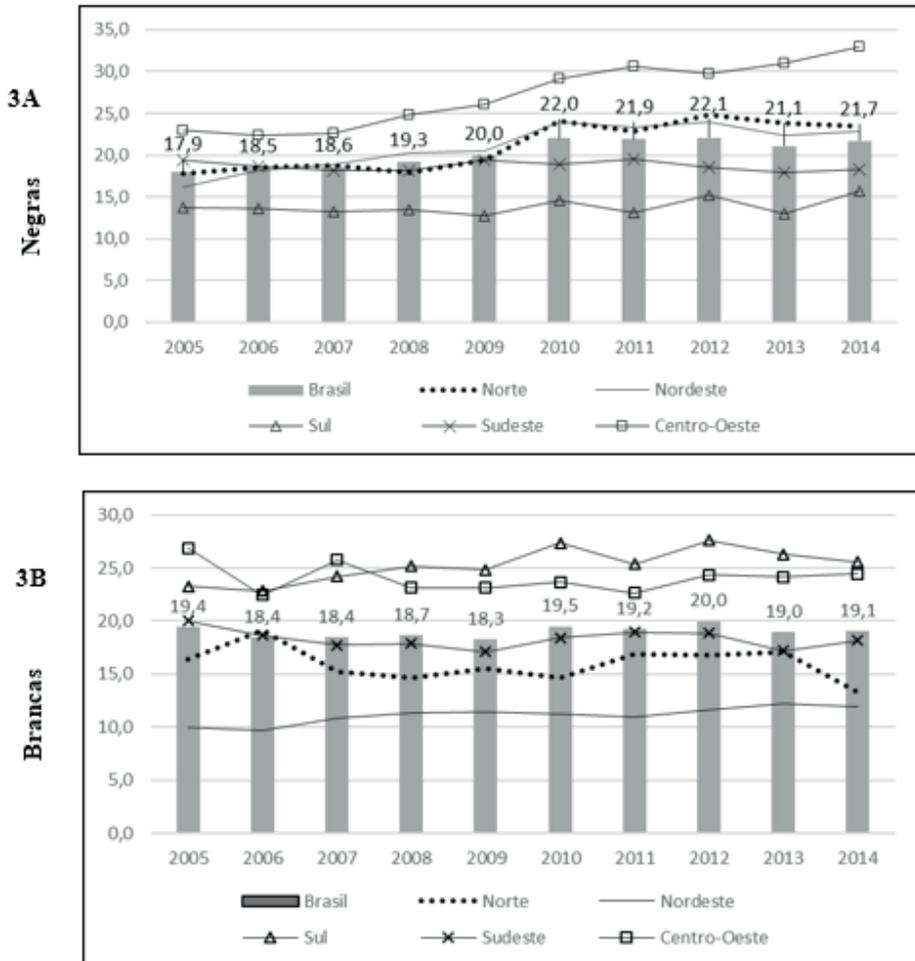
Mortalidade por homicídio em mulheres

A tendência da mortalidade por homicídio no Brasil no período estudado mostrou que tanto as mulheres negras ($\beta=0,009$; $R^2=0,99$) quanto mulheres brancas ($\beta=0,0018$; $R^2=0,99$) exibiram tendências crescentes. Enquanto a taxa para as negras apresentou um incremento de 21,2%, de 17,9 em 2005 para 21,7 por 100 mil habitantes em 2014, as brancas sofreram leve redução de 1,5 % em sua taxa, de 19,4 em 2005 para 19,1 por 100 mil habitantes em 2014 (Figura 1B). Todos os resultados apresentados foram estatisticamente significantes, como também as equações das retas após correção por Prais-Winsten.

Nas mulheres negras, observaram-se tendências crescentes nas quatro regiões do país: Norte ($\beta=0,0169$; $R^2=0,99$), Nordeste ($\beta=0,0165$; $R^2=0,99$), Sul ($\beta=0,003$; $R^2=1$) e Centro-Oeste ($\beta=0,0196$; $R^2=0,99$), com exceção do Sudeste ($\beta=-0,0015$; $R^2=0,99$) que apresentou decréscimo na sua taxa (Figura 3A). Para o Sul e Sudeste, as TMH foram inferiores às taxas brutas do Brasil, sendo que o Norte e Nordeste apresentaram taxas superiores principalmente a partir de 2009 e o Centro-Oeste destacou-se em todos os anos com taxas elevadas (Figura 3A).

As TMH em mulheres brancas exibiram curva crescente para o Nordeste ($\beta=0,008$; $R^2=0,99$) e Sul ($\beta=0,007$; $R^2=0,99$) e decrescente no Norte ($\beta=-0,004$; $R^2=0,99$), Centro-Oeste ($\beta=-0,001$; $R^2=0,99$) e Sudeste ($\beta=-0,002$; $R^2=0,99$). A região Nordeste, entre todas as regiões, foi a que apresentou as menores TMH ao longo da série (Figura 3B).

Figura 3A e 3B – Tendência da mortalidade por homicídios em mulheres segundo raça/cor no Brasil e regiões, 2005 a 2014



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (Datusus/Tabnet) ([2020]).

Por sua vez, Centro-Oeste e Sul mostraram taxas mais altas do que as do Brasil e demais regiões (Figura 3B). Os achados do estudo foram estatisticamente significantes para os dois grupos de raça/cor ($p < 0,05$).

A taxa de homicídio em mulheres negras foi superior à das brancas em quatro regiões do país, dentre as quais se destacam o Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sudeste, com exceção do Sul que expressou sobre-mortalidade para população branca feminina. A região Nordeste foi a que expressou maior diferença entre mulheres negras e brancas. Ou seja, para cada mulher branca, duas negras morreram por homicídio (Tabela 2).

Houve um acréscimo nas TMH em negras nas quatro regiões do país: Norte (32,0%), Nordeste (41,0%), Centro-Oeste (44,0%), Sul (15,0%), enquanto o Sudeste apresentou uma queda na TMH de 6,0%. Os dados também evidenciaram que três regiões apresentaram redução na taxa relacionada às mulheres brancas, a saber: Norte (-19,0%), Centro-Oeste (-9,0%) e o Sudeste (-9,0%). Em oposição, o Nordeste e o Sul sofreram acréscimo em sua taxa de 19,0 e 10,0%, respectivamente.

As TMH em mulheres negras de 15 a 19 anos mostraram VMA mais elevadas no Nordeste (4,7%) e Centro-Oeste (7,2%) e decrescente no Norte de 2,4%. Entretanto, o Sul e Sudeste expressaram variações heterogêneas, na medida em que no Sul houve uma VMA crescente em todas as faixas, com ressalva para as mulheres negras de 15 a 19 anos de idade que mostrou leve redução. No Sudeste, houve apenas redução na faixa de 15 a 19 anos, e nas demais faixas a variação foi crescente.

Para as mulheres brancas, as regiões Nordeste (3,3%) e Sul (2,0%) apresentaram VMA crescente para todas as faixas e revelaram maior incremento na faixa de 20 a 29 anos de idade. As demais regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste exibiram VMA decrescentes para todas as faixas etárias, com exceção do Sudeste que revelou uma pequena variação crescente para as mulheres brancas de 40 a 49 anos de 0,6%. Esse mesmo percentual ocorreu para a região Centro-Oeste, só que na faixa de 30 a 39 anos.

Discussão

Ao longo da série histórica, a mortalidade por homicídio atingiu os mais jovens e majoritariamente negros. O estudo constatou que os negros

morreram mais por homicídio do que os brancos, haja vista que, no ano de 2014, para cada homem branco, quatro homens negros morreram por homicídio. Foi observado que o maior crescimento anual atingiu jovens em idade cada vez mais precoce, na faixa de 15 a 19 anos. Os achados apontam para uma juvenilização dos homicídios no Brasil, assim como visto em outros estudos nacionais. (NERY, 2014; WAISELFISZ, 2011, 2013, 2015)

Estudo realizado por Julio Jacobo Waiselfisz (2011) identificou um acréscimo no índice de vitimização juvenil no Brasil, com incremento de 11% (de 232 em 1998 para 258 em 2008). Na Bahia, nos anos de 1996 a 2010, ocorreu uma evolução crescente das TMH para o grupo infanto-juvenil. Essa tendência crescente pode ser constatada em pesquisas realizadas em unidades federativas, como Paraná e Alagoas. (ALVES et al., 2014; ANDRADE et al., 2011)

Para Cecília Minayo (2009), esses jovens são vitimados pela violência estrutural, pois vivem à margem do consumo e são estigmatizados por sua origem. Nesse aspecto, Araújo e demais autores (2009) trazem importante contribuição ao afirmarem que a questão racial no Brasil já determinaria as desigualdades sociais, pois a forma discriminatória com que a sociedade trata os seus segmentos populacionais gera posições de desvantagens para eles.

As tendências e dinâmicas desse tipo de mortalidade diferenciam-se por sexo, faixa etária e raça/cor. Considerando esse aspecto, o crescimento da TMH foi observado em todas as regiões do Brasil, com decréscimo apenas para o Sudeste. Em se tratando de mortalidade negra, identificou-se predominância desses homicídios em todas as regiões do Brasil, exceto para a região Sul. Esses achados corroboram com pesquisa liderada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que, ao analisar os anos de 2004 a 2014, constatou um crescimento na taxa de homicídio em negros de 18,2%, enquanto em indivíduos não negros houve uma redução de 14,6%. (CERQUEIRA et al., 2016)

Estudo conduzido por Edna Araújo e demais autores (2009), na cidade de Salvador, observou que áreas com maior proporção de homens negros expressaram maiores riscos para homicídio. Igualmente, estudo realizado no Sul, nas cidades do Paraná e Santa Catarina, apontou riscos

mais elevados para a ocorrência de homicídio em municípios com maior proporção da população negra, e esse achado foi considerado *proxy* de outros indicadores sociais e econômicos. (MANSANO et al., 2013)

Nos anos de 2000 a 2010, estudo realizado no Brasil (WAISELFSZ, 2012) comprovou o crescimento acentuado do homicídio em negros quando comparado aos brancos em todas as regiões, inclusive no Sul, que majoritariamente é composto pela população branca. Alguns estudos apontam para a direção de que a situação de pobreza dos negros somada ao racismo e à discriminação geram situações de desvantagem também na mortalidade por causas externas. (ARAÚJO et al., 2012)

A sobremortalidade negra feminina reforça padrões já conhecidos em outros estudos, como na pesquisa realizada entre 2003 e 2007 no Brasil, que registrou uma maior frequência de óbitos em mulheres negras, em idades mais jovens. (MENEGHELLI; HIRAKATA, 2011)

Estudo sobre vitimização no Brasil conduzido por Adauto Martins Soares Filho (2011), nos anos de 2000 a 2009, verificou que a TMH nas mulheres negras foi superior à nas brancas, e para as negras o risco relativo aumentou de 1,6 para 2,7 entre 2000 e 2009. Esse autor concluiu, em seu estudo, que a expectativa de vida é menor entre homens e mulheres negras, e estes integram os mais pobres, se inserem em posições mais precárias do mercado de trabalho e possuem os menores índices de educação formal.

Nesse aspecto, é preciso ampliar as discussões sobre a escassez de oportunidades na qual se insere a população negra. Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou relação entre as mortes em mulheres e espaços onde prevalecem a pobreza, desemprego e população negra. (CAMPBELL et al., 2007)

A violência estrutural atinge homens e mulheres negras e se diferencia pelo tipo, uma vez que os homens sofrem mais por violência comunitária e as mulheres por violência doméstica. (REICHENHEIM et al., 2011)

O perfil da distribuição dos homicídios entre homens e mulheres, em parte, é explicado pela desigualdade de gênero. Estudo realizado na Colômbia, nos anos de 2000 a 2011, mostrou elevadas taxas de mortalidade por homicídio para ambos os sexos, com menor proporção para as mulheres. (DÁVILA-CERVANTES; PARDO-MONTAÑO, 2014)

A literatura tem discutido a superioridade das mortes violentas por homicídio no sexo masculino. Além disso, discute-se que a maior exposição dessas mortes em homens se comparada às mulheres deve-se ao comportamento mais agressivo e ao seu envolvimento com a violência urbana. (MOURA et al., 2015)

No Brasil, desde a década de 1980 até o ano de 2013, os homicídios em mulheres aumentaram em 252%. (WAISELFISZ, 2015) Todavia, apesar dos dados serem alarmantes, ainda são escassos estudos que abordem essas mortes violentas em mulheres, principalmente os que tratem sobre questões raciais. Sendo assim, torna-se fundamental a continuidade de estudos na área, a fim de aprimorar as explicações em torno das discrepâncias raciais relacionadas ao sexo masculino e feminino.

Os achados desse estudo apontam para mesma direção dos dados divulgados pelo Mapa da Violência 2015, ao constatar tendência crescente das mortes para ambos os sexos em todas as regiões do Brasil, exceto para o Sudeste que apresentou redução da taxa. (WAISELFISZ, 2015)

No ano de 2003, Adauto Martins Soares Filho e demais autores (2007) já destacavam o Norte, Nordeste e Centro-Oeste como regiões de maior ocorrência de homicídio na raça negra. Além disso, achados debatidos por Cecília Minayo (2009), nos anos de 1980 a 2005, também indicavam incremento gradual das taxas para o Norte e Nordeste, elevadas taxas para o Sudeste, com ressalva para a redução nos dois últimos anos da série e, por fim, o Centro-Oeste apresentando oscilações, atingindo maior aceleração no ano de 2005. (SOARES FILHO et al., 2007)

Da mesma forma, os dados dessa pesquisa revelaram uma importante ascensão nas curvas do Norte e Nordeste. A possível justificativa para a curva íngreme nessas regiões pode ter relação com os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde acerca da qualidade das informações e registros oficiais no Brasil.

Estudo realizado no Nordeste e Amazônia Legal em 2008, conduzido por Celia Landmann Szwarcwald e demais autores (2011), fez referência à busca ativa de óbitos e à aplicação de fatores de correção nessas regiões, e essas correções podem ter contribuído para elevação dessas curvas de mortalidade.

A desaceleração da TMH no Sudeste foi apontada por Edna Maria de Araújo e demais autores (2012) e Julio Jacobo Waiselfisz (2011), ao sinalizarem uma mudança no padrão de mortalidade nessa região desde 2004, desvelando uma tendência contrária às demais regiões do Brasil, influenciado pela diminuição das taxas nos anos 2000 a 2010 em duas das suas principais cidades, Rio de Janeiro (-48,6%) e São Paulo (-67,0%).

Alguns estudos apontaram para possíveis causas dessa redução, dentre as quais se destacam importantes investimentos do governo em segurança pública na cidade do Rio de Janeiro, com a implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) (NEVES; GARCIA, 2015), e na cidade de São Paulo foram realizados investimentos maciços em políticas sociais, em torno de 352% nos campos da educação, saúde, segurança pública e cultura. (PERES et al., 2011)

Alguns estudos nacionais e internacionais apontam possíveis saídas para o enfrentamento do homicídio, como a igualdade de oportunidades, investimentos em segurança pública, saúde e educação, na perspectiva de amenizar as desigualdades sociais que, por vezes, colocam jovens em situações de vulnerabilização. (ALVES et al., 2014; ARAÚJO, 2007; SOUZA; LIMA, 2007)

Por outro lado, Fabiano Pereira e Bernardo Queiroz (2016) acrescentam que a violência não pode ser explicada por indicadores exclusivamente de ordem econômica e social, mas deve-se levar em consideração variáveis como “raça/cor”, “sexo” e “idade”.

Cumpre salientar que os homicídios no Brasil representam um problema que vem se agravando nos grupos mais vulnerabilizados, em especial na população negra. Esse galopante impacto do homicídio de forma mais contundente na população negra tem se traduzido ao que tem sido chamado de “morte seletiva” – termo utilizado por Julio Jacobo Waiselfisz (2013). Essas mortes violentas ancoram-se em processos sociais desiguais e injustos, e o conhecimento epidemiológico por si só não é suficiente, por se tratar de um fenômeno complexo que exige mudanças tanto na sociedade quanto no investimento estatal.

O estudo possui limitações que merecem ser pontuadas, uma vez que estudos de série temporal sobre mortalidade são passíveis de estimação

não verossímil devido à subnotificação e às informações incompletas nas declarações de óbitos.

Conclusão

O presente estudo destaca-se em importância no cenário da Saúde Coletiva por analisar diferenciais segundo a raça/cor e suas especificidades na mortalidade por homicídio, causa de óbito que atinge principalmente a população jovem.

Os achados observados nesta pesquisa apontam para a necessidade de realização de novos estudos na perspectiva de encontrar caminhos viáveis para o enfrentamento da mortalidade violenta entre jovens brasileiros e principalmente buscar o entendimento quanto à dinâmica dessa mortalidade segregada por raça/cor.

Nesse sentido, tornam-se imprescindíveis investimentos e políticas voltadas à diminuição das desigualdades sociais, ao enfrentamento do racismo institucional e principalmente dar a esses jovens igualdade de oportunidades na educação, saúde, segurança e cultura. Além disso, buscar seguir exemplos exitosos como o do Sudeste brasileiro que tomou medidas importantes, direcionando recursos para a área da segurança pública, o que contribuiu para a inflexão da curva de mortalidade por homicídio nessa região do Brasil.

O aprofundamento do debate sobre as questões raciais no Brasil se faz importante na medida em que tem como perspectiva ampliar novos olhares sobre as iniquidades sociais, minimizar as disparidades em saúde e prevenir a ocorrência de agravos que podem ser evitados. Portanto, são necessários estudos com análises mais complexas que incorporem outros preditores capazes de desvelar mais fatores envolvidos na mortalidade por homicídio.

Referências

- ALVES, W. A.; CORREIA, D. S.; BARBOSA, L. L. de B. *et al.* Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 731-740, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bHhrBhGM3GJPtvf4BpmvtGj/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ANDRADE, L.; MARINHO, A. C. Organização social do território e violência letal na Região Metropolitana de Belo Horizonte: o balanço de uma década. *In: ANDRADE, L.; SOUZA, D.; FREIRE, F. H. (org.). Homicídios nas regiões metropolitanas*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. p. 15-43.
- ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T. de *et al.* Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1281-1288, 2011. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Dpp9Dbm36RqdMJTdjCjWVPB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ANTUNES, J. L.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- ARAÚJO, E. M. de; COSTA, M. da C. N.; HOGAN, V. K. *et al.* Diferenciais de raça/cor em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 405-412, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x4Hbc77jXBdmbQ9hB9LqVpk/abstract/?lang=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20As%20mortes%20por%20causas,por%20homic%C3%ADdio%20que%20indiv%C3%ADduos%20brancos>. Acesso em: 19 maio 2018.
- ARAÚJO, E. M. de; OLIVEIRA, N. F.; PORTELLA, D. D. A. *et al.* Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 33-39, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33716>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- ARAÚJO, E. M. de. *Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais*. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: Causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/as-cores-da-morte/#:~:text=As%20conclus%C3%B5es%20se%20baseiam%20na,14%2C3%25%20pardos>). Acesso em: 20 abr. 2018.

CAMPBELL, J. C.; GLASS, N.; SHARPS, P. W. *et al.* Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse*, Thousand Oaks, v. 8, n. 3, p. 246-269, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17596343/>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; LIMA, R. S. de *et al.* *Atlas da Violência 2016*. Brasília, DF: IPEA, 2016. Número 17. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6529/1/Nota_n17_Atlas_Violencia.pdf. Acesso em: 20 jan. 2017.

DÁVILA-CERVANTES, C. A.; PARDO-MONTAÑO, A. M. Magnitud y tendencia de la mortalidad por homicidios en Colombia y México, 2000-2011. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 36, n. 1, p. 10-16, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n1/10-16/>. Acesso em: 20 jan. 2017.

KRIEGER, N. Epidemiology, racism, and health: the case of low birth weight. *Epidemiology*, Philadelphia, v. 11, n. 3, p. 237-239, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10784236/>. Acesso em: 17 jan. 2017.

MACEDO, A. C.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da *et al.* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 515-522, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzDcQn4NBm5G6LwdxDS6MLv/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MANSANO, N. H.; GUTIERREZ, M. M. U.; RAMALHO, W. *et al.* Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em municípios do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 213-214, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200002. Acesso em: 18 fev. 2018.

MCCALL, P. L.; PARKER, K. F.; MACDONALD, J. M. The dynamic relationship between homicide rates and social, economic, and political factors from 1970 to 2000. *Social Science Research*, New York, v. 37, n. 3, p. 721-735, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19086112/>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MENEGHELL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/C6XjntCBHFNFjXZJ96tGMBN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2018.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/HKZ36sYffss3fhmyvsmzpQs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/1999.v4n1/7-23/#:~:text= Pensando%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20viol%C3%AAncia&text=Preven%C3%A7%C3%A3o%20como%20no%C3%A7%C3%A3o%20do%20senso,enquanto%20componente%20dos%20atos%20terap%C3%AAuticos>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MOURA, E. C.; GOMES, R.; FALCÃO, M. T. C. *et al.* Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 779-788, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VSqS9vbRbQNNFhkdTgf374D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2018.

NERY, F. S. *Mortalidade no estado da Bahia: análise dos diferenciais segundo a raça cor da pele entre 2000 a 2010*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

NEVES, A. C. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 595-606, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/VgpC8x8Cr35gKhvQXqDhVpS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2017.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 57-60, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/CQmMqSJDwGS3vnSRPVZG66H/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

OSÓRIO, R. G. *O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE: texto para discussão* 996. Brasília, DF: IPEA, 2003.

PEREIRA, F. N. A.; QUEIROZ, B. L. Diferenciais de mortalidade jovem no Brasil: a importância dos fatores socioeconômicos dos domicílios e das condições de vida nos municípios e estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gtvTVxk9wc5cxTMC6PKqkLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2018.

PERES, M. F. T.; ALMEIDA, J. F. de; VICENTIN, D. *et al.* Queda dos homicídios no Município de São Paulo: uma análise exploratória de possíveis condicionantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 709-721, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6hWchDf7BzHz3Mcmk9wwqSP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2017.

R CORE TEAM. *A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2011. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 25 ago. 2017.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R. de; MORAES, C. L. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*, Barcelona, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60053-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60053-6/fulltext). Acesso em: 23 jan. 2018.

SOARES FILHO, A. M. Homicide victimization according to racial characteristics in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 745-755, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4T5NbgSHnmNKdXjMJbNTzBj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOARES FILHO, A. M.; SOUZA, M. de F. M. de; GAZAL-CARVALHO, C. *et al.* Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 7-18, 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100002. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1211-1222, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QcFCjt8MYDRcDDKbJPD4TTD/abstract/?lang=pt#:~:text=Porto%20Velho%2C%20Macap%C3%A1%2C%20Vit%C3%B3ria%2C,fatais%20por%2010%20mil%20ve%C3%ADculos>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOUZA, M. D. F. M. de; MALTA, D. C.; CONCEIÇÃO, G. M. de S. *et al.* Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 33-44, 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100004#:~:text=A%20tend%C3%Aancia%20

das%20taxas%20padronizadas,%2C%20por%C3%A9m%2C%20apresentou%20decl%C3%ADnio%20importante. Acesso em: 15 fev. 2018.

SOUZA, T. O.; SOUZA, E. R.; PINTO, L. W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1889-1900, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hr6bp4VLvBLYfg6YgCzRRkB/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SZWARCWALD, C. L.; MORAIS NETO, O. L.; FARIAS, P. G. *et al.* Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. *In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. p. 79-98.

UNICEF. *O Direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades.* Brasília, DF: UNICEF, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Global study on homicide 2013: trends, context, data.* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2014.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil.* São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012: a cor dos homicídios no Brasil.* Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília, DF: SEPP/PR, 2012.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2013: mortes matadas por armas de fogo.* Rio de Janeiro: CEBELA; FLACSO; Brasília, DF: SEPP/PR, 2013.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil.* Brasília, DF: FLACSO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on Violence Prevention 2014.* Geneva: WHO, 2014.

Capítulo 6

VULNERABILIDADE SOCIAL E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE EM DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS particularidades do Nordeste brasileiro

Clarice Santos Mota

Leny Alves Bomfim Trad

Márlon Vinícius Gama Almeida

Vanessa Soares Passos

Roberto dos Santos Lacerda

Joilda Silva Nery

Introdução

O tráfico humano de africanos para serem escravizados nas Américas deu-se pela coerção e violência manifestas não apenas no cativeiro, mas também nos castigos, torturas e assassinatos de senhores contra seus escravizados, deixando marcas permanentes nas sociedades contemporâneas. O corte dos laços familiares e comunitários, a ruptura linguística e o apagamento dos elementos culturais e civilizatórios originários da África trouxeram intenso sofrimento físico e psíquico. Alguns estudos descrevem as péssimas condições de saúde física e mental dos escravizados: severos castigos, extenuantes e insalubres condições de trabalho, além das precárias condições de moradia e alimentação. (CARDOSO, 2005; MOTT, 1987, 1988)

O estabelecimento do sistema escravocrata – operacionalizado pelo sequestro, prisão e exploração –, que desumanizou e objetificou milhões de pessoas à condição de “mercadorias”, foi fundamental para a estruturação da colônia portuguesa no Brasil. Assim como aconteceu em outras partes do mundo, a perversidade da escravidão no país – manifesta nos corpos e também nas condições de saúde física e mental dos escravizados – sempre fomentou a revolta e o desejo de liberdade.

A fuga, além de representar a saída do cativo, era também a possibilidade de exercer a autonomia de viver formas de organização social mais solidárias e condizentes com as identidades africanas. (SANTANA FILHO, 2018) Os fugitivos geralmente procuravam se reunir em ranchos de palhas, em locais de difícil acesso nas matas. Esses refúgios compostos geralmente por pequenos grupos eram os mocambos, e o conjunto de alguns mocambos formava os quilombos. (GOMES, 2015)

Uma das primeiras referências documentadas que se tem sobre quilombos é apresentada pelo Conselho Ultramarino que, em 1740, definiu quilombo como “toda habitação de negros fugidos – que passem de cinco –, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles”. (ROCHA, 2005 apud LEITE, 2008, p. 970) Ao discutir a origem e o significado da palavra “quilombo”, Rafael Anjos e André Cipriano (2006, p. 15) afirmam que “[...] a palavra tem origem na língua banto e se aproxima de termos como habitação, acampamento, floresta e guerreiro. Na região central da Bacia do Congo, significa ‘lugar para estar com Deus’”.

Nas regiões em que existiu escravidão, a formação de mocambos e quilombos constituiu-se numa estratégia de protesto e resistência às condições desumanas que os negros escravizados estavam submetidos. De acordo com Leite (2008, p. 996), “Quilombo e liberdade são, portanto, contrafaces de uma mesma realidade histórica” que consolida territórios de expressão e conservação dos valores e modos de vida africanos e afro-brasileiros. (LACERDA; SILVA, 2018; SANTANA FILHO, 2018) Kabengele Munanga (1996), ao discutir a origem histórica do quilombo na África, estabelece uma relação de semelhança com os quilombos do Brasil.

Desde o final dos anos 1980, o termo “comunidades remanescentes de quilombos” é utilizado, no Brasil, para se referir a territórios que já

sediaram os povos africanos e seus descendentes a partir da abolição da escravidão em 1888. Na década de 1970 já havia discussões sobre quilombos, de acordo Ilka Boaventura Leite (1999). Entretanto, o termo vai reaparecer com força no debate constituinte, com a finalidade de “sistematizar um conjunto dos anseios por mudanças de parte da sociedade brasileira. Veio solicitar a proteção, por parte do Estado, das terras e manifestações culturais populares, indígenas e afro-brasileiras”. (LEITE, 1999, p. 130)

Essas comunidades foram oficialmente reconhecidas como portadoras de direitos específicos assegurados pelo Estado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF88), quase 20 anos depois de terem sido mencionadas pela primeira vez na Assembleia Nacional Constituinte e ao mesmo tempo celebrando o centenário da abolição da escravidão no Brasil. O artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da CF88 garante que: “aos herdeiros dos antigos quilombos que ocupam as terras de seus antepassados, o Estado emitirá os respectivos títulos de propriedade”. (BRASIL, 1988)

Os quilombos contemporâneos são definidos como “comunidades negras rurais habitadas por descendentes de africanos escravizados, que mantêm laços de parentesco e vivem, em sua maioria, de culturas de subsistência, em terra ocupada secularmente pelo grupo”. (MOURA, 2007, p. 3) Segundo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, as comunidades quilombolas são caracterizadas por “seus modos de vida, produção e reprodução social, relacionados predominantemente com a terra, isto é, as comunidades tradicionais”. (BRASIL, 2013, p. 8) São comunidades de resistência e sobrevivência. (LEITE, 2008; PEREIRA; PEREIRA; CIRNE, 2017)

A questão quilombola tornou-se um objeto político legítimo e gerador de direitos, apesar dos impasses e retrocessos ao longo da história. Entretanto, mais de duas décadas após a aprovação do artigo 68 da CF88, várias demandas para efetivação dos direitos constitucionais desses grupos sociais ainda estão sem resposta política. Na atual conjuntura, a situação social e política de populações tradicionais – quilombolas e indígenas – enfrenta crescentes obstáculos. Tais populações têm resistido

às influências e pressões externas ao mesmo tempo em que lutam por sua inclusão social. (PEREIRA; PEREIRA; CIRNE, 2017)

Os quilombolas vivem em espaços comunitários étnicos espalhados por diversos estados brasileiros e guardam fortes vínculos de parentesco. (FREITAS et al., 2011) Esses territórios garantiram e garantem não apenas a sobrevivência física dos integrantes dessas comunidades, mas asseguraram a construção e o fortalecimento da identidade quilombola, que é uma marca da resistência e sobrevivência cultural do legado africano no Brasil. (VIEIRA; MONTEIRO, 2013)

A situação atual da população negra brasileira reflete os resquícios históricos do período escravocrata e coloca em evidência as consequências da reprodução social do racismo estrutural e seus efeitos sobre a saúde. Quando se pensa em saúde quilombola, um segmento específico de saúde da população negra, deparamo-nos com um cenário de descaso e negligência na aplicabilidade dos programas e políticas asseguradas pelo Ministério da Saúde. O estudo de Amaro Sérgio Marques e demais autores (2010, p. 161), realizado em territórios quilombolas, corrobora esse argumento ao constatar “o isolamento das comunidades, a falta de investimentos públicos e a não implementação satisfatória das políticas públicas” e indica que esses aspectos constituem empecilhos para a melhoria da atenção à saúde dessas populações.

Somam-se a esse outros estudos que evidenciam as dificuldades concretas para o acesso aos serviços de saúde, mesmo em situações nas quais a maioria das comunidades pesquisadas tinham cobertura formal da Estratégia Saúde da Família (ESF). (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010) Uma revisão de literatura acerca das condições de saúde de comunidades quilombolas – além de reiterar o dado relativo à ausência de serviços de saúde locais, o que obriga os habitantes dessas comunidades a percorrerem grandes distâncias em busca de ajuda – encontrou que a maioria das comunidades não dispunha de água tratada nem esgotamento sanitário. (FREITAS et al., 2011)

O quadro de negligência em torno da saúde da população quilombola se completa com a incipiência de informações precisas sobre morbimortalidade ou de acesso aos serviços de saúde relacionados com esse grupo.

Os dados existentes limitam-se muitas vezes a inferências precárias construídas junto aos contextos municipais onde se encontram essas comunidades. (VOLOCHKO, 2009) Tais elementos reforçam a necessidade de investimentos na construção do perfil epidemiológico das comunidades quilombolas. (MARQUES et al., 2010)

Em que pese as limitações apontadas, os dados disponíveis permitem afirmar que as condições de saúde dessas áreas são muito precárias e os dados epidemiológicos disponíveis revelam alta taxa de prevalência de doenças de origem infecciosa ou contagiosa ou degenerativa. (FREITAS et al., 2011) Também indicam que o repertório de doenças que abrigam comunidades quilombolas possui redes causais que apresentam más condições de vida e dificuldade de acesso ao sistema de saúde ou à proteção social em geral.

O objetivo principal deste capítulo é analisar a realidade socioeconômica e sanitária de territórios quilombolas situados em dois municípios do Nordeste: a comunidade de Ilha de Maré, em Salvador (BA), e de Simão Dias (SE), assinalando as inter-relações entre vulnerabilidade social e saúde nesses contextos.

Parte-se de uma abordagem relacional da vulnerabilidade que propõe a articulação de três níveis diferenciados e articulados de análise: os fatores, condições ou contextos de vulnerabilidade; a capacidade de resposta dos indivíduos e famílias; os limites e potencialidades dos mecanismos de proteção social. (TRAD, 2013) Esses fundamentos são contemplados no modelo proposto por Ruben Kaztman (2000) que analisa a vulnerabilidade social considerando a relação dialética entre ativos (capital econômico, social, simbólico) e a estrutura de oportunidades (Estado, sociedade e mercado) que constituem fontes de renovação e acumulação de ativos necessários para participar plenamente da sociedade. (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2006)

Desde o ponto de vista metodológico, os dados que serão discutidos neste capítulo derivaram de um estudo transversal descritivo, voltado para a caracterização socioeconômica dos indivíduos pertencentes a comunidades quilombolas de Salvador (BA) e Simão Dias (SE) registrados no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) em março de 2019, através do Tabulador de Informações do CadÚnico. (BRASIL, 2019)

O CadÚnico identifica Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos, sendo possível traçar o perfil socioeconômico dessas famílias. Foram incorporados também dados ou considerações provenientes de estudos observacionais realizados por alguns dos autores em ambos os municípios (ou territórios específicos abordados no texto) e de outras fontes secundárias disponíveis.

A análise descritiva contemplou as variáveis de renda, características do domicílio e do peridomicílio. São elas: calçamento em frente ao seu domicílio, situação do domicílio, existência de banheiro, forma de abastecimento de água, forma de coleta do lixo, forma de escoamento sanitário, material predominante nas paredes externas do domicílio, material predominante no piso do domicílio e tipo de iluminação.

Contemplou também variáveis relacionadas às características sociodemográficas, como raça/cor, faixa etária, sexo, grau de instrução, se a pessoa sabe ler e escrever, sobre o recebimento de benefício assistencial do Programa Bolsa Família e trabalho remunerado nos últimos 12 meses.

Obtiveram-se os números absolutos e calcularam-se as proporções de cada categoria das variáveis relacionadas às variáveis referentes às características do domicílio e sociodemográficas da população do estudo.

Salvador: populações quilombolas e a realidade singular de Ilha de Maré

De acordo com os dados da Fundação Palmares (2019), o estado da Bahia possui 747 Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ). O município de Salvador, capital do estado da Bahia, possui quatro comunidades registradas na Fundação Palmares, sendo três delas localizadas em Ilha de Maré¹ e outra no bairro de São Tomé de Paripe, todas no Distrito de Saúde do Subúrbio Ferroviário.

Pretende-se neste trabalho destacar particularmente a realidade quilombola do território de Ilha de Maré, reconhecendo, contudo, al-

1 Uma das comunidades de Ilha de Maré, registrada pela Fundação Palmares, compreende no seu território três comunidades distintas, porém próximas: Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos.

gumas limitações relacionadas com a nossa principal fonte de consulta: o CadÚnico. Através dele, só é possível extrair dados sobre as características sociodemográficas e de domicílio/peridomicílio em comunidades quilombolas. O cadastro não oferece dados desagregados por bairro ou por comunidade registrada, o que permitiria analisar a situação particular de cada comunidade.

Nesse sentido, considerou-se relevante apresentar inicialmente alguns indicadores sociodemográficos da população quilombola registrada em Salvador para, em seguida, deter-se no caso de Ilha de Maré, valendo-se de fontes de dados complementares que favorecessem a ponte com os dados sociodemográficos oriundos do CadÚnico.

Em março de 2019, 1.919 indivíduos quilombolas residentes em Salvador (BA) foram cadastrados no CadÚnico, compreendendo um total de 738 famílias. De acordo com a renda familiar *per capita*, 78,8% (1.513) dos quilombolas estavam em situação de extrema pobreza, 5,6% (107) foram classificados como pobres e 11,9% (228) com baixa renda.²

Trata-se de uma população predominantemente jovem, com 63,2% dos indivíduos cadastrados são crianças e adultos jovens com até 34 anos de idade e 56,1% são do sexo feminino. A maioria se autodeclara preta (61,8%), que, somando ao percentual dos que se autodeclararam pardos (35,6%), configura-se como uma população quase que totalmente negra.

Nesse grupo, 21,8% (419) eram beneficiários do Programa Bolsa Família. A mobilidade social desses indivíduos é dificultada também pelo baixo nível de escolaridade. Do total de cadastrados, 52,6% (1.008) possuíam o ensino fundamental incompleto ou completo, 85,2% (1.635) sabiam ler e escrever e entre os que responderam 44,4% (852) tiveram trabalho remunerado no último ano (Tabela 1).

.....
2 Os dados analisados foram obtidos do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) em março de 2019, através do Tabulador de Informações do CadÚnico. Ver em: https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos indivíduos residentes em comunidades quilombolas de Salvador (BA) registrados no CadÚnico para Programas Sociais

	Indivíduos quilombolas (n= 1.919)	
	n	%
Renda familiar per capita		
Extrema pobreza	1513	78,8
Pobreza	107	5,6
Baixa renda	228	11,9
Acima de 1/2 salário mínimo	71	3,7
Faixa etária		
Entre 0 e 15	485	25,2
Entre 16 a 34	729	38,0
Entre 35 a 49	440	22,9
Entre 50 a 64	205	10,6
Maior que 65	60	3,1
Sexo		
Masculino	842	43,9
Feminino	1077	56,1
Raça/cor		
Branca	17	0,9
Preta	1185	61,8
Amarela	33	1,7
Parda	683	35,6
Indígena	0	0,0
Beneficiário do Programa Bolsa Família		
Sim	419	21,8
Não	1500	78,2
Grau de instrução		
Sem instrução	269	14,0
Fundamental incompleto	863	45,0

Indivíduos quilombolas (n= 1.919)		
	n	%
Grau de instrução		
Fundamental completo	145	7,6
Médio incompleto	191	10,0
Médio completo	336	17,5
Superior incompleto ou mais	3	0,2
Sem resposta	112	5,8
Pessoa sabe ler e escrever		
Sim	1635	85,2
Não	284	14,8
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses		
Sim	852	44,4
Não	594	31,0
Sem resposta	473	24,6

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 2, estão descritas as características do domicílio e peridomicílio dos indivíduos quilombolas residentes em Salvador (BA) registrados no CadÚnico. Em relação à zona de moradia, 99,7% (1.913) residiam na área urbana, 97,2% (1.866) das casas possuem banheiro. Em relação às características do domicílio e peridomicílio, 80,50% dos indivíduos registrados no CadÚnico moram em locais sem calçamento, dado que se confirma nas visitas a essas comunidades.

Para 80,1% dos indivíduos (1.538), a água é fornecida pela rede geral de distribuição. Para 95,6% (1.835), o lixo é coletado direta ou indiretamente, e 70,6% (1.354) possuem a fossa séptica como principal meio de escoamento sanitário.

Em relação às características do domicílio, a alvenaria/tijolo com revestimento é o material predominante nas paredes externas do domicílio (68,3%/1.311). Nos pisos dos domicílios, os materiais predominantes são a cerâmica, lajota ou pedra (65,3%/1.254), seguido do cimento

(32,5%/624). Em relação ao tipo de iluminação, a maioria reside em domicílios com energia elétrica com medidor próprio (74%/1.421) e 19,3% (370) residem em domicílios com energia elétrica sem medidor.

Tabela 2 – Características do domicílio e do peridomicílio dos indivíduos residentes em comunidades quilombolas de Salvador (BA) registrados no CadÚnico para Programas Sociais

	Indivíduos quilombolas (n= 1.919)	
	n	%
Situação do domicílio		
Urbanas	1913	99,7
Rurais	6	0,3
Existência de banheiro		
Sim	1866	97,2
Não	40	2,1
Sem resposta	13	0,7
Calçamento em frente ao seu domicílio		
Total	117	6,1
Parcial	245	12,8
Nenhum	1544	80,5
Sem resposta	13	0,7
Forma de distribuição de água		
Rede geral de distribuição	1538	80,1
Cisterna	1	0,1
Outra forma	367	19,1
Sem resposta	13	0,7

	Indivíduos quilombolas (n= 1.919)	
	n	%
Forma de coleta de lixo		
É coletado diretamente	1457	75,9
É coletado indiretamente	378	19,7
É queimado ou enterrado na propriedade	49	2,6
É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida etc.)	22	1,1
Sem resposta	13	0,7
Forma de escoamento sanitário		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	303	15,8
Fossa séptica	198	10,3
Fossa rudimentar	1354	70,6
Vala a céu aberto	3	0,2
Direto para um rio, lago ou mar	5	0,3
Outra forma	3	0,2
Sem resposta	53	2,8
Material predominante nas paredes externas do domicílio		
Alvenaria/tijolo com revestimento	1311	68,3
Alvenaria/tijolo sem revestimento	577	30,1
Taipa revestida	1	0,1
Taipa não revestida	3	0,2
Madeira aproveitada	14	0,7
Sem resposta	13	0,7
Material predominante no piso do domicílio		
Terra	22	1,1
Cimento	624	32,5
Madeira aproveitada	4	0,2
Madeira aparelhada	1	0,1
Cerâmica, lajota ou pedra	1254	65,3
Outro material	1	0,1
Sem resposta	13	0,7

	Indivíduos quilombolas (n= 1.919)	
	n	%
Tipo de iluminação		
Elétrica com medidor próprio	1421	74,0
Elétrica com medidor comunitário	23	1,2
Elétrica sem medidor	370	19,3
Outra forma	92	4,8
Sem resposta	13	0,7

Fonte: dados da pesquisa.

No tocante à Ilha de Maré, entre os anos de 2004 e 2005, a Fundação Palmares emitiu três certificações de CRQ para a população de Praia Grande, Bananeiras, Porto dos Cavalos, Martelo e Ponta Grossa. (BRASIL, 2004) Já no ano de 2017, no *Diário Oficial da União*, foi emitido o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID) com a regularização fundiária das terras da Comunidade Quilombola de Ilha de Maré. (BRASIL, 2017)

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a Ilha de Maré possui 1.871 domicílios com 3,4 moradores em média e uma população de 6.434 habitantes, distribuída em uma área de 13,79 km². São pequenas comunidades litorâneas, que vivem da pesca, mariscagem, artesanato e da agricultura de subsistência. (CAMARGO et al., 2018; OLIVEIRA, et al., 2015)

A pesca artesanal desenvolvida em Ilha de Maré é quase que, em sua totalidade, voltada para a subsistência dos moradores. Mota e Pena (2014) referem que esse tipo de atividade é realizado, na maioria das vezes, sem nenhum tipo de sofisticação, com embarcações de pequeno porte e equipamentos simples. Para os autores, sem remuneração ou supervisão, a pesca artesanal é desenvolvida em equipe geralmente, sendo que o pescador permanece em posições desconfortáveis, exposto a variações climáticas e ferimentos inerentes à atividade.

Vale ressaltar que a contaminação do meio ambiente de trabalho de marisqueiras e pescadores artesanais (HATJE et al., 2009) tem comprometido a renda dessas famílias, que relatam a diminuição do pescado e

do marisco nos últimos anos. A extração de petróleo e gás natural, com relatos de vazamentos e acidentes, bem como resíduos de substâncias industriais no mar, compromete o modo de vida local.

Os três pescados mais consumidos – chumbinho, siri e sururu – na Ilha de Maré apresentaram altos níveis de contaminação por metais pesados, entre eles o chumbo, cádmio e o mercúrio. (RADIS COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 2013) Como consequência, o número de horas de trabalho aumentou para garantir a sobrevivência dessas famílias. Mota e Pena (2014, p.46) destacam como referência para a ocorrência ou não de risco de sobrecarga na mariscagem atividades que ultrapassem “mais de 20 horas por semana em atividade com sobrecarga de movimentos e gestos repetitivos concentrados nas articulações”. Esse processo se desdobra na situação de vulnerabilidade, que poderia ser minimizada com programas e políticas públicas de transferência de renda, como o Bolsa Família.

A condição econômica é um importante determinante social que influencia diretamente a vida das famílias quilombolas. A mobilidade social desses indivíduos é dificultada pelo baixo índice de escolaridade. No caso de Ilha de Maré, a dificuldade dos jovens no deslocamento para a escola é um elemento dificultador.

A escola municipal de Ilha de Maré que oferece ensino fundamental fica localizada em Praia Grande, uma das comunidades da ilha. No turno da manhã, frequentam os estudantes moradores de Praia Grande e no turno da tarde moradores das comunidades vizinhas, que enfrentam os desafios de continuar os estudos. Como o deslocamento da ilha se dá por meio de barco, nem sempre a prefeitura garante o deslocamento de estudantes que residem nas comunidades vizinhas. Nessas situações, alguns estudantes chegam a caminhar por mais de uma hora para chegar na escola. Muitos acabam desistindo por esses e outros motivos.

O ensino médio em Ilha de Maré é ainda mais difícil de ser acessado, pois depende da embarcação do governo do estado para chegar à escola do continente, após 50 minutos de navegação. Soma-se a isso as flutuações do clima e as estações com mais chuva e vento, que dificultam ainda mais a permanência na escola.

Não há pavimentação na ilha, com exceção de alguns trechos da comunidade de Praia Grande, que possui maior densidade populacional e é a mais próxima do Porto Marítimo de São Tomé de Paripe. Apesar de ser um local com comércio mais ativo, o poder aquisitivo da maioria da população é baixo.

As demais comunidades quilombolas de Ilha de Maré são ainda menos urbanizadas, com pequenos pontos de comércio local e maior distância da Base Naval de Aratu. Tanto Bananeiras como Porto dos Cavalos, Martelo e Ponta Grossa são mais próximas do município de Candeias, embora pertençam ao município de Salvador. Na observação dessas comunidades, foi possível visualizar a utilização frequente de telhas de amianto nas casas, apesar dos prejuízos que esse material pode provocar à saúde humana.

A garantia de políticas públicas voltadas para infraestrutura também é determinante nas condições de saúde de uma população em contextos históricos de vulnerabilidade. De acordo com Elenilda Farias de Oliveira e demais autoras (2015), a ausência de água tratada e a falta de condições sanitárias ideais têm provocado o relato substancial de surtos de diarreia e doenças dermatológicas na grande quantidade das populações remanescentes de quilombos. Ilha de Maré tem acesso à água potável por meio da empresa estadual de distribuição de água, embora haja relatos que esse processo é recente, não abrange todas as comunidades e há períodos de descontinuidade na distribuição de água.

Nas comunidades de Ilha de Maré, a coleta de lixo é semanal, de modo que é possível encontrar acúmulo de lixo em algumas partes da ilha, especialmente Praia Grande que tem maior densidade populacional. Em comunidades com menor densidade populacional como Bananeiras, Martelo e Porto dos Cavalos não foram encontrados resíduos e lixo acumulados.

Em termos de condições sanitárias, Ilha de Maré não possui uma rede coletora de esgoto, de modo que a maior parte dos domicílios ainda utiliza fossa rudimentar.

A localidade conta com apenas uma Unidade de Saúde da Família, com duas equipes de saúde e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com exceção dos ACS, os trabalhadores da equipe saem do continente e enfrentam diariamente uma travessia de 50 minutos de barco para chegar à ilha.

Por conta disso, o atendimento inicia às 9h da manhã e finaliza às 15h, situação geradora de queixas por parte da comunidade. As visitas domiciliares para as demais comunidades também sofrem obstáculos, dada a locomoção da equipe ser pelo mar.

Com uma população de mais de 6 mil habitantes, os moradores da Ilha de Maré não contam com um serviço de emergência, de modo que uma situação grave e urgente pode levar a complicações ou ao óbito.

É evidente a negligência histórica e contínua por parte do Estado em relação a comunidades quilombolas, como as de Ilha de Maré. A ausência de ações do poder público, seja em relação à infraestrutura, à educação ou à saúde, comprometendo a saúde dessa população.

É preciso também articular a problemática ambiental com a questão racial, lançando mão do conceito de racismo ambiental para compreender que as injustiças sociais e ambientais, mesmo que não tenha um objetivo racista, frequentemente têm impacto nas condições de vida e saúde da população negra. (PACHECO, 2008)

É necessário também compreender a dimensão do racismo em interação com outros mecanismos de exclusão, como classe social e gênero, para compreender a vulnerabilidade social em Ilha de Maré. Especialmente quando se analisa o racismo ambiental com um olhar interseccional, observa-se o impacto na vida das mulheres da comunidade, que vivem da pesca artesanal e, diferentemente dos homens da comunidade, não saem da ilha para trabalhar nas indústrias do entorno. São elas, portanto, que lutam arduamente pela manutenção do seu modo de vida, que só é possível através da preservação ambiental do mar e dos manguezais.

Simão Dias (SE): a Comunidade Quilombola Sítio Alto

Em março de 2019, 462 indivíduos quilombolas residentes no município de Simão Dias foram cadastrados no CadÚnico, correspondendo a 145 famílias. A composição etária dos membros da comunidade é marcada pela predominância de crianças e adolescentes, 41,1% (190) possuem entre 0 e 17 anos. Apenas 1,9% (9) dos moradores tem mais de 65 anos. Acerca da escolaridade, 29% (135) dos moradores não possuem instrução

e 47,2% (218) possuem o ensino fundamental incompleto. O percentual de pessoas que não sabem ler e nem escrever é de 32,3% (149).

A comunidade de Sítio Alto teve seu reconhecimento efetivado em 24 de setembro de 2014, porém ainda não possui seu território titulado. (LACERDA, 2017) Está localizada numa região alta no município de Simão Dias, região Centro-Sul de Sergipe, distante 8 km da sede do município.

O processo de ocupação do território aconteceu supostamente a partir da vinda de pessoas de uma fazenda próxima, chamada Rio dos Negros. Há várias indicações para a origem dos antepassados dos moradores do Sítio Alto. Alguns alegam que eram de outros municípios do estado como Poço Verde, Riachão do Dantas, ou até mesmo de outros estados como Bahia, ou até Palmares, em Alagoas.

A escola da comunidade, construída no ano de 1998, oferece apenas o ensino fundamental I, até o quinto ano. Após concluído esse ciclo, os estudantes da comunidade passam a frequentar uma escola localizada no povoado Cumbe – o povoado fica a 4 km da comunidade Sítio Alto – e o trajeto é feito por transporte escolar fornecido pelo município.

No ensino médio, passam a estudar em escolas da rede estadual, localizadas apenas na sede municipal. A inexistência de turmas de Educação de Jovens e Adultos (EJA) na comunidade e essa necessidade de transportar as crianças e adolescentes para fora da comunidade são barreiras para a permanência escolar e o aumento da escolarização dos membros, dificultando o processo de mobilidade social dentro da comunidade.

Outra questão importante é que o currículo das escolas localizadas fora da comunidade quase sempre está longe da realidade histórica e cultural desses alunos e alunas e das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola. (BRASIL, 2011)

A principal atividade econômica da comunidade é a agricultura familiar. Apesar da pouca área que dispõe, a comunidade produz uma grande variedade de alimentos. São vários tipos de mandioca, vários tipos de feijão, vários tipos de fava e milho, além de couve, quiabo, alecrim, manjeriço, manga, banana, mamão, coco, ovos, ovelhas, galinhas, porco, gado. A produção é para próprio consumo das famílias da comunidade em pri-

meiro lugar e, quando há excedentes, os alimentos são comercializados na feira livre da cidade.

A despeito da produção, a renda *per capita* na comunidade é muito baixa. O CadÚnico aponta que 82% (379) dos moradores estão em situação de extrema pobreza. Entre os que responderam, apenas 27,5% (127) tiveram trabalho remunerado no último ano (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos indivíduos residentes em comunidades quilombolas de Simão Dias (SE) registrados no Cadastro Único para Programas Sociais

	Indivíduos quilombolas (n= 462)	
	n	%
Faixa etária		
Entre 0 e 15	167	36,1
Entre 16 a 34	171	37,1
Entre 35 a 64	37	8,0
Maior que 65	9	1,9
Grau de instrução		
Sem instrução	135	29,2
Fundamental incompleto	193	41,8
Fundamental completo	25	5,4
Médio incompleto	30	6,5
Médio completo	29	6,3
Superior incompleto ou mais	2	0,4
Sem resposta	48	10,4
Pessoa sabe ler e escrever		
Sim	313	67,7
Não	149	32,3
Renda familiar <i>per capita</i>		
Extrema pobreza	379	82,0
Pobreza	31	6,7
Baixa renda	34	7,4
Acima de 1/2 salário mínimo	18	3,9

	Indivíduos quilombolas (n= 462)	
	n	%
Beneficiário do Programa Bolsa Família		
Não	65	14,1
Sim	397	85,9
Raça/Cor		
Branca	9	1,9
Preta	32	6,9
Amarela	2	0,4
Parda	419	90,7
Indígena	0	0,0
Sexo		
Masculino	224	48,5
Feminino	238	51,5
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses		
Sim	127	27,5
Não	171	37,0
Sem resposta	164	35,5

Fonte: dados da pesquisa.

Essa situação é amenizada pelos programas governamentais de transferência de renda, como o Bolsa Família, que em março de 2019 auxiliavam 85,9% das famílias. Andhressa Fagundes em coautoria com Rita Fagundes e Sonia Meneses em pesquisa realizada na comunidade, no ano de 2016, observaram que 69,2% das famílias recebiam o Bolsa Família, das quais 44% eram chefiadas por mulheres. (FAGUNDES; FAGUNDES; MENESES, 2016) Esse aumento no percentual de moradores beneficiários do Bolsa Família entre 2016 e 2019 pode ser associado à piora das condições de vida relatada pelos moradores, que destacam o fim de algumas ações e programas voltados às populações quilombolas após a saída da presidente Dilma Rousseff.

Além disso, a grande seca que abateu a região Nordeste entre 2016 e 2017, sendo relatada pelos moradores mais antigos como a maior dos últimos 50 anos, contribuiu com a queda da renda das famílias da comunidade tornando-as elegíveis para serem beneficiadas pelo Bolsa Família.

A comunidade ainda luta pelo acesso a direitos sociais básicos. A estrada que dá acesso ao Sítio Alto não possui calçamento. Em períodos de chuva a estrada fica coberta de lama dificultando o trânsito de veículos e também pedestres, isolando a comunidade e dificultando a realização das atividades cotidianas dos moradores. Na Tabela 4 estão descritas as características do domicílio e peridomicílio dos indivíduos quilombolas residentes em Simão Dias (SE) registrados no CadÚnico.

Na comunidade, não há coleta regular de lixo, sendo a queima um dos principais métodos utilizados para eliminação dos resíduos produzidos. Esse método de eliminação do lixo, presente em 70% (324) dos domicílios, não é considerado o melhor pela comunidade em virtude dos malefícios ao meio ambiente e à saúde dos moradores, principalmente crianças com problemas respiratórios.

O acesso à água sempre foi um sério problema para a comunidade que tinha que andar por longas distâncias para conseguir o suficiente para suprir as necessidades básicas. A partir dos anos 2000, com a expansão da construção de cisternas, essa passou a ser a principal fonte de abastecimento, sendo responsável pelo abastecimento em 57% (264) dos domicílios. Apenas no ano de 2018, a comunidade conseguiu a ampliação do abastecimento com a rede de distribuição de água encanada.

Em relação à zona de moradia, 92% (424) residiam na área rural, apenas 65% (300) das casas possuem banheiro, 80% (369) destes não possuem nenhum calçamento em frente aos domicílios.

Em relação às características do domicílio, a alvenaria/tijolo com revestimento é o material predominante nas paredes externas do domicílio 58% (269), nos pisos dos domicílios o material predominante foi o cimento 66% (304). Em relação ao tipo de iluminação, a maioria reside em domicílios com energia elétrica com medidor próprio 83% (381).

Um estudo sobre as condições de saúde em Sítio Alto observou que, dentre 63 crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade, 6,3% foram

classificados com baixa estatura. (FAGUNDES; FAGUNDES; MENESES, 2016) O mesmo estudo examinou 50 adultos e 51% apresentaram eutrofia, 36% sobrepeso e 8% obesidade.

Utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), ao avaliarem 140 pessoas da comunidade – 60% das crianças e adolescentes do local –, concluíram que no Sítio Alto 83,9% dos entrevistados apresentaram algum tipo de insegurança alimentar leve (isto é, quando há preocupação ou incerteza com o acesso futuro dos alimentos pela família) e 43,6% apresentaram insegurança alimentar moderada ou grave (quando se nota a redução na quantidade de alimentos).

Esse índice foi consideravelmente superior ao encontrado na Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar, feita pelo IBGE (2015), que apontou esse grau em 13,9% dos domicílios da zona rural no Brasil. Apenas 2% da população avaliada apresentaram índices hematológicos compatíveis com anemia. Aproximadamente 40% apresentaram pressão arterial sistêmica alterada, e 11,4% apresentaram valores glicêmicos elevados.

Outra realidade marcante vivenciada pela comunidade está na constante resistência frente ao racismo ambiental expresso nos conflitos e ao agronegócio do município que é um dos maiores produtores de milho transgênico do estado de Sergipe.

São diversos os relatos dos moradores, que lutam para conservar as sementes crioulas e manter o sistema de produção agrícola tradicional e orgânico, tendo suas plantações contaminadas pela dispersão desordenada de agrotóxicos das fazendas vizinhas. Essa realidade fez com que a comunidade desenvolvesse estratégias, a exemplo do banco de sementes crioulas e a articulação com redes e movimentos de agroecologia do estado.

Apesar do sofrimento provocado pela opressão, discriminação e pobreza que a comunidade tem vivenciado ao longo do tempo, a alegria é um traço acentuado da identidade da comunidade. As festas e outras manifestações tradicionais fazem parte de um repertório cultural que pode ser visto como promotor de saúde.

A vulnerabilidade social também deve ser analisada levando em consideração estratégias comunitárias de sobrevivência e resistência. Trata-se, por um lado, de reconhecer as fragilidades na esfera da proteção

social através das lacunas em termos de políticas públicas voltadas para territórios e comunidades quilombolas ou dos processos sistemáticos de segregação social e, por outro, reconhecer o potencial de ação de indivíduos e grupos para proteção social. (TRAD, 2013)

Tabela 4 – Características do domicílio e do peridomicílio dos indivíduos residentes em comunidades quilombolas de Simão Dias (SE) registrados no CadÚnico para Programas Sociais

	Indivíduos quilombolas (n= 462)	
	n	%
Situação do domicílio		
Urbanas	38	8
Rurais	424	92
Existência de banheiro		
Sim	300	65
Não	111	24
Sem resposta	51	11
Calçamento em frente ao seu domicílio		
Total	11	2
Parcial	31	7
Não existe	369	80
Sem resposta	51	11
Forma de abastecimento de água		
Rede geral de distribuição	17	4
Poço ou nascente	61	13
Cisterna	264	57
Outra forma	69	15
Sem resposta	51	11

	Indivíduos quilombolas (n= 462)	
	n	%
Forma de coleta do lixo		
É coletado diretamente	83	18
É coletado indiretamente	1	0
É queimado ou enterrado na propriedade	324	70
É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida etc.)	3	1
Sem resposta	51	11
Forma de escoamento sanitário		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	12	3
Fossa séptica	139	30
Fossa rudimentar	144	31
Vala a céu aberto	5	1
Sem resposta	162	35
Material predominante nas paredes externas do domicílio		
Alvenaria/tijolo com revestimento	269	58
Alvenaria/tijolo sem revestimento	98	21
Taipa revestida	11	2
Taipa não revestida	6	1
Outro material	27	6
Sem resposta	51	11
Material predominante no piso do domicílio		
Terra	46	10
Cimento	304	66
Cerâmica, lajota ou pedra	58	13
Carpete	0	0
Outro material	3	1
Sem resposta	51	11

	Indivíduos quilombolas (n= 462)	
	n	%
Tipo de iluminação		
Elétrica com medidor próprio	381	83
Elétrica sem medidor	8	2
Óleo, querosene ou gás	9	2
Outra forma	13	3
Sem resposta	51	11

Fonte: dados da pesquisa.

Pontos de intersecção entre dois contextos de vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social em comunidades quilombolas demanda um olhar que extrapole a dimensão individual e abarque os modos coletivos de viver e resistir ao longo da história no Brasil. Aquilo que à primeira vista pode denotar sinal de atraso social, frequentemente representa um modo de vida defendido pelas comunidades. Entretanto, é preciso considerar na análise a dimensão do poder e o modo de desenvolvimento da sociedade em geral, que podem ser geradores de iniquidades sociais e de saúde.

Ao identificar as condições de renda e escolaridade tanto nas comunidades de Salvador quanto em Simão Dias, é possível perceber a fragilidade da situação econômica e a pouca oportunidade de mobilidade social, dada as dificuldades de completar os estudos.

O componente individual diz respeito à forma como os indivíduos, grupos, segmentos ou famílias organizam seus repertórios simbólicos ou materiais para responder aos desafios e às adversidades provenientes das modificações dinâmicas, políticas e estruturais que ocorrem na sociedade.

Em ambos os contextos analisados, o impacto ambiental causado seja pelas indústrias no entorno de Ilha de Maré, seja pelo agronegócio que afeta Sítio Alto, representa comprometimento ao modo de vida e à saúde desses territórios.

O impacto do modelo de desenvolvimento predatório, que atropela modos de vida tradicionais, é gerador de injustiças sociais e ambientais que não apenas compartilham da mesma origem, mas se retroalimentam. (PACHECO, 2008) Seja por descumprir legislações de proteção ambiental, seja por deliberadamente poluir territórios com resíduos ou dejetos tóxicos, o racismo ambiental representa uma grande ameaça às comunidades. (CHAVIS, 1993)

Com relação aos tipos de domicílio e às questões estruturais e sanitárias do ambiente onde moram, nos dois contextos é possível perceber a ausência do investimento estatal no provimento de estruturas básicas, como esgotamento sanitário e coleta regular de lixo.

Esse eixo social da vulnerabilidade inclui, portanto, condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e à situação sociopolítica e cultural do indivíduo.

É fundamental investir em pesquisas que discutam o perfil epidemiológico dessas comunidades e que revelem em que medida esse perfil socioeconômico influencia nos seus itinerários terapêuticos. Vale ressaltar que a relativa escassez de informações epidemiológicas sobre comunidades quilombolas também reproduz iniquidades em saúde.

O perfil epidemiológico também precisa ser visto em relação ao eixo programático da vulnerabilidade, incluindo a análise ou avaliação das políticas públicas e programas voltados para a prevenção, controle e assistência. Observa-se, por exemplo, em ambas as comunidades quilombolas analisadas a dificuldade em acessar serviços de saúde. No caso de Salvador, o cuidado integral direcionado pela atenção básica pode ficar comprometido. Em Ilha de Maré, o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, a dispersão física da população nas comunidades, dentre outros fatores, têm representado um empecilho à utilização de serviços de saúde.

Considerações finais

Dentre as necessidades dos quilombolas, uma das mais prementes é, sem dúvida, a efetividade do exercício do direito à saúde (GOMES et al., 2013; MENESES et al., 2015; VIEIRA; MONTEIRO, 2013), mas nesse caso saúde precisa ser vista de forma ampliada: saúde como direito à terra, ao mar, aos manguezais, que compreende o reconhecimento de um modo de vida cujas origens remontam às comunidades africanas anteriores à escravização. (LACERDA; SILVA, 2018)

Nesse contexto, a necessidade de manter os recursos naturais não se dá apenas para a sobrevivência física da comunidade, mas para salvaguardar cosmologias e simbologias vitais para o modo de vida tradicional. Há que se perceber que a abolição da escravidão não trouxe inclusão social nem cidadania plena, e se naquele período o quilombo representou a resistência ao modelo escravista, nos dias atuais representa resistência ao modelo de desenvolvimento vigente. (LACERDA; SILVA, 2018)

Entretanto, é preciso também reconhecer os avanços já alcançados através de políticas públicas que caminham rumo ao pleno exercício do direito à saúde. A criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial (Seppir) foi um marco na implementação de políticas públicas voltadas para as populações quilombolas, especialmente através da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), iniciada em 2000.

Em 2004, o Programa Brasil Quilombola representou mais um passo nesse processo que, embora tenha conseguido avançar na demarcação de terras com posterior titulação, a ameaça à cultura e à identidade dessas comunidades permaneceu. (SILVA, 2018)

Também em relação às políticas de infraestrutura, que impactam diretamente a saúde dessas comunidades, foi necessário avançar em políticas intersetoriais, como o Programa Luz para Todos (PLPT), Programa Nacional de Habitação Rural e o Programa Água para Todos. No que diz respeito à dimensão econômica, o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) tem por objetivo promover o desenvol-

vimento local, sem gerar impacto ambiental negativo nesses territórios. (BRASIL, 2006)

Muitos obstáculos ainda precisam ser superados para a efetivação de direitos quilombolas. (BRASIL, 2006) Entretanto, o reconhecimento da importância dessas políticas públicas, especialmente no momento atual em que não há garantia de manutenção delas, é uma fundamental estratégia de luta. Para isso, as comunidades precisam ter conhecimento e domínio dessas políticas públicas e, cumprindo seu papel extensionista, a universidade deve ser uma aliada, seja pela denúncia de iniquidades, pela produção de conhecimento ou por projetos emancipatórios.

É fundamental destacar que não é possível separar a questão quilombola no Brasil das iniquidades marcadas pela raça/cor. (LACERDA; SILVA, 2018) O modelo de desenvolvimento excludente é também resultado de uma sociedade na qual o racismo está nas origens e nas bases do modo de produção e, portanto, continua agindo em suas estruturas. (ALMEIDA, 2018)

O racismo impacta a vida dos quilombolas de diferentes e persistentes formas, com destaque para o racismo ambiental, que afeta nas formas tradicionais de viver e é gerador de problemas de saúde, ameaçando a própria sobrevivência dos indivíduos. A existência de políticas emancipatórias deve passar também por um processo de descolonização e luta antirracista. (LACERDA; SILVA, 2018)

A persistência das disparidades raciais em saúde impõe sérios desafios às comunidades quilombolas, revertendo-se em agravos agudos e crônicos. (FREITAS et al., 2011) Além disso, o conhecimento tradicional e as práticas ancestrais de cuidado em saúde, repassados oralmente há gerações (SILVEIRA, 2014), são ameaçados pela crescente medicalização. Esse cenário demanda estratégias que valorizem as percepções, valores e práticas das populações tradicionais, que estão entre os grupos mais impactados num contexto global de exclusão e produção de desigualdades. (LACERDA; SILVA, 2018)

Diante da complexidade da questão quilombola, sua importância atravessa a história do Brasil ganhando novos contornos no período pós-abolição. Problematizar a relação do Brasil com o quilombo é refletir

o processo civilizatório do país e tarefa fundamental para compreender a constituição política, cultural e social vigente na contemporaneidade.

Mais ainda, é necessário reconhecer e valorizar a importância dos modos de vida de comunidades quilombolas, as demarcações culturais que as diferenciam dos demais seguimentos da sociedade. Por se tratar de grupos historicamente marcados pela luta, são comunidades que têm muito a ensinar sobre ativismo e resistência, especialmente em tempos de perda de direitos sociais.

Agradecimentos

À Isabella S. Castelo pelo auxílio na tabulação dos dados oriundos do Tabulador de Dados do CadÚnico e à Tassiany Caroline S. Trindade pela contribuição na organização das referências.

Referências

ALMEIDA, S. L. de. *O que é racismo estrutural?*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANJOS, R. S. A. dos; CIPRIANO, A. *Quilombolas: tradições e cultura da resistência*. São Paulo: Ed. Aori Comunicação, 2006.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 141, p. 1, 25 jul. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11326.htm. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. *Texto – referência para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação escolar quilombola*. Brasília, DF: CNE: CCEB, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde*

Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Tabulador do Cadastro Único*. Versão 2.0. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2019. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad/tabulador_tabcad.php#tabela_link. Acesso em: 5 maio 2020.

BRASIL. Relatório Técnico de Identificação e Delimitação realizado por equipe multidisciplinar instituída pelas Ordens de Serviço/INCRA/GAB/BA nº 50/2008 de 13 de março de 2017. Dispõe sobre regularização fundiária das terras da Comunidade Quilombola de Ilha de Maré. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 49, 13 mar. 2017.

CAMARGO, C. L.; SANTOS, D. S. S. dos; OLIVEIRA, M. M. C. *et al.* *Promoção da saúde em comunidades quilombolas*: compartilhando experiências em quilombos. Rio de Janeiro: Bonecker, 2018.

CARDOSO, A. Escravidão em Sergipe: fugas e quilombos, século XIX. *Revista IHGB*, Aracaju, n. 34, p. 55-73, 2005.

CHAVIS, B. Toxic waste and race. In: BULLARD, R. D. (org.). *Confronting environmental racism: voices from the grassroots*. Boston: South End Press, 1993. p. 3-5.

FAGUNDES, A. A.; FAGUNDES, R.; MENESES, S. *Cultura, tradições e segurança alimentar da comunidade Sítio Alto, Simão Dias, Sergipe*. Aracaju: J. Andrade, 2016.

FREITAS, D. A.; CABERELLO, A. D.; MARQUES, A. S. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. *Diagnóstico sócio-econômico-cultural das comunidades remanescentes de quilombos*. Brasília, DF: [s. n.], 2004.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Portaria nº 88 de 13 de maio de 2019. Dispõe sobre certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 maio 2019.

GOMES, F. dos S. *Mocambos e quilombos*: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo: Claro Enigma, 2015.

GOMES, K. de O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J4KJPczBxNQMhk4ZVJyj4qn/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

HATJE, V. ; BÍCEGO, M. C.; CARVALHO, G. C. de *et al.* Contaminação Química. In: HATJE, V.; ANDRADE, J. B.de (org.). *Baía de Todos os Santos*: aspectos oceanográficos. Salvador: Edufba, 2009. p. 244-297.

IBGE. *Cidades*. Salvador: IBGE, 2010.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*: síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KAZTMAN, R. *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*. Borrador para discusión. 5 Taller regional, la medición de la pobreza, métodos e aplicaciones. Ciudad de México: BID-BIRF-CEPAL, 2000.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. As normas como bem público e privado: reflexões nas fronteiras do enfoque ativos, vulnerabilidades e estrutura de oportunidades. In: CUNHA, J. M. P. (org.). *Novas metrópoles paulistas*: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas: NEPO: Unicamp, 2006. p. 67-94.

LACERDA, R. dos S. *Territorialidade, saúde e meio ambiente*: conexões, saberes e práticas em comunidades quilombolas de Sergipe. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

LACERDA, R. dos S.; SILVA, G. M. da. Desafios para a construção do conceito afrocentrado de desenvolvimento em comunidades quilombolas no Brasil. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, Curitiba, v. 45, p. 294-315, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/download/48583/35280>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000300015/9189>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LEITE, I. B. Quilombos e quilombolas: cidadania ou folclorização?. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 5, n. 10, p. 123-149, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/4CD96PrdycJX6xKSjLfrmbS/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

MARQUES, A. S.; CALDEIRA, A. P.; SOUZA, L. R. *et al.* População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 154-161, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048329>. Acesso em: 3 abr. 2023.

MENESES, R. C. T.; ZENI, P. F.; OLIVEIRA, C. C. da C. *et al.* Promoção de saúde em população quilombola nordestina: análise de intervenção educativa em anemia falciforme. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 132-139, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-741490>. Acesso em: 3 abr. 2023.

MOTA, S. E. C.; PENA, P. G. L. Pescador Artesanal: estudo sobre as condições de trabalho e saúde em Ilha de Maré, Bahia. In: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. A. (org.). *Sofrimento Negligenciado: doenças do trabalho em pescadores em marisqueiras e pescadores artesanais*. Salvador: Edufba, 2014. p. 31-51.

MOTT, L. D'E. R. O escravo nos anúncios de jornal de Sergipe. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe*, Aracaju, n. 29, p. 133-147, 1987.

MOTT, L. R. Terror na Casa da Torre: tortura de escravos na Bahia colonial. In: REIS, J. J. (org.). *Escravidão & intervenção da liberdade: estudos sobre o negro no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 65-97.

MOURA, G. Educação Quilombola: Proposta pedagógica. In: BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação a Distância. *Salto para o Futuro*. Boletim 10. Brasília, DF: SEED-MEC, 2007. p. 9-14.

MUNANGA, K. Origem e histórico do Quilombo na África. *Revista USP*, São Paulo, n. 28, p. 58-63, 1996.

OLIVEIRA, E. F. de; JESUS, V. S. de; SIQUEIRA, S. M. C. *et al.* Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, p. 200-206, 2015. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fSwDvf8WtvqyqjKnSwyMd8j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

PACHECO, T. Inequality, environmental injustice, and racism in Brazil: beyond the question of colour. *Development in Practice*, Oxford, v. 18, n. 6, p. 713-725, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09614520802386355#:~:text=ARTICLES-,Inequality%2C%20environmental%20>

injustice%2C%20and%20racism%20in%20Brazil%3A,beyond%20the%20question%20of%20colour&text=Starting%20from%20an%20analysis%20of,hegemonic%20model%20of%20capitalist%20development. Acesso em: 3 abr. 2023.

PEREIRA, I. S. S. D.; PEREIRA, J. D.; CIRNE, B. J. D. Condições socioeconômicas e saúde das famílias portadoras de anemia falciforme. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 20, n. 1, p. 119-136, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324158687_Condicoes_socioeconomicas_e_saude_das_familias_portadoras_de_anemia_falciforme. Acesso em: 3 abr. 2023.

RADIS COMUNICAÇÃO E SAÚDE (Fiocruz). *Águas contaminadas na Ilha de Maré*. São Paulo: Fiocruz: Radis, 2013.

SANTANA FILHO, D. M. *A geopolítica do estado e o território quilombola no século XXI*. São Paulo: Paco Editorial, 2018.

SILVA, A. R. F. Políticas públicas para comunidades quilombolas: uma luta em construção. *Revista de Ciências Sociais*, João Pessoa, v. 1, n. 48, p. 115-128, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/27650>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. da S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, p. 109-120, 2010. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ps8hRv3h7WqNzL6zzwMK48k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SILVEIRA, H. A. A. Tradições de matriz africana e saúde: o cuidar nos terreiros. *Identidade*, São Leopoldo, v. 19, n. 2, p. 75-88, 2014. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view/2346/2310>. Acesso em: 3 abr. 2023.

TRAD, L. A. B. A família no enfrentamento do problema do crack: entrelaçando vulnerabilidade social, resiliência e proteção social. In: JORGE, M. S. B.; TRAD, L. A. B.; QUINDERÉ P. H. D. *et al.* (org.). *Olhares plurais sobre o fenômeno do Crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 259-282. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/OLHARES-PLURAIS-SOBRE-O-CRACK-421pg.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2023.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

VOLOCHKO, A. A saúde nos quilombos. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (org.). *Saúde nos quilombos*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 147-168.

Capítulo 7

O RACISMO DESMASCARADO COM OU SEM PANDEMIA

das estatísticas de morbimortalidade ao sofrimento psicossocial de jovens negros

Jeane Saskya Campos Tavares

Leny Alves Bomfim Trad

Djean Ribeiro Gomes

Camila dos Santos Souza Andrade

Eliene dos Santos de Jesus

Introdução

A hiperexposição à morte nos últimos 400 anos, a impossibilidade de viver plenamente os processos de luto e a gravidade dos efeitos do racismo em todas as áreas de sua existência produzem nas pessoas negras a percepção de que estão presas em um eterno e perigoso presente sobre o qual não tem controle, nem possibilidade de fuga. O apagamento das memórias de seus antepassados e a invisibilização de suas contribuições para a história deste país, associados à impossibilidade de planejamento do futuro, são interpretados como estratégias políticas de (re)produção do racismo estrutural. (ALMEIDA, 2018)

No contexto da juventude negra, os reflexos do racismo são especialmente perversos. Em análise comparativa, fica evidente que os jovens negros têm maiores chances de morrer de forma violenta. Em contrapar-

tida, as maiores chances dos jovens brancos são de receber os maiores salários no mercado de trabalho e ter mais acesso ao sistema público de saúde brasileiro. (CAMARGO et al., 2012)

Desse modo, importa aprofundar as análises sobre o impacto desses diferenciais na saúde da população negra comparada com a da população branca, pois pesquisas realizadas no Brasil demonstraram existir um diferencial assustador nas condições de viver, adoecer e morrer relacionado fortemente à raça/cor da população.

No tocante à violência, conforme assinalado por Jaqueline Sinhoreto e Danilo de Souza Morais (2018), embora se identifique a inclusão da dimensão racial em modelos sociológicos voltados para a explicação desse fenômeno, o racismo e a formação específica das relações raciais têm tido menor peso analítico do que categorias como classe, território e *performances* de gênero. Consequentemente, deixa-se de considerar as relações étnico-raciais como componente indissociável da interpretação dos fenômenos violentos e de seu tratamento institucional.

Os autores chamam especial atenção para o fato de relações raciais serem representadas em trabalhos sobre violência e controle social como atributos individuais dos protagonistas dos conflitos violentos ou daqueles que integram os quadros das instituições responsáveis pelos mecanismos de controle e punição.

Neste capítulo, a cidade de Salvador (BA) é tomada como um caso para compreender as imbricações entre racismo e violência no contexto da juventude negra. Caso estudado através do mapeamento de eventos fatais e não fatais que repercutem sobre a morbidade e a mortalidade dessa população.

São discutidos dados secundários provenientes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva Contínuo) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pelo Serviço de Vigilância em Saúde da capital baiana.

O aumento da incidência da violência na juventude, no período de dez anos estudados, bem como a maior frequência de vitimização entre mulheres negras por violência física – em vias públicas e no ambiente doméstico por parceiros e desconhecidos – refletem toda a cultura de violência, a fragilidade e a objetificação da mulher por meio de expe-

riências traumáticas com aqueles que deveriam ser referência de afeto e acolhimento. (SILVEIRA; NARDI; SPINDLER, 2014)

Cabe aqui evocar o termo “genocídio do povo negro”, tal como o fez Abdias do Nascimento (1978-2017) em inúmeros momentos para denunciar a situação a que está submetida a juventude negra brasileira. O termo diz respeito tanto à morte física quanto ao apagamento de subjetividades através dos apelos ao branqueamento de suas mentes e corpos. (NASCIMENTO, 2017)

Nesse sentido, deslocando-se das estatísticas para cenas e contextos nos quais o racismo estrutural e institucional se expressa, compartilham-se situações extraídas da experiência – no subitem 3 deste texto – de atuação de um dos autores na Central Integrada de Alternativas Penais (Ciap), do estado da Bahia.

Flagrantes do processo de produção de desesperança e desvinculação na vida de muitas pessoas que passam pelas audiências de custódia e pela Ciap são discutidos também. Em sua maioria, são processos que envolvem homens, negros, jovens, com baixas renda e escolaridade; moradores de bairros periféricos sobre os quais incidem diversos fatores de vulnerabilização social que os “empurram” para o centro do sistema de justiça – via políticas de segurança pública –, com altíssimas chances de ingressarem no sistema prisional.

As múltiplas violações de direitos e o descrédito na justiça e na polícia como pacificadora dos conflitos e principalmente controladora das violências institucionais nutrem o ódio e forjam “homens-bomba”. Essa metáfora é utilizada para ilustrar o modo que, em sucessivas situações de humilhação e subalternização, os flagrantes forjados e a condenação prévia pelo sistema são mediadores da construção de uma imagem de si, principalmente para homens negros, como sem valor e indignos de respeito.

O “homem-bomba” é o resultado das negações de humanidade e de direitos, de interrupções em seus corpos negros numa sociedade estruturalmente racista, cenário de vulnerabilizações acumuladas ao longo da história do sujeito negro e de gerações anteriores.

Por fim, este texto problematiza vicissitudes da população negra, atualizadas para o contexto da pandemia da covid-19 e mais especificamente entre os jovens negros. *Pari passu* em meio ao desmonte das redes

de atenção à saúde, houve a crise sanitária instalada em função dessa pandemia, o que tem contribuído para explicitar as assimetrias raciais tanto no acesso aos serviços públicos quanto nas condições de vida prévias à infecção e conseqüentemente as (im)possibilidades de proteção e o risco de óbitos. (SANTOS et al., 2020)

Racismo, desumanização e sofrimento psicossocial: a morte à espreita

A continuidade secular do processo de negação de direitos, perdas e mortes – tanto simbólicas quanto físicas – nomeado como “genocídio do negro brasileiro” por Abdias Nascimento está registrada em nossa produção oral e escrita. (NASCIMENTO, 2017)

Dessa forma, mesmo distante no espaço-tempo, encontramos forte conexão entre as narrativas de sobrevivência à injustiça, enfrentamento da violência, fome e morte na musicalidade da capoeira e dos sambas, nas batalhas de *slam*, no *rap*, no *hip hop*, nas obras de Lima Barreto, de Carolina Maria de Jesus, de Conceição Evaristo.

– O senhor espera que eu vou vender este papel e dou-te cinco cruzeiros para o senhor tomar uma média. É bom beber um cafezinho de manhã.

– Eu não quero. A senhora cata estes papéis com tanta dificuldade para manter os teus filhos e deve receber uma migalha e ainda quer dividir comigo. Este serviço que a senhora faz é serviço de cavalo. Eu já sei o que vou fazer da minha vida. Daqui uns dias eu não vou precisar de mais nada deste mundo. Eu não pude viver nas fazendas. Os fazendeiros me explorava muito. Eu não posso trabalhar na cidade porque aqui tudo é a dinheiro e eu não encontro emprego porque já sou idoso. Eu sei que vou morrer porque a fome é a pior das enfermidades...

O homem parou de falar bruscamente. Eu segui com o meu saco de papel nas costas. (JESUS, 2014, p. 54)

Tal como nos lembrou Frantz Fanon (2008), o racismo produziu uma hierarquia global de superioridade e inferioridade sobre a linha do humano. Uma lógica que tem sido politicamente produzida e reproduzida durante séculos por um sistema no qual se entrelaçam o colonialismo, o capitalismo, patriarcado sob os auspícios da hegemonia ocidental. (GROSFUGUEL, 2011)

Desde a perspectiva decolonial, o racismo é fruto de uma estrutura social racializada que produz a hierarquia referida. Tendo como base a “linha do humano”, são dispostos – acima e abaixo dela – aqueles que respectivamente têm ou não têm direitos, os que são ou não são reconhecidos como humanos. Nas palavras do pesquisador Ramón Grosfoguel (2011, p. 98):

As pessoas que estão acima da linha do humano são reconhecidas socialmente em sua humanidade como seres humanos com direito e acesso à subjetividade, direitos humanos, de cidadania, civis, trabalhistas. As pessoas que estão abaixo da linha do humano são consideradas sub-humanas ou não humanos, ou seja, sua humanidade está questionada e, portanto, negada.

As relações entre colonização, racismo e adoecimento mental foram magistralmente analisadas por Fanon (2008, p. 30), notadamente ao problematizar o processo de assimilação de neuroses como um dos frutos das aberrações e opressões impostas pelos colonizadores: “a civilização branca, a cultura europeia, impuseram ao negro um desvio existencial”.

O autor martinicano vai descortinando as múltiplas repercussões psíquicas do racismo na construção de subjetividades. Uma neurose que, se de uma parte pode ser expresso no “desejo de ser branco”, só pode ser compreendida se reconhecermos que o ser negro está imerso em uma sociedade que lhe inculcou seu complexo de inferioridade e que depende da manutenção desse complexo para afirmar a “superioridade de uma raça”. (FANON, 2008, p. 95)

Em linha com esse entendimento, Nilma Lino Gomes (2002, p. 42) salienta:

a diferença impressa nesse mesmo corpo pela cor da pele e pelos demais sinais diacríticos serviu como mais um argumento para justificar a colonização e encobrir intencionalidades econômicas e políticas. Foi a comparação dos sinais do corpo negro (como o nariz, a boca, a cor da pele e o tipo de cabelo) com os do branco europeu e colonizador que, naquele contexto, serviu de argumento para a formulação de um padrão de beleza e de fealdade que nos persegue até os dias atuais.

As experiências de profundo sofrimento e seu não reconhecimento ou minimização por parte da sociedade criam o mundo subjetivo da categoria de pessoas identificadas como “negro”. Afinal, estamos tratando da “história de vozes torturadas, línguas rompidas, idiomas impostos, discursos impedidos e dos muitos lugares que não podíamos entrar, tampouco permanecer para falar com nossas vozes [...]”. (KILOMBA, 2019, p. 27)

Embora não possamos discutir em termos de intencionalidade, podemos identificar que esse processo é mantido por sua funcionalidade ao produzir alienação da identidade racial e adoecimento psíquico, uma vez que o sofrimento racial é vivido, mas não reconhecido, reafirmado ou nomeado como tal.

Além disso, como podemos perceber na história do campo da saúde mental no Brasil, se o processo de desconirmação do sofrimento falha e esse sujeito negro insiste em manifestá-lo através de cognições, comportamentos e afetos que rompem com a norma hegemônica, inicia-se o seu processo de patologização, medicalização, encarceramento e morte.

Ao ouvir o relato de pessoas negras que se consideram incapazes, incompetentes ou impotentes para lidar com um mundo hostil e perigoso e com um futuro ainda mais terrível, o profissional da saúde mental pode se sentir impelido a encontrar algum diagnóstico e a patologizar essas narrativas.

Esse atendimento iatrogênico será tão mais automático e violento quanto mais o profissional estiver alienado da discussão sobre o racismo como estruturador da subjetividade de negros e brancos, levando-o a acreditar na falácia da democracia racial e a aplicar, sem reflexão, os procedimentos consagrados pela literatura europeia e estadunidense.

A pobreza, o medo, a violência, o confinamento em territórios, a ameaça constante de prisão ou assassinato, as tentativas frustradas de evitar a separação daqueles que amam se repetem de tal maneira na vida de negros(as) que desenvolvem crenças primárias sobre a morte precoce, violenta ou por negligência, como único fim possível. Ou pior, desenvolvem uma percepção sobre a vida miserável, violenta, que não vale a pena ser vivida, sendo o destino a morte como estratégia mais imediata de cessação do sofrimento.

Essa percepção encontra base no mundo material, na realidade externa aos sujeitos. Existem abundantes evidências que confirmam essas crenças. Tal como definido por Silvio Almeida (2018), o racismo estrutural, através do qual se definem as posições de brancos e não brancos no Brasil, é também responsável pela produção entre os negros e negras de desesperança, de vazio existencial e de ruptura dos vínculos com a vida.

Morbimortalidade de jovens em Salvador: precisamos falar em violência e genocídio da juventude negra

Nesta seção serão discutidos indicadores de morbimortalidade de jovens associados à violência ou a outras causas externas (no caso da mortalidade) considerando a faixa etária entre 15 e 29 anos de idade em Salvador, Bahia.¹ Esse recorte etário foi definido tendo em vista a indicação de faixas etárias utilizadas por políticas voltadas para a juventude, sobretudo no que se refere aos estudos sobre violência, que utilizam indicadores estabelecidos em âmbito nacional e/ou internacional.

Os dados relativos aos casos notificados de violência contra jovens em Salvador (BA), de 2009 a 2019, foram obtidos do Sistema Viva, disponibilizados após pedido, pela Diretoria de Vigilância em Saúde (DVIS) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A população do estudo foi constituída por jovens residentes nessa capital no referido período, a partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

1 Trata-se de uma atualização de dados produzidos pela pesquisa “Juventude negra no Nordeste do Brasil: violência, racismo institucional e proteção social”, coordenada por Leny Trad.

As seguintes variáveis foram empregadas na análise individual:

- a. relativas às vítimas: sexo, faixa etária, escolaridade;
- b. relativas ao agressor: número de envolvidos, sexo, uso de álcool e vínculo com a vítima;
- c. característica da violência: tipologia, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo comprometida, local de ocorrência, recorrência;
- d. evolução e encaminhamentos para o setor saúde e outros setores.

Calcularam-se as taxas anuais de incidência (por 10 mil) dos casos notificados de violência contra jovens de 2009 a 2019 e percentuais segundo os diferentes estratos de cada variável agregada para o referido período. Optou-se por essa agregação visando obter maior robustez na análise, tendo em vista que o pequeno número anual de casos em cada estrato resultaria em instabilidade dos indicadores.

Os dados do Viva foram processados através do Programa SPSS, versão 20.0. Para a análise, recorreu-se a técnicas estatísticas descritivas, com destaque para o exame de frequências simples e relativas, considerando as especificidades das variáveis coletadas em cada fonte de informação.

De 2009 a 2019, em Salvador, foram notificados ao Sistema Viva 17.378 casos de violência contra jovens, representando uma incidência média de 21,5/10 mil jovens com até 29 anos de idade. Nesse período, houve um incremento médio de 176% na incidência média de violência contra a população de 15 a 29 anos de idade, passando de 10,8/10 mil em 2009 para 29,8/10 mil em 2019 (Tabela 1).

Observou-se o aumento no número de notificações durante o período estudado. Destaca-se que a visibilidade do fenômeno e consequentemente o aumento de políticas públicas voltadas para a prevenção e notificação da violência influenciam no exercício do controle social pela população e/ou instituições, denúncia dos casos e notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados.

Tabela 1 – Quantitativo, percentual e incidência/10 mil de casos de violência contra jovens (15-29a) notificados, segundo ano de ocorrência, Salvador-Bahia-Brasil, 2009 a 2019

Ano	Nº	%	Incidência
2009	940	5,4	10,8
2010	1258	7,2	16,7
2011	1218	7,0	16,0
2012	1326	7,6	17,3
2013	1622	9,3	20,0
2014	1826	10,5	22,3
2015	1444	8,3	17,5
2016	1683	9,7	20,3
2017	1647	9,5	19,8
2018	1998	11,5	24,8
2019	2416	14,0	29,8

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), Secretaria de Saúde, Salvador (BA).

De acordo com os dados da Tabela 2, entre os casos com registro da informação sobre cada variável, predominaram as vítimas do sexo feminino (58,3%), idade de 15 a 18 anos (40,9%) e negras (91,6%). A maioria (76,9%) dos agressores foi representada por único perpetrador da agressão, era do sexo masculino (75,3%), não refere o uso de álcool (60,1%). Verifica-se ainda que 32,8% dos agressores das jovens eram desconhecidos, seguidos de agressores que mantinham/mantiveram relações afetivas com as vítimas (30,5%).

São achados que se coadunam com outras pesquisas envolvendo dados do sistema Viva referentes à população feminina, nos quais as agressões físicas se constituíram o tipo mais comum de violência, sendo os principais agressores desconhecidos ou cônjuges das vítimas e predominaram vítimas da cor parda e agressões em ambiente doméstico. (SILVA; OLIVEIRA, 2016)

Os dados nacionais correlacionados com os encontrados no presente trabalho corroboram com o perfil de morbimortalidade de nosso país, nos quais a combinação entre racismo e patriarcado moldam as condições de vida das famílias, as relações afetivas e sexuais, assim como as representações sociais do feminino e masculino.

As motivações do agressor, além do desejo, abrangem questões relacionadas ao poder do mais experiente em detrimento do outro. (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004) Ressalta-se que o poder e hierarquia são categorias inseridas no significado da violência, ao trazer consigo valores culturais enraizados, como o patriarcado. Em relação à violência sexual, incluindo o assédio, Ceci Vilar Noronha e Suzana Dourado (2012, p. 152) ressaltam que:

[...] as violações sexuais constituem experiências que vitimam o gênero feminino de modo desproporcional na infância e na adolescência, mantendo o padrão de ter como agressores parentes adultos, do sexo masculino, motivados por razões afetivo-sexuais e culturais. Quando adultas e inseridas no mercado de trabalho, as mulheres se tornam vítimas frequentes de assédio sexual, completando um quadro de revitimização, em que as tentativas de controle masculino sobre o exercício da sexualidade feminina ficam evidenciadas.

Partindo da premissa que a violência compromete o desenvolvimento biopsicossocial de jovens, a vitimização de mulheres negras compõe um importante fator de desigualdade cumulativa, ou seja, a intersecção das questões raciais e de gênero fazem com que as mulheres negras sofram dupla desigualdade em um mesmo tempo e espaço. Segundo Luana Pinheiro e demais autores (2008, p. 6), as “múltiplas formas de discriminação social, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”.

Esse fenômeno da dupla discriminação a que as mulheres negras estão sujeitas acompanham outras faixas etárias de suas vidas. Os indicadores sociais como educação, emprego, trabalho e moradia apresentam uma desvantagem entre homens e mulheres e, quando observado na população negra em detrimento aos brancos, a desvantagem é ainda mais elevada entre mulheres negras. (ABRAMO, 2004)

Alvos principais da violência de gênero, tem-se na cor da pele a marca de uma marginalização histórica como desafio de sobrevivência. Os nú-

meros de vítimas da violência é uma das expressões da desigualdade que afeta essa população. No período de 2006 e 2007 em Salvador, os homens pardos foram os principais agressores em todos os tipos de violência e as mulheres negras como as principais vítimas, principalmente nos casos de violência física e sexual. (CAMARGO et al., 2012)

Mulheres em situação de violência cotidianamente se defrontam com atos violentos (física, psicológica, sexual), principalmente pelo fato do agressor partilhar com a vítima um relacionamento próximo, preservado das ações de intimidade. Os resultados obtidos deste estudo sobre a ocorrência da violência contra as mulheres perpetradas por parceiro íntimo também foram identificados em outras pesquisas sobre a temática. (MENEZES et al., 2013; NÓBREGA et al., 2019)

Contudo, muitos dos atos violentos e respectivos agressores permanecem silenciados ou despercebidos por anos até emergirem como denúncia, principalmente pelo medo do agressor, da falta de compreensão sobre a agressão e pela recorrente esperança de mudança do companheiro. (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016)

Tabela 2 – Número e percentual de casos notificados* de violência contra jovens de 15-29 anos segundo características selecionadas das vítimas e do agressor. Salvador - Bahia 2009-2019

Características	N	%
Vítimas		
Sexo (n=17374)		
Masculino	7251	41,7
Feminino	10123	58,3
Idade (n= 17378)		
15-18	7110	40,9
19-24	6371	36,7
25-29	3897	22,4
Raça/Cor (n=6062)		
Branco	439	7,2
Negro	5555	91,6
Outros ²	68	1,1
Agressor		
Número de envolvidos (n=6945)		

Características	N	%
Vítimas		
Um	5341	76,9
Dois ou mais	1604	23,1
Sexo (n=6869)		
Masculino	5170	75,3
Feminino	1575	22,9
Ambos	124	1,8
Uso de álcool (n=3508)		
Sim	1401	39,9
Não	2107	60,1
Vínculo com a vítima (n=4702)		
Pais ³	254	5,4
Outros familiares ⁴	198	4,2
Conhecido ⁵	818	17,4
Relações afetivas ⁶	1433	30,5
Desconhecido	1542	32,8
Policial ⁷	320	6,8
Própria pessoa	137	2,9

*Referem-se apenas aos casos com registro da informação sobre cada variável. 1) Faixa etária segundo a Política Nacional de Juventude; 2) Outros: amarelos e indígenas; 3) Pais: pai, mãe e padrasto; 4) Outros familiares: irmãos, filhos; 5) Conhecido: conhecido, cuidador, patrão; 6) cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado; 7) policial: relação institucional, policial.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), Secretaria de Saúde, Salvador (BA).

Quanto aos tipos de violências praticadas contra os jovens de Salvador, a violência física (85,2%) predominou, tendo como principal meio de agressão a força corporal (49,6%), seguido de objetos (19,9%) e arma de fogo (19,6%). Os principais lugares para essas práticas violentas foram a via pública (54,9%) e as residências das vítimas (40,1%). Essas violências exigiram encaminhamento das vítimas para o setor saúde (61,2%), e delegacias e judiciário (19,3%), como demonstrado na Tabela 3.

No que concerne à violência física, é caracterizada pela presença de marcas corporais visíveis e de fácil identificação. Esse tipo de violência “permanece gravada no mais íntimo do ser e os efeitos da punição permeiam seus pensamentos e nossa cultura”. (MINAYO, 2002, p. 104)

A expressão de abuso de poder pelos agressores coisifica as mulheres, faz delas objetos de desrespeito e práticas violentas. Em Salvador, no período de 2004 a 2011, a primeira delegacia especializada no atendimento à mulher no estado da Bahia, situada no bairro de Brotas, registrou 67.131 ocorrências, com alta frequência de ameaças de morte ou espancamento (35,5%) e de lesões corporais (29,6%). (BAHIA, 2012)

Outro aspecto importante a ser discutido dentro do âmbito da violência contra a mulher é a família. Diferente da função protetora, a família mostra, em muitas situações e em diversas condições sociais, um espaço privilegiado para expressão da violência. Fatores socioeconômicos, ambientais, culturais, entre outros, podem configurar-se como estressores, aumentando a possibilidade da ocorrência de episódios violentos. (ALGERI, 2008)

De acordo com o estudo de D'Oliveira e demais autores (2009), um forte fator de risco para a mulher ser vítima de agressões por parceiro íntimo consiste no fato de ter testemunhado enquanto criança cenas de violência dentro do ambiente familiar, principalmente de agressões à mãe pelo companheiro.

Fala-se da teoria da aprendizagem social da violência, ou seja, dos efeitos da violência em gerações futuras. Estudos comprovaram que a violência afeta o desenvolvimento emocional, comportamental, social, sexual e cognitivo das vítimas, interferindo negativamente no seu bem-estar e qualidade de vida, e as sequelas podem persistir ao longo da fase adulta. (BARROS; FREITAS, 2015)

Tabela 3 – Número e percentual de casos notificados de violência contra jovens de 15-29 anos de idade, segundo características selecionadas da agressão e encaminhamentos. Salvador – Bahia, 2009-2019*

Características	N	%
Tipo de violência (n=18494)		
Física	15753	85,2
Sexual	1127	6,1
Negligência/Abandono	47	0,2
Psicológica	1567	8,5

Características	N	%
Meio de agressão (n=16586)		
Força corporal	8223	49,6
Objetos ¹	3309	19,9
Envenenamento	976	5,9
Arma de fogo	3251	19,6
Ameaça verbal	827	5,0
Local de ocorrência (n=7709)		
Residência	3093	40,1
Instituição de ensino e amparo	113	1,5
Ambiente social	272	3,5
Via pública	4231	54,9
Recorrência (n=4915)		
Sim	1672	34,0
Não	3243	66,0
Encaminhamentos (n=1621)		
Setor saúde	992	61,2
Inst. de Proteção e Amparo à criança e adolescente ²	57	3,5
Delegacias e Judiciário ³	313	19,3
Centros de Referências ⁴	84	5,2
Instituto Médico Legal	175	10,8

*Referem-se apenas aos casos com registro da informação sobre cada variável. 1) Objetos (contundente, perfurocortantes e quente); 2) Conselho Tutelar, abrigo, sentinelas; 3) delegacias: da mulher, criança e adolescente; Vara da Infância, Ministério Público; 4) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e mulher.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), Secretaria de Saúde, Salvador (BA).

No tocante à mortalidade de jovens por causas externas, mais uma vez a violência adquire destaque. Vale registrar que os indicadores da violência em escala internacional e nacional indicam que os jovens também são as principais vítimas desse flagelo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o homicídio é a quarta principal causa de morte em pessoas com idade entre 10 e 29 anos e 83% desses homicídios envolvem vítimas do sexo masculino, principalmente de cor negra. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016)

De acordo com o Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea), em pesquisa realizada no ano de 2020, com base em registros do SIM, no ano de 2017

morreram no país 158.657 pessoas por mortes violentas, 36.430 vítimas de acidentes de transporte e 12.495 por suicídio. As três causas somadas totalizam 207.582 vítimas. Esses números representam uma queda das mortes por causas externas, sendo a morte por homicídio o principal componente de redução.

Segundo o *Atlas da Violência 2020* (2020), particularmente para os homicídios no ano de 2018, foram registrados 57.956 óbitos, representando o menor nível dessa causa de morte nos últimos quatro anos, o que corresponde à taxa de mortalidade de 27,8 mortes por 100 mil habitantes. Essa diminuição (12% entre 2017 e 2018) pôde ser observada em todas as regiões do país, com destaque para o Acre, em números absolutos (409 casos), e registrando a Bahia com elevados números (6.787 casos).

Entretanto, ainda segundo o *Atlas*, o homicídio é a principal causa de mortalidade de jovens (pessoas entre 15 e 29 anos). Para o referido ano, foram 30.873 jovens vítimas de homicídios, o que significa uma taxa de 60,4 homicídios a cada 100 mil jovens e 53,3% do total de homicídios do país. Os homicídios ainda responderam por 48,4% dos óbitos desses jovens. De acordo com o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial (IVJVR), o risco do jovem negro morrer de homicídio é 2,5 vezes maior do que o jovem branco. (BRASIL, 2015)

Essa trágica e desigual forma de morrer provoca em nossa sociedade impactos negativos, com prejuízos incalculáveis. Tem uma ação mais diretamente na área da saúde, na dinâmica demográfica, bem como no processo de desenvolvimento econômico, social, racial e geracional. (CERQUEIRA et al., 2017)

Considerando esse cenário, apresentaremos resultados atinentes à análise descritiva de dados do SIM sobre mortes por causas externas (violências relacionadas a homicídios, suicídios e por acidentes), ocorridas em jovens na faixa etária de 15 a 29 anos, em Salvador, entre 2008 e 2018.

Os acidentes e violências se encontram elencados no capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde Código Internacional de Doenças, 10ª edição – CID10 (V01–Y98).

Os acidentes se referem a um acontecimento imprevisto em geral, indesejável e capaz de produzir lesões de caráter traumático que podem atingir pessoas sadias e doentes. Já as violências são caracterizadas por uma ação que, em geral, engloba uso de força, de armas ou de outros meios agressivos. Podem ser autoprovocadas (suicídio) ou infligidas por outra pessoa com a intenção de ferir ou matar (homicídio). (BRASIL, 2013)

No que se refere à mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por causas externas em Salvador (BA) no período de 2008-2018, os registros do SIM examinados para este trabalho apontaram a ocorrência de 14.089 óbitos. Para a raça/cor, foi usada a variável negra (parda + preta) e não negra (branca + amarela + indígena) e para o cálculo dos homicídios, excetuaram-se as intervenções legais (Y35).

No tocante às características sociodemográficas da população jovem atingida por letalidade decorrente de acidentes e violências na capital baiana, os dados evidenciam uma distribuição desigual das mortes, considerando variáveis como sexo, idade, raça/cor e escolaridade.

Nesse sentido, observou-se que os óbitos são mais frequentes para o grupo de jovens do sexo masculino (93,3%), para as jovens representou 6,7% dos casos. A faixa de idade mais afetada foi entre 19 e 24 anos (48,4%), seguida por 15 a 18 anos (20,9%). Quanto à raça/cor, foi a de negros (90,8%), e a escolaridade de 4 a 7 anos de estudos (52,2%), o que corresponde ao nível fundamental (Tabela 4).

Tabela 4 – Óbitos por homicídio de jovens (15 a 29 anos) segundo o sexo, idade (anos), raça/cor, escolaridade (anos), local de ocorrência, provável circunstância e fonte de informação, Salvador, Bahia, 2008-2018

Óbitos por homicídios	Total de óbitos (15-29 anos)		Jovens / adolescentes (15-18 anos)		Jovens / jovens (19-24 anos)		Jovens / adultos (25-29 anos)	
	N= 14.089	%	N=2.941	%	N=6.817	%	N=4.331	%
Sexo								
Masculino	13.139	93,3	2.718	92,4	6.384	93,6	4.037	93,2
Feminino	950	6,7	223	7,6	433	6,4	294	6,8

Óbitos por homicídios	Total de óbitos (15-29 anos)		Jovens / adolescentes (15-18 anos)		Jovens / jovens (19-24 anos)		Jovens/ adultos (25-29 anos)	
	N=14.089	%	N=2.941	%	N=6.817	%	N=4.331	%
Idade (anos)								
15-18	2.941	20,9	2.941	20,9	6.817	48,4	4.331	30,7
19-24	6.817	48,4	-	-	-	-	-	-
25-29	4.331	30,7	-	-	-	-	-	-
Raça/Cor								
Não negros (branco+amarelo +indígena)	1.051	7,0	204	7,0	515	8,0	332	8,0
Negro (preto+pardo)	12.794	90,8	2.699	91,8	6.191	90,8	3.904	90,1
Não informado	244	1,7	38	1,3	111	1,6	95	2,2
Escolaridade (em anos)								
Nenhuma	190	1,3	34	1,2	96	1,4	60	1,4
1 a 3 anos	3.211	22,8	752	25,6	1.530	22,4	929	21,5
4 a 7 anos	7.350	52,2	1.798	61,1	3.566	52,3	1.986	45,9
8 a 11 anos	2.690	19,1	279	9,5	1.332	19,5	1.079	24,9
12 ou +	236	1,7	40	0,1	105	1,5	127	2,9
Não informado	188	1,3	38	1,3	80	1,2	70	1,6
Ignorado	224	1,6	36	1,2	108	1,6	80	1,8
Local de ocorrência								
Hospital e estabelecimentos de saúde	6.848	48,6	1.386	47,1	3.363	49,3	2.099	48,5
Domicílio	657	4,7	113	3,8	318	4,7	226	5,2
Via pública	5.963	42,3	1.269	43,1	2.875	42,2	1.819	42,0
Outros	616	4,4	173	5,9	258	3,8	185	4,3
Ignorado	5,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	2,0	0,0
Provável circunstância								
Acidente	1.392	9,9	210	7,1	612	9,0	570	13,2
Suicídio	149	1,1	27	0,9	50	0,7	72	1,7
Homicídio (excetuando as intervenções legais)	11.377	80,8	2.498	84,9	5.600	82,1	3.279	75,7

Óbitos por homicídios	Total de óbitos (15-29 anos)		Jovens / adolescentes (15-18 anos)		Jovens / jovens (19-24 anos)		Jovens / adultos (25-29 anos)	
	N= 14.089	%	N=2.941	%	N=6.817	%	N=4.331	%
Outros	13	0,1	2,0	0,1	6,0	0,1	5,0	0,1
Não informado	3,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
Ignorado	1.155	8,2	203	6,9	548	8,0	404	9,3

Fonte da informação

Boletim de ocorrência	7.774	55,2	1.658	56,4	3.759	55,1	2.357	54,4
Hospital	22	0,2	2,0	0,1	13	0,2	7,0	0,2
Família	8,0	0,1	3,0	0,1	5,0	0,1	0,0	0,0
Outros	48	0,3	10	0,3	25	0,4	13	0,3
Não informado	5.294	37,6	1.065	36,2	2.550	37,4	1.679	38,8
Ignorado	943	6,7	203	6,9	465	6,8	275	6,3

Fonte: SMS Salvador/DVIS/SUIS-SIM/Dados processados em outubro de 2020.

Acerca das características da ocorrência da morte por causas externas na capital baiana, os homicídios se sobressaíram como provável circunstância de óbito da população jovem (80,8%), seguidos dos acidentes (9,9%) e dos suicídios (1,1%). O hospital e os estabelecimentos de saúde e a via pública se destacaram como os locais de ocorrência dos óbitos, representando respectivamente 48,6% e 42,3% do total de registros do SIM para essa variável. Já a principal fonte de informação sobre os óbitos foram os boletins de ocorrência (55,2%), entretanto se observam 37,6% de não informação para essa variável, o que pode se caracterizar uma não valorização dos dados sobre violência (Tabela 4).

É importante destacar que a relação entre a violência e a questão racial, demonstrando a forma desigual de morrer entre jovens brancos e negros, foi possível com a inserção do quesito raça/cor no formulário de coleta das estatísticas de mortalidade, nesse caso em específico a Declaração de Óbito (DO). Essa ação possibilitou a visibilidade da relação entre as causas de morte da população e sua cor/raça. A evidência de mortes violentas de jovens negros em regiões periféricas é reconhecida como “genocídio da juventude negra”. (SINHORETTO; MORAIS, 2018)

Em Salvador, nos últimos anos, as consequências desse genocídio já são possíveis de serem visualizadas, com a diminuição da população masculina na faixa etária referida. Em análise da situação de saúde para a construção do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), verificou-se a redução da população em questão nas projeções dos censos demográficos entre 2000 e 2010, tendo como principal causa de mortalidade os homicídios por arma de fogo. A correlação da raça/cor com a causa de morte foi medida através da correlação de Pearson (r), com resultado de $r=0,76$, ou seja, o fato de ser jovem negro aumentava a chance de morrer por homicídio. (JESUS; LEAL, 2016)

Um sistema que produz homens-bomba: escutando jovens que cumprem penas alternativas

Helicópteros. Medo. Tropas de choque. Um homem negro caído imóvel no chão desagua um rio de sangue: é carnaval em Salvador.

Minha missão é atravessar meu corpo negro em segurança até o Garcia, passando por toda Avenida Sete onde a festa corre solta eu já trabalhei o dia todo, vendendo cerveja e batida de maracujá. Desde a manhã cedo na luta, comprando gelo, arrumando isopor, descarregando caixas mais caixas de refrigerante e cerveja. Tudo amarrado, trânsito lento, a paciência no limite em que um tombo mal dado um olhar mal cruzado podem estourar em um assassinato. (MANDINGO, 2018, p. 48)

A Central Integrada de Alternativas Penais (Ciap) é um serviço oriundo do termo de cooperação entre o extinto Departamento Penitenciário Nacional (Depen), o Tribunal de Justiça da Bahia (TJ-BA) e a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e Ressocialização da Bahia (Seap-BA), por meio da Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas Penais da Bahia (Ceapa-BA). O Ciap é executado e gerenciado pelo Coletivo de Entidades Negras (CEN). O CEN é uma organização social nacional que

atua na defesa e promoção dos direitos humanos, em especial das populações negras nas mais diversas perspectivas.

A Ciap tem como finalidade acompanhar pessoas que estão respondendo processo em liberdade provisória e cumprem medida cautelar, dentre elas, comparecimento periódico em juízo na cidade de Salvador. O acompanhamento é feito por equipe multiprofissional e interdisciplinar através de assessoria jurídica, mas especialmente com atuações profissionais da Psicologia e Serviço Social, através de atendimentos individuais e em grupo.

Os atendimentos psicológicos individuais consideram as contribuições da Psicologia Social, Jurídica, Clínica e/ou outras abordagens utilizadas pelos profissionais. Os atendimentos em grupos reflexivos (ACOSTA; ANDRADE FILHO; BRONZ, 2004) possuem vários formatos (júri simulado, roda de conversa, dentre outros) e provocam reflexões sobre vários fenômenos sociais que tenham relação direta ou indireta com aspectos que provocam maior ou menor vulnerabilidade e exposição por estarem envolvidos com uma acusação criminal ou detidos por agentes de segurança pública.

Nesse contexto, responder institucionalmente à dimensão psicossocial das pessoas acusadas de determinado delito, requer das(os) profissionais envolvidas(os) uma envergadura analítica que contemple um olhar interseccional (AKOTIRENE, 2019) em categorias como raça, classe, gênero, geração, território, família, dentre outras. Atuação fundamental para a prestação de um serviço público de qualidade no âmbito do sistema de justiça, em contrarresposta a uma sociedade extremamente racista e desigual.

Muitos dos atendidos na Ciap chegam sem documentos básicos como certidão de nascimento, RG, CPF, título de eleitor e/ou alistamento militar. A inexistência desses documentos impede o acesso aos seus direitos, seja na assistência social, nos órgãos de promoção de vagas de emprego ou mesmo para reinserção educacional, dentre outros. Chama a atenção que os atendidos não consideram esses documentos importantes e desconhecem sua finalidade, vivendo uma quase morte social. Importante destacar que, além de toda a burocracia em torno do acesso a esses documentos, exige-se deslocamento para serviços na maioria das vezes distantes

dos bairros onde residem e sendo necessário gasto financeiro que essas pessoas não dispõem.

No final do ano de 2019, a Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE-BA) divulgou relatório oriundo das audiências de custódia, que, além de outras coisas, apontava o perfil das pessoas presas em flagrante que por ali passaram no período de setembro de 2015 a dezembro de 2018. (BAHIA, 2019) No total, foram 17.782 pessoas flagranteadas, sendo 94,2% desse total 98,8% de negros (pretos e pardos) e em torno de 10 mil pessoas não têm o ensino fundamental completo e/ou escolaridade informada.

São jovens que pertencem a famílias muito empobrecidas, na maioria das vezes chefiadas por mulheres, e a ausência masculina acontece desde o período da gestação das mulheres ou ao longo dos primeiros anos de vida, sendo as principais causas da ausência a morte por violência e o encarceramento. Segundo levantamento da DPE-BA, 98,7% das pessoas flagranteadas têm renda inferior a dois salários-mínimos, o que nos faz pensar que desenvolvem suas atividades relacionadas a postos de trabalho precarizados. (BAHIA, 2019)

Outro aspecto relevante na história de vida dos jovens atendidos pela Ciap é o histórico de abandono escolar precoce. De modo geral, esse processo de escolarização deficitária aparece nos relatos dos jovens relacionado ao contexto de pobreza e fome que experienciam junto com suas famílias e à precariedade institucional da educação pública no Brasil.

A vulnerabilidade financeira do grupo familiar conduz esses jovens às atividades laborais ainda no final da infância e/ou início da adolescência. Essa iniciação laboral ocorre por intermédio da família que inserem os filhos/netos nos serviços que já desenvolvem ou por “conta própria” (vendedores ambulantes de ônibus, praias, feiras livres), ajudantes de algum profissional informal autônomo (ajudantes de pedreiro, de pintor, mecânico, serralheiro) e mais que encontrarem como forma de produção de renda.

As atividades laborais que essas crianças e adolescentes enfrentam, além de informais e insalubres, incluem alta carga horária diária/semanal. O trabalho atravessa a escolarização em um contexto em que a estrutura educacional não recebe investimentos suficientes, gerando falta de merenda, baixa remuneração e atraso no salário de professores e

profissionais terceirizados, além de não receberem formação efetiva para atuação profissional antirracista.

Além da dedicação de muitas horas ao trabalho informal, esses jovens são moradores de bairros sob domínio de facções que impedem a sua livre circulação por diferentes territórios. Muitas vezes não é possível para esse jovem sair do seu bairro para passeios, praia, praças, eventos culturais, cursos de capacitação fora do seu território, pois pode ser alvo desse controle de facções ou não ter dinheiro suficiente/meios de transporte público disponíveis para retornar para casa a partir de determinados horários.

Nessa encruzilhada de fatores vulnerabilizantes, acrescentamos a construção de suas masculinidades baseada em comportamentos de riscos, produção de violências alinhadas à virilidade e a processos de sujeição, do ser-negado-de-si. (CUSTÓDIO, 2019) Esse mesmo autor discute que as masculinidades são processos, não grupos sociais, e são atravessadas por complexidades vividas por homens, no caso aqui os homens negros, frente às práticas sociais experimentadas no jogo do *status* das estruturas raciais e dos regimes de gênero. (CUSTÓDIO, 2019)

Nesse sentido, vivendo em territórios onde faltam educação, cultura, saúde, lazer, saneamento básico e outras necessidades básicas, os jovens reproduzem os modelos que estão presentes nesses contextos inférteis de diálogos e competitivos, em detrimento de afetos positivos e vínculos que promovam cooperação.

A configuração institucional, cultural e todo o sistema político do Estado conformam condutas e afetam como esses jovens percebem suas capacidades. (ALMEIDA, 2018; CUSTÓDIO, 2019)

Nesse contexto de interdições sistemáticas, como seria possível que esses jovens produzissem espontaneamente narrativas de cooperação e crescimento sociais? Como construir processos identitários se esses são corpos marginalizados nos seus sete pontos: estética capilar e de vestuário, cor de pele, trabalho, bairro onde mora, condição financeira, relações afetivas familiares e sociais? Como se sentir bonito, desejado, útil em casa, mostrar para seu grupo de pertencimento que são homens que merecem respeito? Como planejar um futuro?

Como afirmamos anteriormente, a hiperexposição à morte torna o planejamento de futuros possíveis uma tarefa árdua, senão impossível para os jovens negros. A vida acontece no presente, pois eles mesmos sabem que podem ser mortos a qualquer momento. Não há tempo para retomar o longo processo de escolarização e, ainda que isso ocorra, não há tempo de vida suficiente para que usufruam desse investimento.

O mundo do consumo e o comércio de drogas se apresentam como alternativas viáveis para resolução imediata das questões financeiras e obtenção de reconhecimento social. E pior, não se pensam outras possibilidades para os jovens negros, uma vez que são abordados diuturnamente por policiais que pressupõem que estão “envolvidos” com a criminalidade.

Os “sinais” da periculosidade estão em cortes de cabelo/sobrancelha, bonés, roupas, mas, antes de tudo, na cor de pele. O fenótipo atesta a periculosidade e informa que a pessoa pode receber o tratamento reservado ao “ladrão, vagabundo” que inclui xingamentos, tapas na cara, algemas e torturas (asfixia com sacos, choques elétricos, violação do ânus com cabos de vassouras), prisões arbitrárias, além de assassinatos. Nesse sentido, estabelece-se o conflito entre agentes de segurança e jovens negros: “eles entram é pra matar, torturar, forjar, então eu tô aí pra trocar com eles”.

Forjando flagrantes

– A gente troca mesmo, fura pneu de viatura, joga pedra.

*O jovem afirma isso como se a guerra fosse justa, como se seu ataque fosse suficiente para impor um confronto à altura coma polícia.
Questionei:*

– Ai você virou um homem-bomba disposto a explodir, a se explodir?²

O Relatório das audiências de custódias na comarca de Salvador/BA: anos de 2015-2018 (2019) aponta que em 83,4% dos casos analisados não havia registro

.....
2 Diálogo entre psicólogo e jovem atendido no Ciap. Ambos são homens negros.

de atos infracionais e em 52,4% não havia ocorrência de ação penal e/ou prisão em flagrantes anteriores. Entre as principais tipificações criminais, duas se destacam: crimes contra o patrimônio com 46,9%, seguido do escopo da lei de drogas (consumo e comercialização de substâncias psicoativas) com 33,8%.

Outro dado importante diz respeito à tortura ou lesão no momento da prisão: 23,4% responderam que sim, 38,7% não informaram e 37,8% afirmaram que não houve. Entre os que confirmaram a agressão, os policiais militares foram apontados como responsáveis por 79,9% dos casos. Além disso, os relatos de suposto flagrante forjado são comuns entre os jovens, independente dos diferentes territórios onde vivem e, a despeito de não se conhecerem, narram acusações de violações semelhantes.

São relatos-denúncias que, na maioria das vezes, não são considerados nas audiências de custódia. De maneira geral, a quantidade de drogas apreendidas por flagrantes é muito pequena, seja de maconha, cocaína ou *crack*, que deveria se configurar como consumo próprio, mas as pessoas presas são tipificadas como traficantes. É a expressão do racismo entranhado no sistema de justiça, produto de acúmulos históricos de pensamentos e formatos de funcionamento baseados na exclusão, eugenia e controle. (ALMEIDA, 2018)

Um aspecto técnico-político-operacional que escapou às análises do relatório da DPE (BAHIA, 2019) foi a imposição de monitoramento eletrônico como medida cautelar, com objetivo de evitar novas acusações de delitos e flagrantes. Essa ausência de análise aponta para a seletividade racial do sistema de justiça, pois as pessoas que são atendidas pelo serviço da Ciap e são obrigadas a usar tornozeleira eletrônica trazem uma diversidade de relatos de sofrimento psicossocial.

Nenhuma medida cautelar tem um caráter punitivo, ela tem como objetivo garantir a presença e acesso à pessoa acusada ao longo de todo percurso processual. O uso de tornozeleira eletrônica produz desorganização psicossocial, incluindo perda de emprego, ou impede exercício de trabalhos informais por conta do estigma associado a esse artefato, além de mais severa suspeição por parte dos agentes de segurança pública que os “encurralam” e, por fim, há ruptura de vínculos com sua comunidade

que passa a evitar contatos por medo da pessoa estar atraindo violência policial e/ou tráfico de drogas.

Muitos jovens relatam que passam a evitar sair de casa, referem sintomas depressivos e necessitam utilizar medicamento psiquiátrico (um método de contenção química consagrado na história do campo da saúde mental). São impedimentos de exercício de cidadania baseados no punitivismo que organiza as aplicações de medidas cautelares e penas alternativas, como apontou Andréa Mércia, assistente social, que esteve na coordenação da Ceapa-BA (ARAÚJO, 2018) por quase duas décadas.

O racismo sem máscara em tempos de pandemia

Em termos de saúde mental, a crise sanitária somou-se às crises anteriores que tornaram o Brasil o país com maior número de casos de ansiedade em todo o mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017) O longo período de distanciamento social, o uso político de informações falsas e discurso de ódio, a desarticulação nas ações do Ministério da Saúde, o aumento do desemprego, da violência doméstica e das operações policiais que resultam em mortes violentas e terror contribuem para novos casos e para agravar quadros de depressão, transtornos de ansiedade, ideação suicida, dentre outros.

No entanto, em vez de se criarem estratégias de proteção aos mais vulnerabilizados – no caso brasileiro, negros e indígenas –, o contexto hostil recusa a denúncia de racismo, não realizando o registro de raça/cor nos sistemas de informação, numa estratégia de encobrimento da desigualdade racial e negação de direitos. (OLIVEIRA et al., 2020) Vimos a veiculação na imprensa de uma narrativa de suposta democracia na distribuição da infecção e a redução do risco aos aspectos individuais numa reprodução da falácia da democracia racial (SANTOS et al., 2020),³ assim como assistimos aos representantes do Estado e empresários menosprezarem e impedirem ativamente o distanciamento social necessário para

3 “Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica”

controle efetivo da infecção e nós aprendemos quanto vale a vida e como se distribui a morte de cada grupo racial.

Em situações-limite, fazemos um cálculo, nem sempre racional, de qual a perda ou morte somos capazes de lidar. A avaliação das (im)possibilidades de proteção e do risco de óbito pela covid-19 é comparada à avaliação de probabilidade de morte pela polícia, pelo tráfico, pelo parceiro íntimo, por suicídio, pelo desemprego, pela miséria.

O cálculo do risco de morte é mediado pelo cruzamento de vários fatores como identidade de gênero, idade, religião, classe social, escolaridade e condições físicas. Essa intersecção orienta ainda como interpretamos os números de milhares de mortos pela covid-19 (se acreditamos ou minimizamos as informações, se são pessoas passíveis de luto) e o desprezo abertamente declarado de políticos e empresários pelas vidas dos mais vulneráveis (se consideramos um ataque ou posicionamentos insignificantes).

Um comportamento que ilustra o cálculo da morte é o uso de máscaras de proteção. A análise racializada da adoção desse acessório, para além da falta de acesso às máscaras adequadas e do incômodo gerado pelo uso, deve considerar que cobrir o rosto pode aumentar a frequência de ataques racistas e o risco de morte por violência policial na população negra. Portanto, esse pode ser um motivo importante para que principalmente homens negros não queiram usá-las.

Como sinalizado em publicação anterior da primeira autora (TAVARES, 2020), existe desconforto físico e emocional significativo no ato de usar máscaras. A maioria das pessoas negras percorre, muitas vezes a pé, longas distâncias até seu local de trabalho, compartilha transporte público lotado e sem ventilação adequada ou permanece exposta à intempérie durante sua jornada diária (a máscara esquentada, embaça os óculos, dificulta respiração, incomoda de várias formas). Além disso, ficar em ambiente com ar-condicionado e deslocar-se de carro muitas vezes não são opções.

Na dimensão afetiva, o desconforto diz respeito ao fato das pessoas com máscaras não cirúrgicas, camisas, lenços/bandanas no rosto serem comumente associadas à criminalidade e representadas como perigosas no jornalismo, cinema, TV e artes em geral. Se essa pessoa é um homem negro, a associação é ainda mais forte, pois faz parte do imaginário racista

nacional a representação desse homem como agressivo, violento e essencialmente perigoso.

O não reconhecimento facial imediato eleva o risco cotidiano de ter qualquer objeto “confundido” com uma arma e ser alvejado sem chance de defesa. Nesse sentido, além de não poder se proteger do vírus permanecendo em sua casa, o homem negro e mascarado ao se deslocar pela cidade pode se tornar suspeito preferencial de crimes e sofrer humilhações públicas, revistas ilegais e vexatórias. Isso significa mais medo, ansiedade e raiva pelas inúmeras vezes em que receberá ordens para mostrar o rosto para reconhecimento, aumento da frequência em que será perseguido e abordado em estabelecimentos comerciais e/ou perceberá os comportamentos de esquiva de desconhecidos.

Essas situações podem ser gatilhos de revivências de experiências traumáticas relacionadas ao risco de morte ou ao encarceramento que se repetem desde a infância dos homens negros. O estado de alerta permanente pode gerar adoecimento físico crônico, pois conviver com o risco de ser assassinado ou acusado por um crime a qualquer momento, ter dificuldade de acesso a direitos, sofrer agressões físicas e verbais diárias, a solidão, a desesperança, os ataques à sua identidade racial relacionam-se com quadros de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio/exposição ao risco de morte.

No âmbito das microagressões, o uso de máscaras pode produzir risos e piadas que associam a pessoa negra à marginalidade, a uma estética “inadequada” ou a uma orientação sexual dissidente da normativa (no caso dos homens). Esses ataques são especialmente cruéis e podem ser classificados na categoria racismo recreativo, como discutido por Adilson Moreira (2019), pois não são reconhecidos como violência racial, mas como piadas inofensivas e reavivam lembranças de experiências dolorosas que sofremos principalmente na infância e adolescência.

Para pessoas negras, o medo de cobrir o rosto e a evitação de cumprir essa norma são, portanto, totalmente compreensíveis. Não deveríamos ter que escolher entre nos proteger de uma doença, sofrer violência ou sermos assassinados. E a necessidade contínua de calcular e se esquivar do risco de mortes simbólicas e físicas pode ter tanto um efeito de hiper-

vigilância e ansiedade, como também de exposição deliberada ao risco por exaustão (desiste-se de “lutar” contra a morte) ou à necessidade de reafirmar controle sobre sua própria vida e destino. Nesses casos, além da recusa em utilizar equipamentos de proteção como máscaras, outros comportamentos de desafio à morte podem se manifestar.

Deslocando nossa atenção da saúde pública para o sistema de justiça, podemos perceber que a repetição de comportamentos de exposição deliberada ao risco, o desafio à morte, a exaustão diante das múltiplas experiências de violência, a incapacidade de pensar no futuro fazem parte do cotidiano de jovens negros e pobres.

Entre bombas, covas rasas, memoriais e quilombos: para concluir

Do Cais Valongo na escravidão ao cemitério Vila Formosa na covid-19, passando pelo ‘Cemitério da Paz’ do Hospital Colônia de Barbacena, este é um país que se ergueu e se mantém sobre covas rasas e valas coletivas onde corpos negros são descartados. O desprezo e desvalor da vida negra neste país nos faz sofrer, nos impede de aprender a viver o luto coletivo e nos rouba o tempo necessário para vivermos os lutos individuais. Com as repetidas experiências de desamparo em meio a violência racial, aprendemos a não pedir ajuda e não esperar apoio. Resistimos, sobrevivemos, avançamos, temos momentos de felicidade, mas não estamos bem. (TAVARES, 2020)

Produzir acesso aos direitos para quem teve várias portas fechadas e naturalizou que a realidade social é esse mundo de impossibilidades é não apenas apresentar caminhos, mas também construir novos imaginários e desfamiliarizar os “becos sem saída”. É crucial entender os caminhos percorridos das pessoas atendidas e suas localizações raciais, de gênero, territoriais, configurações familiares, relações de trabalho e outras. No caso em questão, as categorias de raça e gênero atravessam e estruturam outros marcadores que numa sociedade extremamente desigual potencializam a exclusão.

A violência infligida às mulheres negras, evidenciada no texto, requer uma atenção especial quanto ao seu contexto histórico social e político. Fala-se de mulheres vulneráveis com um histórico de negação de oportunidades, encobertas por supostas concepções baseadas em incapacidades escolares, baixa capacidade de competitividade para o mercado formal e de outras atribuições de incompetências sociais.

Tais características põem a mulher negra em situação de desvantagem em relação à mulher branca e no âmbito da violência, possuindo menos acesso aos equipamentos sociais e de saúde, bem como estão sujeitas ao impacto do racismo nos assujeitamentos que constituem seus processos de subjetivação. (SILVEIRA; NARDI; SPINDLER, 2014)

Trata-se de um fenômeno que evidencia as intersecções entre as categorias de raça e gênero e permite identificar o quanto a estrutura patriarcal e racista da sociedade produz violências e vulnerabilidades e restringe os direitos e liberdades de escolha e ação das mulheres negras.

O desafio de produzir novas e não tão novas possibilidades de caminhos é tensionar a estrutura do Estado a partir do lugar de profissional de saúde mental. É articular curtos-circuitos no imaginário desses homens negros que por muitos anos aprenderam a não ter esperança por viverem num corpo negro numa sociedade racista. Ser antirracista é o sustentáculo de uma atuação profissional ética, técnica com fins de produção de mudanças efetivas.

Interromper esses circuitos e as trajetórias de morte física e social é um dever ético e técnico de profissionais de diferentes setores. Para isso, são necessários escuta qualificada e conhecimento pragmático da rede de atenção à saúde, assistência social, trabalho, cultura com ações contínuas em direções diversas em termos de possibilidades de viver para esses jovens. (ARAÚJO, 2018)

Requer trabalho interdisciplinar e interseccional dos profissionais e, antes de tudo, que se garanta o pleno funcionamento de políticas públicas que favoreçam e potencializem o exercício e desenvolvimento de cidadania. Faz-se necessário deslocar o foco no indivíduo e incluir na análise e nas ações as famílias, os territórios geopolíticos, os processos de produção de trabalho, sem prescindir das categorias de raça, gênero, classe e geração.

Importa que todas essas intermediações estejam conectadas pela ética e estética da negritude. (CÉSAIRE, 2010; CUSTÓDIO, 2019) Todas as intervenções subjetivas e objetivas nas esferas políticas, culturais e comportamentais precisam apontar dimensões estéticas que valorizem as identidades e dinâmicas negras e desloquem suas cidadanias para o centro de suas vidas, produzindo posturas éticas para o crescimento e desenvolvimento seus e de suas comunidades.

A estética precisa entranhar as estruturas institucionais para não serem motivos de impedimento de acesso ou visibilidade marginalizada. A ética reverberará em posturas comportamentais desses homens negros na não violência doméstica e familiar, na valorização de seus corpos, identidades e culturas, em ações de cooperação comunitária com circulações de afeto.

Esses dois aspectos existenciais convocam esses homens e suas responsabilidades para direcionar suas rivalidades, honras, virilidades e diversas dimensões que compõem os processos de ser masculino em direções construtivas e não destrutivas, individuais, mas também coletivas.

Por fim, cabe destacar que, no contexto da clínica ou do cuidado com a saúde mental da população negra, torna-se indispensável o entendimento de que a repetição e a desesperança – categorias centrais nas abordagens que estudam vinculação, luto e suicídio – não são uma figura de linguagem, uma distorção cognitiva, uma crença disfuncional ou falta de empatia. Antes, essas são estratégias de dominação centrais na produção de subjetividades, violência e morte.

Referências

- ABRAMO, L. *Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas*. Mercado de Trabalho. Brasília, DF: IPEA, 2004.
- ACOSTA, F.; ANDRADE FILHO, A.; BRONZ, A. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero - metodologia*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.
- AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneir, Pólem, 2019.
- ALGERI, S. A violência na família. *Polêm!ca*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 68-74, 2008.
- ALMEIDA, S. *O que é Racismo Estrutural*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, A. M. B. Racismo Institucional: para preto pena, para branco medida. *Justificando*, São Paulo, 16 jan. 2018. Disponível em: <http://www.justificando.com/2018/01/16/racismo-institucional-para-preto-pena-para-branco-medida/>. Acesso em: 11 out. 2020.

BAHIA. Defensoria Pública do Estado da Bahia. *Relatório das audiências de custódias na comarca de Salvador/BA: anos de 2015-2018*. Salvador: ESDEP, 2019.

BAHIA. Secretaria de Segurança Pública. Polícia Civil. Departamento de crimes contra vida. *Estatística anual da Delegacia Especial de atendimento à Mulher – Brotas*. Salvador: DEAM, 2012.

BARROS, A. S.; FREITAS, M. F. Q. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 102-114, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a09.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de codificações especiais em mortalidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

CAMARGO, C. L.; SANTOS, L.; LACERDA, R. S.; TACSI, Y. C. Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). *Saúde da População Negra*. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 338-355.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (org.). *Atlas da violência 2020*. Brasília, DF: IPEA: FBSP, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36488&Itemid=432. Acesso em: 11 out. 2020.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S. de; BUENO, S. *et al. Atlas da violência 2017*. Brasília, DF: IPEA: FBSP, 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

CÉSAIRE, A. *Discursos sobre a Negritude*. Belo Horizonte: Nandyala, 2010. (Coleção Vozes da Diáspora Negra, v. 3).

CUSTÓDIO, T. A. Per-vertido Homem Negro: reflexões sobre masculinidades negras a partir de categorias de sujeição. In: RESTIER, H.; SOUZA, R. M.

Diálogos Contemporâneos sobre Homens Negros e Masculinidades. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2019. p. 131-162.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bsk4Y55kqBjxTsyHLfpGnj/?lang=pt#:text=Escolaridade%20at%C3%A9%20oito%20anos%2C%20viol%C3%Aancia,parceiro%20%C3%ADntimo%20em%20ambos%20locais>. Acesso em: 22 out. 2018.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Edufba, 2008.

GOMES, N. L. Trajetórias escolares, corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos ou ressignificação cultural. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 40-51, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/D7N3t6rSxDjmrXrHf5nTC7r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2017.

GROFOGUEL, R. La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon e la sociología descolonial de Boaventura de Sousa Santos. In: BARCELONA CENTRE FOR INTERNATIONAL AFFAIRS. *Formas-Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer*. Barcelona: CIDOB Ediciones, 2011. p. 97-108.

IPEA. *Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília, DF: IPEA, 2020.

JESUS, C. M. de. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Ática, 2014.

JESUS, E. S.; LEAL, J. T. F. M. Mortalidade por homicídio de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012. *Bahia Análise de Dados*, Salvador, v. 26, n. 2, p. 367-374, 2016.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MANDINGO, F. *Salvador Negro Rancor*. São Paulo: Ciclo Editorial, 2018.

MENEGHEL, S. N.; MUELLER, B.; COLLAZIOL, M. E. *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gZtYwLDYSqtgp7wGTTXhw4z/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2017.

- MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (org.). *Violência e criança*. São Paulo: EdUSP, 2002. p. 95-114.
- MOORE, C. (org.). *Marxismo e a questão racial*. Belo Horizonte: Nandyala, 2010.
- MOREIRA, A. *Racismo recreativo*. São Paulo: Pólem, 2019. (Feminismos Plurais).
- NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo: Perspectiva, 2017.
- NÓBREGA, V. K. M.; PESSOA JÚNIOR, J. M.; NASCIMENTO, E. G. C. do *et al.* Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2659-2666, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tLfKMBW7f8spsSn3dgvFVZBy/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- NORONHA, C. V.; DOURADO, S. Violência intencional entre parceiros íntimos no contexto baiano. In: NORONHA, C. V.; ALMEIDA, A. O. (org.). *Violências intencionais contra grupos vulneráveis: crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres e idosos*. Salvador: Edufba, 2012. p. 151-170.
- OLIVEIRA, R. G.; CUNHA, A. P. da; GADELHA, A. G. dos S. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p.1-14, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000903003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 out. 2020.
- PINHEIRO, L.; FONTORA, N. de O.; QUERINO, A. C. *et al.* *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília, DF: IPEA; SPM: UNIFEM, 2008.
- RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-64, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6CWJDwpnQZYnpvfVwNW4zpd/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- SANTOS, H. L. P. C.; MACIEL, F. B. M.; SANTOS, K. R. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4211-4224, 2020. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, M. P. A.; NERY, J. S.; GOES, E. F. *et al.* População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2021

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt#:~:text=No%20per%C3%ADodo%20de%202009%20a,anos%2C%20em%2031%20distritos%2>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVEIRA, R. S.; NARDI, H. C.; SPINDLER, G. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 323-334, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/xtzWLkTLWPjLFyD8Qjz7Qxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2016.

SINHORETTO, J.; MORAIS, D. S. Violência e racismo: novas faces de uma afinidade reiterada. *Revista Estudo Sociedade e Agricultura*, Bogotá, v. 64, p. 15-26, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/12261>. Acesso em: 4 jul. 2019.

TAVARES, J. S. C. Os homens negros e suas máscaras. *Justificando*, São Paulo, 4 maio 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356880000_Os_homens_negros_e_suas_mascaras_Site_Justificando/link/61b144108429577d97ae59cf/download. Acesso em: 4 maio 2020.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/12261>. Acesso em: 25 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and Other Common Mental Disorders*. Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Youth violence. WHO, Geneva, 8 jun. 2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/en/>. Acesso em: 26 set. 2016.

SOBRE OS AUTORES

Alder Mourão de Sousa

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública com ênfase no Programa Saúde da Família, mestre em Ciências da Saúde e doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade (PPGSAS) da Universidade Federal do Pará (UFPA) junto ao projeto “Vulnerabilidade e repercussões para a saúde: população negra, quilombola, indígena e outros grupos vulnerabilizados” do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad-AM). Atualmente é docente do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Pará (UEPA).

E-mail: aldermourao@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6351444699223280>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0371-0801>

Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), especialista em Urgência e Emergência, Master in Business Administration (MBA) em Auditoria Hospitalar e Gestão, Qualidade e Segurança do Paciente. Membro colaborador do Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Desigualdades em Saúde (Nudes/UEFS). Enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com atuação em Oncologia, Transplante de Medula Óssea e Unidade de Terapia Intensiva. Também é instrutora de Suporte Básico de Vida no mesmo hospital.

E-mail: alessandra.rf@outlook.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3009680412899403>

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3417-6584>

Aloisio Machado da Silva Filho

Estatístico. Doutor e mestre em Modelagem Computacional e Tecnologia Industrial pelo Senai Cimatec. Especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade Olga Mettig. Especialização em Estatística Aplicada pelo Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge). Bacharel em Estatística pela Escola Superior de Estatística da Bahia. Professor titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no Departamento de Ciências Exatas, na área de estudo Probabilidade e Estatística. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Terra e do Ambiente e professor colaborador do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Nos últimos anos, tem se dedicado a ensino, pesquisa e extensão. Áreas de interesse: Bioestatística, Controle Estatístico do Processo, Saúde Coletiva, Análise Temporal de Fenômenos Climatológicos, Modelagem de Séries Temporais, Estatística Criminal e Educação Estatística. Líder do grupo de pesquisa denominado “Análise e modelagem de dados” da UEFS.

E-mail: aloisioestatistico@uefs.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0550981915615186>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8250-1527>

Beatriz Gouvêa de Andrade

Sanitarista. Residente em Saúde Coletiva com ênfase em Planejamento e Gestão do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

E-mail: beatrizgouvea60@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3547577352358877>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7035-6190>

Bruma Gouveia de Melo

Médica. Especialista em Clínica Médica. Atua no setor de Clínica Médica em enfermaria e Urgência e Emergência em pronto atendimento e pronto-socorro.

E-mail: drabrumamelo@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0375545638500924>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7233-2483>

Bruna Costa de Souza

Bacharel em Sistemas de Informação pela Universidade Federal Rural da Amazônia. Atualmente é técnica e assistente de pesquisa no Laboratório de Epidemiologia e Geoprocessamento da Amazônia, da Universidade do Estado do Pará. Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Tecnologia da Informação, atuando principalmente nos seguintes temas: análise de dados espaciais em saúde, epidemiologia de doenças infecciosas e geoprocessamento de dados em saúde.

E-mail: brunaazuos@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7483845906734523>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7202-1423>

Camila dos Santos Souza Andrade

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é pós-doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Pesquisadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Comunidade, Família e Saúde – Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (Fasa).

E-mail: camila_s.souza@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1840322206581501>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6225-8224>

Carlos Alberto Lima da Silva

Odontólogo. Possui mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Realizou o pós-doutorado e é professor colaborador do Programa de Pós-Graduação na modalidade do mestrado profissional do ISC. Ingressou como professor adjunto na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e atua como professor titular do Centro Universitário Estácio da Bahia. Além disso, desenvolve atividades junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Atualmente, é membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em epidemiologia das

doenças infecciosas. Atua principalmente nos seguintes temas: metodologia da pesquisa científica, acesso aos serviços de saúde, HIV/aids.

E-mail: carlosls.compos@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7858822343214047>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3221-265X>

Clarice Santos Mota

Antropóloga. É professora assistente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), como também é vice-coordenadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica – Comunidade, Família e Saúde: Sujeitos, Contextos e Políticas Públicas (Fasa) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e coordenadora do colegiado de graduação em Saúde Coletiva. Pós-doutora pela University of York, mestra em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA e doutora em Sociologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da UFBA. Desenvolve atividades de extensão e pesquisa nos seguintes temas: doenças negligenciadas, doença falciforme, movimentos sociais em saúde, ativismo em saúde, racismo ambiental, comunidades quilombolas, comunidades de terreiro, religião e saúde.

E-mail: motaclarice@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0237744521147975>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5168-7004>

Claudia do Socorro Carvalho de Miranda

Bióloga. Possui graduação em Bacharelado em Ciências Biológicas na modalidade médica e em Licenciatura Plena em Biologia, ambas pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Educação Ambiental e Manejo de Recursos Naturais pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Realizou mestrado em Ciências Florestais pela Universidade Federal Rural da Amazônia, mestrado em Ciências da Educação pela Universidade de Évora e doutorado em Biologia Parasitária da Amazônia pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), no Instituto Evandro Chagas. Atualmente é professora do curso de graduação/especialização em Saúde Coletiva da UEPA, coordenadora do curso de Biomedicina da Escola Superior da Amazônia (Esamaz), técnica em Gestão Ambiental na área de Biologia na Secretaria de Estado

de Meio Ambiente e Sustentabilidade e professora da Secretaria de Estado de Educação. Tem experiência na área de Epidemiologia, Saúde Coletiva, Ciências Biomédicas e Ciências Ambientais.

E-mail: cllaumiranda@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6305386915774736>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1913-7176>

Djean Ribeiro Gomes

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e especialista em Estado e Direito dos Povos e Comunidades Tradicionais pela mesma instituição. Membro conselheiro da gestão no período 2016-2019 do Conselho Regional de Psicologia da Bahia (CRP-03). Tem interesse e inserção nas áreas de Psicologia em interface com a justiça e direitos humanos, sistema prisional e de socioeducação, crianças e adolescentes em situação de rua, relações étnico-raciais, povos e comunidades tradicionais.

E-mail: djean@crp03.org.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4921779239331125>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6110-3332>

Edna Maria de Araújo

Enfermeira. Doutora (2007) em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Estágio sanduíche e pós-doutorado na Public Health School da Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill, nos Estados Unidos da América (EUA). Professora titular permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente permanente do Programa de Mestrado em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Membro do grupo de pesquisa do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades Sociais em Saúde (Nudes). Membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Coordenadora do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad) da Universidade Federal do Pará (UFPA), na UEFS.

E-mail: ednakam@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5357531216031538>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1643-2054>

Eliene dos Santos de Jesus

Bióloga. Subcoordenadora na Subcoordenadoria de Informação em Saúde (Suis) da Diretoria de Vigilância a Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS). Mestre em Saúde Pública e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

E-mail: lnsantosjesus@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1240554720459981>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6825-2867>

Emerson Cordeiro Moraes

Engenheiro civil. Professor associado do Instituto Ciberespacial da Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA) e membro titular da Academia Paraense de Ciências. Possui mestrado e doutorado em Engenharia de Sistemas e Computação pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Coppe/UFRJ). Tem experiência na área de Inteligência Artificial, atuando principalmente nos seguintes temas: aprendizado de máquina, redes neurais artificiais, reconhecimento de padrões e métodos numéricos.

E-mail: emersoncm@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8291688787214146>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5419-2023>

Évelin Santos Oliveira

Bióloga. Pós-doutoranda pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs), na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Doutora e mestre em Imunologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Análises Clínicas pelo Centro de Pesquisa e Extensão da Universidade Católica do Salvador (Cepex/UCSal). Sócio-fundadora do Libella Estudos em Ciências e colaboradora na empresa

E-Synergic na parte de capacitação, palestra e cursos voltados à área da saúde. Trabalhou como docente e suplente da coordenação do curso de Ciências Biológicas no Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge), em Salvador. Nessa instituição, coordenou o grupo de pesquisa nas áreas de Parasitologia, Microbiologia, Atenção à Saúde da Mulher e Educação. Em laboratório clínico, atuou na Microbiologia (baciloscopia, bacteriologia e micologia) e na Parasitologia. No Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz da Fiocruz e na UFBA, fez pesquisa voltada à área de Imunologia, com ênfase em Imunologia Celular, atuando principalmente nos seguintes temas: modulação vacinal, genômica/proteômica e vacina BCG. Atualmente, no Cidacs, sua linha de atuação está voltada à epidemiologia, doenças negligenciadas, tuberculose, sífilis, saúde coletiva, saúde da população negra, quilombolas, comunidades de terreiro, dentre outros Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTEs).

E-mail: evelinsoliveira@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8356099675160876>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4617-5266>

Federico Costa

Biólogo. Mestrado (2007) em Controle de Pragas e Impacto Ambiental pela Universidade Nacional de San Martín (UNSM), em Buenos Aires, Argentina. Doutor (2010) em Biotecnologia e Medicina Investigativa pelo Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz. Pesquisador visitante (2011-2014) desse centro de pesquisa, onde atua pesquisas na área de ecoepidemiologia da leptospirose. Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Instituto de Saúde Coletiva (ISC), professor permanente da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Pós-Graduação em Ecologia. Pesquisador visitante da Universidade de Yale nos Estados Unidos (EUA) e da Universidade de Liverpool na Inglaterra. Conselheiro da Organização Mundial da Saúde na estimação de carga mundial da leptospirose. Experiência interdisciplinar em determinantes ecológicos e sociais da saúde, epidemiologia, biotecnologia, revisão sistemática de literatura e estratégias de prevenção de doenças.

E-mail: fcosta2001@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9240469061681136>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6951-2336>

Felipe Souza Dreger Nery

Enfermeiro. Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro. Professor da UEFS e pesquisador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (Nudes) da instituição. Atua principalmente nos seguintes temas: mortalidade geral e específica, saúde trabalho e ambiente, violência, homicídios, feminicídios, impunidade e populações vulneráveis.

E-mail: fsdnery@uefs.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1519542373047799>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2858-4469>

Hilton Pereira da Silva

Médico e biólogo. Mestre em Antropologia pela Universidade Estadual da Pensilvânia nos Estados Unidos (EUA) e em Saúde Pública. Doutor em Antropologia/Bioantropologia pela Universidade Estadual de Ohio, EUA. Coordenador do Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente (Lebios); membro do Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (Cias) da Universidade de Coimbra, em Portugal; integrante do grupo temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as) (ABPN). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade (PPGSAS), do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (Ceam/UnB). Coordenador do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (Procad) na UFPA, Universidade

Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: hdasilva@ufpa.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3917171307194821>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3287-3522>

Ionara Magalhaes de Souza

Pedagoga e fisioterapeuta. Especialista em Estudos Étnicos e Raciais pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) e em Preceptoría no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Hospital Sírio Libanês/Ministério da Saúde. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e doutorado sanduíche na University of the Western Cape, em Cape Town, África do Sul. Professora assistente e coordenadora de Políticas Afirmativas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (Nudes/UEFS). Desenvolve pesquisas na área de saúde de grupos populacionais específicos e epidemiologia das desigualdades sociais em saúde.

E-mail: ionaramagalhaes@ufrb.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1887933775756934>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8481-0227>

Jeane Saskya Campos Tavares

Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotada no Centro de Ciências da Saúde (CCS) dessa instituição. Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (Gipesc) da UFRB. Pesquisadora associada do Grupo de Pesquisa e Cooperação Técnica: Comunidade, Família e Saúde (Fasa), situado no ISC/UFBA. Coordenadora do Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC) da UFRB. Membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CDH-CFP). Membro do grupo temático

de saúde da pop negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Tem experiência em ensino, supervisão de estágio e pesquisa em Saúde Coletiva, Psicologia da Saúde, Metodologia da Pesquisa e Científica. Concentra-se em temáticas relacionadas às redes sociais, família e saúde, itinerários terapêuticos, cuidado de pessoas com condições crônicas (doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas persistentes), saúde mental da população negra, formação e rompimento de vínculos afetivos, terapia cognitiva comportamental. Tem experiência em Psicologia Clínica com pessoas com adoecimento de longa duração.

E-mail: jeanesctavares@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7977356361994024>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5745-1417>

Joilda Silva Nery

Biomédica. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Vice-diretora do ISC e vice-coordenadora do Programa Integrado de Epidemiologia e Avaliação de Impacto na Saúde das Populações do ISC/UFBA. Pós-doutora pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Colaboradora do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad) da UFPA pelo ISC/UFBA. Desenvolve atividades em projetos sobre avaliação de impacto de intervenções públicas em doenças relacionadas à pobreza no Brasil, especialmente tuberculose e hanseníase. Áreas de atuação: epidemiologia, saúde coletiva, doenças infecciosas, doenças negligenciadas, tuberculose, hanseníase, saúde da população negra.

E-mail: joildanery@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1660905478428093>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1576-6418>

Leny Alves Bomfim Trad

Psicóloga. Doutora em Ciências Sociais e Saúde. Pós-doutoramento pelo Centre de Recherches et d'Études en Anthropologie (Crea), Universidade Lumière Lyon II. Estágio sênior em Sociologia da Raça no Department of Black and Latino Studies da Baruch College, Universidade da Cidade de Nova York (Cuny), Estados Unidos. Professora titular do Instituto de Saúde

Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica – Comunidade, Família e Saúde: Sujeitos, Contextos e Políticas Públicas (Fasa) do ISC/UFBA. Membro do grupo temático Salud e Soberanía Internacional do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (Clacso). Membro do grupo temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Coordenadora do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (Procad) da Universidade Federal do Pará (UFPA) pelo ISC/UFBA. Bolsista PQ1d do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

E-mail: trad@ufba.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3830422995776137>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8762-4320>

Lucas Morais do Carmo

Fisioterapeuta e sanitarista. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Integra equipe pesquisadora do Programa Integrado de Epidemiologia e Avaliação de Impacto na Saúde das Populações, também do ISC/UFBA.

E-mail: lucascarmo2002@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9699142829165384>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2837-005X>

Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos

Médica. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e doutorado em Medicina pela mesma instituição. Atualmente é docente do curso de graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, ambos da Universidade Federal do Pará (UFPA). Coordena o Programa de Pesquisa e Extensão Katuana da Baía do Guajará – vulnerabilidade ao DM2 e HAS. Atua nas linhas de pesquisa: avaliação de programas de saúde, diabetes e doenças cardiovasculares. Pesquisas essas que vem desenvolvendo desde a atuação no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa) no período de 08/2006 a 03/2012 e na supervisão

de desfechos da Coorte, com bolsa concedida pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), de 2010 a 02/2012, com bolsa de produtividade EXP nível 1 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), de 2006 a 2009.

E-mail: mscbastos@ufpa.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/675193084088350>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6283-0446>

Marília de Souza Araújo

Nutricionista. Mestrado em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Professora associada da Faculdade de Nutrição do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA), além de ser diretora da instituição. É professora colaboradora dos Programas de Pós-Graduação Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia do ICS/UFPA e de Oncologia e Ciências Médicas do Núcleo de Pesquisas em Oncologia, também da UFPA. Tem experiência nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia e Patologia Nutricional, atuando especialmente nos seguintes temas: avaliação nutricional, doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase em oncologia, obesidade e síndrome metabólica.

E-mail: maraujo_bel@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9371703949781020>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9888-7548>

Marília Santos dos Anjos

Enfermeira. Mestre em Saúde Comunitária. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Participação em Iniciação Científica no GEM - Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem no período de 2011-2013. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) de 2012-2014 na linha de Saúde do Trabalhador. Estagiária de 2013-2015 no Laboratório de Pesquisa em Infectologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

(Lapi-Hupes). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Ética/Bioética e Exercício de Enfermagem (Exerce) da UFBA, de 2013 a 2015. Bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com nível 2A, na *Revista Baiana de Enfermagem*, de 2015-02/2016. Gerente de um inquérito sorológico em 2016 em uma comunidade urbana de Salvador, por meio do Instituto Gonçalo Moniz da Faculdade Oswaldo Cruz (Fiocruz). Experiência com projetos de extensão e trabalho com comunidades.

E-mail: mariliadosanjos29@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7455140902701904>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9942-7869>

Márlon Vinícius Gama Almeida

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva (2013) pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Gestão da Saúde (2013) pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Universidade Aberta do Brasil (UAB), no polo de Senhor do Bonfim (BA). Doutorando em Saúde Pública (2019) pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor assistente A (2015) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), no Colegiado de Medicina de Paulo Afonso (BA).

E-mail: marlon.vinicius@univasf.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7009212996204960>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8026-1136>

Mona Gizelle Dreger de Oliveira

Educadora física. Instrutora de pilates pela Active Pilates, na Bahia. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Nobre (FAN). Mestre em Educação Física na Universidade Federal de Sergipe (UFS), ex-bolsista pela Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica (Fapitec) na UFS. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora integrante do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (Nudes) na UEFS e do Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física, Saúde e Desempenho de Sergipe (Nupafise) na UFS. Experiência na

área de Saúde Coletiva pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (Nievs) em crianças e adolescentes e ex-bolsista de Iniciação Científica pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Probic) da UEFS. Áreas de interesse: saúde pública, estudos epidemiológicos, saúde da criança e do adolescente, desigualdades em saúde, vulnerabilidade, violência, comportamento de risco à saúde do adolescente.

E-mail: monagdreger@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4239251936590655>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7462-0497>

Nelson Fernandes de Oliveira

Engenheiro químico. Mestre em Engenharia de Produção pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Mestre em Estatística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e doutor em Bioestatística pela Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill. Professor aposentado da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: oliveira.nf@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4097049584547017>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0667-0841>

Nelson Veiga Gonçalves

Epidemiologista. Técnico em Processamento de Dados pela Universidade Federal do Pará (UFPA) e Licenciatura Plena em Matemática pela mesma instituição. Na Universidade de Brasília (UnB), realizou mestrado em Ciência da Computação e doutorado em Ciências da Informação. Atualmente é pesquisador colaborador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Faculdade Oswaldo Cruz (Fiocruz), professor adjunto da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e professor adjunto da Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA). Tem experiência na área de Ciência da Informação, com ênfase em Tecnologia da Informação Médica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, geoprocessamento, epidemiologia, tecnologia da informação em saúde e análise de distribuição espacial de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP).

E-mail: nelsoncg2009@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/881126914644472>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0276-9318>

Osiyallê Akanni Silva Rodrigues

Nutricionista. Foi bolsista pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no programa Ciências sem Fronteiras, de 2014 a 2015. Mestrando do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), na área de concentração de Epidemiologia. Estudos com enfoque na saúde da população negra, população em situação de rua, segurança alimentar e nutricional e doenças infecciosas. Ministrou aulas em curso técnico de Nutrição. Realiza atendimento clínico com foco em saúde e bem-estar. Áreas de atuação: nutrição, segurança alimentar, epidemiologia, tuberculose, saúde da população negra.

E-mail: osi.nutri@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0266856373472593>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9651-4062>

Paulo Jorge de Souza Vianna

Graduando em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integra equipe pesquisadora do Programa Integrado de Epidemiologia e Avaliação de Impacto na Saúde das Populações no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, onde ingressou como bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no projeto “Doenças negligenciadas entre os negligenciados: uma análise dos Grupos Tradicionais e Populacionais Específicos no estado da Bahia”. Atualmente permanece com o projeto “Perfil sociodemográfico e acesso a serviços de saúde de famílias quilombolas no estado da Bahia”. Áreas de estudo: saúde coletiva, epidemiologia, políticas de saúde, doenças infecciosas, doenças negligenciadas, saúde da população negra.

E-mail: pj_souzavianna@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1912627283154218>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0181-6648>

Raimundo Gladson Corrêa Carvalho

Biólogo. Mestre em Análises Clínicas/MACPRO pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Análises Clínicas com ênfase em Hematologia e Microbiologia. Especialista em Citopatologia Clínica com ênfase no trato genital feminino. Professor universitário de Microbiologia Clínica, Micologia Médica e Citopatologia. Professor de Pós-Graduação lato sensu em Microbiologia no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Famaz). Tem experiência nas áreas de Patologia Clínica e Citopatologia, Bacteriologia Clínica e Ambiental, Micologia Clínica e Ambiental, Citologia, Hematologia, Parasitologia e Bioquímica.

E-mail: gladsoncorrea@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6716721355677599>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3284-4892>

Roberto dos Santos Lacerda

Biomédico. Doutor em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com estágio na Gillings School of Global Public Health da Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Professor adjunto do Departamento de Educação em Saúde da UFS. Docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Culturas Populares (PPGCULT) na UFS. Especialista em Estado e Direito de Povos e Comunidades Tradicionais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e Indígenas (Neabi) na UFS. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).

E-mail: robertosl3@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9107392052803216>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1279-9767>

Tainara Carvalho Garcia Miranda Filgueiras

Advogada. Graduanda em Licenciatura Plena em Geografia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestranda do Programa de

Pós-Graduação em Direito pela mesma universidade. Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Pós-Graduação em Direito da UFPA. Pós-graduanda em Direito Material e Processual do Trabalho pelo Centro Universitário do Estado do Pará. Membro do grupo de pesquisa Dinâmicas Territoriais do Espaço Rural da Amazônia no Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGEO) da UFPA. Membro do grupo de pesquisa Novas Formas de Trabalho e Velhas Práticas Escravistas. Membro voluntário do Programa de Ensino Tutorial em Geografia (PET-GEO) da UFPA.

E-mail: tainaramiranda5@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9873875959906267>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9981-1580>

Tarcisio Oliveira Silva

Enfermeiro sanitário. Doutorando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo ISC/UFBA. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Membro do Programa Integrado em Epidemiologia e Avaliação de Impactos na Saúde das Populações, do ISC/UFBA. Professor de Políticas Públicas em Saúde na Pós-Graduação do Centro Universitário Internacional (Uninter).

E-mail: tosbahia@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7285746596697139>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9937-9150>

Vanessa Soares Passos

Enfermeira. Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestranda em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da mesma instituição.

E-mail: vanesoaresp@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1617877146388870>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3746-520X>

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: FreightText Book e FreightSans
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão: Gráfica 3
Tiragem: 300 exemplares

Hilton Pereira da Silva coordena o Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente (Lebios) e atua no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS) no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA). Também é docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (PPGA/IFCH) da UFPA.

Alder Mourão de Sousa é doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Pós-doutor no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade da Universidade Federal do Pará (PPGSAS/UFPA). Atualmente, é docente do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Pará (UEPA).

Edna Maria de Araújo é docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) e do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde do PPGSC/UEFS.

Joilda Silva Nery é vice-diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e vice-coordenadora do Programa Integrado em Epidemiologia e Avaliação de Impacto na Saúde das Populações.

Leny Alves Bomfim Trad é professora titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), coordena o programa Comunidade, Família e Saúde (FASA), com bolsa de Produtividade em Pesquisa Nível 2d (PQ2d) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os textos apresentados combinam resultados de pesquisas teórico-empíricas que denunciam o racismo e as desigualdades étnico-raciais desde a infância e abordam temáticas como: violência, morbidade hospitalar, doenças infecciosas, mortalidade por homicídio e saúde mental. Esta obra é mais uma contribuição para a desconstrução do racismo estrutural, já que dá visibilidade às mais diferentes formas de negligências no monitoramento das iniquidades raciais e sociais no campo da saúde. O texto se destina a pesquisadores, estudantes, trabalhadores sociais, ativistas, profissionais de saúde e áreas afins comprometidos com o combate ao racismo e às suas consequências, assim como com a promoção da equidade racial em saúde.

ISBN 978-65-5630-488-5



9 786556 304885



CAPES
PROCAD
AMAZÔNIA