

CARTA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA PARA CANDIDATAS E CANDIDATOS ÀS ELEIÇÕES ESTADUAIS E FEDERAL NO BRASIL

Nós, ativistas, lideranças de movimentos sociais, sacerdotes e sacerdotisas de diferentes religiões afro-brasileiras, pesquisadores, gestores, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, comprometidos com o enfrentamento ao racismo no setor saúde, com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aqui representados, queremos reafirmar o nosso compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a defesa da saúde como um direito humano, básico e fundamental, ancorado na Carta Magna deste país e no espírito da reforma sanitária originada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual nós também somos parte, e conclamamos a classe política a se engajar na luta contra todas as formas de racismo e discriminação.

Desde muito anos, os movimentos sociais têm pressionado o governo brasileiro para criar uma política que contribua para diminuir as desigualdades nas condições de saúde e adoecimento da população negra. Em 2009, finalmente foi oficializada pelo Ministério da Saúde a PNSIPN, com vistas ao atendimento do que está estabelecido na Constituição Federal de 1988 e com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV). Essa política tem o propósito de combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde da população negra. Porém, 13 anos depois de ser oficializada, praticamente nada foi feito para que a política funcione como planejada. Enquanto isso, é a população negra quem mais morre precocemente por causas evitáveis e, conseqüentemente, vive menos e tem pior qualidade de vida.

A PNSIPN, instituída pela [**Portaria nº 992**](#), de 13 de maio de 2009, reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. Com isso, visa promover a equidade em saúde ao estabelecer ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças em todos os níveis do Estado.

Compreendemos que o Estado brasileiro deve revisitar o seu compromisso com o direito à saúde e reafirmar as diretrizes relacionadas à implementação da PNSIPN, de forma a avançar na sua efetivação junto aos estados, municípios e o Distrito Federal, potencializando o sistema de saúde público, digno e de qualidade, tal como o preconizado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

Da mesma forma, é fundamental que, diante do processo eleitoral, os partidos políticos e seus candidatos e candidatas aos governos federal, estaduais e ao legislativo, em suas plataformas e programas de governo, assumam o compromisso de lutar contra o racismo institucional, que caracteriza as organizações do Estado.

É urgente a busca pela garantia e efetivação do direito humano à saúde integral, universal e equânime, considerando a importância da promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças, riscos e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência na população negra, conforme as diretrizes nacionais estabelecidas pela portaria do Ministério da Saúde n.º 992/2009, o Estatuto da Igualdade Racial, em seus artigos 7º e 8º da Lei 12.288/2010, e ainda constatados no documento *VIGITEL Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*, publicado em 2019.

Tais medidas relacionam-se diretamente com o não acesso aos equipamentos de saúde, a organização do processo de trabalho, além dos processos de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, considerando a importância da utilização dos quesitos raça/cor e população tradicional na coleta e produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão, tal como previsto nas Portarias 344, de 2017, e 3.396, de 2020, e na Nota Técnica 215, de 2021, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor e população tradicional nos formulários dos sistemas de saúde.

A implementação plena da Estratégia Saúde da Família, da ESF Quilombola, e das equipes multiprofissionais de saúde é uma demanda importante para todos os brasileiros, dada sua importância diante do acesso e promoção da saúde, sobretudo nos territórios considerados mais vulneráveis onde, não por acaso, a população negra brasileira é a maioria entre os usuários que dependem integralmente do SUS.

Nos colocamos contrários à destituição do SUS enquanto política de Estado e a valorização das Organizações Sociais em detrimento do funcionamento do sistema público e de qualidade, interferindo, entre outras, na manutenção e cumprimento de protocolos já criados para impedir a morte materna e garantia de vacinas para todos, além da falta de orçamento público para a condução das ações e políticas necessárias a essa agenda, que perpassa todo o sistema, da sua porta de entrada, a rede de atenção primária, até o conjunto das unidades que compõem a Rede de Atenção à Saúde em todo o território nacional.

É importante acrescentar que o racismo ambiental e a crise climática entrecruzam-se em territórios tradicionais, periféricos e quilombolas, e desafiam a capacidade de resiliência, de articulação e potenciais de luta por justiça e acesso a direitos. Os povos de comunidades

tradicionais e quilombolas têm sobrevivido sob o domínio de formas de exploração econômica já esgotadas em seu potencial de produção de riquezas para a maioria. Hoje, mais uma vez, veem seus territórios ameaçados pela crise climática e por investimentos que esgotam o solo, o meio ambiente, inviabilizam estratégias tradicionais de sobrevivência e a constituição de redes alternativas de solidariedade, como a agricultura familiar.

No campo e na cidade, não há como escapar dos efeitos danosos e desenfreados de agrotóxicos, das desapropriações, do impedimento do acesso a direitos sociais, como o acesso à água potável e moradia digna. É importante compreender e potencializar as condições de produção do cuidado dos que vivem nas comunidades tradicionais.

A pesquisa financiada pelo CNPq e Ministério da Saúde no âmbito do Edital CHAMADA CNPq /MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEPNº 21/2014 – Saúde da População Negra no Brasil, Processo: 466874/2014 – 6, intitulada “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e do sudeste brasileiro”, que teve como objetivo avaliar a atenção à, saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado considerando as dimensões Atenção à Saúde, Gestão e Ensino, e Pesquisa, evidenciou que a PNSIPN não foi implementada integralmente nos estados estudados (Bahia, São Paulo e Sergipe). Foi observada implementação bastante incipiente de uma ou outra dimensão na Bahia e em São Paulo, e nenhuma implementação no estado de Sergipe. Em todos os estados, a maioria dos trabalhadores e gestores do SUS desconhece a política e/ou se recusava a implementá-la mesmo sem conhecer o seu conteúdo. Essa é a realidade no conjunto da federação. Para diminuir as iniquidades raciais no Brasil é urgente e necessário que a Política seja tratada com seriedade pelo poder público, a começar por alinhá-la em instância do Ministério da Saúde que tenha poder decisório e subsídio financeiro para sua implementação integral em todo o território nacional.

O direito de envelhecer também é uma pauta importante para a população negra. Historicamente, pessoas negras e pardas sofrem com doenças e agravos à saúde que são evitáveis e tratáveis se a rede de cuidados compreender a necessidade de maior capilaridade, principalmente nos bairros e zonas mais periféricas, para a inclusão e acesso facilitado aos serviços, a finalização de diagnósticos e a conclusão de tratamentos, não apenas os medicamentosos ou cirúrgicos. É urgente que a linha de cuidado para a pessoa idosa considere também as particularidades territoriais e étnico-raciais, e as demandas de familiares e cuidadores de pessoas com dependência funcional. Considerando que as condições para o bom envelhecimento também se constituem como direito básico para todos os grupos sociais nos quais as pessoas negras estão presentes, como quilombolas, pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, ribeirinhas, residentes nas comunidades e tantos outros, que encontram grandes dificuldades, muitas delas a partir dos

problemas sociais e do racismo, que impedem sua chegada, em boas condições de saúde e financeiras, para vivenciar com satisfação a sua velhice, ações que envolvem a oferta de aprendizagem ao longo da vida e trabalho são potentes indutores da manutenção da saúde física, mental e emocional de pessoas idosas e seus familiares.

Saúde Bucal como direito humano e, portanto, uma condição inalienável, não mercadológica, indispensável à existência como exercício de cidadania e de gozo da Democracia. Não à toa, é métrica, como indicador, para a qualidade de vida, ao longo de todas as gerações. No entanto, paradoxalmente, negros e negras, autodeclarados maioria da população, acumulam os piores indicadores para a saúde bucal, e indiscutivelmente refletem a expressão das diferentes dimensões dos racismos, já que reiteram uma relação de poder que hierarquiza e subalterniza uma parcela expressiva da população já artificialmente subalternizada pela cor da sua pele, a partir da branquitude. Portanto, a defesa da saúde bucal para pretos, pretas, pardos e pardas é sem dúvida, uma defesa da vida, do direito humano e portanto condição precípua para a Democracia (Santos; et al, 2021).

Reconhecer os Terreiros como núcleos de promoção de saúde é também um objetivo que dialoga diretamente com a democracia. As diversas religiões afro-brasileiras e suas práticas terapêuticas reúnem o acolhimento, a escuta, o diagnóstico, e o tratamento espiritual oferecido a partir da ancestralidade e o saber milenar de seus anciões, o que estabelece perfeita conexão entre a saúde do corpo e da alma, sem competir com a saúde considerada oficial. Os modelos de intervenção, partem das questões mais específicas, guiando as práticas a partir da necessidade de cada sujeito, sobretudo nas localidades em que o serviço de saúde é ausente. A atuação dessas lideranças, sobre a dor de seus fiéis, alimentam a ideia de que o Terreiro é um pronto socorro para aqueles que estão no seu entorno, para além do vínculo com a família ampliada. A intolerância religiosa, manifestação do racismo, tem historicamente impactado as ações de saúde, diferente do esperado no Estado laico com a diversidade religiosa de um povo como o brasileiro, com múltiplas pertencas.

O conjunto das demandas apresentadas inclui, ainda, a população em situação de rua (PSR), majoritariamente negra, sem direito à cidade nos espaços urbanos e sem direito à terra nos territórios rurais. A escassez de informações sobre a PSR é uma realidade no Brasil e, até o momento desta publicação, não está prevista sua inclusão no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

É preciso avançar no campo da intersetorialidade, mobilizando os diferentes sujeitos, entre eles os trabalhadores que atuam com a população de rua, o que demanda investimento. As frentes de trabalho, fragmentadas, desarticuladas, ampliam ao nosso ver, as vulnerabilidades das pessoas

que por elas deveriam ser atendidas e assim alcançar a resolutividade do caso. Cenários como estes estão cada vez mais acentuados nas diferentes regiões do país, por conta do impacto da COVID-19, mas as demandas são anteriores ao advento do novo coronavírus.

É preciso o fortalecimento das redes socioassistenciais e de saúde, em parceria com as representações sociais instituídas, para o atendimento às PSR. Extremamente necessário e importante é o desenvolvimento de ações de reparação social que possibilitem o acesso a alimentação e moradia dignas, e promoção da cidadania. No âmbito do SUS, é fundamental eliminar as barreiras existentes entre a PSR e os serviços prestados pelo sistema, mediante o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Unificado de Assistência Social (SUAS), políticas públicas para redução da invisibilidade dessa população no Brasil e de políticas intersetoriais efetivas, na organização de uma rede de atenção integral à saúde da PSR.

Considerando a extrema adversidade do contexto político atual, conclamamos as(os) candidatas(os) a inserirem, em seus Programas Eleitorais, a defesa do SUS, a implementação da PNSIPN, o financiamento adequado e suficiente da saúde pública e para as políticas e ações afirmativas; a promoção da equidade e da intersetorialidade, considerando a grande diversidade da população brasileira para o enfrentamento das desigualdades sociais impostas às populações, sobretudo às mais vulnerabilizadas (indígenas, negras quilombolas; ribeirinhas; Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Intersexo (LGBTI+); urbanas, dos assentamentos, das águas e das florestas; pessoas com deficiência ou com doenças crônicas e patologias intratáveis; em situação de rua, ao povo de santo e demais populações em vulnerabilidade ou exclusão social); a promoção da participação e controle social; a promoção da saúde das mulheres, das trabalhadoras e trabalhadores; bem como a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, para salvar vidas.

Nós, abaixo assinados, conclamamos as (os) elegíveis a se comprometerem com a saúde plena e com o SUS, na defesa intransigente das conquistas históricas da sociedade brasileira.

Referências bibliográficas:

Bozzano GS. Racismo estrutural: Uma análise genealógica da saúde coletiva brasileira. Em Tese, Florianópolis, 17(2): 245-258, jul./dez., 2020.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2019, v. 43, n. 1 suppl 1, pp. 557-567; Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190076.ING> [Acessado 11 Abril 2022].

Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 71-80; São Paulo, 2005.

Carvalho LG; Nascimento, RMC; Nascimento, VB. (Orgs.). Vulnerabilidade Histórica e Futura das Comunidades Quilombolas do Pará em Tempo de Pandemia. Belém: NUMA/UFPA, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RjrQ8fvsCgjCtwurl-jK5nmgySgoN23y/view>

Conaq e Terra de Direitos. Racismo e violência contra quilombos no Brasil. Curitiba: Terra de Direitos, 2018.

CNPQ. Relatório Final da Pesquisa “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e do sudeste brasileiro. CNPq/Ministério da Saúde. 2018.

INESC. A Conta do Desmonte. Balanço do Orçamento geral da união 2021. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2022.

Kalache A, Silva A, Giacomini KC, Lima KC, Ramos LR, Louvison M et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 30];23(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>

Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001; Brasília/Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 19, n. 53 [Acessado 15 Março 2022], pp. 237-250. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>>.

Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Rev Bras Epidemiol. 2018 Feb 4;21(suppl 2)

Santos MPA, Celeste RK, Lancellotti JR, Pinheiro HHC. As desigualdades e vulnerabilidades em Saúde andam na boca do mundo. Capítulo Seis. In Netto OBS, Chaves SCL, Colussi CF, Pimenta RMC, Bastos RSB, Warmling CM (organizadores). Diálogos Bucalários: reflexões em tempos pandêmicos. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. 495p. Inclui bibliografia. ISBN: 978-65-5939-098-4 (brochura) 978-65-5939-099-1 (eBook).

Silva TO et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2021, v. 30, n. 1 [Acessado 11 Abril 2022], e2020566. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>>. Epub 29 Mar 2021. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>.

Silva TO, Araújo EM, Freitas KS, Silva SSB. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação. Saúde em Debate. Volume 45, Número 129; Rio de Janeiro, ABR-JUN 2021 ISSN 0103-1104.

Silva SS et al. Coletivo Nós nas Ruas e Programa Corra pro Abraço: ações para o enfrentamento da COVID-19 em Salvador, BA, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 25, suppl 1 [Acessado 11 Abril 2022], e200690. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200690>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200690>.

Souzas R, Silva HP, Varga IVD, Moura RF, Araújo EM. Desafios para a Saúde da População Negra e Indígena em Tempos de Pandemia: Como e por que "esperançar". In: Stefano D e Mendonça ML (Orgs.). Direitos Humanos no Brasil 2021: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo:

Outras Expressões, 2021, p. 217-226. Disponível em: https://www.social.org.br/images/pdf/direitos_humanos_2021.pdf [Acessado 13 Abril 2022].

Varga IVD, Silva HP, Araújo EM, Lopes F, Souza R. Um Retrato das Desigualdades Étnico-Raciais na Saúde. In: Stefano D e Mendonça ML (Orgs.). 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> [Acessado 13 Abril 2022].

Werneck J. Racismo Institucional – uma abordagem conceitual. Projeto: Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras. Rio de Janeiro. Abril; 2013; p.12.