PROFEPI PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

curso de

Análise de Indicadores de Saúde da População Negra

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde Américas

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo Federal

FICHA TÉCNICA

EQUIPE DO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – PROFEPI

Coordenação Geral

Mariângela Batista Galvão Simão
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS

Guilherme Loureiro Werneck
Diretor de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente - Daevs/SVSA/MS

Vivian Siqueira Santos Gonçalves
Coordenadora-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Equipe Técnica

Amanda Maciel de Quadros - CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Barbara Pimentel - CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Fátima Sonally Sousa Gondim - CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro - Gab/SVSA/MS

Criação Digital

Lauro Adolfo Gontijo dos Santos - CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Otávio Francisco Batista Martins - CGDEP/Daevs/SVSA/MS

EQUIPE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB

Coordenadora do Curso

Diana Anunciação Santos - UFRB

Professores Assistentes

Djanilson Barbosa dos Santos - UFRB
Edna Maria de Araújo - UFRB
Ionara Magalhães de Souza - UFRB

EQUIPE DE PRODUÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA – SEAD/UFRB

Katia Silene F. Lima Rocha - SEAD/UFRB
Agesandro Azevedo de Souza - SEAD/UFRB
Alberto Roque Cerqueira de Azevedo - SEAD/UFRB
Carlos André Lima de Matos - SEAD/UFRB
Cléo da Rocha Silva - SEAD/UFRB
Gilvan Silva dos Santos - SEAD/UFRB
Joseane da Conceição Pereira Costa - SEAD/UFRB
Luiz Artur dos Santos da Silva - SEAD/UFRB
Sabrina Carvalho Machado - SEAD/UFRB

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS)

Coordenação Geral

Cristian Morales Fuhrimann
Representante da OPAS/OMS no Brasil

Alexander Rosewell
Coordenador da Coordenação das Emergências, Evidência e Inteligência em Saúde no Brasil

Equipe Técnica

Josy Maria de Pinho da Silva - OPAS/OMS, Brasil

PROFEPI PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Módulo 1

Racismo e Saúde

Curso:
ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país historicamente constituído por estruturas de opressão racial, social, colonial, patriarcal e de classe que dão base a uma matriz de desigualdades e exploração. O enraizamento e a persistência do racismo estrutural e seus intercruzamentos no contexto brasileiro restringem o acesso a bens, serviços e oportunidades à maioria da população brasileira, quais sejam: negras/os, pobres e mulheres.

A proposta deste Módulo 1 – Racismo e Saúde objetiva debater como os processos históricos e socioculturais do racismo na saúde da população negra impactam a análise e a construção de indicadores epidemiológicos. O módulo apresenta discussões sobre a temática do racismo e saúde a partir de quatro eixos temáticos fundamentais:

- Raça e racismo: um breve histórico;
- Branquitude e as dimensões do racismo;
- Racismo como determinante social de saúde; e
- Interseccionalidade e equidade em saúde.

Além disso, são apresentadas também oito questões avaliativas correspondentes às temáticas, com os seus respectivos gabaritos.

EIXO TEMÁTICO 1:
RAÇA E RACISMO: BREVE HISTÓRICO

Embora o termo "raça" seja frequentemente usado em pesquisas médicas e epidemiológicas, a origem da palavra "raça" é nebulosa. Alguns estudiosos entendem que a sua etimologia provém da palavra latina "radix", que significa raiz ou tronco, enquanto outros acham que ela tem origem na palavra italiana "razza", que significa linhagem ou criação. Independente da sua origem, ela foi introduzida na literatura científica há cerca de 200 anos, mas até hoje a palavra "raça" não teve seu significado esclarecido.

Apesar da falta de esclarecimento sobre a palavra, o conceito de raça foi utilizado como justificativa para a classificação da população mundial e para várias teorias. Em especial, as teorias formuladas no campo da biologia sustentaram tal utilização durante muitos anos. Apesar de todas essas teorias terem sido desbancadas pela ciência, elas ainda continuam vigentes nas sociedades racistas e servem de base para o tratamento desigual e injusto destinado às populações negras, indígenas e outros grupos identificados racialmente. O racismo parte da ideia de que a espécie humana seria dividida por raças.

A sociedade moderna se constituiu a partir da negação da humanidade de tais populações, e é a partir dessa negação que os brancos europeus se autodefiniram como os donos dos africanos que foram tirados à força das suas terras natais e forçados ao trabalho escravo.

Na condição imposta de "propriedade dos senhores brancos", os negros e os indígenas eram cotidianamente expostos a todo tipo de violência, tortura e maus tratos.

O Brasil foi o último país das regiões das Américas a pôr fim no regime de escravidão. Isso somente ocorreu devido às constantes revoltas dos negros e negras escravizadas/os, à formação de quilombos, às pressões econômicas externas e às pressões feitas ao governo colonial pelos movimentos abolicionistas. Em maio de 1888, a princesa Isabel foi obrigada a assinar a Lei Áurea.

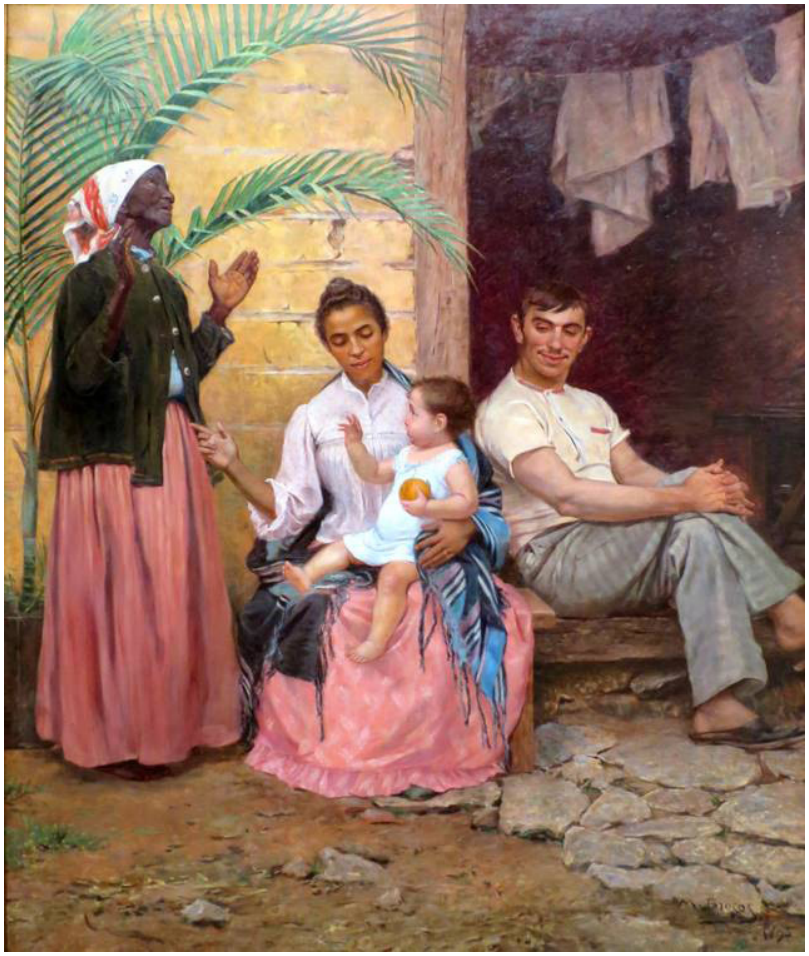
Fica a dica:

A "abolição da escravidão" não foi feita com o intuito de proporcionar liberdade com garantia de direitos.

O texto contido nessa lei em nada favorecia as populações negra e indígena, visto que não previu nenhum tipo de indenização, reparação ou qualquer política de inclusão, o que não permitiu às negras e negros livres terem acesso à terra, moradia, saúde e educação. O governo brasileiro, mesmo após todas as atrocidades cometidas contra negros, negras e indígenas, tentou eliminar a população negra incentivando a vinda de aproximadamente 2,5 milhões de imigrantes europeus, garantindo a estes subsídios como passagens, hospedagem e terras para se fixarem em terras brasileiras, com o intuito de embranquecer a população da época.

Em 1911, João Batista de Lacerda, presidente do Museu Nacional, apresentou em Londres, no Congresso Universal das Raças, a estratégia do governo brasileiro para eliminação do elemento negro da população. Intitulada "Sobre os Mestiços no Brasil", a estratégia embasava-se nos pilares do racismo científico, o qual estabelecia que os traços fenotípicos brancos seriam superiores aos negros, passando assim de geração em geração. Dessa forma, o governo vislumbrava que, no ano de 2012, não haveria negros no Brasil.

Figura 1 - Obra – A Redenção de Cam



Fonte: Modesto Brocos (1895).

Até a data de hoje, mais de 150 anos após a abolição da escravidão, as populações negra e indígena vivem, em grande parte, em situação de vulnerabilidade social e programática, o que as empurram para as margens da sociedade.

Os indicadores sociais brasileiros mostram a existência de populações distintas, dadas as condições de vida e saúde da população negra (junção de pretos e pardos) e indígena em comparação com as populações branca e amarela.

Apesar de toda essa realidade, a primeira lei a reconhecer a existência do racismo no Brasil foi promulgada somente em 1951, ou seja, 63 anos após a abolição da escravidão. A Lei n. 1.390 foi denominada Lei Afonso Arinos. Em 1989, a Lei Afonso Arinos foi substituída pela Lei n. 7.716, que estabeleceu que o racismo deve ser considerado crime inafiançável, sujeitando à pena de reclusão autores de atos de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia ou de qualquer outra natureza.

Em novembro de 2020, o relator ministro Edson Fachin votou pela equiparação da injúria racial (artigo 140, parágrafo 3°, do Código Penal) ao crime de racismo (previsto pela Lei n. 7.716/1989).

Ainda em relação à legislação contra o racismo, em janeiro de 2023, o presidente Luís Inácio Lula da Silva sancionou a Lei n. 14.532/2023, que prevê que o racismo é crime inafiançável e a sua prática pode ser punida com dois a cinco anos de prisão, independentemente de esse crime ser praticado contra uma pessoa ou uma coletividade.

Fica a dica

"A raça não é uma realidade biológica, mas sim apenas um conceito, aliás, cientificamente inoperante para explicar a diversidade humana e para dividi-la em raças estancas. Ou seja, biológica e cientificamente, as raças não existem".

Kabenguele Munanga, 2004, Texto: Inclusão Social: uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.

Conceitos importantes relacionados ao racismo

O que significa discriminar? Significa: distinguir, diferenciar, discernir, apartar, afastar, isolar, marginalizar.

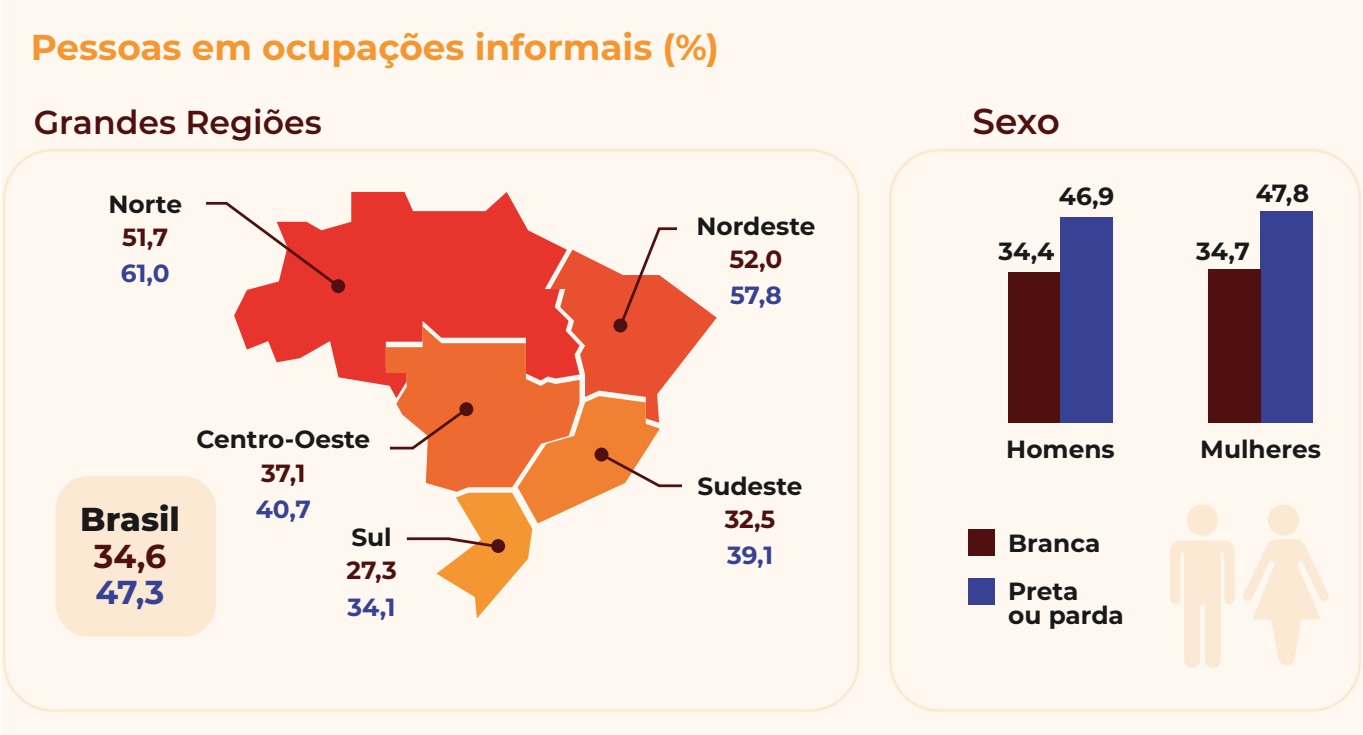
- **Discriminação** – é a ação baseada no preconceito. A discriminação refere-se ao tratamento injusto ou negativo de uma pessoa ou grupo por pertencer a uma determinada classe, grupo ou categoria (como raça, idade ou gênero). É o preconceito ou racismo em forma de ação. Essa distinção acontece de um modo ruim, e o fato de alguém ser tratado pior do que outros por algum motivo arbitrário já é considerado discriminação.
- **Discriminação racial** – é a separação de pessoas através de um processo de divisão social baseada no racismo.
- **Estereótipo** – consiste em um atributo dirigido a determinadas pessoas e grupos que funciona como uma espécie de carimbo ou rótulo, que retrata um pré-julgamento. As pessoas rotuladas são sempre tratadas e vistas de acordo com o carimbo que recebem em detrimento de suas verdadeiras qualidades. Os estereótipos podem se relacionar à questão étnico-racial, gênero, identidade de gênero e sexualidade, deficiência, entre outras.
- **Preconceito** – é uma opinião feita de forma superficial em relação a determinada pessoa ou grupo, que não é baseada em uma experiência real ou na razão.
- **Racismo** – ideologia que inferioriza determinados grupo e é usada para justificar tratamento desigual por indivíduos ou instituições sociais; quando pessoas são tratadas de forma desigual por causa de sua raça ou etnia (Munanga, 1999). Crença de que algumas raças são superiores às outras.
- **Racismo Estrutural** – termo usado para reforçar o fato de que há sociedades estruturadas com base no preconceito e na discriminação racial, em que determinadas raças são privilegiadas político, cultural, social e economicamente em detrimento de outras. No Brasil, nos outros países americanos e nos países europeus, essa distinção favorece os brancos e desfavorece negros e indígenas (Almeida, 2018).
- **Injúria racial** – crime de racismo, independentemente de ser praticado contra uma única pessoa ou uma coletividade, de caráter inafiançável, sujeito à pena de dois a cinco anos de prisão, de acordo com a Lei n. 14.532/2023, sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2023.

Impactos do racismo nas condições de vida e saúde da população

Iniquidades nos indicadores de condições de vida

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) contínua, publicada em 2018, a incidência de pessoas a partir de 14 anos de idade com rendimento mensal domiciliar *per capita* abaixo da linha da pobreza é mais do dobro entre a população negra, quando comparada à população branca (8,8% entre negros e 3,6% entre brancos) (Gráfico 1).

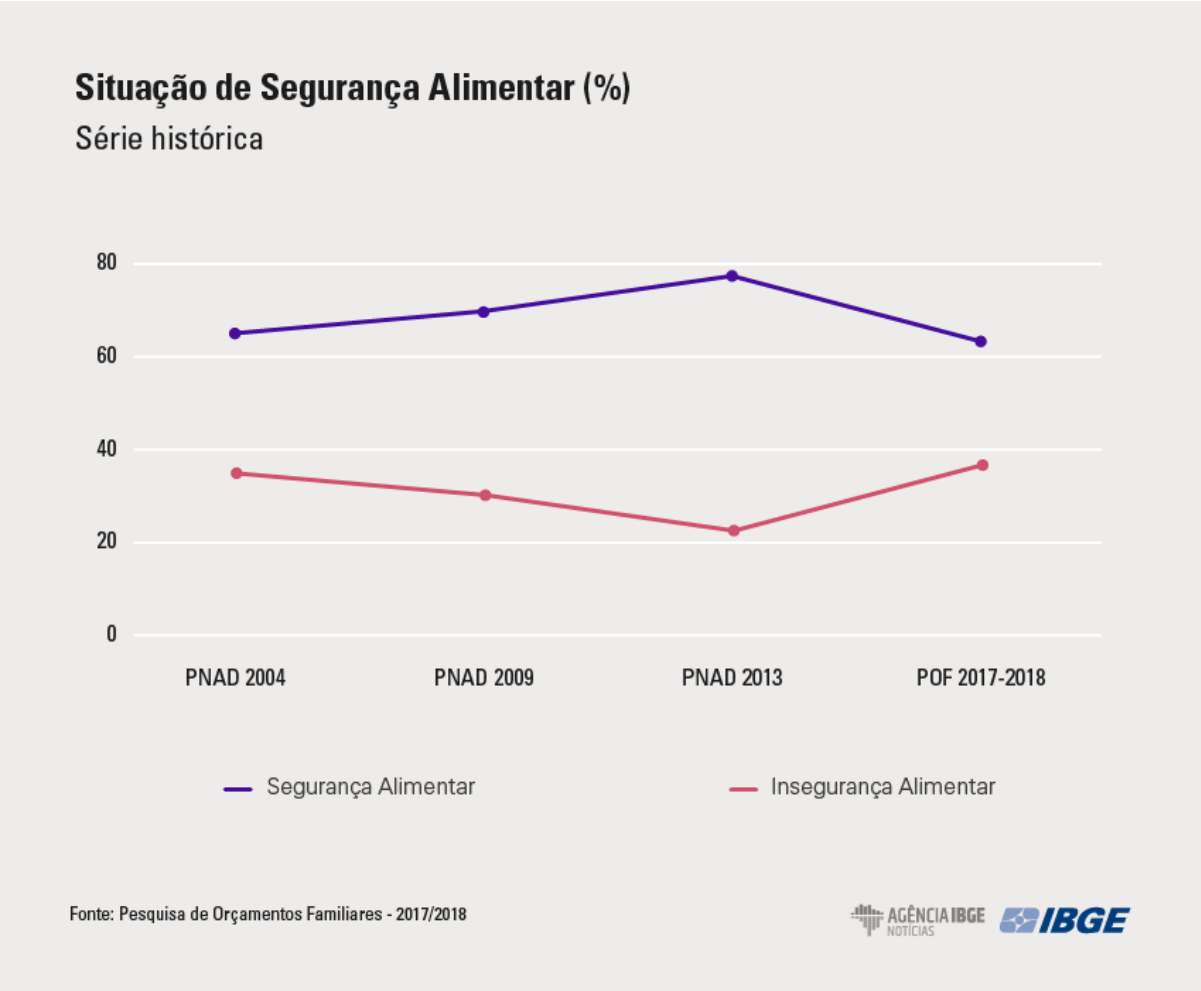
Gráfico 1 – Proporção de pessoas de 14 ou mais anos de idade em ocupações informais, segundo grandes regiões e no Brasil (2018).



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018 (Nota: Pessoas de 14 ou mais anos de idade}.

A PNAD de 2013 mostrou que tem havido aumento da insegurança alimentar, sendo as populações em situação de vulnerabilidade as mais atingidas (Gráfico 2).

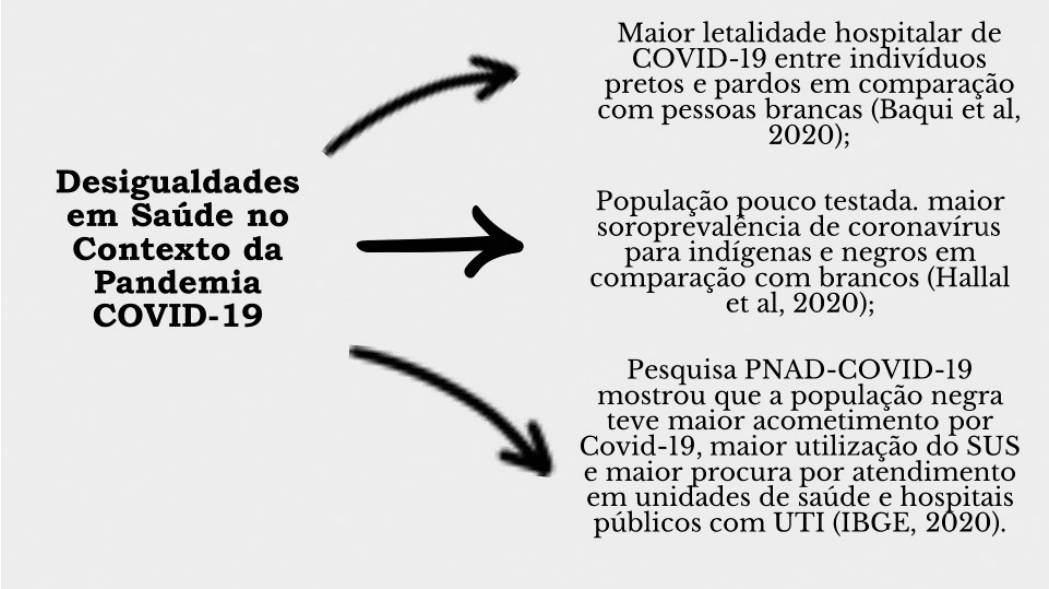
Gráfico 2 – Percentual de segurança e insegurança alimentar nas pesquisas PNAD e POF, Brasil – 2004 a 2017.



Fonte: IBGE, 2004 – 2017. Pesquisa PNAD e POF.

A Pesquisa PNAD-Covid-19 mostrou que a população negra teve maior acometimento por covid-19, maior utilização do SUS e maior procura por atendimento em unidades de saúde e hospitais públicos com UTI, possivelmente por apresentarem maior percentual de comorbidades e por estarem mais expostas a ocupações de risco para contágio pela covid-19 (IBGE, 2020).

Figura 2 – Resultados de pesquisas conduzidas no Brasil sobre Covid-19, 2020.

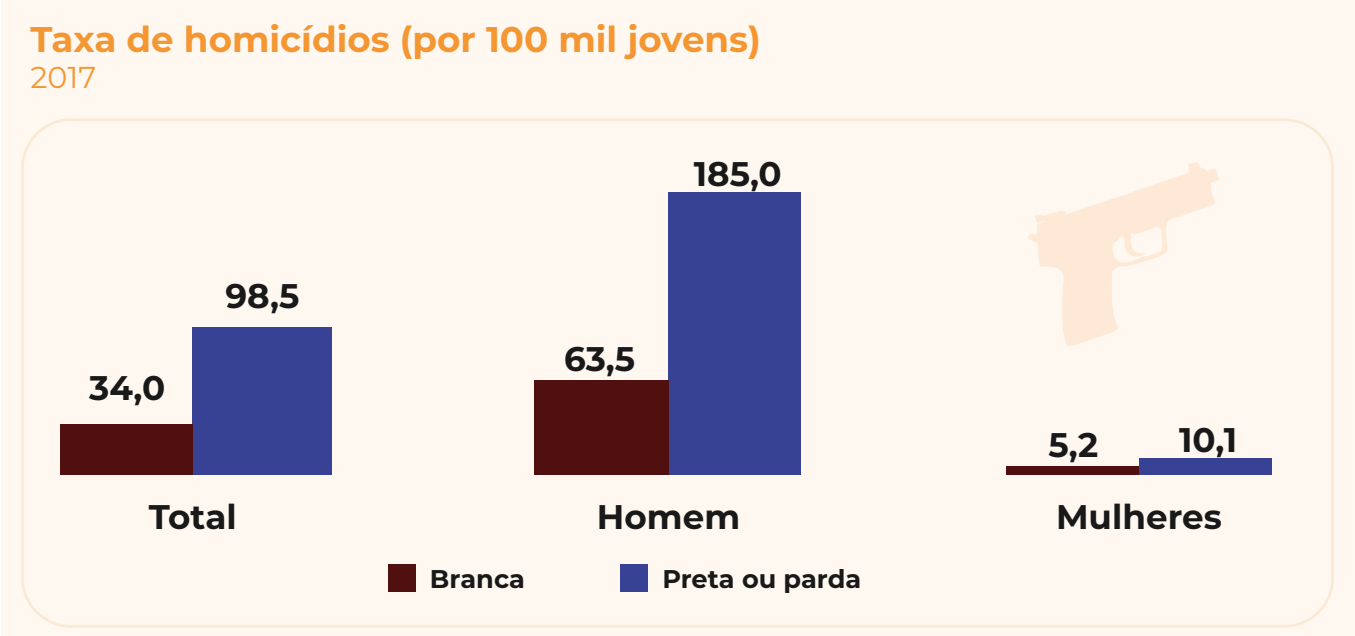


Fonte: Araújo et al. 2020.

Iniquidades nos indicadores de saúde

A pesquisa PNAD 2018 mostrou ainda que a taxa de homicídio é praticamente três vezes maior entre jovens negros (185/100 mil jovens) em comparação com jovens brancos (63,5/100 mil jovens).

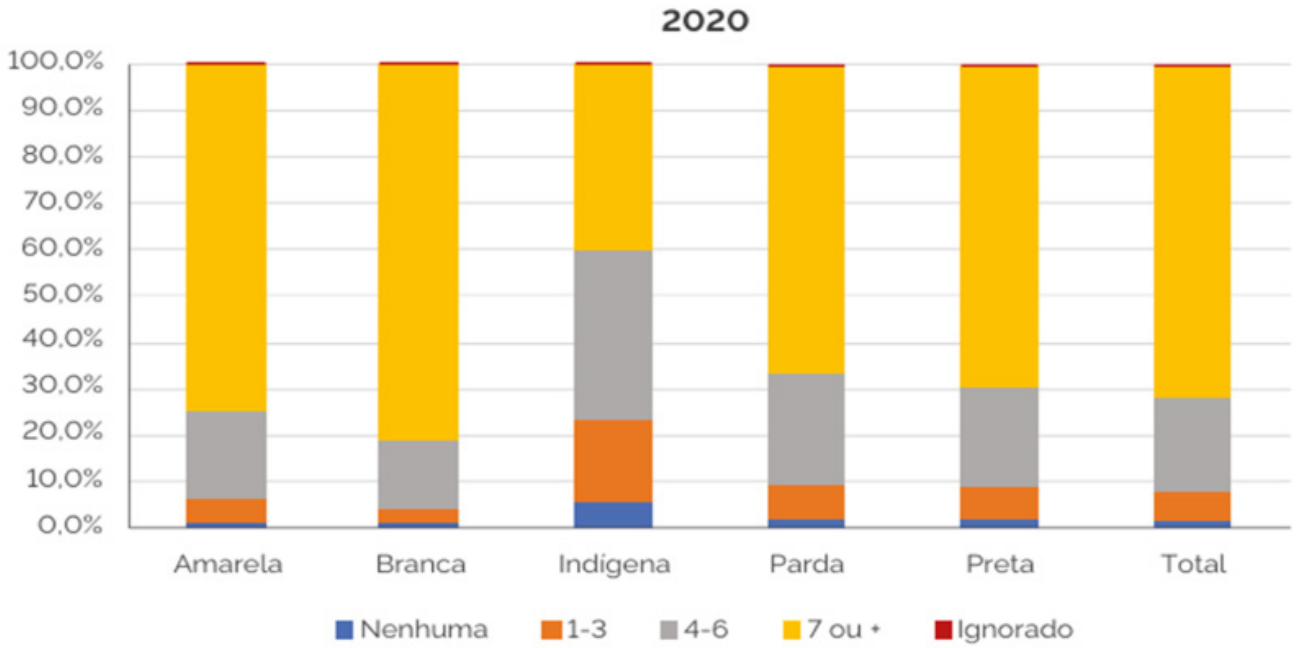
Gráfico 3 – Taxa de homicídio entre pessoas de 15 a 29 anos de idade por 100 mil jovens, Brasil – 2017.



Fonte: IBGE, 2018.

Os Boletins Epidemiológicos volumes 1 e 2 sobre a Saúde da População Negra divulgados em outubro de 2023 pelo Ministério da Saúde mostraram que, em 2020, a proporção de consultas pré-natais, segundo a raça/cor da mãe, continua sendo maior entre as mulheres brancas. Enquanto mulheres indígenas e negras concentram a maior proporção entre as que não fizeram nenhuma, ou no máximo, até três consultas durante a gestação.

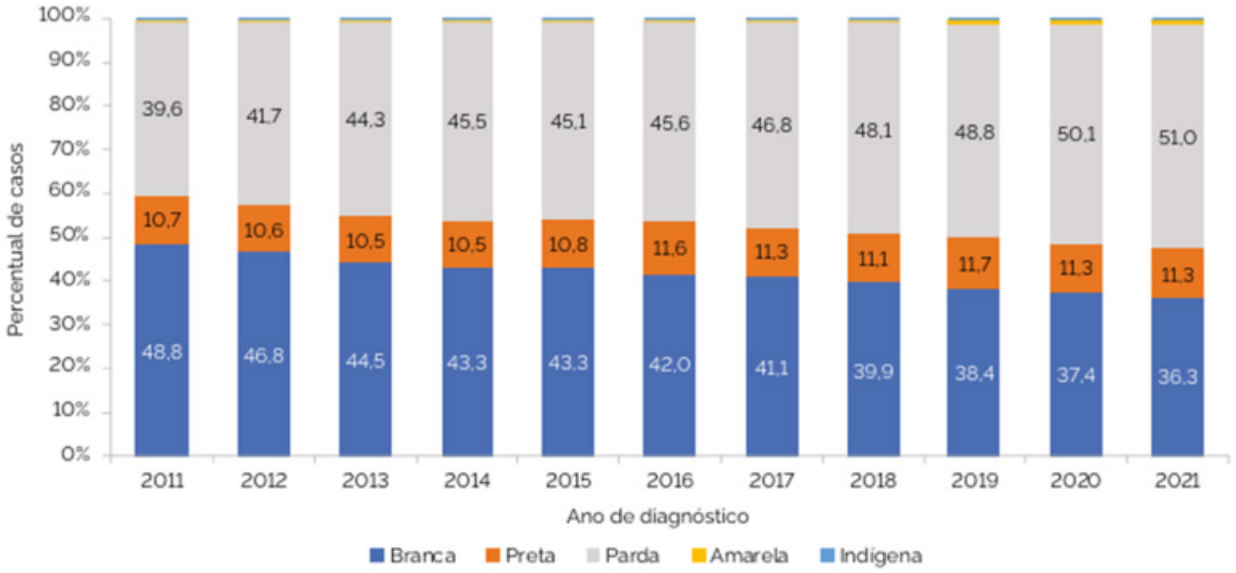
Gráfico 4 – Proporção de consultas de pré-natal, segundo a raça/cor da mãe, Brasil – 2020.



Fonte: Ministério da Saúde (2023).

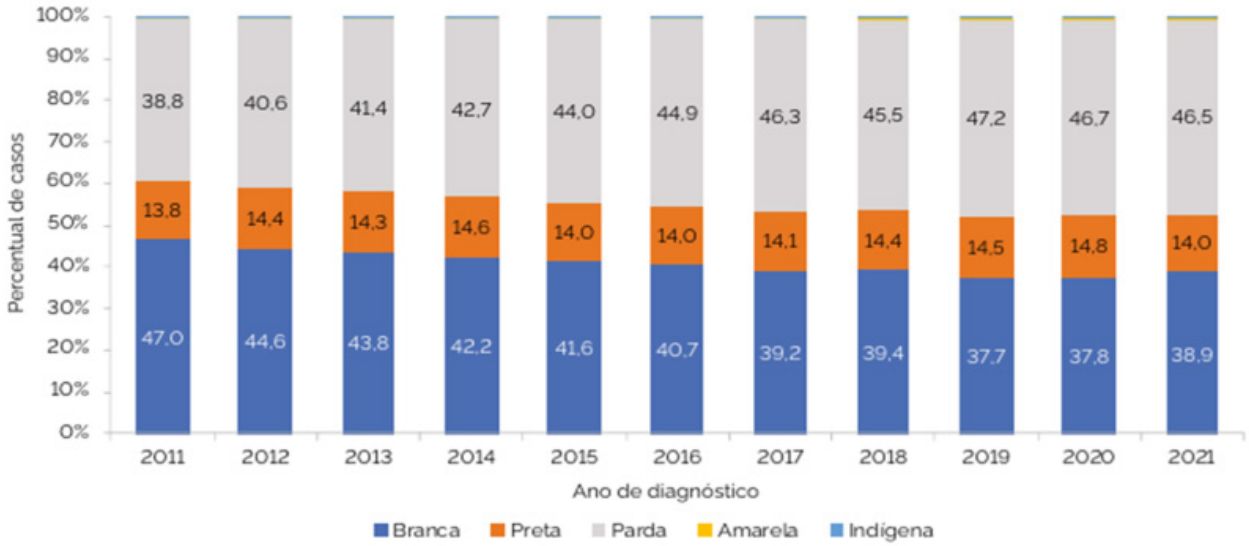
As proporções de casos e óbitos por Aids segundo a raça/cor aumentaram na população negra e diminuíram na população branca no período de 2011 a 2021. O mesmo ocorreu em relação a sífilis, hepatite B e tuberculose.

Gráfico 5 – Proporção de casos de aids detectados, segundo a raça/cor por ano do diagnóstico - Brasil, 2011 a 2021.



Fonte: Ministério da Saúde (2023).

Gráfico 6 – Proporção de óbitos por aids, segundo a raça/cor e o ano do óbito – Brasil, 2011 a 2021.



Fonte: Ministério da Saúde, 2023

Saiba mais

Perspectivas de superação de iniquidades em saúde produzidas pelo racismo:

- Fortalecimento do SUS e implementação de políticas públicas específicas;
- Formação antirracista nos cursos de saúde;
- Fortalecimento dos movimentos sociais;
- Monitoramento contínuo das iniquidades raciais;
- Enfrentamento ao racismo por toda a sociedade.

EIXO TEMÁTICO 2:
BRANQUITUDE E AS DIMENSÕES DO RACISMO

Nesta aula, objetivamos compreender a fundamentação histórica, social, econômica e cultural da branquitude e as múltiplas dimensões do racismo. Além disso, estabelecer correlação entre branquitude e racismo; compreender a branquitude e o racismo como estruturantes das iniquidades sociais e formular estratégias antirracistas para o alcance da equidade em saúde. Espera-se que, ao final, você consiga correlacionar branquitude, racismo e saúde da população negra e desenvolver competências políticas, técnico-científicas e sociais para o enfrentamento do racismo e para a promoção da equidade em saúde.

A branquitude corresponde a um sistema político e ideológico produtor de barragens estruturais que vulnerabilizam populações "não brancas", impossibilitando a universalidade do acesso e a equidade em saúde. As concepções de saúde, as práticas de saúde e as condições de saúde são geopoliticamente referenciadas pela branquitude.

Branquitude refere-se às construções das identidades raciais brancas. O termo representa um sistema de dominação que sustenta privilégios das pessoas consideradas socialmente brancas, produzindo assimetrias sociais. Essa ideologia está fundamentada na classificação e na hierarquização racial, na noção de superioridade (supremacia racial) e numa suposta neutralidade. Segundo Frankenberg (1999), a branquitude é definida como "um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê os outros, e a si mesmo, uma posição de poder, um lugar confortável do qual se pode atribuir ao outro aquilo que não se atribui a si mesmo".

Branquitude e racismo são indissociáveis. Não é possível pensar a supremacia branca no Brasil desconsiderando o racismo e as práticas coloniais. Nesse contexto, o racismo pode ser considerado uma tecnologia criada e utilizada pela branquitude para desumanizar o "não branco", assegurar privilégios e se manter no poder. Para Kilomba

(2019a [2008], p. 76), o racismo é a supremacia branca. Com efeito, a branquitude reproduz o racismo e o potencializa. Sob essa perspectiva, branquitude e racismo estruturam as iniquidades sociais, isto é, determinam aquelas condições consideradas injustas e evitáveis que violam a dignidade humana.

Nesse contexto, a branquitude cria as raças. Porém, "é uma raça que não tem raça" (Almeida, 2018), que se supervaloriza e, definitivamente, não se racializa. Todavia, não há nenhuma fundamentação biológica que sustente a existência de raças.

Ora, se raças não existem, por que utilizamos a classificação racial? Para Munanga (2004), da mesma forma que a classificação racial foi utilizada como dispositivo para dividir, segregar, ela deverá ser utilizada para reparar, promover justiça social.

Nesse sentido, ser branco é sinônimo de nobreza, beleza, inteligência, educação, pureza, moralidade, progresso, dentre outros qualitativos. O fato é que, na medida em que se estabelece como padrão normativo de humanidade e que detém privilégios simbólicos, subjetivos e materiais, a supremacia branca constitui uma ameaça para grupos racializados. Por outro lado, qualquer ameaça a esse sistema de privilégios tem forte reação negativa da branquitude, por exemplo: a resistência à implantação de cotas raciais que visa reparar injustiças sociais ou a não implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em todos os municípios brasileiros.

O processo de branqueamento é histórico e persistente. As políticas de branqueamento no Brasil revelam uma tentativa de genocídio da população negra e indígena. A supremacia branca é fortemente preservada por meio do "Pacto da Branquitude", expressão cunhada por Bento (2002). Para a autora, esse pacto corresponde a uma aliança intragrupal pela preservação do poder, manutenção e transmissão dos privilégios da branquitude para as próximas gerações. Esse sistema retroalimenta a **fictícia superioridade branca e a negação da humanidade de pessoas negras**.

A fictícia superioridade branca, a universalidade e a centralidade da branquitude tem raízes históricas ancoradas no processo de colonização das Américas, no racismo científico e no eugenismo (arianismo). O eugenismo corresponde à teoria criada no século XIX por Francis Galton, fundamentada no controle reprodutivo. Ela visava o aprimoramento da raça humana por meio do suposto melhoramento genético do ser humano. Assim, teríamos uma nação homogênea, forte e saudável. Essa teoria endossou a discriminação, o conceito biológico de raça superior ou inferior e o ideal de humanidade.

Os brancos se beneficiaram do modo de produção capitalista e colonial (Bento, 2022). Desse modo, usufruem de privilégios e vantagens, estruturadas em benefício próprio. Nesse contexto, a meritocracia é utilizada para justificar e esconder o privilégio branco.

Além disso, o discurso meritocrático trata-se de uma narrativa que desqualifica o racismo estrutural e seus efeitos simbólicos, subjetivos e materiais nas populações "não brancas".

No curso da história,

A branquitude precisa ser situada, questionada e responsabilizada.

E no campo da saúde? A branquitude produz impactos nas condições de saúde de populações brancas e não brancas. Na área da saúde, deve-se discutir branquitude como **construção histórica, social e cultural** que reflete na concepção de saúde, na gestão em saúde, nas políticas de saúde, na formação profissional, no trabalho em saúde, na produção de cuidado e nas condições de saúde dos diferentes grupos populacionais.

Reflita

Com quantos anos você teve sua primeira consulta com um(a) médico(a) negro? Quantos negros em lugares de poder você conhece? Nas novelas e filmes que você assistiu na infância, como eram retratados os personagens negros?

Do ponto de vista socioeconômico, brancos são menos afetados pela informalidade e desemprego; são menos vitimizados pelas catástrofes; estão menos expostos às violências; têm melhores expectativas de vida; compõem expressiva minoria no sistema prisional; estão mais bem amparados pelo sistema de proteção social; apresentam **melhores indicadores sociais**. Em contrapartida, populações "não brancas" estão vulnerabilizadas e sub-representadas em espaços decisórios e estratégicos de poder.

Ora, brancos sofrem menos com doenças crônicas, convivem menos com a multimorbidade, têm menos chances de morrer por tuberculose e outras doenças negligenciadas, têm menos chance de desenvolver hipertensão e diabetes; crianças brancas têm menor risco de morte por desnutrição; gestantes brancas conseguem realizar maior número de consulta no pré-natal. Pessoas brancas têm menor incidência de problemas de saúde evitáveis, têm mais acessos a bens e serviços de saúde, principalmente de alta densidade tecnológica, recebem melhor tratamento de saúde, apresentam menor incidência de mortes evitáveis, tem **melhores indicadores de saúde**.

Nada disso foi definido biológica ou geneticamente. Esse processo de privilégios se dá em detrimento das desvantagens de outros grupos (negros e indígenas). Fatores sociais como educação, emprego e renda foram historicamente negados para

pessoas negras no Brasil. Durante todo o período imperial (1824-1889), elas foram impedidas de acessar a educação pública. Esse processo afetou gerações de famílias negras no curso da história do nosso país e resultam na situação da desigualdade social e racial no Brasil.

Portanto, esse sistema de privilégios reflete positivamente nas condições de saúde de populações brancas em detrimento das populações "não brancas". Entretanto, compete destacar que estamos tratando de saúde, um direito fundamental e não de disputa por privilégios. Logo, a igualdade de oportunidades, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência devem ser assegurados a todas as pessoas. É preciso identificar e reconhecer as causas dos diferenciais entre as populações e promover estratégias intersetoriais, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Vamos refletir

Quando falamos de privilégio, muito dificilmente nos identificamos como privilegiados e privilegiadas. Mas vamos pensar em privilégio como um direito que, mesmo sendo um direito, sua garantia a todos não é uma realidade. Você tem água encanada na sua residência? Energia elétrica? Saneamento básico? Esse são direitos básico que ainda não foram garantidos para todas as pessoas.

A Mão da Limpeza (Gilberto Gil)

O branco inventou que o negro
Quando não suja na entrada
Vai sujar na saída, ê
Imagina só
Vai sujar na saída, ê
Imagina só
Que mentira danada, ê

Na verdade a mão escrava
Passava a vida limpando
O que o branco sujava, ê
Imagina só
O que o branco sujava, ê
Imagina só
O que o negro penava, ê

Mesmo depois de abolida a escravidão
Negra é a mão
De quem faz a limpeza
Lavando a roupa encardida, esfregando o chão
Negra é a mão
É a mão da pureza

Negra é a vida consumida ao pé do fogão
Negra é a mão
Nos preparando a mesa
Limpando as manchas do mundo com água e sabão
Negra é a mão
De imaculada nobreza

Na verdade a mão escrava
Passava a vida limpando
O que o branco sujava, ê
Imagina só
O que o branco sujava, ê
Imagina só
Eta, branco sujão.

Fica a dica

Portanto, fique ligad@:
não há racismo sem branquitude
nem branquitude sem racismo!

O racismo é sistêmico, logo, se manifesta de diversas maneiras, em diversas dimensões e momentos históricos. Afinal, quais as dimensões do racismo? Na sequência, trataremos de algumas expressões do racismo.

Dica de Leitura

Dica de leitura:
Cida Bento. O Pacto da Branquitude (Companhia das Letras).

Dimensões do Racismo

O racismo é uma construção histórica e social, um projeto colonial fundamentado na raça que desumaniza, subalterniza, adoece, ameaça e mata a existência do outro. O racismo é complexo e multidimensional.

O Brasil está estruturado em bases racistas. O racismo sustenta a estrutura social, política e econômica do país, produzindo abismos entre os diversos grupos populacionais. O racismo se efetiva mediante um conjunto de práticas discriminatórias, institucionais, históricas e culturais, ideologias e processos sociais, constituindo-se num processo de hierarquização, exclusão e discriminação, seja em nível individual ou populacional, baseando-se em diversos elementos: fenótipo, manifestações culturais, práticas religiosas etc. Assim, produz invisibilidade, tratamento desigual e menor prestígio

social às populações negra e indígena. Essas relações e conflitos raciais determinam o acesso ao poder, à justiça, à terra, à moradia, à saúde, aos direitos, às oportunidades, à renda e à riqueza.

> O racismo é uma redução do cultural ao biológico, uma tentativa de fazer o primeiro depender do segundo (Guimarães, 1999).

O racismo sofre mutações, vai se modificando, adquirindo novas expressões ao longo do tempo.

Classificar o racismo possibilita **compreender suas múltiplas dimensões, identificá-lo e elaborar estratégias específicas de enfrentamento.**

Racismo Estrutural

Para Almeida (2018, p. 20), "o racismo é sempre estrutural, ou seja, [...] ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. [...] é a manifestação normal de uma sociedade, e não é um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade". Trata-se de um processo de naturalização do lugar social do negro e do branco na sociedade. **A rede de práticas racistas é estrutural, estruturante e multidimensional**. Nesse contexto, pessoas negras são marginalizadas, subalternizadas, invisibilizadas socialmente e culpadas pelo atraso do desenvolvimento do Brasil e responsáveis pela situação em que se encontram.

Racismo Institucional

O racismo se configura como um conjunto de práticas – inconscientes, conscientes ou **institucionalizadas** – que se articulam sofisticadamente de modo a normalizar "relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares" (ALMEIDA, 2018, p. 52).

O racismo institucional se materializa na **organização e ação do Estado**, por meio de **práticas e normas**, instituições públicas e privadas que promovem segregação, exclusão e desigualdade intragrupo. Essas normas e condutas institucionais se revelam em diversos contextos e circunstâncias, tais como: na discriminação de práticas religiosas afro-indígenas; na exclusividade de pessoas brancas em cargos de poder; na dificuldade de pessoas negras acessarem, se manterem na universidade ou terem profissões de elevado prestígio social; no desrespeito à política de ações afirmativas;

e na não implementação da Política Nacional de Saúde Integral a População Negra. Assim, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas de grupos étnico-raciais discriminados a unidades de saúde, universidades, escolas, fóruns, igrejas, empresas, Congresso Nacional etc.

Outra face do racismo institucional é a negação da existência do racismo. Na prática da saúde pública, os indicadores epidemiológicos mostram como o racismo afeta a vida de pessoas negras e indígenas, o não preenchimento do campo raça-cor e etnia, a falta de análise e de divulgação destes dados também é uma maneira de negar o racismo na instituição. O racismo institucional tende a ser a dimensão mais negligenciada de racismo.

Racismo Interpessoal

Caracterizado como intersubjetivo, baseia-se na relação interpessoal, atitudes, crenças e comportamentos. O racismo interpessoal se expressa em comportamentos discriminatórios, estigmatizantes e preconceituosos.

Racismo Científico

Ideologia pseudocientífica que remonta aos séculos XVIII e XIX, que propunha a hierarquia racial com base em características físicas, alegando a existência de raças superiores e inferiores. O racismo científico foi utilizado para justificar a escravidão, a exploração, a colonização e outras formas de opressão e teve consequências devastadoras nas populações racializadas, ou seja, nos povos africanos e seus descendentes.

Racismo Cultural

Desde a Antiguidade, o racismo cultural tem sido usado como justificativa para colonizar e dominar territórios. Resulta na crença que há hierarquias entre as diferentes culturas e superioridade das culturas eurocentradas (saberes, tradições, valores, costumes, línguas...). Historicamente, a cultura não branca é violada, omitida, dizimada, folclorizada e marginalizada.

Racismo Ambiental

O racismo ambiental pode ser observado em todas as injustiças sociais e desigualdades históricas e socioambientais que atingem etnias, populações periféricas, marginalizadas. Consiste numa forma de discriminação ambiental, na qual políticas ambientais e projetos de desenvolvimento são implementados sem considerar as populações vulnerabilizadas.

A destruição ambiental (desmatamentos, altas temperaturas, enchentes, deslizamentos de terra, emergência climática, contaminação das águas, lixões industriais, des-

truição dos solos, gentrificação, problemas de infraestrutura) impacta, sobretudo, as populações negras e indígenas que, historicamente, têm menos possibilidades de enfrentamento às agressões ambientais. Assim, o racismo ambiental representa uma ameaça às comunidades ribeirinhas, caatingueiros; quilombolas, extrativistas, caiçaras, ciganas, povos de terreiros, cipozeiros, castanheiras; fundo e fecho de pasto; geraizeiros; isqueiros; pantaneiros; pescadores artesanais; quebradeiras de coco babaçu; retireiros; seringueiros; vazanteiros, entre tantas outras.

Racismo Recreativo

Expressão cunhada pelo escritor Adilson Moreira (2019) como "um conjunto de práticas sociais que operam por meio do uso estratégico do humor hostil, do humor racista". O racismo se expressa de forma pejorativa, reforçando estereótipos e preconceitos disfarçados de piada. Nesse contexto, ofensas são disfarçadas de brincadeiras contra grupos específicos. Independentemente da intencionalidade, o racismo recreativo animaliza e desumaniza grupos específicos e incide sobre os direitos e as oportunidades das vítimas.

Para Moreira (2019), o racismo recreativo é uma política cultural perpetrada pelo grupo racial dominante, um discurso de ódio que produz uma gratificação psicológica para pessoas brancas; reproduz a ideia de que determinados grupos são atores sociais incompetentes; permite que pessoas brancas expressem hostilidade contra determinadas pessoas/grupos populacionais e que, apesar disso, mantenham uma imagem social positiva.

Racismo Obstétrico

O racismo obstétrico é compreendido como as disparidades reprodutivas que resultam de opressões estruturais interseccionais de raça, classe e gênero e que incidem negativamente sobre a vida de mulheres negras (Dána-Ain Davis, 2018). A violência obstétrica, a negligência, a omissão, o desrespeito, os maus-tratos e o nível inferior nos cuidados na gestação, no parto, no puerpério e na maternidade caracterizam o racismo obstétrico que dialoga muito com o conceito de racismo genderizado proposto por Grada Kilomba (2019a [2008]), que trata sobre as experiências de mulheres negras com o racismo.

Historicamente, as mulheres de descendência africana são consideradas de elevado valor reprodutivo e mercadológico. Daí a crença de que mulheres negras são mais fortes, têm quadris largos, são excelentes parideiras, desprovidas de sensibilidade e requerem menos cuidados e atenção à saúde. O racismo obstétrico desumaniza as mulheres negras.

Racismo Genderizado

Postula a inseparabilidade entre raça e gênero e fundamenta-se na opressão racial sofrida por mulheres negras. Assim, na estruturação das relações raciais, o gênero impacta a construção da raça e a experiência do racismo e construções racistas impactam a conformação do gênero (Kilomba, 2019a [2008], p. 94).

Racismo Religioso

O racismo religioso está associado ao processo de demonização, discriminação, estigmatização e criminalização dos cultos de matrizes africanas.

Em resumo, em todas as dimensões, o racismo se expressa pela desumanização da/o outra/o, negação de direitos, oportunidades e tratamento desiguais. O racismo fundamenta o preconceito, a discriminação, a injúria, a segregação e motiva a violência física e o genocídio.

As múltiplas dimensões do racismo suscitam diferentes dimensões do ativismo e das estratégias de enfrentamento. Denunciar o racismo, apoiar as organizações e fortalecer a agenda e as redes políticas antirracistas possibilitam situar e questionar a branquitude e promovem democratização, justiça e inclusão social para os grupos historicamente perseguidos, ameaçados e violentados.

Fica a dica

Indicação de filme:
Infiltrado na Klan
(Spike Lee com John David Washington, Adam Driver), 2018.

EIXO TEMÁTICO 3:
O RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

Nesta aula, temos o objetivo de compreender o racismo como determinante histórico e social da saúde. Especificamente, correlacionar racismo, desigualdades e iniquidades em saúde e analisar os impactos do racismo na saúde da população negra.

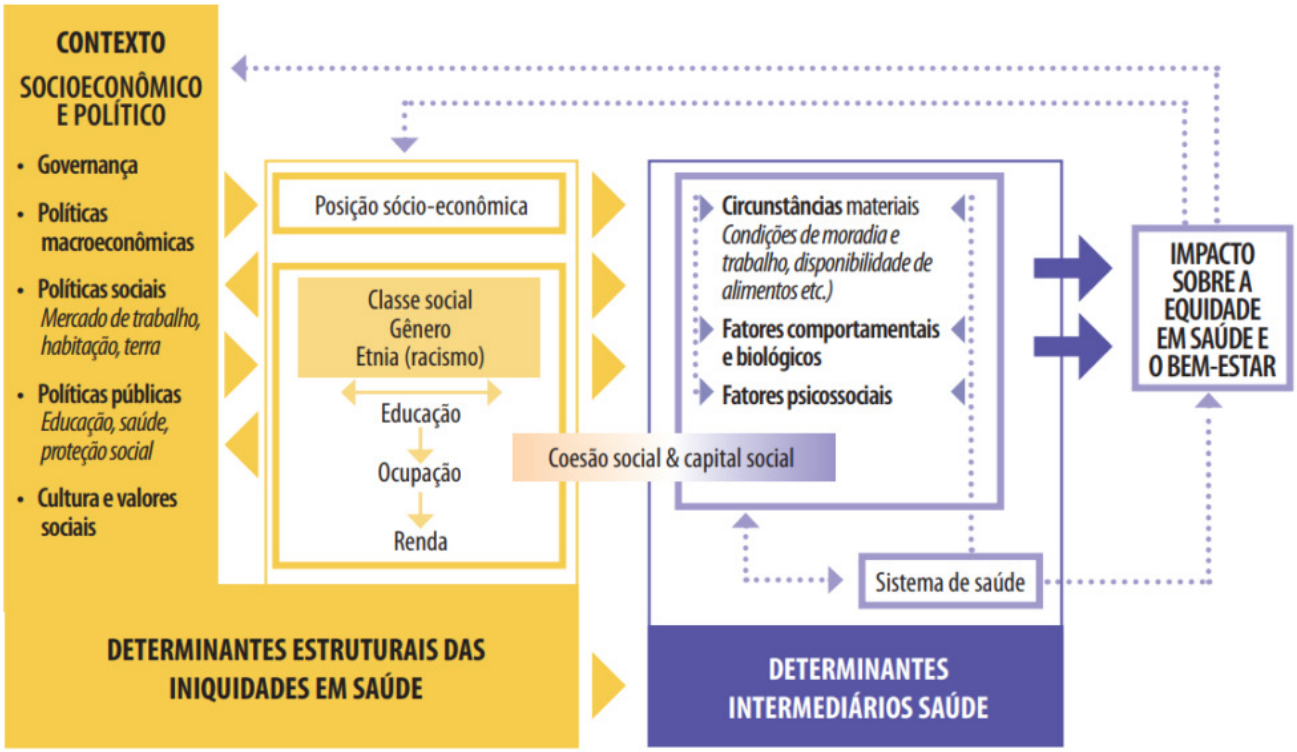
Espera-se que, ao final, você saiba: identificar o racismo nas práticas cotidianas, nas políticas e no planejamento e na gestão da saúde; estabelecer relação entre racismo e indicadores de saúde; e formular estratégias para o enfrentamento do racismo e para a promoção da equidade em saúde.

A saúde está relacionada com a organização social, com o modo de produção econômica e com os aspectos sociopolíticos vigentes. O direito à saúde é constitucional e inalienável e se efetiva por meio de políticas, programas, sistemas e ações. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem a uma visão ampliada do processo saúde-doença, no qual as **condições estruturantes do nascer, crescer, viver, trabalhar, envelhecer e morrer são mediadas pelas relações de poder, distribuição de bens e recursos**. Assim, saúde é resultante das condições de vida, alimentação, habitação, educação, segurança, emprego e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, trajetórias comunitárias, familiares e individuais e

acesso à informação e serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2024), **o conjunto de forças e sistemas que determinam as condições de vida incluem sistemas e políticas econômicas, políticas sociais e sistemas políticos, normas sociais e agendas de desenvolvimento**.

Em 2011, a OMS estabeleceu a definição de Determinantes Estruturais, reconhecendo raça/etnia, classe social e gênero, contexto sociopolítico e estrutura social como aspectos determinantes da distribuição de poder, prestígio e discriminação e, consequentemente, das desigualdades em saúde (Carvalho, 2013).

Figura 2 - Marco conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Solar e Irwin, 2010.

Os determinantes sociais da saúde operam em vários níveis e envolvem fatores estruturais, contextos culturais e institucionais. As interações entre esses fatores impactam o desenvolvimento social, a saúde individual e coletiva, produzindo iniquidades em saúde. Por essa razão, populações que vivem em contextos de instabilidade econômica, insegurança alimentar, insegurança territorial, pobreza, sem educação e sem proteção social, vítimas de discriminação e exclusão, sem acesso a serviços de saúde tendem a refletir os piores indicadores de saúde. Compreender esses fatores permite buscar estratégias de intervenção adequadas em vários níveis, no sentido de minimizar seus efeitos nocivos na saúde. Uma vez estabelecida a relação entre os problemas sociais e a saúde, nos diversos níveis, faz-se necessário compreender como se constituem as iniquidades sociais.

Muito se tem discutido sobre os conceitos de Determinação Social da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde, evidenciando limitações, paradigmas científicos, epistemológicos, arcabouços teóricos e projetos em disputa. A Determinação Social da Saúde está ancorada no referencial teórico que discute a coletividade, a totalidade social e o caráter histórico-social do processo saúde-doença, não se restringindo a aspectos individuais. A despeito dos avanços, os Determinantes Sociais da Saúde são criticados pelo reducionismo, pela impossibilidade de se estabelecer nexo histórico entre as dimensões da vida, por enfatizarem as políticas e a governança, pela valorização da dimensão econômica e pela busca das causas do processo saúde-doença (Rocha; David, 2015). Face à relevante discussão, destaca-se que "Determinantes Sociais da Saúde" é o termo adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo o art. 196 da Constituição Federal, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Conforme a *Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde* (Brasil, 2012), toda pessoa tem direito a: atendimento humanizado e acolhedor sem qualquer discriminação; acesso a bens e serviços; tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e continuado; ter valores, cultura, crença e direitos respeitados; e informação sobre os serviços de saúde e sobre a sua saúde e às diversas formas de controle social. Todavia, observa-se que esse direito social fundamental não está assegurado a todas pessoas e grupos populacionais.

No Brasil, bens, poder e recursos se concentram em determinados grupos; a concentração de riqueza e de poder afeta desproporcionalmente as condições de vida das populações. As desigualdades sociais estão refletidas nas condições de saúde dos diferentes grupos populacionais. Desse modo, **as diferenças de saúde entre grupos populacionais são justificadas por fatores sociopolíticos e culturais, e não biológicos**.

A violação dos direitos humanos afeta a saúde de grupos vulnerabilizados. Populações negras, povos originários, comunidades ribeirinhas, comunidades de terreiros, populações quilombolas, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população privada de liberdade e todas as populações "não brancas", não cisheteronormativas são discriminadas e marginalizadas no que diz respeito ao legítimo direito à saúde. **Saúde é um direito fundamental, e não um privilégio**.

Ora, se saúde resulta de um conjunto de fatores socioeconômicos, políticos e culturais e se a população negra, historicamente, esteve alijada de cidadania e de todos os direitos civis, incontestavelmente, a população negra apresenta os piores indicadores de saúde.

Um dos aspectos relevantes na análise dos impactos do racismo na saúde consiste na utilização do quesito raça/cor. A partir da análise dos indicadores, é possível observar diferenças entre grupos, saber se as desigualdades étnico-raciais reduziram, persistem ou aumentaram ao longo do tempo e se as políticas públicas estão sendo eficazes.

Fica a dica

A raça-cor não é determinante das condições de saúde, mas o racismo sim.

Em 2009, a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** havia reconhecido o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais e das condições de saúde desta população (Brasil, 2009). Em 2011, o **racismo** foi reconhecido pelo governo federal como determinante social da saúde (Brasil, 2011).

Por que o racismo é considerado um determinante social da saúde?

O racismo estrutura o processo de saúde, adoecimento, reabilitação e morte da população negra. O racismo é **uma ideologia que se mantém dependente dos privilégios da branquitude e representa um importante produtor de desigualdades em saúde**. O economista Mário Theodoro (2022), em seu livro *Sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil*, afirma que temos uma sociedade viciada na desigualdade e que a questão racial é central na construção e no desenvolvimento da sociedade brasileira. Portanto, o racismo (e a branquitude) é o motor da desigualdade social e impede mudanças estruturais significativas.

Os vários determinantes influenciam a saúde de diferentes formas. No campo da saúde, dados estatísticos e estudos com evidências científicas têm demonstrado desigualdades que incidem sobre a população negra. Com efeito, **a população negra está mais exposta a violências, doenças e mortes**.

Os índices de saúde no Brasil são piores entre pessoas negras. Dados apontam que, em 2021, mais de 60% das mortes por Aids foram de pessoas pretas e pardas. Além disso, 67% das gestantes diagnosticadas com HIV eram negras e 70% das crianças com sífilis congênita eram filhas de mães negras (Brasil, 2023).

Saiba mais

- A tuberculose atingiu 78 mil pessoas em 2022. Entre os novos casos, 49 mil eram de pardas e pretas, o que representa 63% dos casos.
- A mortalidade materna por hipertensão é crescente entre mulheres pretas. A morte nesses casos aumentou 5% entre 2010 e 2020 (Brasil, 2023).

No campo político, econômico, social ou cultural, o racismo deve ser reconhecido, discutido e denunciado. Considerar o racismo na análise das desigualdades em saúde não exclui outros elementos importantes na produção de diferenças e injustiças.

Nesse sentido, os determinantes sociais da saúde não devem ser analisados isoladamente ou como uma combinação de fatores sem a devida contextualização. Assim, aspectos como racismo, etarismo, sexismo, capacitismo, classismo, origem, território, religião devem ser analisados interseccionalmente. Esses fatores podem agravar e potencializar as condições de saúde da população negra e de outras populações discriminadas. Nesse sentido, a **interseccionalidade** corresponde a uma importante estratégia metodológica, epistêmica e política para compreender os determinantes da saúde da população negra.

Fica a dica

"É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (Davis, 2011).

As condições materiais e simbólicas da população negra precisam ser consideradas na construção da democracia e nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Analisar o racismo como um determinante social da saúde exige um compromisso ético-político e contra-hegemônico da sociedade brasileira. É fundamental promover um diálogo intercultural, interinstitucional e interdisciplinar, além de reconhecer e valorizar a diversidade. A implementação de práticas antirracistas e decoloniais

nos serviços de saúde é essencial para promover uma ruptura paradigmática com o sistema-mundo moderno/colonial. Também é necessário estabelecer uma agenda antirracista consistente e alinhar discursos e práticas, reconhecendo que cada espaço é estratégico para enfrentar o racismo. O antirracismo deve ser um compromisso coletivo da sociedade brasileira, pois o racismo compromete a democracia e o desenvolvimento do país.

É impraticável pensar universalidade sem equidade.

É fundamental reconhecer o racismo como um determinante das desigualdades no processo saúde-doença-cuidado e morte. Deve-se investir em ações e programas específicos para identificar práticas discriminatórias, adotar mecanismos e estratégias para prevenção e enfrentamento do racismo e produzir informações adequadas sobre o tema. É essencial investir na formação de profissionais de saúde, priorizar e implementar estratégias para reduzir disparidades e promover equidade. Além disso, é necessário elaborar e aplicar instrumentos legais e sociais para repressão das práticas racistas (Brasil, 2011), monitorar os determinantes sociais e investir em ações afirmativas na saúde.

A melhoria das condições de saúde da população negra, necessariamente, passa pela superação das iniquidades históricas.

Para alcançar a equidade, é preciso superar o racismo! (Brasil, 2011).

EIXO TEMÁTICO 4:
INTERSECCIONALIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE

Nesta aula, refletiremos sobre o conceito de interseccionalidade como categoria analítica na saúde e da equidade em saúde, a partir do seguinte caminho:

- Apresentar o panorama histórico do conceito de interseccionalidade.
- Discutir o conceito de interseccionalidade e seu uso no campo da saúde.
- Evidenciar os marcadores sociais que desvelam os processos de opressões e suas implicações para a saúde de pessoas e grupos sociais que vivenciam múltiplas discriminações.
- Destacar caminhos para o alcance da equidade em saúde.

Ao final desta aula, você será capaz de: conhecer a concepção teórica do feminismo negro que referencia a construção do conceito de interseccionalidade como categoria analítica; compreender o conceito de interseccionalidade; entender a situação de saúde dos sujeitos e grupos sociais a partir dos distintos marcadores sociais; aprender como a matriz de opressão estrutura as desigualdades e iniquidades em saúde; e, por fim, posicionar-se de modo ético-político para o alcance da equidade em saúde.

Interseccionalidade: análise histórica sobre a fundamentação conceitual

Em 1989, a palavra Interseccionalidade surgiu enquanto categoria discursiva, a partir das reflexões da jurista estadunidense Kimberlé Crenshaw (diretora executiva do *African American Policy Forum* e professora de Direito na Universidade Columbia e na Universidade da Califórnia, em Los Angeles). Essa discussão foi difundida e o termo passou a ser discutido enquanto categoria analítica, em 1991, por meio do artigo publicado na *Stanford Law Review, Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color* (Mapeando as Margens: Interseccionalidade, Políticas de Identidade e Violência contra Mulheres Negras).

A própria autora aponta que “a interseccionalidade já era uma realidade antes de se tornar um termo”. E aqui, cabe salientar que a discussão sobre as opressões combinadas de classe, gênero e raça já se faziam presentes no Brasil a partir de análises feitas por intelectuais negras como Lélia González, Sueli Carneiro, Conceição Evaristo e Beatriz Nascimento, para citar algumas.

LÉLIA GONZALÉZ

- Nasceu em 1° de fevereiro de 1935 em Belo Horizonte - MG e faleceu em 10 de julho de 1994, no Rio de Janeiro - RJ, filha de um operário e de uma empregada doméstica.
- Foi uma intelectual, autora, ativista, professora, filósofa e antropóloga brasileira. Militante do movimento negro e feminista precursora, tornou-se uma referência nos estudos e debates de gênero, raça e classe no Brasil, América Latina e no mundo, sendo considerada uma das principais autoras do feminismo negro no país. Sua contribuição está na construção de novas epistemiologias que contrapunham as bases teóricas de origem branco-europeia, valorizando o legado histórico e cultural dos povos latinoamericanos e do Carive, a partir da fundamentação da categoria "Amefricanidade".
- Principais trabalhos e obras: Racismo e sexismo na cultura brasileira; A categoria política de amefricanidade; Por um feminismo afro-latino-americano; A mulher negra no Brasil; e o livro Lugar de negro elaborado em conjunto com Carlos Hasenbalg, publicado pela editora Zahar.

SUELI CARNEIRO

- Nasceu em 24 de junho de 1950, em São Paulo - SP.
- Aparecida Sueli Carneiro é uma filósofa, escritora e ativista do antirracismo do movimento social negro brasileiro. Fundou e é a atual diretora do Geldés - Instituto da Mulher Negra, sendo também considerada uma das principais autoras do feminismo negro no Brasil. Foi responsável pela criação do único programa brasileiro de orientação na área de saúde específico para mulheres negras. Em 2003, recebeu o prêmio Diploma Bertha Lutz, institujído pelo Senado Federal brasileiro, o qual agracia mulheres que tenham oferecido relevante contribuição na defesa dos direitos da mulher e questões do gênero no Brasil.
- Principais obras: A mulher negra brasileira na década da mulher, publicado em 1985 pela editora Nobel; Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil; Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser, publicado em 2023 pela Zahar.

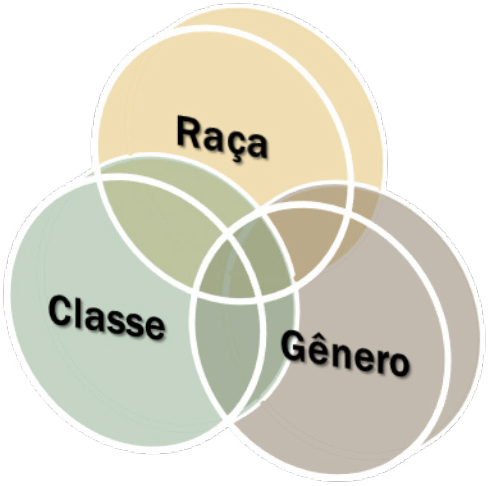
CONCEIÇÃO EVARISTO

- Nascida em 29 de novembro de 1946, Belo Horizonte - MG.
- Graduada em Letras pela UFRJ, Mestre em Litratura Brasileira pela PUC do Rio de Janeiro e Doutora em Literatura Comparada pela Universidade Federal Fluminense. Maria da Conceição Evaristo de Brito é uma linguista e escritora afrobrasileira. Fez carreira como pesquisadora-docente universitária, tornando-se uma das mais influentes literatas do movimento pós-modernista no Brasil, escrevendo gêneros da poesia, romance, conto e ensaios.
- Ganhou o prêmio Jabuti de Literatura de 2015, na categoria Contos e Crônicas, por Olhos D'Águas. Recebeu, também, os prêmios Faz a Diferença - Categoria Prosa, e o Prêmio Cláudia - Categoria Cultura, ambos em 2017; e o prêmio de Literatura do Governo do Estado de Minas Gerais, de 2017.
- Principais obras: Ponciá Vicêncio, de 2003, e Becos da Memória, de 2006, ambos publicados pela Mazza editora; Insubimissas lágrimas de mulheres, publicado em 2011, pela editora Nandyala; Olhos D'Água, publicado em 2014 pela Pallas; Histórias de leves enganos e parecenças, de 2016, publicado pela editora Malê.

BEATRIZ NASCIMENTO

- Nasceu em 17 de junho de 1942, em Aracajú/SE e faleceu em 28 de janeiro de 1995, no Rio de Janeiro/RJ.
- Maria Beatriz Nascimento foi historiadora, professora, roteirista, poeta e ativista pelos direitos humanos da população negra e das mulheres em geral. Graduada em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, aliou a militância com a vida acadêmica. Ao lado de pesquisadores e pesquisadoras negras, fundou o Grupo de Trabalho André Rebouças na Universidade Federal Fluminense (UFF). Recebeu o Prêmio Mulher do Ano 1986, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.
- Principais obras e artigos: Negro e cultura no Brasil: pequena enciclopédia da cultura brasileira, de 1997, publicado pela UNIBRADE/UNESCO, escrito em colaboração com Helena Theodoro Lopes e José Jorge Siqueira; Todas [as] distâncias: poemas, aforsmos e ensaios de Beatriz Nascimento, organiado por Alex Ratts e Bethânia Gomes, publicado pela Editora Ogum's Toques Negros, em 2015; Beatriz Nascimento - quilombola e intelectual: possibilidades nos dias de destruição, publicado em 2018 e Uma história feita por mãos negras, com organização de Alex Ratts, publicado em 2021 pela Zahar.

Destaca-se, ainda, que é ao final da ditadura militar que as discussões feitas pelas mulheres negras, dentro dos movimentos feministas negros, visibilizam a articulação crítica entre as categorias de gênero, raça e classe.



Ademais, é relevante descrever o papel dos movimentos sociais, principalmente de mulheres negras, que militavam contra as discriminações raciais e de gênero, por acesso a direitos e eliminação das desigualdades sociais evidenciadas mesmo antes que o conceito de interseccionalidade fosse nomeado academicamente (Collins e Bilge, 2021). Esses movimentos desde a década de 1960, e sobretudo durante os anos de 1970, já traziam em seus discursos e análises a articulação entre mais de uma categoria de opressão para visibilizar a experiência de vida de seus/suas militantes. É por conta deste contexto que algumas autoras negras, e a própria Kimberlé Crenshaw, advertem que a interseccionalidade é gestada na síntese entre a práxis dos movimentos sociais e o conhecimento crítico produzido na academia (Kyrillos, 2020).

Ao analisar o caso de Emma DeGraffenreid e outras mulheres negras, ocorrido em 1976 nos Estados Unidos, as quais processaram a General Motors por discriminação, afirmando que a empresa segregava a sua força de trabalho através da condição de raça e gênero conjuntamente, Kimberlé Crenshaw compreendeu que a discriminação de gênero e raça são como “avenidas identitárias” que se colidem na intersecção das estruturas sociais de poder.

Fica a dica

Assista ao vídeo: TEDTalk:
A urgência da interseccionalidade - Kimberlé Crenshaw

O conceito de interseccionalidade surgiu inicialmente para descrever a matriz de opressão que afeta as mulheres negras. No entanto, seu alcance se expandiu para incluir a visibilidade de outros grupos e indivíduos que enfrentam diversas formas de opressão, como pessoas com deficiência, povos originários, refugiados/imigrantes e a população transgênero. Em outras palavras, "[...] todas enfrentam vulnerabilidades que refletem intersecções de racismo, sexismo, opressão de classes, transfobia, capacitismo, entre outras [...]" (Crenshaw, 2015, p. 2).

A interseccionalidade não diz respeito a busca por "políticas de identidades" nem se trata apenas das distintas identidades, mas sim da compreensão de como as instituições se utilizam das identidades para promover a exclusão de uns e o privilégio de outros.

Assim, a importância de entendermos como as identidades e o poder trabalham numa espécie de simbiose para garantia da manutenção dos privilégios e das exclusões sociais. Desse modo, perceber a interação simultânea das **avenidas identitárias e a colisão das estruturas** nos permite enxergar o **fracasso do feminismo** em contemplar, inicialmente, as mulheres negras em sua luta, ações e teorização, já que reproduz o racismo. Igualmente, os movimentos negros falharam pelo caráter machista, oferecendo, a rigor, ferramentas metodológicas reservadas, majoritariamente, às experiências dos homens negros. Aqui cabe destacar também que estamos falando de

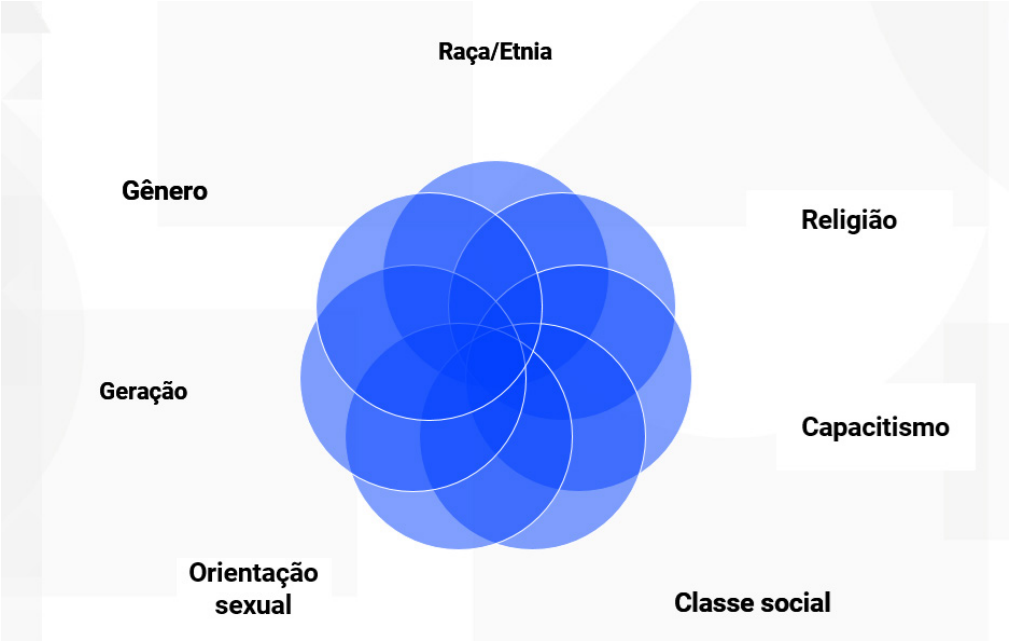
homens negros e mulheres brancas, cuja existências estão marcadas, a depender do contexto, por privilégios ou exclusões, ou seja, os homens negros vivenciam o privilégio de serem homens numa sociedade patriarcal e machista, embora cotidianamente sejam discriminados pelo fato de serem negros; e as mulheres brancas vivenciam o privilégio da banquitude numa sociedade racista, de base colonial, enquanto são discriminadas por serem mulheres. Já as mulheres negras sofrem a dupla opressão, sendo discriminadas por gênero e por raça.

Fica a dica

O termo interseccionalidade nasce para dar visibilidade aos sujeitos acometidos pela dupla invisibilidade simultânea do sistema de opressão baseado em gênero e raça: **as mulheres negras**.

A interseccionalidade para direcionar análises de saúde

No campo da saúde, a categoria interseccionalidade é utilizada para além da compreensão de vida das mulheres negras, posto que o conceito nasce a partir dessa singularidade analítica, ou seja, da junção dos marcadores de gênero e de raça. Tem-se produzido uma ampliação da discussão abrangendo a inserção de outros marcadores sociais que, à sua maneira, também são produtores de desigualdades e de exclusões sociais, como capacitismo, religiosidade, sexualidade, geração, entre outros.



Nesse sentido, a interseccionalidade como categoria de análise utilizada por pesquisadores/as do campo da saúde, sobretudo da saúde coletiva, tem se centrado nos seguintes aspectos: reivindicação de direitos à saúde; reconhecimento das iniquidades promovidas a partir de marcadores sociais; e situações de saúde de sujeitos e grupos sociais atravessados pelas intersecções das opressões de gênero, raça, classe etc. (Jesus *et al.*, 2023).

Por sua vez, essa discussão possibilita que gestores/as, profissionais de saúde e pesquisadores/as possam pensar sobre o papel da saúde frente ao sistema de opressões que assola os grupos e indivíduos em situação de vulnerabilização.

Fica a dica

O termo interseccionalidade pode ser considerado uma categoria analítica na saúde ao considerarmos o Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço de cuidado, lugar de luta e garantia de direitos (Jesus *et al.*, 2023, p. 18785).

Assim, o termo interseccionalidade lança mão das múltiplas identidades que podem ser compartilhadas concomitantemente por um único sujeito, as quais podem fomentar processos de vulnerabilização social, acarretando uma condição de risco ampliado em adoecer e morrer. É o caso, por exemplo, de homens jovens (15 a 29 anos) negros, que têm sido exterminados por ações dos agentes de segurança pública do Estado brasileiro ou mesmo por sua participação em agências da criminalidade.

O Atlas da Violência (2024) expõe que a população negra – soma de pretos e pardos – perfazia um total de 76,5% das vítimas de homicídios no país, em 2022, totalizando 35.531 vítimas por CVLI (crimes violentos, letais e intencionais). Comparativamente, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes entre os negros foi de 29,7, enquanto entre os não negros – soma de pessoas brancas, indígenas e amarelas – a taxa foi de 10,8. A análise revela que a taxa de violência letal contra pessoas negras é significativamente mais alta do que entre pessoas não negras, com indivíduos negros tendo uma probabilidade 2,8 vezes maior de serem assassinados no Brasil em comparação com pessoas não negras (Cerqueira *et al.* 2024).

Saiba mais

Um estudo realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) para o Plano Juventude Viva – lançado em março de 2024, pelo Ministério da Igualdade Racial (MIR) – buscou verificar a relação entre acesso a níveis educacionais e o risco à violência letal e concluiu que:

Há uma desigualdade em termos de vulnerabilidade à violência letal entre os jovens brancos e negros, estando os negros mais expostos aos CVLI.

A escolaridade é um aspecto protetivo relevante contra a violência letal, com efeitos distintos entre jovens negros e brancos, ponto que demonstra a incidência do racismo sobre o grupo de pessoas negras mediante um amplo conjunto de fatores.

Fonte: Cerqueira et al. (2024).

É importante destacar, no contexto da saúde, que a população negra brasileira tem historicamente enfrentado os impactos do racismo, evidenciados pelos processos de adoecimento e pela sobremortalidade devido a causas preveníveis e evitáveis. Um exemplo é a elevada mortalidade materna entre mulheres negras, relacionada a gravidez, parto e puerpério (Abrasco, 2021). Além disso, mulheres negras, travestis e transexuais frequentemente enfrentam transfobia e a ausência de cuidados especializados que abordem adequadamente as questões específicas dos corpos transgêneros, bem como o reconhecimento de sua identidade de gênero e social.

É o caso, também, de mulheres negras vítimas de violência obstétrica. Segundo um estudo da pesquisadora Maria do Carmo Leal, intitulado *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*, publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2017, a chance de uma mulher negra não receber anestesia local para a realização do procedimento de episiotomia (corte no períneo) durante o parto é 50% maior em relação às brancas. O dado demonstra como o racismo ainda é definidor de quem deve ou não receber maior atenção e cuidado no atendimento em saúde.

O Dossiê Saúde da População Negra e Covid-19 da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), publicado em 2021, destaca que pesquisas apontam que experiências diárias de racismo e discriminação podem levar a índices perigosamente altos de hormônios do estresse e diminuir a capacidade do corpo de combater doenças. Desse modo, não é à toa que a população negra experimenta altas taxas de morbimortalidade, haja vista o processo de determinação social da saúde implicar a vivência cotidiana entre racismo, violências, insegurança alimentar, falta de saneamento básico e de moradia digna, trabalhos precarizados, entre outros elementos. Isso implica acesso reduzido aos serviços de saúde, como consultas, medicamentos, exames e prescrições médicas, bem como a falta de uma atenção primária adequada, impulsionando a prevalência na população negra de doenças crônicas, como diabetes mellitus, doença falciforme, hipertensão arterial, obesidade, doenças respiratórias (como tuberculose) etc. (Vigitel, 2019; Abrasco, 2021).

Com base nessas questões, conclui-se que a redução das iniquidades em saúde só será alcançada quando o cuidado for proporcionado de forma ampliada e equânime. Portanto, é fundamental considerar a interseção dos marcadores sociais e seu impacto na saúde de indivíduos e grupos sociais para estabelecer a integralidade em saúde. Esse enfoque é crucial, pois possibilita o debate sobre como as iniquidades afetam o processo saúde-doença-morte.

Caminhos para a Equidade em Saúde

A discussão sobre a equidade em saúde envolve pensar como o processo de determinação social impacta a situação de saúde de grupos sociais e indivíduos, bem como a construção de estratégias para superação das desigualdades – sociais, étnico-raciais, de gênero, sexualidade, geração, religiosidade etc. – e da garantia do direito à saúde. **O direito à saúde deve compreender uma noção de inclusão ampliada, que abarque o cuidado em saúde, mas também segurança alimentar e nutricional, moradia adequada, saneamento básico, trabalho e renda em condições adequadas, educação, saúde sexual e reprodutiva etc. (ONU, 2000).**

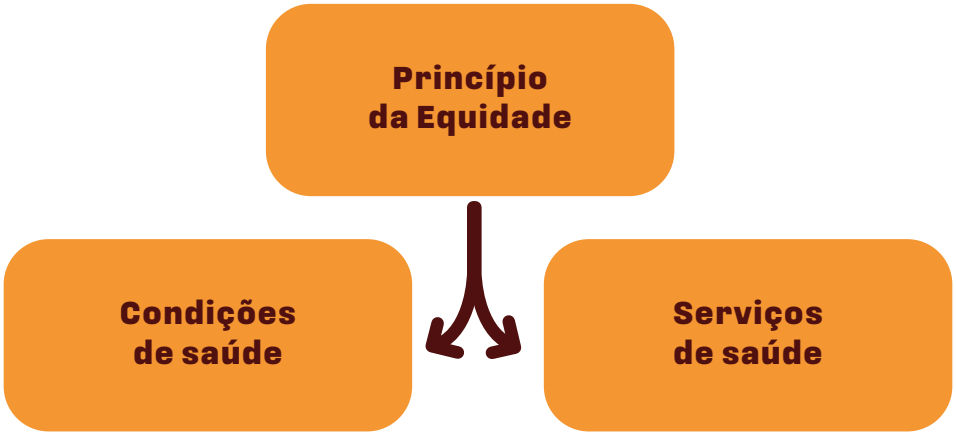
> É preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural (Barros e Souza, 2016, p. 16).

A equidade em saúde pressupõe, portanto, que as políticas em saúde sejam pensadas a partir das especificidades dos grupos sociais e suas condições de risco em desenvolver determinadas doenças, comorbidades, agravos e até de morte. Considerando que as pessoas têm diferenças e que essas implicam necessidades distintas e diversas, a promoção da equidade em saúde não pode avançar se a interseccionalidade não for incluída nas análises epidemiológicas e de promoção da saúde. Sendo assim, torna-se relevante "[...] incorporar à pauta as diferenças e diversidades como as relacionadas à questão das condutas de risco e das heterogeneidades de base étnico-culturais" (Barros e Souza, 2016, p. 13), raciais, de gênero, geração, religiosidade, capacitismo, sexualidade, entre outras.

No entanto, garantir apenas o acesso aos serviços de saúde não é suficiente enquanto as pessoas continuam a enfrentar situações que geram vulnerabilidades distintas. Processos de determinação, como racismo, violência policial e doméstica, insegurança alimentar e nutricional, moradia inadequada, falta de emprego e renda, condições precárias e abusivas de trabalho, transfobia, falta de saneamento básico e de acesso à educação, entre outros, perpetuam desigualdades no estado de saúde da população brasileira.

Destaca-se que:

> O princípio da equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas como sexo e idade determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis (Barros e Souza, 2016, p. 15).



Desse modo, pesquisadores/as do campo da saúde têm sugerido como principais formas de enfrentamento às iniquidades em saúde e de implementação de um sistema de saúde equânime os seguintes caminhos:

- Financiamento adequado, capaz de garantir acesso universal e integralidade dos cuidados de saúde à população;
- Fortalecimento do sistema de proteção social brasileiro, com maior intervenção do Estado no provimento e na expansão de políticas sociais de transferência de renda, assistência social, inclusão social e geração de emprego e renda e saúde para as populações em situação de vulnerabilidade;
- Garantia do fortalecimento do SUS com ampliação das estratégias de enfrentamento ao racismo institucional e às desigualdades de gênero e classe social, de forma participativa e inclusiva;
- Qualificação dos/as profissionais de saúde;
- Redução dos sub-registros do quesito raça/cor/etnia para permitir a desagregação dos dados e a análise étnico-racial das informações em saúde;
- Fortalecimento da dimensão interseccional na geração de indicadores sociais de avaliação e monitoramento das políticas sociais e desigualdades em saúde, garantindo a desagregação e cruzamentos das variáveis por sexo, raça/etnia, orientação sexual, classe, geração, entre outros; e
- Priorização da efetiva implementação das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, de acordo com a Portaria de Consolidação do MS n. 02/2017, a exemplo das seguintes políticas: Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA); e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Em suma, é preciso considerar a existência de uma matriz de opressão que distingue a maneira como os fenômenos sociais – a exemplo do racismo – incidem diretamente na situação de saúde entre os indivíduos e os grupos e populações. É justamente por esses motivos que alguns fatores biológicos importantes para a explicação das diferenças no estado de saúde dos indivíduos não conseguem explicar, em sua totalidade, as diferenças na forma como as doenças afetam os sujeitos e os grupos sociais.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Dossiê*: Pandemia de covid-19. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. 314p.

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO et al. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 4, p. 191 – 205, dezembro 2020.

AZEVEDO, C. M. M. *Onda negra, medo branco*: o negro no imaginário das elites – século XIX. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2.097-2.108, 2017.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2.097-2.108, 2017.

BARROS, F. P. C.; SOUZA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BENTO, C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BENTO, M. A. S. *Pactos narcísicos no racismo*: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico em Saúde da População Negra*, v. 1, Número Especial, out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. VIGITEL. *Brasil 2018 População Negra*: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: 2019. 133p.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 02 de 28 de setembro de 2027. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI.

_____. Ministério da Igualdade Racial. Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília; SEPPIR; 2011.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 2.005-2.008, 2006.

_____. A saúde e seus determinantes. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030*: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro, 2013. v. 2, p. 19-38.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Orgs.). *Atlas da Violência 2024*. São Paulo: Ipea; FBSP, 2024.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1.241-1299, 1991.

_____. Porque é que a interseccionalidade não pode esperar. Tradução de: Santiago D'Almeida Ferreira. ANTI lab. *Laboratório de Ação Não-Binária, Transgénero e Intersexo*, p. 1-4, 2015. Disponível em: https://apidentidade.wordpress.com/2015/09/27/porque-e-que-a-interseccionalidade-nao-pode-esperar-kimberle-crenshaw/.

COLLINS, P. H.; BIRGE, S. *Interseccionalidade*. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

CHRISTIAN, M. A global critical race and racism framework: racial entanglements and deep and malleable whiteness. *Sociol Race Ethn*, Thousand Oaks, v. 5, n. 2, p. 169-185, 2018.

DAVIS, A. As mulheres negras na construção de uma nova utopia. *Geledés*, 12 jul. 2011.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008. 194p.

FRANKENBERG, R. *Race, sex and intimacy I*: mapping a discourse. Minneapolis: University of Minnesota, 1999.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, v. 27, p. 45-63, 1995.

GUIMARÃES, A. S. A. Os estudos de relações raciais no Brasil. *In: Racismo e antirracismo no Brasil*. 34 ed. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; 1999. 240 p.

IBGE (2018). Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41, 2018. liv101681_informativo.pdf (ibge.gov.br). Acessado em 14 de junho de 2024

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.

JESUS, M. A. C. et al. A interseccionalidade como categoria analítica na saúde com foco na enfermagem na Atenção Primária em Saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 16, n. 10, p. 18.773-18.793, 2023.

KYRILLOS, G. M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020.

KILOMBA, Grada. Memórias da Plantação – Episódios de Racismo Cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019a [2008].

LOPES, A. A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. *In*: BARATA, R. B. *et al*. (Orgs.) *Equidade e saúde*: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997. p. 245-256. (Série Epidemiológica, v. 1).

MOREIRA, A. *Racismo recreativo*. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Rio de Janeiro: UFF, 2004. (Coletânea Cadernos PENESB, p. 15-34).

_____, K. Uma abordagem das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A. A. *Programa de Educação sobre o negro na sociedade brasileira*. Niterói: Edusp, 2000.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *General Comment* No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). Genebra: UNU, 2000. Disponível em: http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html.

PIZA, E. Branco no Brasil? Ninguém sabe, ninguém viu. In: GUIMARÃES, A. SA HUNTLEY, L. *Tirando a máscara*: ensaios sobre o racismo no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 97-126.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

SCHUCMAN, L. V. *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"*: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. São Paulo: Veneta, 2020.

PROFEPI PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Módulo 2

Sistemas de Informação em Saúde e a Saúde da População Negra

Curso:
ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal

APRESENTAÇÃO

A invisibilidade dos dados reforça a inviabilidade de elaboração de um plano efetivo para diminuição das iniquidades sociais, étnico-raciais e alcance da equidade em saúde, o que demonstra o quanto ainda é preciso avançar na elaboração e implementação das políticas em saúde. Os dados referentes às condições e expectativa de vida, fatores ambientais, doenças, agravos, mortalidade, incapacidade, acesso a serviços de saúde e qualidade da atenção passaram a ser de extrema importância para a construção de indicadores de saúde, os quais se traduzem em avaliação, produção de informações epidemiológicas relevantes e subsídio para a elaboração e implementação de políticas públicas.

A proposta deste módulo 2 - Sistemas de Informação em Saúde e a Saúde da População Negra, visa compreender como a qualidade dos dados produzidos nos sistemas de informação em saúde podem contribuir para a superação de iniquidades, bem como proporcionar discussões que problematize como a falta de monitoramento e de preenchimento sistemático do quesito raça/cor/etnia revela o não atendimento à obrigatoriedade desse registro, previsto na Portaria de número 344 de 1° de fevereiro de 2017, a qual dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde; e que também diz respeito ao não atendimento à Portaria número 992, de 13 de maio de 2009, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O módulo apresenta discussões sobre a temática do racismo e saúde divididos em quatro temas fundamentais:

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Quesito raça/cor/etnia;
- Sistemas de Informação em saúde da população negra;
- Critérios e avaliação de qualidade dos dados em saúde da população negra (completitude/incompletitude).

TEMA 1 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Nesta aula, refletiremos sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a sua importância para a equidade racial nas políticas de saúde, a partir do seguinte caminho:

- Apresentar breve panorama histórico e o papel do movimento negro na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e
- Evidenciar os princípios, a marca, as diretrizes, os objetivos, as estratégias e as responsabilidades das esferas de gestão da PNSIPN.

Ao final desta aula você será capaz de de discutir sobre o panorama histórico e o papel do movimento negro na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, distinguir os princípios, a marca, as diretrizes, os objetivos e as estratégias e responsabilidades das esferas de gestão da PNSIPN, bem como compreender a importância da equidade racial nas políticas de saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: caminhos trilhados

Como discutido no módulo 1, Racismo e Saúde, a caracterização da situação de saúde da população negra evidencia a profunda desigualdade social, da exclusão e da vulnerabilização do povo negro brasileiro, em relação a outros grupos privilegiados, mantidas por meio de práticas institucionais. A operacionalidade do racismo institucional se desenvolve a partir de mecanismos legais, os quais se sucedem independente dos atores sociais, tornando-se, portanto, um fenômeno abstrato (Werneck, 2016; Wieviorka, 2007).

O racismo institucional, como visto anteriormente, trata-se do racismo não declarado e institucionalizado, responsável por manter as pessoas devido a sua origem étnico-racial, cultura, orientação sexual e religiosidade em situação de inferioridade social. Sendo assim, materializa-se na falta de oportunidades mais equânimes e de acesso aos serviços básicos como saúde, educação, moradia adequada, oportunidade de trabalho e renda, mobilidade espacial, segurança pública, segurança alimentar e nutricional etc. enfrentados pela população negra cotidianamente (Almeida, 2021).

No setor da saúde, o racismo institucional se manifesta na falta de promoção adequada de serviços especializados e qualificados para a população negra, na ausência de indicadores sociais relevantes e na subnotificação nos sistemas de informação em saúde. Além disso, reflete-se na carência de capacitação continuada e formação permanente dos profissionais de saúde, bem como na falta de implementação e aplicabilidade das políticas de saúde voltadas às especificidades do processo de adoecimento da população negra (Werneck, 2016).

É importante salientar que grande parte da população negra é SUS dependente, ou seja depende quase que exclusivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), e, mesmo

sendo o público majoritário, o racismo tem sido preponderante na limitação das formas de cuidado e de tratamento ao outro. Este fato está centrado numa percepção social, fundada num senso comum, de que o acesso à saúde de boa qualidade é destinado a uma camada diferenciada que pode pagar planos de saúde ou procedimentos e consultas particulares. Isso nos leva a compreender como o próprio SUS é negligenciado por ser caracterizado como "lugar de pobre" e, sobretudo, "lugar de negro".

Assim, o não acesso aos serviços de saúde ou o acesso precarizado se dá a considerável parcela da população brasileira, a saber: negra, periférica e pobre. Ou seja, no campo da saúde, a população negra brasileira transita entre a insuficiência materializada por uma certa invisibilidade institucional e o excesso materializado no preconceito e discriminação raciais (Anunciação; De Paulo, 2019).

A invisibilidade das doenças prevalentes na população negra - a exemplo do HIV/Aids, Sífilis, Dengue, Hanseníase, tuberculose, leishmaniose tegumentar e várias outras como diabetes mellitus (tipo II), hipertensão arterial, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, doença falciforme etc. -, quando somada à falta de atenção e cuidado integral, bem como à negligência em considerar o processo de determinação social da saúde - a rigor, no diagnóstico, tratamento e prognóstico - como fatores de agravamento do processo saúde-doença das população negra só ratificam a presença do racismo institucional existente no país.

Tome nota:

O problema não está apenas na postura/ação de alguns/mas profissionais de saúde que manifestam, muitas vezes, o racismo interpessoal, mas essencialmente na **falta de mecanismos institucionais** que possibilitem a implementação do cuidado integral da população negra.

Você consegue perceber que as desigualdades sociais e iniquidades em saúde nos mostram como as relações desiguais de acesso aos serviços de saúde impactam em fragilidades institucionais com a presença do racismo institucional e de barreiras ao controle social na saúde? Foi por motivos como estes que os movimentos negros se aglutinaram em lutas antirracistas e enfrentamentos políticos para garantir à população negra o acesso de qualidade aos serviços de saúde e o cuidado integral e preventivo. Toda a ação e luta dos MNs (Movimentos Negros) culminou na elaboração e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O panorama histórico e o papel do movimento negro na implementação das políticas de saúde

O movimento negro (MN) desempenhou um papel fundamental na implementação das políticas de saúde voltadas à atenção da população negra, sobretudo, os movimentos feministas negros. Para a nossa aula em questão, destaca-se que nas discussões e ações para elaboração e implementação da PNSIPN, durante o período de 2001 a 2011, aproximadamente, onze entidades e organizações se envolveram, direta ou indiretamente, sendo elas: União Nacional dos Negros pela Igualdade (UNEGRO), Federação Nacional de Associações de Doença Falciforme (FENAFAL), Crioula, Geledés, Maria Mulher, Fala Preta!, Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO), Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); e a Coordenação Nacional de Entidades Negras (CONEN) (Araújo; Texeira, 2022). Por isso, utilizaremos aqui o plural, falando em movimentos negros (MNs), já que muitos se fizerem presentes e atuantes neste contexto.

Se liga no saber

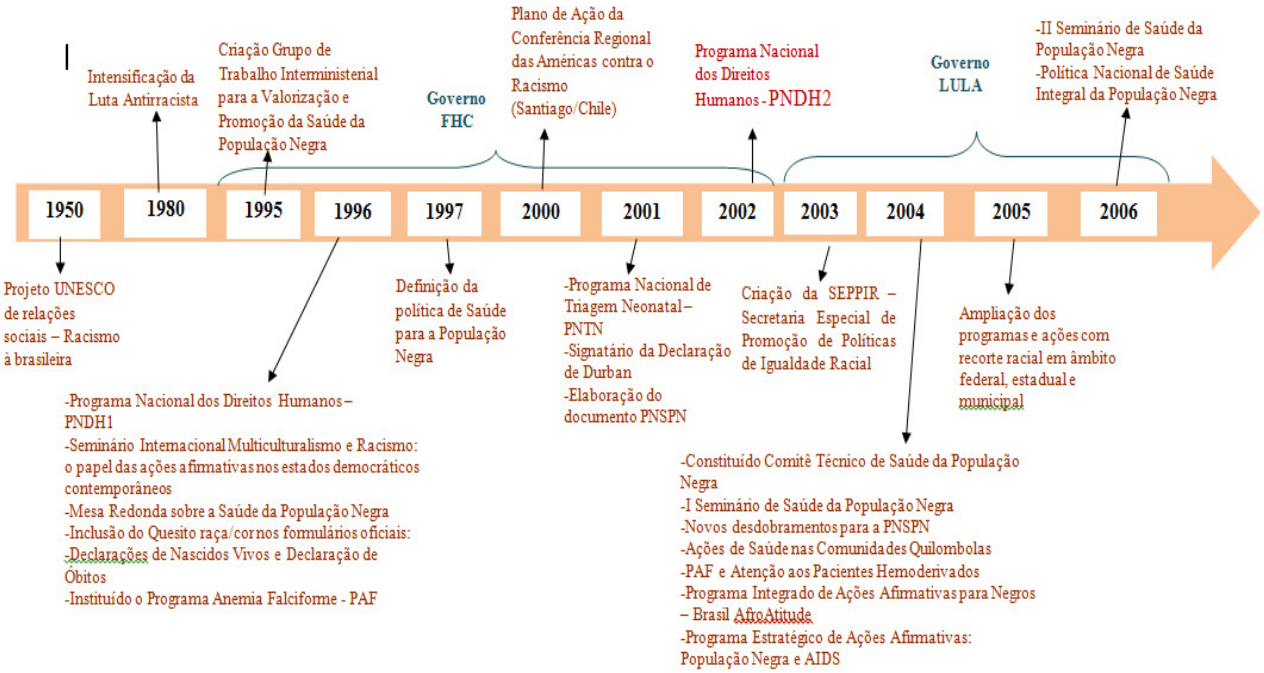
Você sabia que o movimento negro é forjado em torno de uma identidade coletiva, e não, necessariamente, por um agrupamento de indivíduos que possuem interesses comuns? Por isso, pode ser **concebido enquanto um movimento social**, pois é constituído por princípios solidários decorrentes das invisibilidades, dos sofrimentos vivenciados pelas exclusões sociais, violências e discriminações, decorrentes de ações empreendidas por meio de forças sociais em conflito (Gohn, 2011).

O processo de redemocratização da sociedade brasileira, no início da década de 1980, incitou a luta em torno de questões que envolviam pautas que demarcavam o direito à saúde e o combate ao racismo como principais elementos a serem incluídos na Constituição Federal de 1988, a partir, respectivamente, da atuação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e dos Movimentos Negros.

Para entendermos como a PNSIPN é forjada, apresentamos uma breve linha do tempo, dividida entre o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e o primeiro mandato do Governo Luís Inácio Lula da Silva (Lula), mostrando como a pauta ganha visibilidade na arena política, o papel dos movimentos negros e como as políticas de saúde, que

atendam às demandas da população negra, vão se institucionalizando.

Linha do Tempo das políticas em torno da saúde da população negra do governo FHC ao primeiro mandato do Governo Lula.



Fonte: Elaborado por Diana Anunciação, (2017).

Se Liga aí

No final da década de 1970, o movimento Negro Unificado (MNU) é constituído, tendo por pauta um programa de combate ao racismo na sociedade brasileira, incluindo demandas que envolviam a luta por direitos sociais, emprego e renda, acesso à educação, violência doméstica e genocídio da juventude negra. Mesmo com uma pauta de reivindicações extensa, o direito à saúde não tinha ainda destaque. Conforme apresentam Araújo e Texeira (2022), a pauta do direito à saúde da população negra só ganha visibilidade a partir do Movimento de Mulheres Negras (MMN), em 1980, quando este reivindica a regularização da esterilização no país e, com isso, traz para a arena pública a denúncia de evidências de práticas racistas nas políticas de controle natalista, que promoviam esterilização forçada em mulheres negras (como as laqueaduras em larga escala), além da falta de planejamento familiar na rede pública e a não implementação adequada da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Atenção

As **mulheres negras** tornam-se atrizes-chave na construção de uma proposta de equidade racial junto ao SUS.

A intensificação da luta antirracista nos anos de 1980, acarreta pequenos avanços na década de 1990, quando os MNs avançam na construção de uma agenda antirracista de acesso a direitos fundamentais para a população negra, incluindo as demandas em torno do acesso aos serviços de saúde. No período do Governo FHC, que vai de 1995 a 2002, os MNs, sobretudo, o movimento feminista negro, conseguem demandar e garantir, minimamente, alguns espaços de discussão na arena pública sobre a saúde da população negra, criação de programas específicos e representação em lugares estratégicos (Oliveira; Magalhães, 2022).

Nesse sentido, cabe destacar a realização da *Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida*, que aconteceu em 1995, em Brasília/DF (Imagem 01), que dentre vários elementos, evidenciou os 300 anos da morte do líder negro Zumbi dos Palmares. Também foi o momento em que se consagra o dia 20 de novembro, dia da morte de Zumbi dos Palmares, como a data ilustre para representar a luta do povo negro pela superação do racismo e da desigualdade racial, constituindo-o enquanto Dia da Consciência Negra e Dia Nacional de Zumbi dos Palmares. Podemos atribuir os vários movimentos de institucionalidade da pauta racial, à luta dos MNs que impõem ao Estado brasileiro a questão racial como problemática a ser enfrentada, em torno da elaboração de políticas afirmativas. Disto resultou a criação, nesse mesmo ano, do *Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização e Promoção da Saúde da População Negra (GTI)*.

Imagem 01 - Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, 1995, Brasília/DF.

Fonte: Disponível em: https://g.co/arts/mYoMMxzr8HKCaJ8c6

O GTI foi criado como o espaço que aglutinava a participação da sociedade civil e de representações ministeriais, tendo por objetivo apresentar propostas de ações de combate à discriminação racial e valorização histórica e cultural da população negra. Todavia, o grupo teve muitas dificuldades para efetivar o seu papel, devido à dificuldade de coordenação da política por parte do próprio governo, ou seja, criou-se uma instância, mas não houve um provimento adequado de condições técnicas, políticas e orçamentárias para a sua efetiva consolidação.

Mesmo com toda dificuldade destacada, o debate se intensifica e o subgrupo Saúde do GTI teve papel essencial na organização da *Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra*, realizada em Brasília/DF, em 1996, com apoio do Ministério da Saúde. O seu relatório final apresentou demandas como a taxonomia de doenças "negras"; a produção estatística sobre as desigualdades raciais em saúde; a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, constando em formulários oficiais como Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbitos (DO), assim como a constituição de uma Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, devido à alta prevalência na população negra.

Isso acarretou, efetivamente, a inclusão do quesito raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); a implementação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) e do 1º Programa Nacional

de Direitos Humanos (PNDH1), o qual apresentava propostas para a valorização da população negra, o combate à discriminação e a implementação de ações afirmativas. Este último teve uma segunda versão lançada em 13 de maio de 2002 (PNDH2).

Ainda em 1996, foi organizado pelo Ministério da Justiça (MJ), o *Seminário Multiculturalismo e Racismo: o papel da ação afirmativa nos Estados democráticos contemporâneos*, o qual contou com a participação de representantes do poder público, dos movimentos sociais, sociedade civil e pesquisadores/as, tendo por objetivo debater as relações raciais no Brasil e a criação das políticas afirmativas, a partir do que se apresentava no PNDH1.

Toda essa mobilização, articulação e discussão, propiciada pelo GTI, culmina na apresentação de uma primeira proposta, no ano de 1997, de uma política de saúde que atendesse às especificidades da situação de saúde da população negra. Alguns desdobramentos foram vislumbrados a partir deste contexto, tais quais:

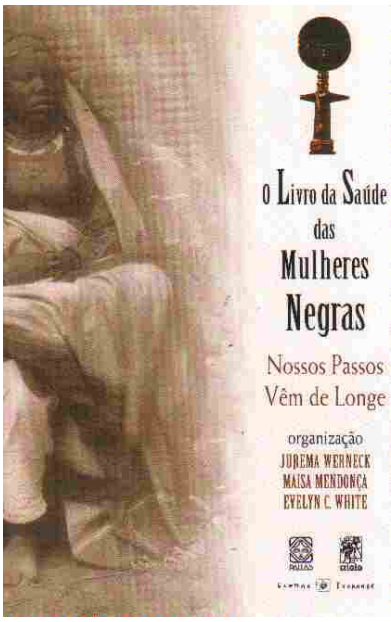
1. Inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS, por meio da Portaria GM/MS n. 3.947 de 25 de novembro de 1998;
2. Inserção da doença falciforme (via "teste do pezinho") no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria GM/MS n. 822 de 06 de junho de 2001; e
3. Criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), o qual objetiva combater o racismo institucional dentro do SUS, sobretudo, no âmbito municipal.

Mas, é a participação do Brasil na *3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância*, conhecida como Conferência de Durban, realizada em 2001, na cidade de Durban/África do Sul (imagem 02), que se torna marco na agenda da promoção da igualdade racial. Nesta, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Durban, aderindo a uma agenda de compromissos internacionais, no que tange a implementação de políticas de enfrentamento ao racismo, a discriminação racial, xenofobia e formas correlatas de intolerância.

Imagem 02 – Conferência de Durban, 2001, Durban/África do Sul.

Fonte: Evan Schneider | Crédito: UN Photo/Evan Schneider. Direitos autorais: Evan Schneider / United Nations Photo.

No campo da saúde, o cenário desde a preparação até o momento da Conferência fortaleceu a organização e mobilização do movimento de mulheres negras como a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AOMNB). Esta também se destacou por meio da publicação de estudos sobre as desigualdades raciais em saúde, a exemplo dos livros: *Saúde da população negra no Brasil*, da médica Fátima Oliveira, publicado em 2001, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como produto preparatório para a conferência de Durban; e *O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe*, organizado por Jurema Werneck, Maisa Mendonça e Evelyn C. White, publicado em 2000, pela Pallas/Crioula. É deste contexto histórico que se chega a uma proposta mais robusta da Política Nacional de Saúde da População Negra.



Saiba mais

Fátima Oliveira (1953-2017), mulher negra, feminista, médica, defensora incansável dos direitos sexuais e reprodutivos. Membra fundadora da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos. Atuava no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte. Como médica-pesquisadora, contribuiu com o estudo da Saúde da População Negra, Bioética, Programa Nacional de Anemia Falciforme, escrevendo vários artigos de relevância. Foi membra do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e do Conselho Consultivo da Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC). Integrou a UNEGRO e o Partido Comunista do Brasil (PCB) (Matildes, 2021, Geledés).

Já no primeiro mandato do Presidente Lula, que vai de 2003 a 2006, a temática racial ganha relevância política, dando um maior grau de institucionalização a esta, com a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Conselho Nacional de Políticas de Igualdade Racial (CNPIR), ambos instituídos neste mesmo ano.

Houve também um avanço da implementação da política de ações afirmativas, com a política de cotas em diversas instituições de ensino superior (IES) do país. Outro destaque, foi a aprovação da Lei n. 10.639 de 09 de janeiro de 2003, a qual tornou obrigatória a inclusão da história e cultura do povo negro no ensino fundamental e médio e do Decreto 4.887 de 20 de novembro de 2003, que 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 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Ainda em 2003, realizou-se também a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cuja temática central *Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS* que queremos, incorporou, pela primeira vez, a partir da atuação dos MNs, a questão da saúde da população negra em seu relatório final.

Em 2004, o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra induziu a assinatura do termo de compromisso entre a SEPPIR e o MS, resultando na criação do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra, instituído pelas Portarias GM/MS n. 1.678 e n. 2.632, ambas de 2004, as quais tem por intuito acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Ademais, em 2005, há uma ampliação dos programas e ações contendo o recorte racial no campo da saúde nas esferas federal, estadual e municipal, a exemplo da inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do Programa Nacional de DST/AIDS; da instituição da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, por meio da Portaria GM/MS n. 1.391 de 16 de agosto de 2005, bem como de ações em saúde voltadas às comunidades quilombolas.

Em 2006, os MNs conquistam acesso a um importante espaço político na luta pela saúde da população negra, o assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como primeiras representantes duas mulheres negras respeitáveis dentro do MMN e do campo da saúde da população negra, são elas: Fernanda Lopes (Fundo Baobá e ABRASCO) e Jurema Werneck (Criola e Anistia Internacional do Brasil).

Saiba mais

Fernanda Lopes é bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), área de concentração epidemiologia. Atualmente é diretora de Programa do Fundo Baobá para Equidade Racial. É proprietária da Niketche: Transformando Realidades, que realiza consultorias especializadas em saúde e direitos humanos, desenvolvimento e equidade racial e de gênero. Além disso, integra, como pesquisadora independente, o Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

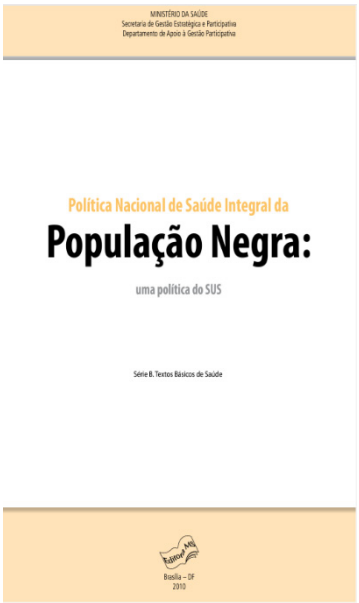
Jurema Pinto Werneck é uma ativista feminista, médica, pesquisadora, comunicóloga, cofundadora da ONG Crioula. É também Diretora-Executiva da Anistia Internacional no Brasil, desde fevereiro de 2017 e faz parte do quadro da direção do Global Fund for Women.

Tome nota

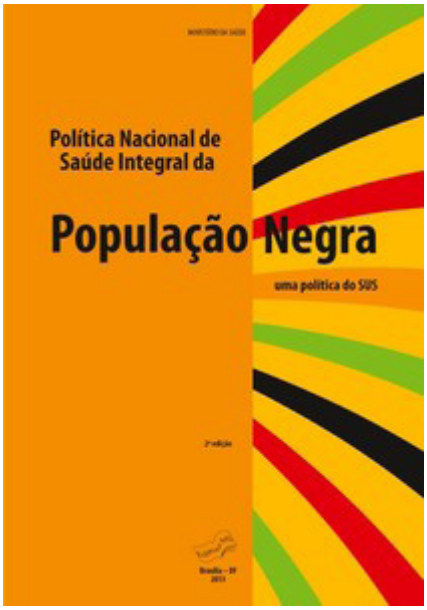
O **CNS** é um órgão colegiado, diretamente vinculado ao Ministério da Saúde, desde 1937, o qual tem como função mediar as demandas em saúde e fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde pactuadas. É composto por 48 membros de quatro setores: entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; entidades nacionais de profissionais de saúde, ou comunidade científica na área da saúde; entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e das nacionais com atividades na área da saúde; e segmento do governo federal.

A realização do 2° Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2006, marcou o lançamento da proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População (PNSIPN), a qual foi aprovada pelo CNS em 10 de novembro de 2006. Esta é pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do MS, objetivando implementa-la como lei. Para tanto, também foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra e, em 2009, finalmente é instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada pela Portaria GM/MS n. 992, de 13 de maio de 2009, com o plano operativo que define protocolos e metas para a sua implementação.

1ª Edição, 2010



2ª Edição, 2012



3ª edição, 2017

A importância da equidade racial nas políticas de saúde: conhecendo a PNSIPN

A Política Nacional da Saúde Integral da População Negra marca o compromisso do governo federal, por meio do Ministério da Saúde, firmado com os Movimentos Negros, no combate às desigualdades étnico-raciais no SUS e do avanço na promoção da saúde integral da população negra, considerando como fatores as iniquidades em saúde e o racismo como processo de determinação social de saúde (Anunciação, et al., 2022).

Mesmo com a aprovação desta, ainda precisamos caminhar muito para alcançarmos a equidade em saúde, já que ainda enfrentamos barreiras em sua implementação (Góes, 2017). Assim, a Política visa promover a equidade em saúde, orientada pelos mais importantes princípios e diretrizes do SUS – integralidade, equidade, universalidade e participação social. Ademais, é definida também as responsabilidades de cada esfera da gestão (federal, estadual e municipal), para a efetiva implementação da política. Com isso, o Estado brasileiro:

> Reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência. (Brasil, 2017, p.8).

Sendo assim, a PNSIPN tem como marca:

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. (Brasil, 2017).

Assim, para promover a equidade em saúde, a Política tem como objetivo central a promoção da saúde integral da população negra, atuando, principalmente, sobre a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação das instituições e serviços do SUS.

Para dar conta desse objetivo central, a PNSIPN é destrinchada em doze objetivos específicos, dos quais destacamos aqui: o item III que trata da inclusão da temática nos processos de formação continuada e educação permanente dos/as profissionais de saúde e no exercício do controle social; os itens V e VI, os quais juntos propõem o aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação em saúde do SUS (coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia) e da inclusão do quesito raça/cor/etnia em todos os instrumentos de coleta de dados; o item XI, que aborda sobre o monitoramento e avaliação das mudanças na cultura institucional dos serviços de saúde, garantindo princípios antirracistas e não discriminatórios. E o item XII, o qual versa sobre o fomento à realização de estudos e pesquisas científicas sobre a incidência do racismo na população negra e seu impacto na situação de saúde deste grupo.

Tendo esses objetivos enquanto desafios, a política destaca quais devem ser as estratégias de gestão a serem tomadas para que, de fato, esta seja implementada.

Tome nota

Devido ao seu caráter transversal, as estratégias de gestão devem estar em permanente interação com todas as demais políticas de saúde.

Entre as dezoito estratégias de gestão apresentadas na Política, que tratam desde o cuidado em saúde da mulher negra (apontando, principalmente, para a assistência ginecológica, obstétrica, puerpério, climatério e situação de abortamento), saúde mental, atenção às pessoas com doença falciforme, saúde quilombola, distintas situações de violência etc., destacamos os seguintes elementos: definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão; o desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama e transtornos mentais. Ademais, o estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas; a implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde; a articulação desta Política com as demais políticas de saúde; o apoio técnico e financeiro, bem como os acordos e processos de cooperação nacional e internacional nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

Por fim, a política define quais são as responsabilidades de cada esfera da gestão - federal, estadual e municipal –, tendo como primeiro ponto a implementação da política a nível federal, estadual e municipal, respectivamente. Ademais, passa pela discussão da gestão dos recursos orçamentários e financeiros, bem como da coordenação, monitoramento e avaliação da implementação da política, de formas de identificação das necessidades em saúde da população negra e implantação e implementação de instâncias de promoção da equidade em saúde da população negra nas três esferas.

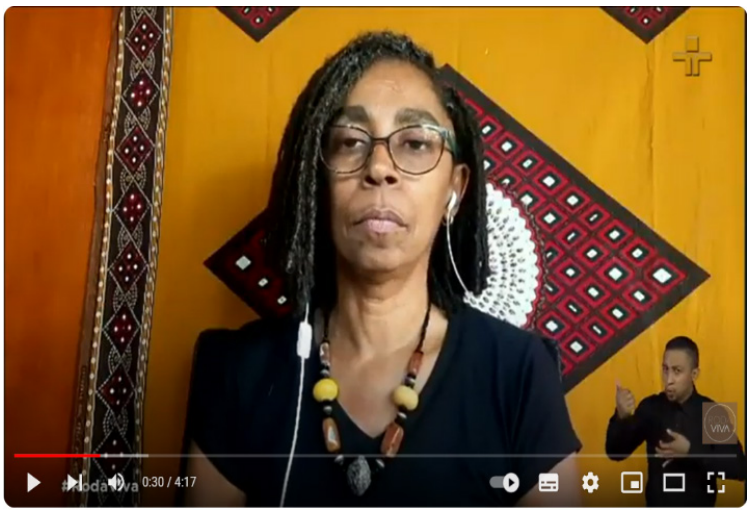
Tome nota

Podemos afirmar que a redução das iniquidades em saúde no que tange às questões étnico-raciais dar-se-á com ações de enfrentamento ao racismo e ao racismo institucional, garantindo a implementação adequada da PNSIPN e viabilizando o acesso integral aos serviços de saúde da população negra, sobretudo da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como do papel importante da Vigilância em Saúde, no que tange à análise dos indicadores em saúde da população negra.

Sugestão de vídeos:

1 - Trecho da entrevista de Jurema Werneck ao Programa Roda Viva, exibido em 17 de maio de 2021, em que aborda a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=vRvB3PfD11I



2 – Série NEGRAS - Ep. 05 - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-QcO3vnd3u4

TEMA 2 - QUESITO RAÇA/COR/ETNIA

Nesse módulo, traçaremos um panorama histórico do quesito raça/cor/etnia e discutiremos sobre a importância do preenchimento do quesito para alcançarmos a equidade em saúde. Espera-se que você possa compreender a importância do quesito raça/cor/etnia para o planejamento, formulação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Antes de falarmos sobre o panorama e a importância do quesito raça/cor/etnia, precisamos falar sobre a importância dos dados para a implementação das políticas públicas.

Os dados têm várias dimensões: política, analítica e social. Os dados podem revelar o perfil epidemiológico da população (do que adoecemos; quem adoece; quais as principais causas de mortalidade, por exemplo), pode revelar a cobertura de ações e serviços, eficácia e efetividade das políticas públicas. Nesse sentido, apoiam o planejamento, formulação, implantação e avaliação de políticas públicas; permitem o monitoramento das ações e análises das condições de vida e saúde da população e otimizam o investimento em ações específicas e programas estratégicos. Sem dados, nós não temos como estabelecer comparações entre padrões de adoecimento, padrões de mortalidade entre pessoas brancas, pretas, pardas, amarelas e indígenas, temos dificuldade de avaliar o nível de assistência à saúde e o alcance do SUS.

Políticas públicas são orientadas por dados e surgem a partir do diagnóstico social. A fotografia dos dados, de certo modo, nos dá a dimensão da realidade. **E como obtemos o diagnóstico social?** Ora, o diagnóstico social é feito, em grande medida, a partir da análise de dados.

Sem dados como fundamentaremos as políticas públicas?

Essa é uma questão muito relevante. A produção de dados de qualidade deve ser priorizada em qualquer gestão. Assim, a falta de interesse governamental na coleta e o "apagão de dados" são preocupantes. O apagão dos dados da Covid-19, por exemplo, provocou a invisibilidade da letalidade da Covid-19 entre determinados segmentos sociais. Qual foi o balanço da contaminação nos presídios? Quantas pessoas em situação de rua foram afetadas? Qual a taxa de contaminação entre comunidades quilombolas? No âmbito das políticas públicas, **a falta de dados é um dado importante!**

Afinal, os dados podem revelar os impactos do racismo?

Sim, nós podemos observar o racismo expresso nos dados, na medida em que o mesmo determina as condições de saúde da população negra e; na ausência de informações, quando os registros de dados por raça/cor/etnia são ignorados, desconsiderados nas análises de saúde, implementação de políticas públicas e produção do conhecimento em saúde.

Você já pensou:

Que o racismo científico, o eugenismo e as políticas de branqueamento também se baseiam em dados?

No Brasil, a efetividade das políticas públicas é impactada pelo racismo institucional que dificulta a produção dos dados, da informação e do conhecimento em saúde das populações segundo raça/cor/etnia.

Na sequência, falaremos sobre a importância do quesito raça/cor/etnia e resgataremos aspectos históricos da classificação **étnico-racial** no Brasil. Nesse curso, adotaremos a expressão étnico-racial por compreendermos que melhor abarca a complexidade em questão, certo?

Qual a importância do quesito raça/cor/etnia?

Raça/cor/etnia é uma categoria dinâmica, isto é, muda conforme a sociedade vai se modificando. Raça/cor/etnia é construída socialmente e pode revelar desigualdades sociais. Portanto, não é uma categoria que possui embasamento na biologia ou na genética, como tentou-se afirmar através da eugenia e do determinismo biológico na antropologia. Logo, não podemos dizer que os aspectos biológicos justificam as desigualdades em saúde, certo?

O uso da **raça/cor/etnia para análise social e do racismo como determinante histórico e sociopolítico** possibilitam compreender as iniquidades entre grupos populacionais. Muitos acreditam que a adoção do quesito raça/cor/etnia trata-se de uma medida racista, discriminatória, segregacionista. “Ora, por que classificar e analisar grupos separadamente?” “Essa não seria uma forma de discriminação?” Essa crença revela uma compreensão distorcida sobre a realidade brasileira, evidencia a negação do racismo e dos impactos do racismo estrutural. Ademais, é preciso destacar que a discriminação pode ser negativa ou positiva. No caso da discriminação negativa temos atos que visam reprimir ou segregar, por meio de ações opressoras relacionadas ao preconceito étnico-racial, gênero, orientação sexual, religiosidade, capacitismo etc., acarretando em violações dos direitos de pessoas e grupos sociais. Já a discriminação positiva está vinculada ao princípio da equidade, na medida em que adota critérios para estabelecer a inclusão e a garantia dos direitos dos sujeitos e grupos sociais excluídos socialmente, ou seja, vincula-se à noção de justiça social. Sendo assim, **adotar o quesito raça/cor/etnia trata-se de uma medida de discriminação positiva**.

Sem dados desagregados por raça/cor/etnia como analisaremos o impacto das iniquidades em saúde nas populações?

Assim, a inclusão do quesito raça/cor/etnia e a melhoria da qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde representam uma das estratégias de gestão previstas na **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** que visa enfrentar o racismo e reduzir as desigualdades étnico-raciais na saúde.

O quesito raça/cor/etnia nos levantamentos censitários

A nossa dificuldade com relação ao uso do quesito raça/cor/etnia é histórica. Não existem critérios universais, uma classificação padronizada sobre o uso do quesito em todo o mundo. Cada país adota critérios baseados em sua configuração histórica, social, política e ideológica. Assim, o sistema de classificação étnico-racial brasileiro é único. Não há nenhum sistema mundial igual ao sistema classificatório étnico-racial brasileiro assim como, as relações étnico-raciais historicamente estabelecidas no Brasil e o racismo à brasileira.

No Brasil, as formas de coleta, classificação e tratamento do quesito raça/cor/etnia nos levantamentos censitários pelo IBGE foram orientadas por diferentes concepções, demandas políticas e sociais. Entretanto, é importante destacar que tivemos um longo caminho até essa definição.

Vamos compreender um pouco desse histórico?

As categorias “branca”, “amarela” e “preta” sempre constaram nos levantamentos estatísticos nacionais, desde o primeiro censo nacional brasileiro. Mas o mesmo não aconteceu com as categorias “parda”, “mestiça”, “cabocla”, “indígena”. Elas sofreram intersecções, foram incluídas, excluídas, reincluídas, substituídas ao longo do tempo.

A categoria “pardo”, considerada categoria intermediária (entre branca e preta), abrangeria todas as definições não enquadradas em outras categorias. Ou seja, se a pessoa não é preta, não é branca, não é indígena, ela é parda! Importa destacar que essa categoria é muito questionada por estudiosos, cientistas sociais e militantes do movimento negro, pois consiste em reduzir as tensões e diferenças entre brancos e pretos; oportuniza a quem responde à entrevista o branqueamento nas respostas; dificulta a análise das desigualdades entre esses brancos e não brancos e, de acordo com MUNANGA (2009), obstaculiza a construção de uma identidade comum entre os considerados “não brancos”.

O campo “cor” foi suprimido, ignorado do censo de 1920 e de 1970, sob justificativa de que havia divergências e de que o critério racial não estava bem definido.

O primeiro censo oficial brasileiro ocorreu em 1872. A classificação racial utilizada na época era definida a partir das categorias branco, preto e pardo (que se aplicava à população negra alforriada, livres ao nascimento ou escravizada) e caboclo (indígenas).

O segundo censo brasileiro ocorreu em 1890. Nessa época, o termo pardo foi substituído por mestiço. Nos censos seguintes, o campo raça foi ignorado e incluído novamente no censo de 1940.

No censo de 1940, determinaram que se atribuísse um traço ("-") à categoria "parda". A orientação era de que aqueles/as que não desejavam explicitar sua condição racial fossem incluídos no grupo de pardos/as. Em situações nas quais o/a respondente não se enquadrava em nenhuma das respostas, o/a coletor/a deveria inserir um traço no campo cor. Em resumo, essa categoria resultou da soma dos não declarantes e das inferências do/a coletor/a censitário/a.

Ainda no censo de 1940 foi criada a categoria amarela devido ao intenso fluxo de imigração asiática. Essa categoria refere-se a pessoas de países do extremo oriente como Japão, China, Coreia do Sul e Coreia do Norte. Registra-se, nesse censo, a utilização novamente do termo pardo em substituição ao mestiço.

Já no censo de 1950, constituiu-se o grupo de pardos/as, estabeleceram-se as cores e a autoclassificação como critério de classificação racial.

E com relação às/aos indígenas? A inclusão da categoria indígena ocorreu na década de 1990. Portanto, do censo de 1940 até o censo de 1991, a classificação restringia-se à "cor" e, após a inclusão da categoria indígena, o sistema classificatório passou a ser "cor ou raça, cor/raça".

Quer dizer que o termo raça foi atribuído à população indígena? Mas não foi dito que raças não existem? Não seriam também racializadas as outras populações?

Por certo, "cor/raça" é alvo de muitas críticas. Utilizar raça só faz sentido politicamente e para reparar injustiças sociais. Já falamos sobre isso.

Em 2010, foram coletadas a etnia e a língua falada pela população indígena. Nos documentos oficiais tem-se adotado "cor, raça/etnia". Seria possível dissociar raça de etnia? Não. E mesmo sabendo que raças não existem, a classificação étnico-racial impõe-se como necessária para caracterizarmos as populações, para a construção de indicadores de saúde e implementação de políticas públicas. Concorda?

A classificação étnico-racial sempre foi complexa. No estudo do IBGE desenvolvido em 1976, foram obtidas mais de 135 nuances de cor mediante pergunta aberta às/aos declarantes "qual a sua cor". Esse levantamento evidenciava, dentre outras questões, que a classificação étnico-racial precisava ser melhor sistematizada.

As questões étnico-raciais foram impostas na agenda estatal em virtude da forte atuação do movimento negro. Aos poucos, o quesito raça/cor/etnia foi incluído nas leis, portarias, decretos, normas, resoluções. Assim, em 2004, ocorreu a inclusão do quesito cor nos instrumentos de gestão no Plano Nacional de Saúde.

Em 2009, com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra preconizou-se a inclusão e o preenchimento do quesito em todos os sistemas de informação em saúde. Nesse mesmo ano, o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial previa a inclusão do campo raça/cor em todos os formulários de coleta de dados de estudantes (público e privado); a identificação e levantamento socioeconômico de todas as comunidades remanescentes de quilombo; e o registro da identidade étnico-racial dos beneficiários nos instrumentos de cadastro dos programas de assistência social, de segurança alimentar e de renda e cidadania. Em 2017, foi publicada a Portaria n. 344 que prevê a inclusão e o preenchimento do campo raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados do SUS.

O primeiro sistema de saúde a incluir o quesito raça/cor foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Essa história será contada na aula sobre o Quesito raça/cor e os Sistemas de Informação em Saúde.

Você já pensou:

Que o racismo científico, o eugenismo e as políticas de branqueamento também se baseiam em dados?

A inclusão do quesito raça/cor/etnia é uma questão técnica e, sobretudo, política. Sim, há vários interesses no que diz respeito à inclusão ou exclusão do quesito raça/cor/etnia nos sistemas estatísticos. Os dados obtidos podem expressar o interesse político sobre os grupos populacionais e revelar a necessidade de políticas de ações afirmativas, por exemplo.

Conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a inclusão do quesito raça/cor/etnia corresponde a uma forma de monitoramento da saúde da população negra.

Ainda na PNSIPN uma das principais recomendações corresponde à produção qualificada de dados segundo raça/cor/etnia. Estes nos possibilitam avaliar a eficácia e a efetividade do SUS para atender as necessidades de saúde da população negra. A precariedade na produção dos dados por raça/cor/etnia revela uma forma de invisibilizar e desconsiderar a importância da questão étnico-racial no Brasil. Dados incompletos, inconsistentes, não confiáveis comprometem a produção do conhecimento, avaliações e ações em saúde.

A falta de dados ou o preenchimento errôneo sobre raça/cor/etnia, nos Sistemas de Informação em Saúde, dificulta a construção de indicadores que possibilitam avaliar a qualidade da atenção à saúde e monitorar as condições de saúde da população sob perspectiva étnico-racial.

Como os dados são categorizados e obtidos?

Conforme classificação oficial do IBGE temos as seguintes categorias: amarelo, branco, indígena, pardo e preto. As categorias preto e pardo devem ser agrupadas e denominada "população negra". Isso porque existem semelhanças sociodemográficas e histórico de marginalização comum a essas duas populações. Ou seja, pretos e pardos apresentam indicadores socioeconômicos e indicadores de saúde parecidos e compartilham experiências de racismo.

Mas, atenção! Quando investigamos a saúde da população negra, devemos analisar os dados de pretos e pardos separadamente, certo? Isso porque, as doenças, agravos, óbitos não atingem essas duas populações da mesma forma. Ainda, com relação às categorias amarelo e indígena, geralmente enquadradas como "outros", tem-se duas populações com caraterísticas bem distintas do ponto de vista cultural e socioeconômico, o que dificulta a análise das iniquidades em saúde.

Afinal, como ocorre a identificação/classificação étnico-racial?

A identificação/classificação étnico-racial varia de indivíduo para indivíduo, depende do tempo, lugar, de quem coleta o dado, do contexto. Logo, envolve questões culturais, políticas e, até mesmo, subjetivas e intersubjetivas. O racismo estrutural e a branquitude produz efeitos sobre a maneira como nos identificamos e nos reconhecemos racialmente, gerando dúvidas e dificuldades no processo de autodeclaração de todos os lados: brancos e não-brancos.

Existem métodos que objetivam identificar/classificar indivíduos em grupos. Dois métodos são adotados pelo IBGE: a **autoatribuição de pertença ou autodeclaração**, na qual o sujeito declara a sua raça/cor; e a **heteroatribuição de pertença ou heteroidentificação**, na qual, o sujeito é classificado por outra pessoa.

Atenção:

Na coleta de dados devemos sempre preconizar a autodeclaração e quem coleta não deve intervir ou influenciar a escolha da pessoa que está sendo entrevistada/o, certo?

Em algumas situações, não será possível a autodeclaração, por exemplo, em caso de óbitos ou recém-nascidos, cabendo às/aos familiares ou responsáveis a definição de sua “cor ou raça/etnia”.

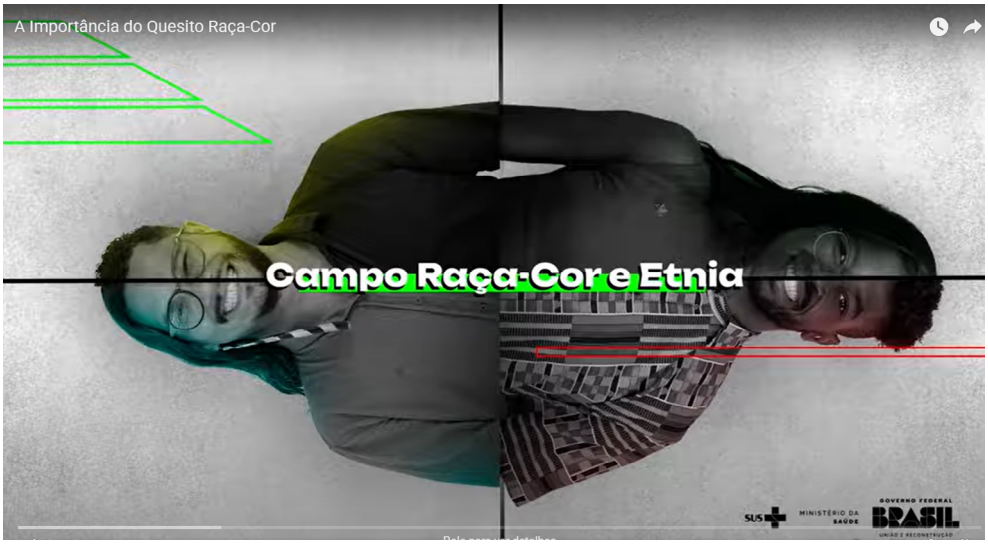
A identificação étnico-racial no Brasil é fenotípica e complexa. Afinal, como classificar o pardo? Quem são os brancos? Nogueira (1998) define o preconceito racial do Brasil como racismo de marca, no qual os aspectos físicos (cor da pele, cor dos olhos, textura e cor dos cabelos, o formato do nariz e da boca) são considerados determinantes da classificação étnico-racial. Assim, para efeito das políticas públicas, a origem, a cultura, a tradição, a ancestralidade e o sentimento de pertença não são considerados, visto que, no Brasil, o preconceito e a discriminação pautam-se no fenótipo dos indivíduos, tendo a cor da pele como o aspecto mais observado.

Nos últimos anos, tem-se vislumbrado melhorias no preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, porém em alguns sistemas essa variável necessita de melhor qualificação do quesito. Há um entendimento equivocado de “pardização” dos sujeitos, quando o campo está vazio opta-se pela categoria “pardo”, o que mascara a realidade dos dados de saúde. É importante qualificar a coleta do quesito raça-cor, produzir dados epidemiológicos desagregados por raça/cor/etnia, discutir sobre as relações étnico-raciais, implementar e fortalecer políticas específicas destinadas a grupos étnico-raciais vulnerabilizados.

Sugerimos que você assista ao vídeo produzido pelo Ministério da Saúde sobre a importância do quesito raça/cor/etnia.

Vídeo: A importância do quesito raça-cor e etnia – Ministério da Saúde (2023)

https://www.youtube.com/watch?v=Udywqo4gJOY



TEMA 3 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nesta aula, descreveremos os principais Sistemas de Informação no Brasil e suas fontes de coleta e abordaremos sobre a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos formulários de registro. Sendo assim, este módulo terá alcançado o seu objetivo quando você entender que nossos Sistemas de Informações em Saúde são essenciais e fundamentais para subsidiar políticas públicas de saúde visando sempre reduzir as desigualdades étnico-raciais em saúde.

Vamos começar falando sobre a definição dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O sistema é um conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação em saúde) que atua, de forma integrada, com finalidade de produzir informação necessária e oportuna para implementar processos de decisão na área (OPAS, 1984). Em termos operacionais, o que caracteriza o SIS é a padronização de fluxo para coleta, registro, processamento, guarda e recuperação de dados nos serviços de saúde, objetivando a produção de determinada informação.

Gostaria de destacar dois termos importantes que aparecem na definição do SIS pela OPAS, que é o **DADO e a INFORMAÇÂO**. Termos que são destaques no eixo temático anterior sobre o "Panorama Histórico do Quesito Raça/Cor e a Importância do Quesito Raça/Cor para a Equidade em Saúde", na qual apresenta-se a importância dos dados para a implementação das políticas públicas.

Então, se os dados que geram as informações são importantes, quem coleta? Quem armazena? Quem maneja os dados para gerar informações? Somos nós, os/as trabalhadores/as e os serviços de saúde. Temos a responsabilidade ética e técnica, especialmente, quanto ao registro do dado com qualidade, quanto à privacidade das pessoas no manejo, aplicação e usos de dados armazenados nos diferentes sistemas de informação. Os serviços de saúde devem coletar, gerar e armazenar informações e encaminhar para o Sistema de Informação em Saúde (SIS).

O gerenciamento e a preservação dos dados dos SIS de base nacional são de responsabilidade do Departamento de Informação do SUS (DATASUS). Lembre-se que o preenchimento dos formulários, que falaremos mais a seguir, é obrigatório para municípios e estados da federação.

Você sabe quando foi criado o DATASUS?

Foi criado em 1991, com a finalidade de coordenar o desenvolvimento dos SIS para atender às necessidades do SUS, de acordo com as diretrizes constitucionais. Responde pelo suporte aos SIS e pela manutenção dos servidores e das bases de dados nacionais.

Ao Ministério da Saúde (MS) compete, por meio do DATASUS, a guarda, a preservação e o acesso seguros das bases de dados dos SIS; de fontes para a elaboração de relatórios estatísticos que auxiliam a indicação do perfil de situação de saúde de estados, de municípios e do país.

Pronto, então você já conhece o DATASUS e o papel do Ministério da Saúde. Mas é bom ver o DATASUS, o seu histórico diretamente da página dele (https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/).

O SIS do SUS agrega diversos tipos de bases de dados (sistemas e subsistemas) com função e objetos de registro de diferentes naturezas (Quadro 1).

Atenção:

Na coleta de dados devemos sempre preconizar a autodeclaração e quem coleta não deve intervir ou influenciar a escolha da pessoa que está sendo entrevistada/o, certo?

Quadro 1 – Sistemas de Informação de abrangência nacional do Sistema Único de Saúde.

Sistemas de Informação em Saúde	Objeto de Registo	Usos
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade*	Óbito	Perfil de Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos*	Nascido vivo	Perfil das condições de nascimento
SINAN – Sistema de Informação de Agravos e de Notificação**	Agravos e doenças notificáveis	Estudos de morbidade de agravos e doenças sob notificação
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS**	Internações financiadas pelo SUS	Perfil de morbidade e mortalidade hospitalar no SUS
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações*	Ações assistenciais e administrativas do Programa Nacional de Imunizações	Monitoramento da cobertura vacinal e dos eventos adversos, controle de estoque e distribuição de insumos
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*	Ações previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Monitoramento do perfil alimentar e da situação nutricional.
SIA-APAC – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo*	Procedimentos de alta complexidade ou alto custo.	Monitoramento do quantitativo de procedimentos de alto custo e complexidade

***Heteroidentificação; **Autodeclaração**

De preenchimento obrigatório, por todos os municípios brasileiros, esses diferentes sistemas e subsistemas, de base nacional do SUS, são imprescindíveis para a organização e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde estando, portanto, atrelados ao trabalho de vigilância em saúde.

Lembrando:

A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor/etnia serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de AUTODECLARAÇÃO do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Haverá situações em que será necessário utilizar a HETEROIDENTIFICAÇÃO, isto é, quando outra pessoa, preferencialmente um membro da família, define a cor/raça/etnia da pessoa assistida. Esta conduta deverá ser utilizada somente em situações específicas, tais como: declaração de recém-nascidos vivos, declaração de óbito, registro de pacientes em coma ou quadros semelhantes.

A ideia deste módulo não será a de apresentar todos os Sistemas de Informação em Saúde, pois o nosso objetivo é entender quando e como foi incluído o quesito raça/cor/etnia nos SIS e verificar na linha tempo como está o seu registro. Então, quantos Sistemas de Informações em Saúde existem no Brasil?

Sugiro a leitura do artigo “Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?” de Giliate Cardoso Coelho Neto e Arthur Chioro.

Bom! Eu vou adiantar para vocês o resultado desta pesquisa: ela identificou a existência de 54 Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de base nacional, que estavam em operação no Brasil, entre 2010 e 2018. A quantidade de SIS é reflexo da estrutura burocrática e compartimentada do governo e, também, da complexidade que é o trabalho em Saúde (COELHO NETO; CHIORO, 2021).

São muitos sistemas, não é mesmo? Como é difícil para os/as trabalhadores/as da saúde lidarem com vários sistemas diferentes, tornando o processo burocrático e complicado.

Por esse motivo, um dos focos da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) é a **integração e interoperabilidade** dos Sistemas de Informação em Saúde (BRASIL, 2021). Mas, isso é uma conversa para outro momento.

Em seguida, discutiremos a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos SIS que trabalhamos anteriormente, como o SIM, SINASC, SINAN, SIH, falaremos como o seu registro é fundamental para possibilitar a análise das desigualdades em saúde entre diferentes grupos **étnicos–raciais**.

Quando começou a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos Sistemas de Informações em Saúde?

Quando começou a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos Sistemas de Informações em Saúde?

Vamos entender essa inclusão do quesito raça/cor/etnia nos dados de saúde melhor com a linha do tempo?

Quadro 2 - Linha do Tempo da inclusão do quesito raça/cor/etnia nos dados de saúde.

1970	1996	1998	2017	2023
Movimento Social Negro, Movimento de Mulheres Negras e Marcha Nacional Zumbi dos Palmares	Quesito racial na declaração de nascidos vivos e de óbitos, proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra	Ministério da Saúde publicou o documento "A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas" e lançou a Portaria nº 3.947	Publicação da portaria nº 344 do Ministério da Saúde	Reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, definiram-se esforços coordenados, para que não seja permitido o cadastro de novos usuários do SUS utilizando o domínio "99"("sem informação")

Aqui não havia obrigatoriedade no preenchimento do quesito raça/cor.

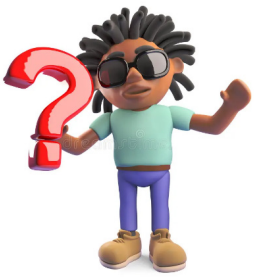
Preenchimento do quesito raça/cor/etnia se tornou obrigatório nos SIS.

Lembrete:

Em 2009, foi criada a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**. A política define princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde deste segmento da população

Muito bem! Gostaria de lembrar que em 2017, mesmo com a publicação da portaria n° 344, apesar da obrigatoriedade, ainda constava nos formulários de coleta o campo "sem informação", o que dá margem para uma grande quantidade de dados não completos. Mas você vai entender melhor essa questão no próximo eixo sobre "Critérios e avaliação de qualidade dos dados em saúde da população negra (incompletitude/completitude)".

Mas, por favor, antes de você ir para a próxima aula, preciso voltar a linha do tempo para explicar melhor a inclusão do quesito raça/cor agora por sistemas, vamos lá? Vamos começar pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade.

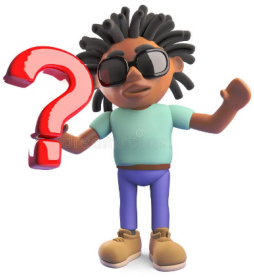


Por que vamos começar pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade?

Vocês já sabem, vocês já têm a resposta, até porque isso já foi tocado no eixo anterior, lembra? Ele foi o primeiro sistema de saúde a incluir o quesito raça/cor. Isso mesmo, vamos entender por quê?

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)

Estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1975, e com abrangência nacional desde 1979, o SIM utiliza um instrumento padronizado de coleta de dados – a declaração de óbito (DO).



O preenchimento do quesito raça/cor pelo SIM começou em 1979?

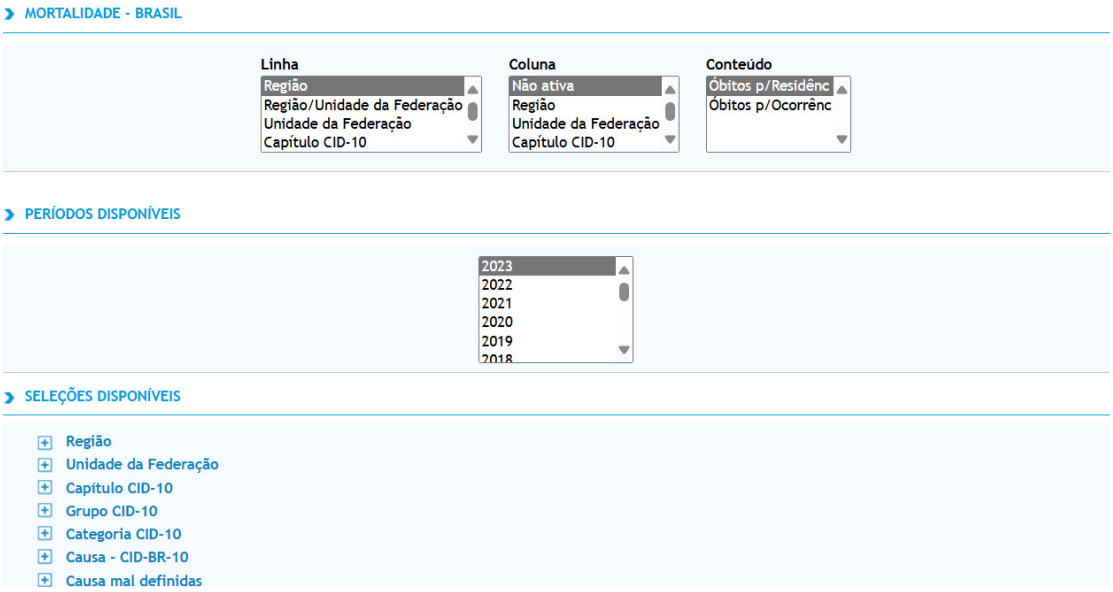
O preenchimento do quesito raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) começou em 1996. **Não esqueça da linha do tempo**!

O quesito raça/cor foi introduzido na Declaração de Óbito em 1996, atendendo a uma reinvindicação da **Liga Nacional para a Valorização da População Negra**. A inclusão desse quesito foi uma importante medida para coletar dados mais detalhados sobre as **desigualdades étnico-raciais** na mortalidade, permitindo análises mais aprofundadas das disparidades na saúde no Brasil.

Vamos ver como era o preenchimento do quesito raça/cor em 1996 no SIM no DATASUS? Primeiro precisamos acessar o TABNET. O que é o TABNET? Trata-se de um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, muito útil na tabulação de dados e no cruzamento de informações de forma rápida, possibilitando aos/às gestores/as, pesquisadores/as, estudantes, profissionais de saúde e público em geral obter informações diversas no âmbito do SUS, sendo importante na gestão das políticas de saúde (DATASUS, 2011).

Ao acessar a página http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação, depois selecione a opção *Mortalidade – desde 1996 pela CID-10* e, em seguida, clique em *Mortalidade Geral*. Neste exemplo, vamos escolher na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Figura 1 – Coleta de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade usando o TABNET.

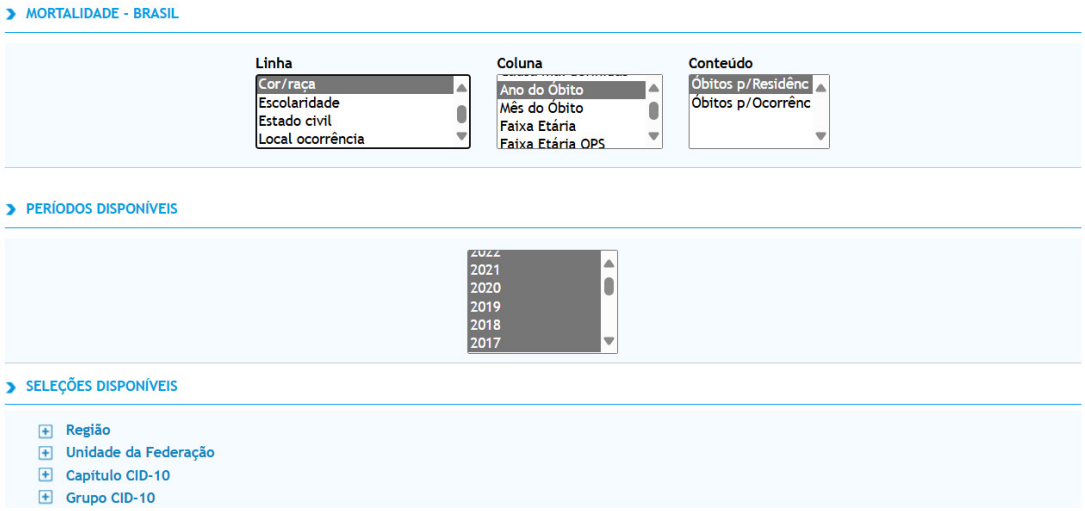


Fonte: DATASUS (2024)

Vamos lá! Neste exemplo, queremos saber a distribuição dos óbitos por residência segundo cor/raça/etnia de 1996 a 2022 no Brasil:

1. Em Linha, selecione Cor/raça;
2. Em Coluna, selecione Ano do óbito;
3. No campo Conteúdo, selecione Óbitos p/Residência, pois queremos informações sobre número de óbitos ocorridos, contados segundo o local de residência do falecido;
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione de 1996 a 2022.

Figura 2 – Coleta de dados dos óbitos por residência segundo cor/raça/etnia de 1996 a 2022, Brasil.



Fonte: DATASUS (2024)

O resultado dessa tabulação você pode ver a seguir. Apresentaremos em duas partes:

Figura 3 – Distribuição dos óbitos por residência segundo cor/raça/etnia de 1996 a 2022, Brasil

Óbitos p/Residênc por Ano do Óbito segundo Cor/raça
Período: 1996-2022

Cor/raça	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	908.883	903.516	931.895	938.658	946.686	961.492	982.807	1.002.340	1.024.073	1.006.827
Branca	10.630	251.330	389.635	430.654	498.996	517.710	532.052	547.000	559.828	546.825
Preta	556	32.397	45.458	50.380	62.045	65.420	67.703	72.526	74.246	71.831
Amarela	16.133	8.818	7.664	22.964	10.373	6.098	5.246	6.040	6.235	5.773
Parda	1.879	96.434	152.113	184.801	222.424	238.274	257.995	271.341	285.162	294.251
Indígena	960	1.038	1.558	1.906	2.285	1.991	2.054	2.095	2.246	2.352
Ignorado	878.725	513.499	335.467	247.953	150.563	131.999	117.757	103.338	96.356	85.795

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Fonte: DATASUS (2024)

Atenção!

Qual é a tendência da proporção dos óbitos ignorados e na categoria preta?

Ao analisarmos a tendência nas proporções dos óbitos ignorados, observa-se uma redução importante de 96,7% em 1996 para 1,87% em 2022, demonstrando que a implementação de **Políticas Públicas e Diretrizes** mais rigorosas que exigem o preenchimento completo dos dados de raça/cor, contribuíram para a redução dos registros ignorados.

Enquanto isso, as proporções dos óbitos segundo a categoria preta seguem uma tendência inversa, aumentaram de 0,06% em 1996 para 8,48%.

Quais são os principais motivos para o aumento dos óbitos para pessoas de cor preta?

No próximo módulo 3 analisaremos os **indicadores de saúde da população negra** usando o SIM como fonte de dados. Essa análise é fundamental para identificar problemas de saúde que afetam de maneira desproporcional grupos específicos, como doenças prevalentes, acesso aos serviços de saúde, mortalidade infantil, entre outros indicadores. Então, vamos para o próximo SIS.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado a partir de 1990 e estrutura-se de forma semelhante ao SIM, isto é, com um instrumento padronizado de coleta de dados para todo o país, a Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Esse sistema capta dados sobre as condições da gravidez, parto e nascimento, incluindo, entre outros, o peso ao nascer, a idade gestacional e a realização de pré-natal.

A mais recente publicação sobre coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações acerca dos nascidos vivos e dos óbitos, para os Sistemas de Informações geridos pela Secretaria de Vigilância à Saúde é a Portaria SVS nº 116 de 11 de fevereiro de 2009.

O preenchimento do quesito raça/cor pelo SINASC começou em 1990?

O preenchimento do quesito raça/cor/etnia no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) começou em 1996. Mas, no DATASUS já temos registro desde 1994, e vamos verificar como era a sua distribuição.

Partiu DATASUS!!! O passo a passo é o mesmo que foi feito anteriormente para o SIM. Apresentamos o resultado abaixo:

Figura 4 – Distribuição dos nascidos vivos por residência segundo cor/raça/etnia de 1994 a 1996, Brasil

Nascim p/resid.mãe por Ano do nascimento segundo Cor/raça
Período: 1994-1996

Cor/raça	1994	1995	1996
TOTAL	2.571.571	2.824.729	2.945.425
Branca	-	-	19.844
Preta	-	-	760
Amarela	-	-	1.507
Parda	-	-	16.414
Indígena	-	-	589
Ignorado	2.571.571	2.824.729	2.906.311

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Fonte: DATASUS (2024)

Vejam que em 1994 e 1995, do total dos óbitos 100% foram ignorados, apresentando distribuição segundo raça/cor, a partir de 1996. Sendo assim, a disponibilidade do quesito raça/cor da mãe do recém-nascido no SINASC é de vital importância para fins de análise e monitoramento de uma série de questões, como aquelas relacionadas aos determinantes sociais da mortalidade infantil, incluindo o acesso à assistência ao pré-natal, ao parto e aos cuidados com o bebê, dentre outras.

Se liga no saber

A Declaração de Nascido Vivo (DNV), instrumento de coleta de dados do SINASC, teve sua última modificação em 2011, passando a coletar a cor/raça da mãe do recém-nascido e não mais a da criança.

O registro do quesito raça/cor no SINASC é fundamental para garantir que as políticas e as práticas de saúde pública sejam justas e baseadas em dados reais, promovendo a **EQUIDADE** e a melhoria das condições de saúde para todos os grupos da população.

Nos próximos módulos serão apresentados os outros SIS. Agora vamos aprender quando o quesito raça/cor foi incluído nos SIS? Então, quando ocorreu a inclusão do quesito raça/cor no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)? Para os dados de hospitalizações (SIH) e ambulatoriais (SIA), a inclusão dos dados raciais ocorreu somente em 2008.

Tabela 1 – Inclusão do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Sigla	Sistema de Informação em Saúde (SIS)	Início	Inclusão do quesito raça/cor	Documento Básico
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	1975	1996	Declaração de óbito (DO)
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	1990	1996	Declaração de Nascidos Vivos (DNV)
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares	1991	2008	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais	1994	2008	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	1993	2001	Instrumentos para notificação e investigação de casos

Fonte: Adaptado de Camargo Júnior et al., 2007

Como foi a implantação do quesito raça/cor?

Resumidamente, Soares Filho (2012) destaca que o quesito raça/cor nos serviços de saúde, em 1996, era coletado apenas nas informações referentes aos nascimentos e óbitos através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM), respectivamente. Em 2001, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) adota o quesito nas notificações compulsórias das morbidades transmissíveis como tuberculose e AIDS. Em 2008, no Sistema Único de Saúde, foi adicionado o quesito raça/cor nas fichas de internações hospitalares e dos ambulatórios de alta complexidade como quimioterapia e hemodiálise. (Soares Filho, 2012).

Estamos esquecendo de algo? Sim. Um marco importante no preenchimento do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde

Pois é! O Ministério da Saúde decidiu, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, tornar obrigatória, no âmbito dos serviços de saúde, a coleta do quesito raça/cor/etnia e o preenchimento do campo denominado raça/cor/etnia constantes nos formulários dos SIS (BRASIL, 2017). A obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor/etnia pelos serviços de saúde contribui para a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para

reduzir a iniquidade. Há a necessidade de uma base de informações confiáveis, que seja capaz de sustentar e direcionar a tomada de decisões (Santos, 2020).

Então, tudo resolvido? Olha que interessante, vamos ver como funciona com exemplo. O que aconteceu com o quesito raça/cor/etnia durante a pandemia da COVID-19? Lembram?

Apesar das recomendações da PNSIPN e da Portaria nº 344/2017, na recente crise de saúde gerada pela pandemia de COVID-19, o quesito raça/cor/etnia não constou nos primeiros boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde, ainda que constasse nas fichas de notificação para síndrome gripal e para síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (Santos, 2020).

E o papel da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009, é um marco no estabelecimento de ações para **garantir a equidade** na atenção à população negra. A Política é uma resposta às desigualdades em saúde que acometem a população negra. A persistência das desigualdades em saúde ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.

O parágrafo segundo do Art. 8º da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra consta que um dos objetivos é que ocorra a **melhoria nos sistemas de informação do SUS** no que se refere à coleta, ao processamento e à análise dos dados por cor, etnia e gênero. A melhoria da qualidade do preenchimento do quesito raça/cor/etnia nos dados do DATASUS é essencial para avaliar as desigualdades raciais em saúde, bem como para melhorar as ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O preenchimento correto do quesito raça/cor/etnia é importante para que os dados em saúde reflitam a realidade da saúde da população negra.

TEMA 4 - CRITÉRIOS E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS DADOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (COMPLETITUDE/INCOMPLETITUDE)

Esse eixo temático 4 terá seu conteúdo dividido em duas aulas: Aula 1 e Aula 2. Na aula 1, apresentaremos a Vigilância em Saúde como principal responsável pelos sistemas de informação, definição e função destes sistemas, importância da inserção da raça/cor/etnia e os impactos do seu não preenchimento, classificação racial utilizada pelos SIS, importância da informação em saúde.

Na aula 2, discutiremos os critérios e formas de avaliação do preenchimento e não preenchimento de dados e como calcular a incompletitude/completitude dos dados referentes a raça/cor/etnia e apresentaremos algumas possibilidades de minimização da incompletitude do campo raça/cor/etnia.

Importância dos Sistemas de Informação em Saúde e da qualidade dos dados produzidos por estes sistemas para superação de iniquidades em saúde.

Para falarmos da importância dos SIS e da qualidade dos dados em saúde é preciso contextualizarmos no âmbito do Ministério da Saúde (MS) de quem é a responsabilidade pelo processo que vai da coleta de dados à produção da informação.

De acordo com o Art. 2°, parágrafo 1 da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), é da Vigilância em Saúde a responsabilidade pelo processamento contínuo e sistemático da coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Segundo Souza (2020), as informações produzidas pelos Sistemas de Informação em Saúde subsidiam avaliações epidemiológicas e decisões para a efetivação de programas e políticas de saúde.

Tome nota

"É da Vigilância em Saúde a responsabilidade pelo processamento contínuo e sistemático da coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde".

(Política Nacional de Vigilância em Saúde)

Por sua vez, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são conjuntos ou bases de dados que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para contribuir na tomada de decisões do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, os dados coletados e analisados permitem avaliar a incidência, prevalência, exposição ao risco de adoecer e mortalidade, além de orientar a elaboração de estratégias de prevenção, monitoramento, formulação de políticas de saúde e alocação de recursos. Esses dados também são essenciais para evidenciar as desigualdades estruturais entre diferentes segmentos populacionais. Todo esse processo é conduzido a partir dos Sistemas de Informação em Saúde.

A inserção do campo raça/cor/etnia nos Sistema de Informação em Saúde, que ocorreu a partir de 1996 com a incorporação deste campo no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), é um grande avanço no monitoramento das iniquidades raciais em saúde e essencial para o planejamento de ações, formulação de políticas públicas e avaliação das intervenções com vistas à equidade em saúde.

Vale ressaltar que os sistemas de informação em saúde no Brasil utilizam a classificação racial de acordo com as categorias de raça/cor/etnia estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja: branca, preta, parda, amarela e indígena. A junção de pretos e pardos origina a categoria "negra", já que de acordo com Osório (2003, p.24), esta junção se justifica:

> Estatisticamente, pela uniformidade de características socioeconômicas dos dois grupos. Teoricamente, pelo fato de as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem da mesma natureza. Ou seja, é pela sua parcela preta que os pardos são discriminados.

Tome nota

A inserção do campo raça/cor/etnia nos Sistemas de Informação em Saúde significa avanço no monitoramento das iniquidades raciais.

Todavia, o não preenchimento do campo raça/cor/etnia pode limitar a utilidade do SIS, a análise epidemiológica, inviabilizar o dimensionamento do problema, comprometer a adoção de medidas de intervenção em contexto local e nacional. E isto foi o que aconteceu durante a pandemia pela Covid-19, já que a despeito da Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe acerca da obrigatoriedade do preenchimento do campo raça/cor nos formulários dos SIS, os dados relativos à raça/cor não constavam nos primeiros boletins epidemiológicos da COVID-19 produzidos e publicados pelo Ministério da Saúde (MS) nos três primeiros meses da pandemia pela Covid-19, em 2020, sendo necessária a mobilização do Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Sociedade Brasileira de Médicas e Médicos de Família e Comunidade e do Movimento Social Coalizão Negra por Direitos junto ao Ministério da Saúde para que fossem divulgados os dados da Covid-19, segundo a raça/cor/etnia nos referidos boletins.

A importância da informação em saúde

As estatísticas vitais constituem fontes de informação privilegiadas para o estudo e monitoramento da desigualdade em saúde (Romero; Cunha, 2006).

O acompanhamento da evolução das séries históricas permite a identificação de prioridades de políticas públicas e novas propostas de atendimento na saúde contribuindo para efetiva melhoria do sistema. Essas informações são coletadas nos seguintes sistemas:

- SIM - Sistema de Informações de Mortalidade;
- SINASC - Sistema de Nascidos Vivos;
- SIH - Sistema de Informações Hospitalares
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
- SI-CTA - Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento
- Formulário de Cadastro do Cartão SUS. (Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia, 2018).

O Boletim Epidemiológico, volume 1, sobre a Saúde da População Negra, publicado em outubro de 2023, mostra o percentual de preenchimento ignorado da raça/cor em diferentes sistemas de informação da vigilância em saúde, no período de 2010 a 2022, no Brasil. De acordo com a tabela 1 apresentada, dos quatro sistemas de informação analisados, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi o que apresentou menor percentual de incompletitude, 2,0%, o que significa que o SIM teve muito boa completitude, ou seja, um preenchimento de 98% do campo raça/cor/etnia no período analisado.

É preciso lembrar que no SIM a classificação da cor/raça/etnia é feita não somente por médicos e funcionários do Instituto Médico Legal, mas também pelo “reclamante do corpo” (Santos, *et. al.*, 2013).

No entanto, o Sistema de Informações de Agravos e doenças sob notificação, que se refere a morbidade e não a óbitos, a classificação racial é feita por autodeclaração e este ainda apresenta um percentual elevado de incompletitude (13,8%). Esse dado sinaliza o quanto ainda precisa ser feito para melhorar a notificação da raça/cor/etnia neste sistema. Um dos grandes problemas a ser enfrentado é o campo 99 em branco e o elevado percentual de ignorado.

Tabela 1 - Percentual de preenchimento ignorado ou em branco da variável raça/cor/etnia em diferentes sistemas de informação da vigilância em saúde, no Brasil, de 2010 a 2022.

Bases de dados	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Simasc 'recém-nascido'	4,4	3,8	4,0	4,1	4,1	4,4	4,3	3,7	3,2	2,6	2,6	2,4	2,3
Simasc 'mãe'	97,5	45,0	7,3	4,7	4,5	4,7	4,7	3,6	3,6	3,5	3,4	3,4	2,7
SIM	6,4	6,0	5,5	5,5	4,9	4,0	4,5	3,1	2,8	2,6	2,6	2,3	2,0
Siman**	22,8	24,5	24,3	26,9	21,9	29,9	29,9	16,0	14,2	17,2	16,0	13,7	13,8

**** Casos notificados na base nacional do SINAN - notificação individual.**

Fonte: SIM e SINAN.

Qualidade dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação em Saúde

Os indicadores de saúde coletados pelo Sistema Único de Saúde são os pontos centrais nos quais devem ser estruturadas as políticas públicas em saúde. Nestes indicadores podemos analisar as taxas de mortalidade ou morbidade e aferir os níveis de vulnerabilidade estrutural da população. Quanto mais preciso forem os preenchimentos nas bases de dados, maior a confiabilidade para podermos pensar a saúde com mais equidade. As taxas de

doenças ou mortalidade estão relacionadas aos fatores que demonstram a pobreza de uma população por ter os seus direitos negados pelo poder público e sociedade como um todo.

Segundo Romero e Cunha (2006), a coleta qualificada de dados, o preenchimento adequado dos formulários, o uso de dados confiáveis e atualizados atrelados a um sistema de informação ativo, aos quais são exigidas respostas rápidas e decisões políticas assertivas, representam medidas essenciais para a saúde pública. Entretanto, de acordo com estas autoras não existe consenso relativo aos critérios de avaliação da qualidade dos dados.

Quanto mais preciso forem os preenchimentos nas bases de dados, maior a confiabilidade para podermos pensar a saúde com mais equidade.

De acordo com Graciano *et. al.* (2009), originalmente, os Sistemas de Informação em Saúde foram projetados para possibilitar o estabelecimento de diagnósticos de saúde, todavia, grandes entraves são observados no processo de coleta de dados. No que se refere, especificamente, a coleta do quesito raça/cor/etnia, Geraldo *et. al.* (2022), afirmam que a falta de educação permanente, treinamento adequado, o baixo conhecimento técnico dos/as prestadores/as de assistência à saúde referente ao preenchimento do quesito raça/cor/etnia, assim como a falta de familiaridade com os critérios de classificação racial e também os valores individuais, podem levar ao preenchimento inadequado ou até mesmo ao não preenchimento deste campo.

A literatura apresenta diversas dimensões que são utilizadas para avaliar a qualidade da informação. Lima *et. al.* (2009), consideram as seguintes dimensões: acessibilidade; cobertura; clareza metodológica; completitude; confiabilidade; consistência (coerência); não duplicidade; oportunidade e validade. Já Romero e Cunha (2006) adotam como indicadores de qualidade: acessibilidade, clareza metodológica, oportunidade, e incompletude sendo esta última dimensão referente a proporção de informação ignorada, ou seja, os campos em branco e os códigos atribuídos à informação ignorada especificada no manual de preenchimento da D.O. (Romero; Cunha, 2006). Ao contrário, a completitude pode ser entendida como "o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos" (Correia *et. al.*, 2013).

Dados incompletos têm sua qualidade afetada e comprometem a avaliação de outras dimensões de qualidade (Romero; Cunha, 2002), bem como, inviabilizam a produção do conhecimento e ações em saúde. Segundo Souza (2020, p. 46) "a não inserção e o não preenchimento do campo raça/cor/etnia nos sistemas de informação em saúde, conforme preconizado pela PNSIPN, representam expressões do racismo institucional".

> Dados incompletos têm sua qualidade afetada e comprometem a avaliação de outras dimensões de qualidade, bem como, inviabilizam a produção do conhecimento e ações em saúde" (Romero e Cunha, 2002).

Critérios de avaliação da completitude/incompletitude do campo raça/cor/etnia nos sistemas de informação em saúde

Critérios de avaliação, análise e interpretação do preenchimento do campo raça/cor/etnia nos Sistemas de Informação em Saúde

Ainda que se verifique um aumento do interesse em se avaliar a incompletitude/completitude, isto ainda é insuficiente para dar conta do grande volume e diversidade de dados que são produzidos pelos atuais SIS. O monitoramento e avaliação dessas dimensões é uma importante ferramenta para averiguar se o preenchimento dos instrumentos de coleta e/ou banco de dados é realizado de forma adequada, contribuindo

para identificar fragilidades e potencialidades dos dados produzidos pelos SIS e, com isso, ampliar o seu uso e/ou recomendar estratégias que visem a melhoria da qualidade da informação (Correia *et. al.*, 2013).

Agora veremos como analisar a incompletitude/completitude da variável raça/cor/etnia nos Sistemas de Informação em Saúde!!!!

O escore proposto por Romero e Cunha (2006), se refere ao não preenchimento (incompletitude) do campo raça/cor/etnia, a saber: muito bom (≤ 5%); bom (5 a 10%); regular (10 a 20%); ruim (20 a 50%); muito ruim (50% e mais), o que pode ser interpretado como: quanto menor for o percentual de não preenchimento ou incompletitude do campo raça/cor/etnia, melhor será o preenchimento ou completitude da variável em questão.

A proporção de incompletitude é definida pela razão entre os casos ignorados, em branco ou sem informação pelo total de casos em que houve registro da raça/cor/etnia, segundo uma doença ou óbito, em determinado ano. Enquanto a proporção de completitude representa o percentual dos dados que foram registrados, ou seja, a completitude representa a parte complementar da proporção da incompletitude.

Podemos exemplificar tomando como base os dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) referentes a ocorrência de casos de Dengue no Brasil, em 2023, conforme os dados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 2 - Percentual de registros do SINAN – Dengue, 2023.

Raça/Cor		Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Válido		7	,0	,0
	Branca	660516	43,8	43,8
	Preta	65251	4,3	48,1
	Amarela	15842	1,1	49,2
	Parda	526535	34,9	84,1
	Indígena	3027	,2	84,3
	Ignorado	237475	15,7	100,0
	Total	1508653	100,0	

Fonte: SINAN, 2023.

Cálculo da Incompletitude/completitude:

Total de casos por dengue ignorados, brancos ou sem informação 237.475 divididos pelo total de casos de dengue em que houve o preenchimento da raça/cor/etnia, no ano de 2023 que foi 1.508.653.

$$\frac{237.475}{1.508.653} \times 100 = 15{,}7\%$$

Interpretação: o percentual de incompletitude de **15,7**% do campo raça/cor/etnia referente aos casos de Dengue registrados pelo SINAN no ano de 2023, no Brasil, foi **regular** porque a proporção de incompletitude obtido de 15,7% está situado entre **10 e 20,0%**, segundo o escore proposto por Romeu e Cunha (2005), ou seja, para cada 100 casos de dengue, aproximadamente 16 não tiveram o registro ou estavam constando como ignorado quanto à raça/cor/etnia.

Por outro lado, podemos afirmar que a proporção de completitude do campo raça/cor/etnia dos casos de dengue registrados no SINAN, no ano de 2023, foi de 84,3%, ou seja, para cada 100 casos de dengue, aproximadamente, 84 tiveram o registro ou o preenchimento do campo raça/cor/etnia foi realizado.

O cálculo da incompletitude/completitude do campo raça/cor/etnia pode ser repetido para outros tipos de doenças ou óbitos nos sistemas de informação em saúde, específicos como, por exemplo, o Sistema de Informação de Mortalidade relativo a todas as declarações de óbito, no ano de 2022.

Perspectivas de aumento do percentual de preenchimento do campo raça/cor/etnia nos SIS.

No lançamento dos boletins epidemiológicos sobre a saúde da população negra, em outubro de 2023, foi informado sobre a retirada do código 99 dos prontuários com vistas a minimizar o não preenchimento dessa variável. Entendemos que esta medida tem fundamental importância para o alcance deste objetivo, mas somente essa medida não é suficiente.

Dessa forma, apresentamos algumas sugestões que podem ser executadas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios dentro da área da saúde:

- Promover espaços de sensibilização e formação para trabalhadores e trabalhadoras do SUS sobre a equidade e iniquidades raciais provocadas pelo racismo;
- Oferecer cursos de Educação Permanente, aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, com ênfase na importância do preenchimento do campo raça/cor/etnia para o monitoramento dessas iniquidades;

- Garantir a efetivação das legislações existentes que tratam da obrigatoriedade desse preenchimento;
- Orientar o/a usuário/a do SUS em exigir e corresponsabilizar-se por esse preenchimento; e
- Ampliar as possibilidades de participação de membras e membros negras e negros nas instâncias de controle social do SUS como os conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual, municipal e local.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Dossiê*: Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. 314p.

Anunciação, D.; De Paulo, C. A. S. Da insuficiência ao excesso: o racismo institucional e os desafios para a formação em saúde. Scudder, P. de O. X.; González, J. M.; Ávila, C. F. D. *Racismo ambiental, ecologia, educação e interculturalidade*. Campo Grande: Life Editora, 2019, p. 117-144.

Anunciação, D. *et. al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.27, n.10, out. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022

Araújo, M. V. R. de; Teixeira, C. F. de S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v.31, n.4, 2022. DOI: http://10.1590/S0104-12902022220246pt

Araújo, E. M. de. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 31, 2019, p. 383–394. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012

Anjos, G dos. A questão "cor" ou "raça" nos Censos nacionais. Indicadores Econômicos. *FEE*, v. 41, n.1, 2013. Disponível em: https://revistas.dee.spgg.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/2934

Barros, F. P. C.; Souza, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.25, n.1, 2016, p.9-18. DOI: http://10.1590/S0104-12902016146195

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*: uma política para o SUS. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n° 344, de 1° de fevereiro de 2017*. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, 2017.

_____. *Características étnico-raciais da população classificação e identidades*. Petruccelli, J.L.; Saboia, A.L. (orgs.). Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 204 p.

_____. *Boletim epidemiológico*. Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. v.1 - Número Especial | Out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Guia de implementação do quesito raça/cor/etnia*.

Brasília: Ministério da Saúde/UnB, 2018. 38 p.il.

_____. Ministério da Saúde. Resolução CNS/MS n. 588 de 12 de julho de 2018. Institui a *Política Nacional de Vigilância em Saúde* (PNVS). Brasília: CNS/MS, 2018.

Carneiro, S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

Camargo, A, de P. R. Mensuração racial e campo estatístico nos censos brasileiros (1872-1940): uma abordagem convergente. *Ciênc hum*, v.4 n.3, 2009, p.361–85.

Carvalho, C., et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor". Boletim Informativo do PROADESS 10, n.1, 2022, p.1–10.

Coelho-Neto, G. C.; Chioro, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cad. Saúde Pública*, v.37, n.7, 2021.

Correia, L. O. S.; Padilha, B. M.; Vasconcelos, S. M. L. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciên. Saúde Colet.*, 2013. Disponível em http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/metodos-para-avaliar-a-completitude-dos-dados-dos-sistemas-de-informacao-em--saude-do-brasil-uma-revisao-sistematica/12424?id=12424&id=12424

Geraldo, R. M. et. al. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.27, n.10, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08822022

Graciano, M. M. C.; Araújo, E. W.; Nogueira, D. A. Sistema de informação em saúde e atuação do profissional médico. *Ver. Med*. Minas Gerais, v. 19, n.3, 2009, p.198-205.

Góes, E. Política de Saúde para População Negra avança em passos lentos e o racismo acelerando as mortes. *Geledés*, 2017. Disponível em: https://www.geledes.org.br/politica-de-saude-para-populacao-negra-avanca-em-passos-lentos-e-o-racismo-acelerando-as-mortes/

Guimarães, A. S. A. Raça, cor, cor da pele e etnia. *Cadernos de campo*, São Paulo, n. 20, 2011, 360p.

Lima, C. R. A. *et. al*. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Publica*, v. 25, n.10, 2009, p. 2095-2109.

Milanezi, J. A institucionalização da saúde da população negra no SUS. *Nexo Jornal,* 2020. Disponível em: https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/a-institucionaliza%c3%a7%c3%a3o-da-sa%c3%bade-da-popula%c3%a7%c3%a3o-negra-no-sus

Nogueira, O. *Preconceito de marca*: as relações raciais em Itapetininga. São Paulo: EDUSP, 1998.

Oliveira, L. G. F.; Magalhães, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.*, v.39, 2022, p.1-13. DOI http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0214

Osorio, R. G. Texto para Discussão (TD) 996: O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2958

Piza, E., Rosemberg, F. Cor nos censos brasileiros. Revista USP, v. 40, 1998-99, p.122-137.

Romero, D. E.; Cunha, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil - (1996/2001). Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 3, 2006, p.673-81.

_____. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 3, 2007, p.701-714.

Santos, A. B. S.; Coelho, T. C. B.; Araújo, E. M. Identificação racial e a produção da informação em saúde. Interface, Botucatu, Online, v. 17, p. 341-356, 2013.

Santos, M. P. A. et. al. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados, v. 34, n.99, 2020, p.225-244.

Santos, H. L. P. C. et. al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. Ciên. Saúde Colet., 25(Supl. 2), 2020, p. 4211-4224.

SANTOS, A. B. S. dos.; Coelho, T. C. B.; Araújo, E. M. de. Racial identity and the production of health information. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.17, 2007, p. 341–356.

Souza, I. M. D. Evolução e Qualidade do Registro da Raça/Cor da Pele nos Sistemas de Informação em Saúde e a Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tese de doutorado. PPGSC, UEFS. Orientadora: Edna Maria de Araújo, 2020. Disponível em: https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS_faf86234d506a1b2e4c3e2ad5db2d0d9

Souza, I. M.; Araújo, E. M.; Silva, A. M. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2015 Ciênc. Saúde Coletiva, v.29, n.3, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023

Schwarcz, L. M. Censo e contra-senso: nomes e cores ou quem é quem no Brasil. In:____. Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira. Companhia das Letras, 2012, p. 97-106.

Silveira, R. et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. Saúde e Sociedade. v. 30, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414

Soares Filho, A. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no

Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista, L. E.; Werneck, J.; Lopes, F. (orgs.). Saúde da população negra. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012.

Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, 2016, p.535-549. DOI: http://10.1590/S0104-129020162610

Wieviorka, M. O racismo, uma introdução. Tradução de Fany Kon. São Paulo: Perspectiva, 2007, 164p. (Coleção Debates).

PROFEPI PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Módulo 3

Análise de Indicadores de Saúde da População Negra

Curso:
ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal

APRESENTAÇÃO

Os Indicadores de Saúde da População Negra descrevem e possibilitam monitorar a situação de saúde da população. Uma análise adequada desses indicadores pode contribuir com a promoção da equidade em saúde.

Sendo assim, este terceiro módulo tem por objetivo apresentar os principais indicadores de saúde para a população negra, visto que, quando cruzados com indicadores socioeconômicos, eles revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e organização do sistema de saúde. Portanto, faz-se essencial compreender esse conjunto para instrumentalizar e qualificar a elaboração de políticas e programas voltados à redução das desigualdades em saúde, em especial, a desigualdade étnico-racial, com a perspectiva de possibilitar o acesso da população negra aos serviços de saúde com qualidade, de modo equitativo e integral.

Este módulo, portanto, apresenta conceitos, tipologias, importância e aplicação dos indicadores para o monitoramento e a superação das iniquidades raciais em saúde, tendo por base a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Em seguida, discute-se a importância dos indicadores de saúde no contexto das desigualdades raciais, identificando um dos principais indicadores utilizado na análise da saúde da população negra: a Razão de Mortalidade Materna. Contextualiza-se a relevância da análise da Mortalidade Materna por meio da apresentação de dois indicadores de saúde: a Razão de Mortalidade Materna e Mortalidade Materna Proporcional. A partir dessa definição e do método de cálculo apresentado, mostra-se como se constrói a Razão de Mortalidade Materna segundo raça/cor/etnia, faixa etária e unidades federativas do Brasil, fazendo uso do TABNET.

Também foram analisados padrões espaço-temporais de morbimortalidade na população negra. Nesse sentido, apresenta-se o conceito de padrões espaço-temporais e sua importância na análise de dados de indicadores de saúde da população negra; e aplicam-se métodos de análise espacial para mapear e interpretar a distribuição dos indicadores de morbimortalidade deste grupo. Para tanto, são utilizadas ferramentas do TABNET e métodos espaciais para identificar padrões de morbimortalidade na população negra.

Por fim, abordamos como a qualidade dos indicadores influencia a qualidade da assistência, a saúde da população e o desempenho do sistema de saúde. Nesse sentido, propõem-se reflexões sobre os processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde da população negra com o intuito de instrumentalizar gestoras/es, profissionais, trabalhadoras/es e equipes de saúde. Finaliza-se o módulo indicando os principais critérios de avaliação de indicadores necessários para subsidiar a gestão, gerenciar processos e resultados e apoiar o direcionamento do planejamento nas ações e nas políticas de saúde.

Este módulo está estruturado em quatro eixos temáticos:

- análise dos principais indicadores de saúde;
- construção de indicadores de saúde da população negra;
- identificação de padrões espaço-temporais de morbimortalidade da população negra;
- acompanhamento, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde da população negra.

TEMA 1 – ANÁLISE DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Você sabe o que é
um **indicador de saúde**?

Indicador de Saúde é uma forma de quantificação do processo saúde-doença. Assim, os indicadores de saúde podem ser definidos como medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e doença, assim como do desempenho de um sistema de saúde. Os atributos se referem às características ou qualidade da saúde e da doença, enquanto as dimensões de saúde dizem respeito ao bem-estar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental e social.

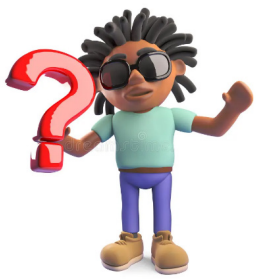
Os indicadores de saúde descrevem e monitoram a situação de saúde e da doença e mortalidade de uma população, por exemplo: a taxa de mortalidade infantil ou a taxa de mortalidade materna.

Fica a dica:

Existem indicadores, como a taxa de mortalidade infantil, por exemplo, que por si só podem expressar a situação de saúde de uma população.

Em saúde pública existe uma hierarquia de conceitos: o **dado** é a unidade primária, que, ao ser trabalhado, gera um **indicador**; este, ao ser analisado, produz **informações**, que, ao serem interpretadas, geram **conhecimento** (OPAS, 2018).

Se o conceito de saúde é complexo, mensurar a saúde também o é. O indicador de saúde tem o propósito de revelar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população. “Todo indicador de saúde é uma estimativa (mensuração com certo grau de imprecisão de uma dimensão de saúde em uma população-alvo” (OPAS, 2018, p.10).



Qual é a importância dos Indicadores
para a equidade em saúde?

O racismo, responsável por gerar a desigualdade por raça/cor/etnia, é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam as barreiras à participação igualitária dos negros e das negras em diversos campos da vida social e para as consequências que as desigualdades e discriminações produzem, não apenas para os negros e as negras e a população indígena, mas para a sociedade como um todo. O racismo institucional, como visto no módulo 1, é o conjunto de práticas que colocam as pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de sistêmica desvantagem no acesso a direitos e benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na negligência da implementação de políticas públicas para mitigar tais desigualdades (PNSIPN, 2009).

Os indicadores de saúde, quando cruzados com os indicadores socioeconômicos, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e organização do sistema de saúde. A compreensão desse conjunto é fundamental para operacionalizar a elaboração de políticas e programas voltados ao enfrentamento das desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade (PNSIPN, 2009).

Além disso, a importância dos indicadores de saúde se dá por sua capacidade de monitorar e avaliar o alcance de objetivos e metas nacionais e internacionais com vistas a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, como estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, atualmente, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Quais são os principais indicadores de saúde?

- Indicador de Mortalidade – sobrevivência
- Indicador de Morbidade – gravidade, incapacidade funcional
- Indicadores Nutricionais – crescimento e desenvolvimento
- Indicadores Demográficos – densidade domiciliar
- Indicadores Socioeconômicos – rendimento, habitação, trabalho
- Indicadores Ambientais – esgotamento sanitário, água potável;
- Indicadores de Serviços de Saúde – acessibilidade;
- Indicadores Positivos de Saúde – bem-estar e normalidade

Os indicadores de saúde podem ser divididos em indicadores positivos e negativos. Os indicadores negativos são os mais utilizados, representam o adoecimento e a mortalidade, referindo-se à Epidemiologia da Doença. Em contraste, os indicadores positivos representam o bem-estar e a normalidade e referem-se à Epidemiologia da Saúde.

Os indicadores sociais brasileiros mostram a existência de populações distintas, dadas as condições de vida e saúde da população negra e indígena em comparação com as populações branca e amarela.

Atenção

Quais são os indicadores de saúde apresentados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

No tocante à Saúde da População Negra, é possível encontrar no documento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), na página 25, um capítulo denominado *A Situação de Saúde da População Negra no Brasil e seus Determinantes Sociais*, no qual são relacionados vários indicadores de saúde construídos a partir dos dados do censo demográfico referentes aos anos 2000. Esses indicadores serviram de base para comparação com os indicadores construídos com informações do censo demográfico de 2010. Contudo, agora também é possível tomar as informações do censo de 2022 para estabelecer comparações e construir novos indicadores que possibilitem avaliar as condições de vida e de saúde da população brasileira, sobretudo das populações em situação de vulnerabilidade, como a população negra e a indígena.

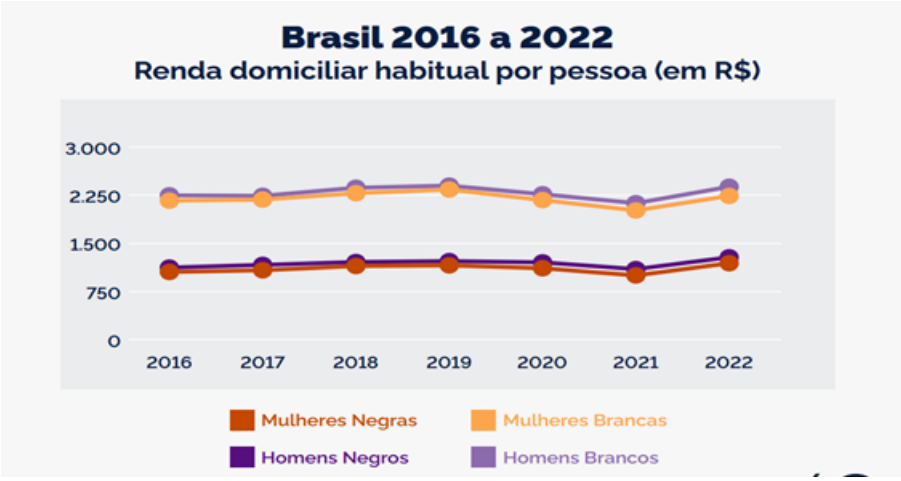
Os indicadores que compõem a situação de saúde da população brasileira apresentados na PNSIPN dizem respeito a: composição populacional do Brasil; analfabetismo e média de anos de estudo; proporção da população brasileira quanto a renda e níveis de pobreza; proporção de gravidez na adolescência; proporção de nascidos vivos, consultas de pré-natal, partos prematuros e mortalidade infantil; mortes por causas externas; mortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis; e mortalidade por tuberculose.

Naquela época, quando a PNSIPN foi oficializada e esses indicadores de saúde da população negra foram analisados e divulgados, já era fato que as mulheres negras grávidas morriam mais que as mulheres brancas por causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez; que as crianças negras morriam mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, os homens negros morriam mais que os brancos por causas externas e por outros agravos e doenças. Ainda hoje, percebe-se que o cenário não sofreu mudanças significativas em relação à redução dessas taxas.

Indicadores das Desigualdades de Gênero e Raça

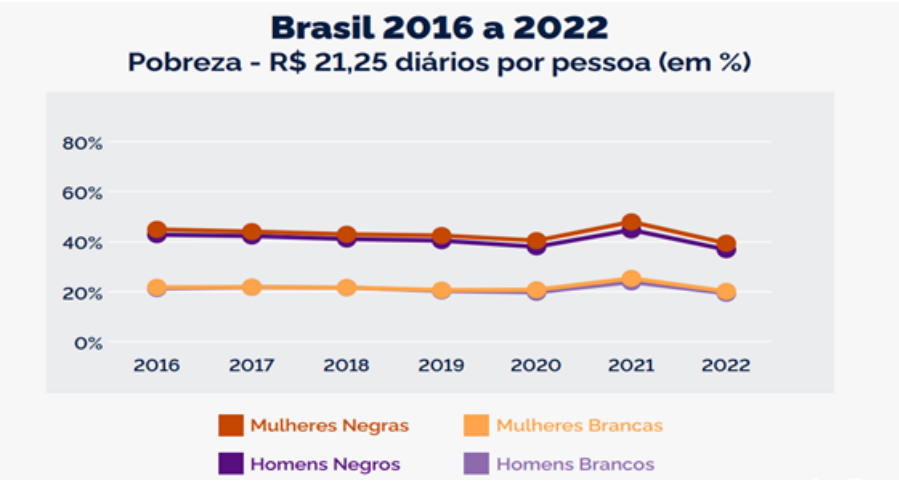
Os indicadores apresentados no Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), na sua versão mais atual, apontam para persistentes desigualdades de gênero e raça, socialmente construídas em nosso país. Os indicadores apresentados nesta publicação se referem a dados levantados no período de 2016 a 2022 e dizem respeito a: renda domiciliar habitual por pessoa (figura 1); percentual de pobreza avaliada em várias faixas de ganhos diários abaixo da linha da pobreza (figura 2); percentual do nível educacional alcançado por pessoas adultas com 25 anos ou mais de idade, na data em que foram entrevistadas (figura 3); e tempo de trabalho doméstico não pago (em horas semanais) e percentual de cobertura de riscos previdenciários entre pessoas de 16 a 59 anos (figura 4).

Figura 1 – Renda domiciliar habitual por pessoa (em R$), segundo a raça/cor/etnia (Brasil, 2016-2022)



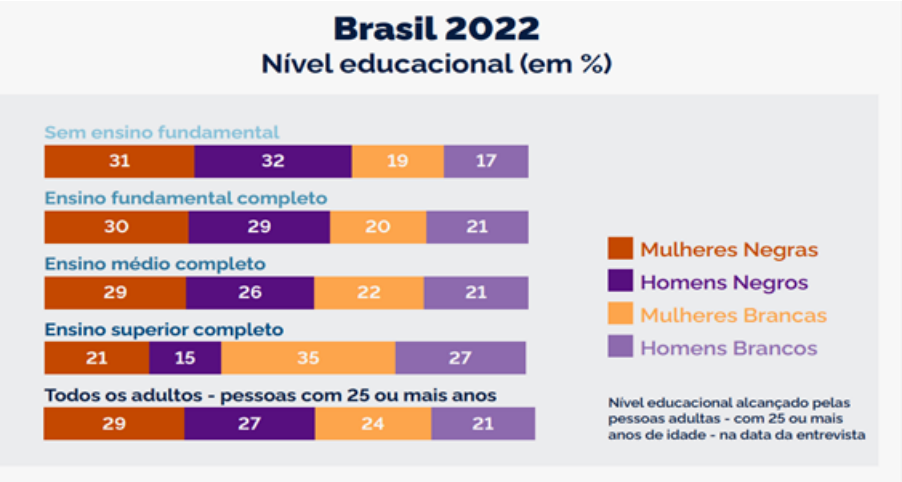
Fonte: Ipea (2024).

Figura 2 – Percentual de pobreza avaliada na faixa de ganho diário de R$ 21,25 por pessoa, segundo a raça/cor/etnia (Brasil, 2016-2022)



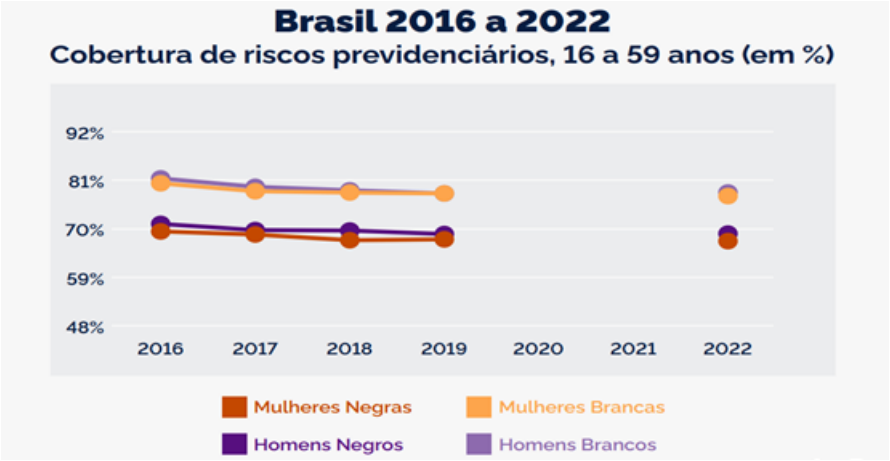
Fonte: Ipea (2024).

Figura 3 – Percentual de nível educacional alcançado pelas pessoas adultas com 25 anos ou mais de idade, segundo a raça/cor/etnia (Brasil, 2016-2022)



Fonte: Ipea (2024).

Figura 4 – Percentual de cobertura de riscos previdenciários, entre pessoas de 16 a 59 anos, segundo a raça/cor/etnia (Brasil, 2016-2022)



Fonte: Ipea (2024).

Em 2023, foram divulgados dois volumes (1 e 2) do Boletim Epidemiológico sobre a Saúde da População Negra, organizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), nos quais é possível tomar conhecimento de alguns indicadores de saúde da população negra.

Figura 5 – Boletim Epidemiológico sobre a Saúde da População Negra (volume 1 e volume 2)

Fonte: Ministério da Saúde (2023).

No Boletim n. 1, são feitas considerações sobre o quesito raça/cor/etnia nos Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde, tais como: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); e Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN). Além disso, é também apresentado um indicador importante sobre a proporção de preenchimento do campo raça/cor/etnia, sendo que, dentre os sistemas analisados, o SIM é o que apresenta melhor preenchimento deste campo. Vale destacar, que este indicador é fundamental para o monitoramento das iniquidades étnico-raciais em saúde.

Ainda no Boletim n. 1, foram apresentados indicadores de saúde, segundo a raça/cor/etnia, referentes a: proporção de consultas de pré-natal; proporção de nascidos vivos com baixo peso; mortalidade materna proporcional, segundo as causas; óbito infantil; incidência e mortalidade por doença falciforme no Brasil; Programa Nacional de Imunizações e vacinação de rotina e contra a covid-19; principais causas de óbito; desigualdades na mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2010 a 2022.

Já no Boletim n. 2, são apresentados e discutidos indicadores de saúde, segundo a raça/cor/etnia, relativos a: infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); HIV/Aids, sífilis e hepatites virais; malária; leishmaniose tegumentar e tuberculose.

Todos esses indicadores fazem parte da vigilância em saúde e são importantes para criação, implantação, monitoramento e avaliação da implementação e dos impactos

das políticas públicas, assim como para o cumprimento de objetivos e metas municipais, estaduais, nacionais e internacionais que tenham como propósito a equidade em saúde. Portanto, traduzem-se em sinalizadores essenciais da situação de saúde e, consequentemente, das iniquidades étnico-raciais na população brasileira. Ademais, esses indicadores podem ser utilizados, principalmente, na esfera municipal, para monitoramento do processo saúde-doença da população negra e outras populações em situação de vulnerabilidade.

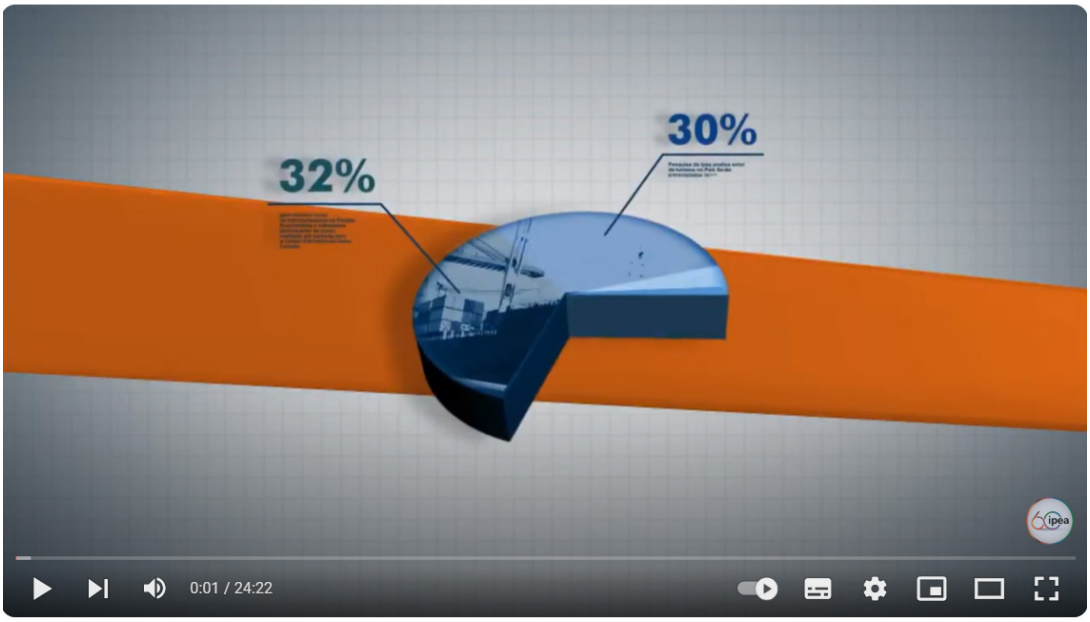
A Vigilância em Saúde configura-se como uma ferramenta essencial para promover a equidade no SUS, permitindo uma abordagem mais eficaz e inclusiva. Por meio da coleta de dados epidemiológicos e da coordenação de ações baseadas em evidências, é possível oferecer um cuidado integral à saúde da população negra e combater as expressões do racismo institucional. A criação e a adoção de indicadores específicos que atendam às realidades dos diferentes territórios fortalece e integra as redes de atenção à saúde, respondendo de maneira mais adequada às particularidades regionais e às necessidades da população.

Tais ações estão preconizadas na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução n. 588, de 2018. Dessa maneira, torna-se essencial a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, de modo a fortalecer a resposta às necessidades de saúde do território.

Se liga no saber

Para aprofundarmos essa temática, recomendamos o seguinte vídeo: **Panorama Ipea – Situação Social da População Negra no Brasil**.

Figura 6 – Panorama Ipea – Situação Social da População Negra no Brasil



Fonte: Canal do IPEA no YouTube, 2014. Disponível em: https://youtu.be/5fAQQR4h9V8?si=3xc9xpIx1nXHMhaa.

Esse vídeo apresenta uma entrevista com os editores de um livro sobre a situação social da população negra do Brasil. O livro foi lançado em 2024 pelo Ipea, em parceria com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Atualmente, a SEPPIR está vinculada ao Ministério da Justiça e Cidadania (MJC).

TEMA 2 – CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nesta aula, apresentaremos a construção de indicadores de saúde da população negra segundo sexo, faixa etária e região. Na aula anterior, você estudou sobre a análise dos principais indicadores de saúde segundo a PNSIPN. Agora, vamos aprender a construir os indicadores epidemiológicos usando o TABNET do DATASUS.

Primeiramente, é importante destacar a importância de os/as profissionais de saúde entenderem e compreenderem como é essencial a construção de indicadores epidemiológicos no campo da saúde da população negra. **E por que é importante?**

1. Analisa o perfil de morbimortalidade;
2. Desenvolve políticas e intervenções;
3. Monitora as tendências;
4. Identifica as desigualdades de saúde segundo os grupos étnico-raciais;
5. Possibilita tomar decisões informadas e baseadas em dados.

Indicadores epidemiológicos ajudam a identificar disparidades de saúde entre a população negra e outros grupos. Isso pode revelar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, diferenças nos níveis de doenças específicas e desigualdades nos desfechos de saúde.

Em resumo, aprender a construção de indicadores epidemiológicos é essencial para melhorar a saúde pública. Tais indicadores orientam o planejamento voltado à avaliação de políticas e programas de saúde e podem ser utilizados para reduzir as desigualdades étnico-raciais e seus impactos na saúde.

Os indicadores categorizados como de morbidade e mortalidade segundo sexo, faixa etária e raça/cor são aqueles disponíveis no SIM, no SINASC e no Sistema de Informação Hospitalar: taxa de mortalidade prematura (entre 30 e 69 anos); por doenças crônicas não transmissíveis; taxa de mortalidade por homicídios; razão de morte materna; taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade por tuberculose; distribuição percentual de casos de sífilis em gestantes; proporção de pessoas vivendo com HIV/Aids; taxa de incidência de Aids; taxa de mortalidade proporcional por causas mal definidas; número de nascidos vivos com diagnóstico de doença falciforme; e taxa de internação por transtorno mental.

Vamos selecionar para construção um desses indicadores epidemiológicos:

Razão de Mortalidade Materna

Se liga no saber

Esses indicadores são fundamentais para **entender como o racismo institucional afeta a saúde das populações negras.** Eles ajudam a identificar áreas críticas que precisam de intervenção e a promover políticas e práticas que visem a equidade na saúde.

Por que selecionamos a Razão de Mortalidade Materna?

Dados preliminares da *Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento*, realizada pela ENSP/Fiocruz,[1] que utiliza informações do SUS, referentes a 2022, apontam que, enquanto o número de mortes maternas está em 46,56 para mulheres brancas, no caso das mulheres pretas, é mais que o dobro: 100,38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No caso das pardas, a incidência é de 50,36. Vale lembrar que o Brasil assumiu uma meta junto à Organização das Nações Unidas (ONU) de redução para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. A reversão desses quadros depende da adoção de diferentes políticas públicas.

A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações mal-executadas e por negligência, falta de atenção e cuidado nos serviços de saúde.

De acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), o óbito materno é definido como a morte de uma mulher ocorrida durante ou até 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, e desde que seja por causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas ligadas a ela, mas não associada a causas acidentais ou incidentais (OPAS, 2012; OMS, 1998).

Vamos à construção do indicador no DATASUS?

A Razão de Mortalidade Materna é uma medida de risco de óbito da mulher, no período transcorrido desde que ela se torna grávida até 42 dias após o término da gravidez. É obtida dividindo-se o número de óbitos por causas ligadas à gestação, parto e puerpério em uma certa área e período pelo número de nascidos vivos no mesmo local e período, multiplicado por 100.000. Por que o denominador é o número de nascidos vivos e não o total de mulheres grávidas? O número de nascidos vivos é aplicado como uma aproximação do total de mulheres grávidas, que seria o grupo sob o risco de morte materna, mas que em geral não se conhece.

1 Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswald Cruz.

Importante

Vamos para a parte prática?

Neste exemplo, vamos simular a construção da Razão de Mortalidade Materna, segundo raça/cor/etnia, utilizando o TABNET.

Os dados serão coletados diretamente dos sistemas de informação – SIM e SINASC – disponíveis no site do DATASUS. Inicialmente, no SIM, será verificado o total de óbitos maternos ocorridos no Brasil, no período estudado. O SINASC será consultado para utilização dos totais de nascidos vivos, considerando o período estudado.

Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação. Depois, selecione a opção *Mortalidade – desde 1996 pela CID-10* e, em seguida, clique em *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Nesse exemplo, vamos escolher, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Vamos lá! Nesse exemplo, queremos saber a Razão de Mortalidade Materna, segundo cor/raça, em 2019, no Brasil. Primeiro, selecionaremos os óbitos maternos.

1. Em Linha, selecione Cor/raça.
2. Em Coluna, selecione Ano do óbito.
3. No campo Conteúdo, selecione Óbitos maternos.
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione 2019.

Figura 1 – Coleta de dados em Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos usando o TABNET

Fonte: DATASUS (2024).

O resultado dessa tabulação você pode ver no *print* da tela a seguir:

Figura 2 – Distribuição dos óbitos maternos segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS

Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Cor/raça
Período: 2019

Cor/raça	2019	Total
TOTAL	1.576	1.576
Branca	475	475
Preta	184	184
Amarela	1	1
Parda	855	855
Indígena	25	25
Ignorado	36	36

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Notas:

1. Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.
2. Todas as informações são por local de residência da falecida.
3. Para definição de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos maternos tardios, veja as Notas Técnicas.
4. Nos casos de inconsistência entre a causa materna declarada e o momento da morte (durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério até 42 dias, durante o puerpério, de 43 dias a 1 ano ou fora destes períodos), para efeito de determinação se óbito materno ou não, foi priorizada a informação sobre a causa.
5. Os campos referentes ao momento da morte (43 e 44), apesar de estarem tendo sua qualidade de preenchimento melhorada, apresentam ainda elevado percentual de inconsistências ou não preenchimento.
6. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".
7. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

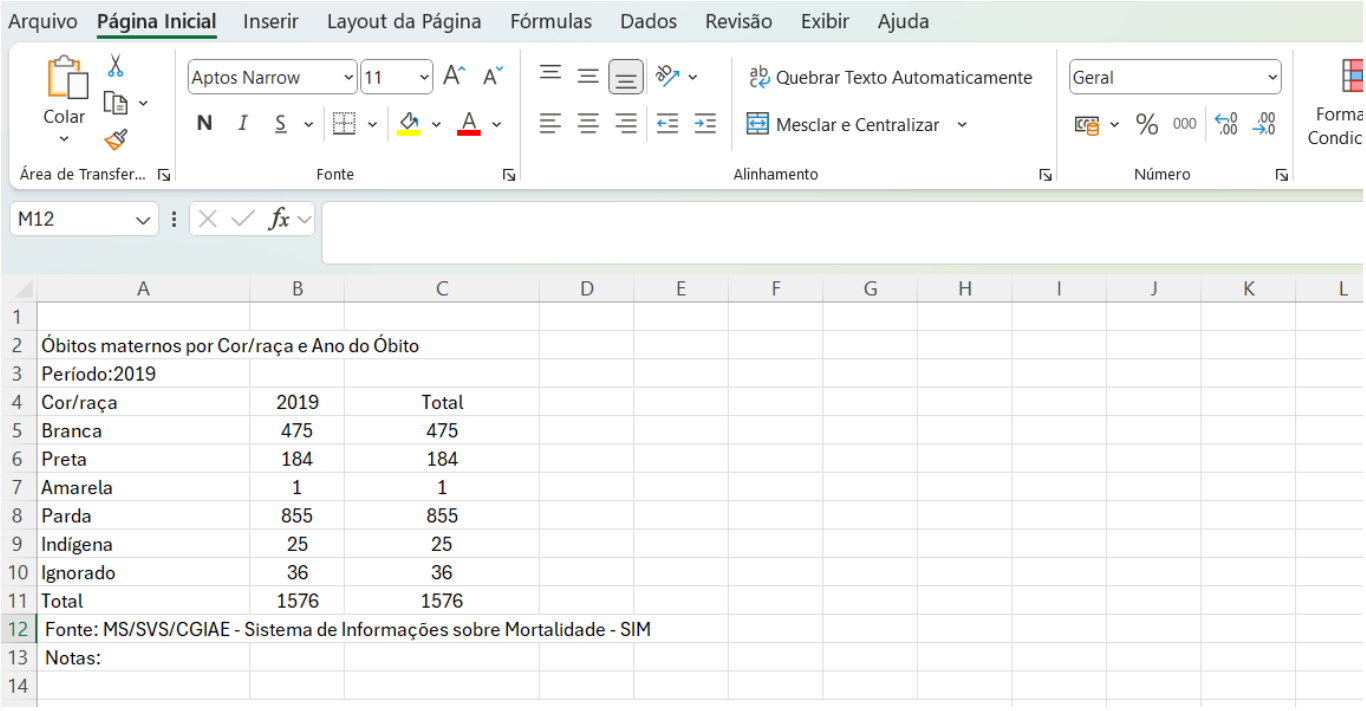
COPIA COMO .CSV COPIA PARA TABWIN

Fonte: DATASUS (2024).

Mas como copiar ou mostrar a tabulação?

Na parte inferior da tabulação está a fonte das informações e os botões que possibilitam: COPIA COMO .CSV e COPIA PARA TABWIN. Clique em "COPIA COMO .CSV" e veja, em seguida, o resultado. Salve os dados em uma planilha Excel.

Figura 3 – Distribuição dos óbitos maternos em planilha Excel, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS



	A	B	C
1			
2	Óbitos maternos por Cor/raça e Ano do Óbito		
3	Período:2019		
4	Cor/raça	2019	Total
5	Branca	475	475
6	Preta	184	184
7	Amarela	1	1
8	Parda	855	855
9	Indígena	25	25
10	Ignorado	36	36
11	Total	1576	1576
12	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM		
13	Notas:		
14			

Fonte: DATASUS (2024).

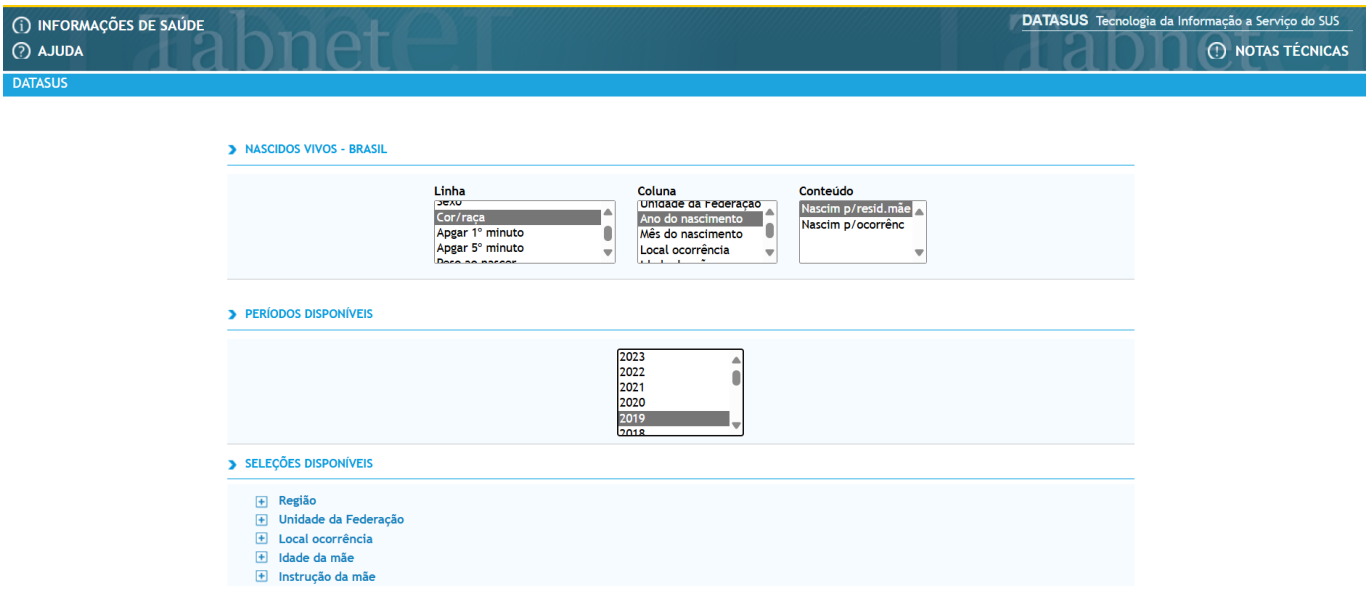
Já com os óbitos maternos salvos em uma planilha Excel, vamos obter o nosso denominador que serão os nascidos vivos.

Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação. Depois, selecione a opção *Nascidos Vivos – desde 1994* e, em seguida, clique em Nascidos Vivos. Nesse exemplo, escolheremos, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Estamos chegando lá! Quantas crianças nasceram no Brasil, segundo cor/raça, em 2019? Vamos seguir o passo a passo?

1. Em Linha, selecione Cor/raça.
2. Em Coluna, selecione Ano do nascimento.
3. No campo Conteúdo, selecione Nascimento por Residência mãe, pois queremos informações sobre o número de nascidos vivos ocorridos, contados, segundo o local de residência do nascimento.
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione 2019.

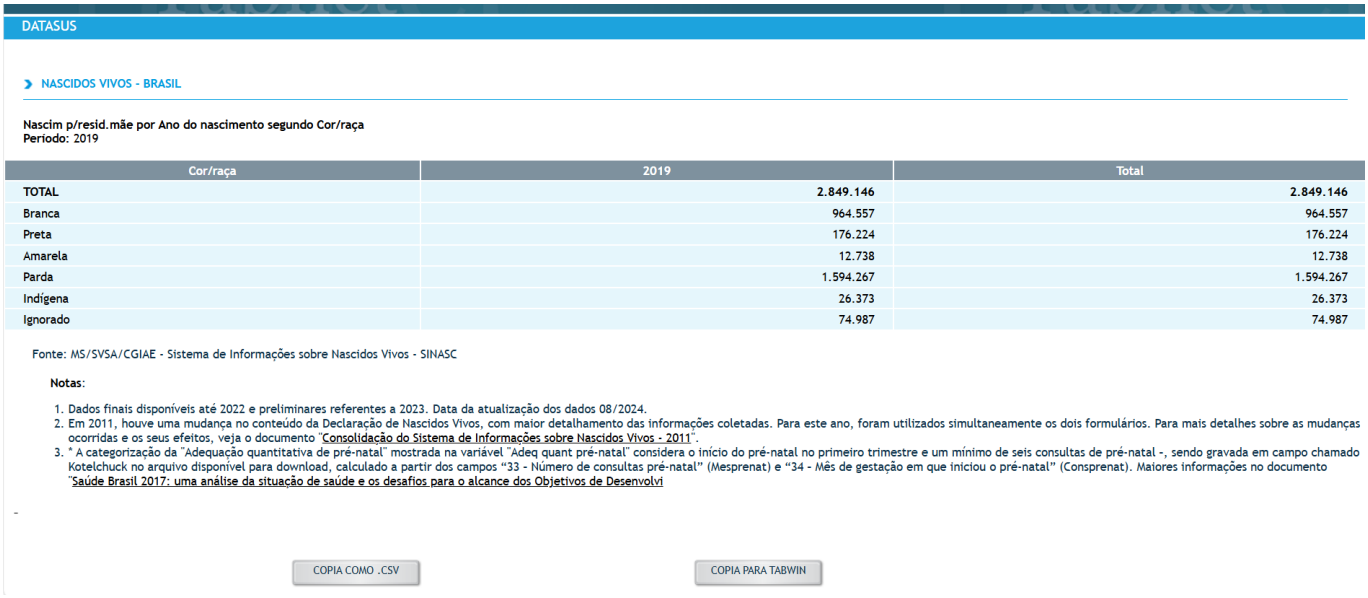
Figura 4 – Coleta de dados em Nascidos Vivos, em 2019, usando o TABNET



Fonte: DATASUS (2024).

O resultado dessa tabulação você pode ver no *print* da tela a seguir:

Figura 5 – Distribuição dos nascidos vivos, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS



DATASUS

NASCIDOS VIVOS - BRASIL

Nascim p/resid.mãe por Ano do nascimento segundo Cor/raça
Período: 2019

Cor/raça	2019	Total
TOTAL	2.849.146	2.849.146
Branca	964.557	964.557
Preta	176.224	176.224
Amarela	12.738	12.738
Parda	1.594.267	1.594.267
Indígena	26.373	26.373
Ignorado	74.987	74.987

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Notas:

1. Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.
2. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".
3. * A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal -, sendo gravada em campo chamado Kotelchuck no arquivo disponível para download, calculado a partir dos campos "33 - Número de consultas pré-natal" (Mesprenat) e "34 - Mês de gestação em que iniciou o pré-natal" (Consprenat). Maiores informações no documento "Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvi

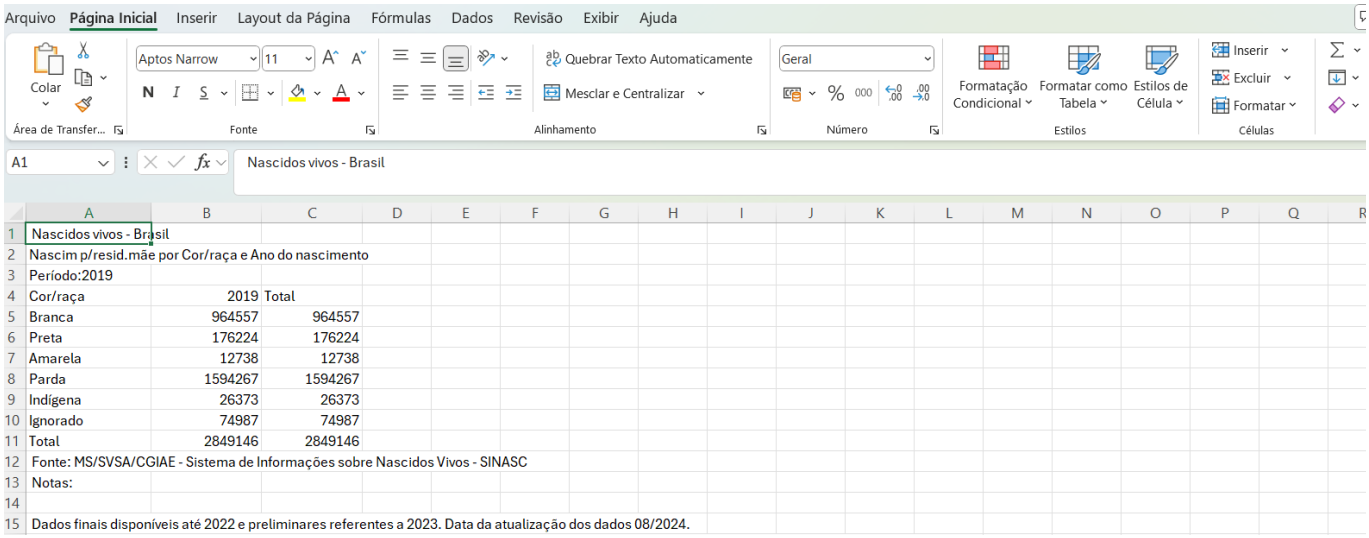
COPIA COMO .CSV

COPIA PARA TABWIN

Fonte: DATASUS (2024).

Vamos clicar em “COPIA COMO .CSV” e transformar os dados em Planilha Excel.

Figura 6 – Distribuição dos nascidos vivos em planilha Excel, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS

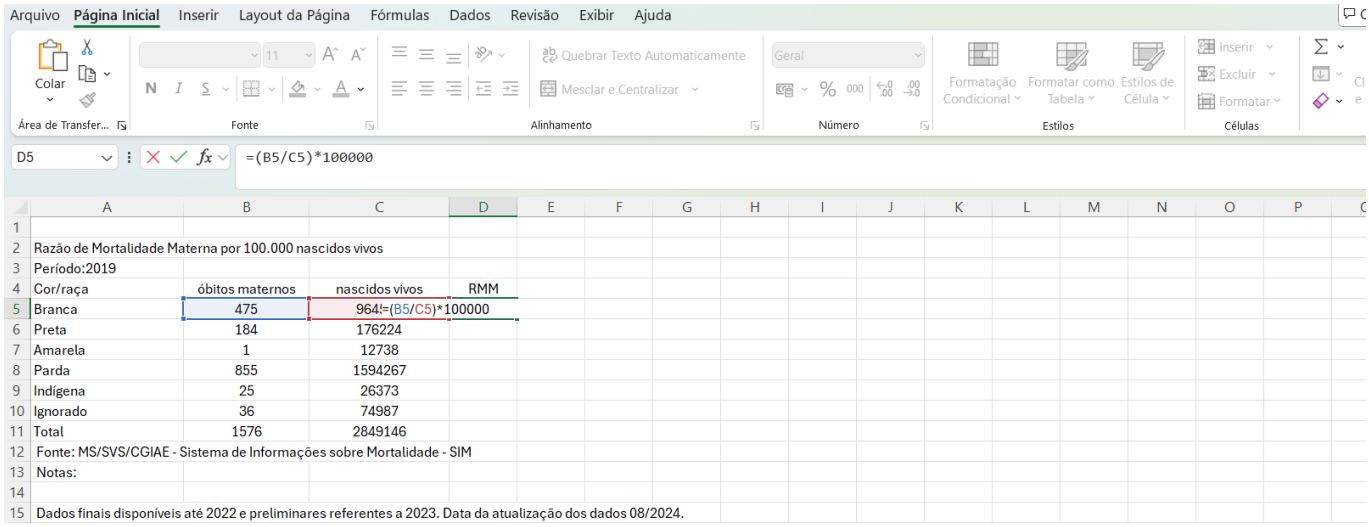


	A	B	C
1	Nascidos vivos - Brasil		
2	Nascim p/resid.mãe por Cor/raça e Ano do nascimento		
3	Período:2019		
4	Cor/raça	2019	Total
5	Branca	964557	964557
6	Preta	176224	176224
7	Amarela	12738	12738
8	Parda	1594267	1594267
9	Indígena	26373	26373
10	Ignorado	74987	74987
11	Total	2849146	2849146
12	Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC		
13	Notas:		
14			
15	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.		

Fonte: DATASUS (2024).

Agora chegou a hora da construção do indicador Razão de Mortalidade Materna. **Por quê?** Porque já temos o nosso numerador – óbitos maternos – e temos o nosso denominador – nascidos vivos. Vamos colar os dados de nascidos vivos, segundo cor/raça, na planilha em Excel dos dados de óbitos maternos.

Figura 7 – Construção do Indicador Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS. (1ª Parte)



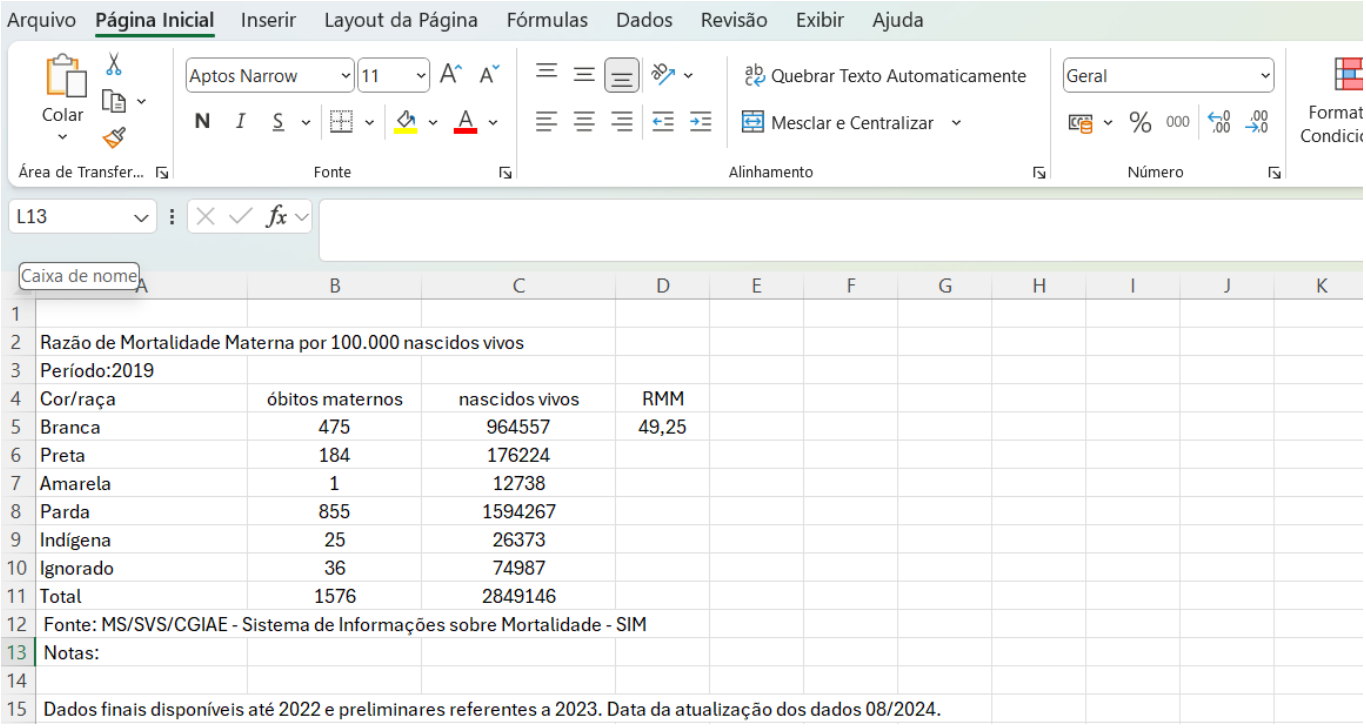
	A	B	C	D
1				
2	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos			
3	Período:2019			
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM
5	Branca	475	964!=(B5/C5)*100000	
6	Preta	184	176224	
7	Amarela	1	12738	
8	Parda	855	1594267	
9	Indígena	25	26373	
10	Ignorado	36	74987	
11	Total	1576	2849146	
12	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			
13	Notas:			
14				
15	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.			

Fonte: DATASUS (2024).

Para obter a Razão de Mortalidade Materna por 100.000 Nascidos Vivos em mulheres brancas, vamos seguir o passo a passo:

1. Criar uma coluna RMM (Razão de Mortalidade Materna).
2. Digitar "=" na célula "D5" e abrir parênteses.
3. Clicar na célula "B5" (óbitos maternos) e digitar "/".
4. Clicar na célula "C5" (nascidos vivos) e fechar parêntese e digitar "*100000" (multiplicação).
5. Tecle Enter.
6. Com o botão direito do *mouse* sobre a célula, clique em "formatar células".
7. Selecione "número" e "casas decimais= 1 ou 2".

Figura 8 – Construção do Indicador Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS (2ª Parte)



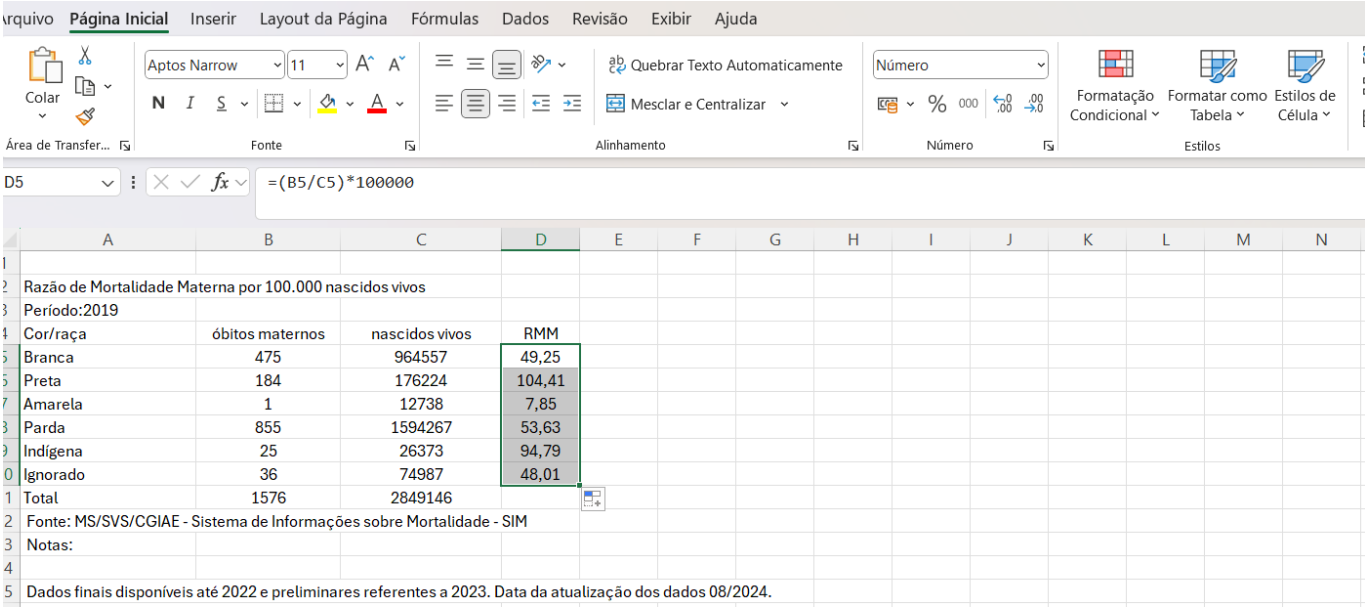
	A	B	C	D
1				
2	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos			
3	Período:2019			
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM
5	Branca	475	964557	49,25
6	Preta	184	176224	
7	Amarela	1	12738	
8	Parda	855	1594267	
9	Indígena	25	26373	
10	Ignorado	36	74987	
11	Total	1576	2849146	
12	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			
13	Notas:			
14				
15	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.			

Fonte: DATASUS (2024).

Em 2019, a RMM do Brasil em mulheres brancas foi de 49,25 óbitos maternos para cada 100 mil NV. Para calcular a RMM para as outras categorias de cor/raça, podemos seguir o mesmo passo a passo anteriormente descrito ou então usar uma das fórmulas do Excel que é selecionar a célula "D5" e, em seguida, será gerado um sinal de mais; arraste para obter todas as Razões de Mortalidade Materna.

Então vamos tentar? O resultado dessa tabulação você pode ver a seguir.

Figura 9 – Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel desagregada, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS

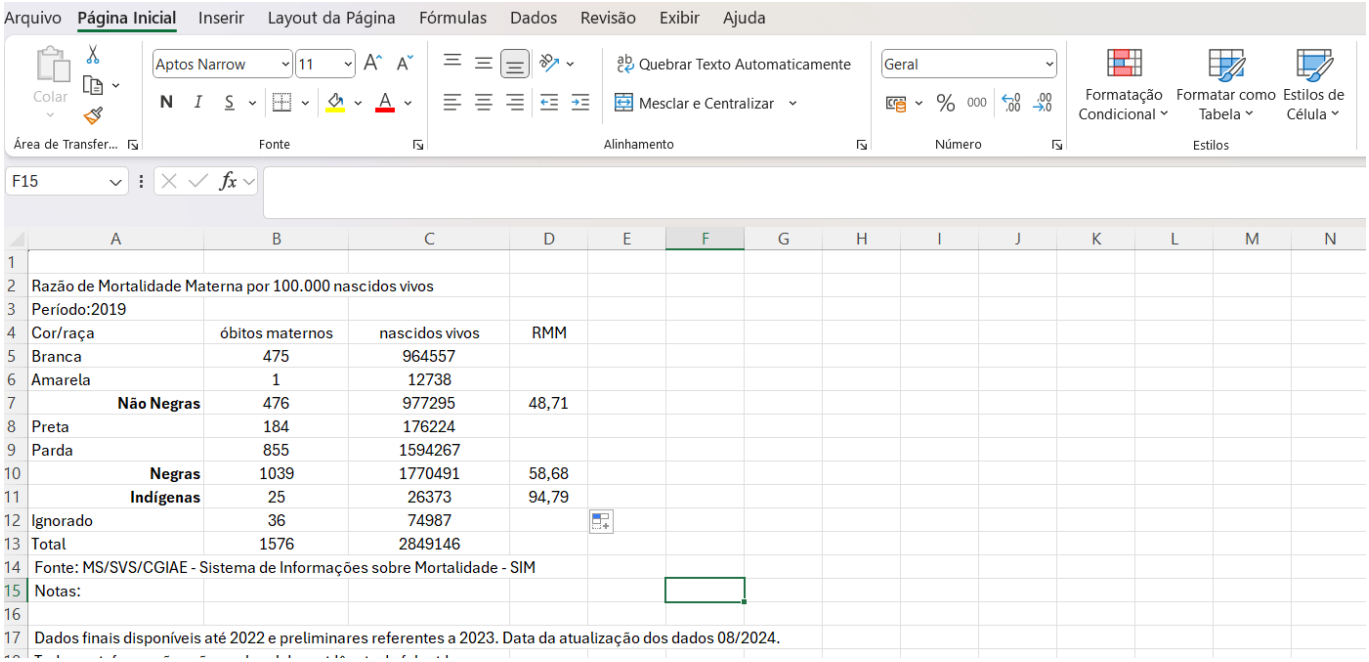


	A	B	C	D
1				
2	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos			
3	Período:2019			
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM
5	Branca	475	964557	49,25
6	Preta	184	176224	104,41
7	Amarela	1	12738	7,85
8	Parda	855	1594267	53,63
9	Indígena	25	26373	94,79
10	Ignorado	36	74987	48,01
11	Total	1576	2849146	
12	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			
13	Notas:			
14				
15	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.			

Fonte: DATASUS (2024).

Veja, no resultado, que as maiores Razões de Mortalidade Materna são observadas entre as mulheres pretas (RMM = 104,41/100.000 NV) e entre as mulheres indígenas (RMM = 94,79/100.000 NV). Essa é uma análise de dados de forma desagregada, segundo cor/raça/etnia. Podemos analisar de forma agregada classificando as mulheres em negras (pretas + pardas), não negras (brancas + amarelas) e indígenas. Assim, teremos as seguintes Razões de Mortalidade Materna:

Figura 10 – Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel agregada, segundo cor/raça, em 2019, usando o DATASUS



	A	B	C	D
1				
2	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos			
3	Período:2019			
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM
5	Branca	475	964557	
6	Amarela	1	12738	
7	**Não Negras**	476	977295	48,71
8	Preta	184	176224	
9	Parda	855	1594267	
10	**Negras**	1039	1770491	58,68
11	**Indígenas**	25	26373	94,79
12	Ignorado	36	74987	
13	Total	1576	2849146	
14	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM			
15	Notas:			
16				
17	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.			

Fonte: DATASUS (2024).

Em 2019, a RMM do Brasil entre mulheres negras (pretas + pardas) foi de 58,68 óbitos maternos para cada 100 mil NV. Em uma análise de dados agregada, a RMM de mulheres brancas se aproxima da RMM das mulheres negras, por isso é **importante analisar dados de forma agregada e desagregada**.

Você sabia que a relevância da análise étnico-racial nos indicadores de saúde se estende também ao monitoramento da PNSIPN?

Destaca-se, ainda, a necessidade da qualificação da coleta do quesito raça/cor, assim como **a análise dos dados desagregados** nos sistemas de informação de saúde para subsidiar a formulação de políticas públicas e produção de conhecimento em saúde da população negra, bem como verificar o cumprimento do princípio da equidade no SUS.

Você sabe onde encontramos dados desagregados também?

A OMS lançou o *Repositório de Dados sobre Desigualdade em Saúde*, a coleção global mais abrangente de **dados desagregados** disponíveis publicamente e com evidências sobre a saúde da população e seus determinantes. Disponível em: https://www.who.int/data/inequality-monitor/data#

O *Health Inequality Data Repository (HIDR)* inclui quase 11 milhões de pontos de dados e consiste em 59 conjuntos de dados de mais de 15 fontes. Disponível em: https://www.who.int/data/inequality-monitor/data

O *Global Health Observatory* também contém dados **desagregados**, dos quais 116, ou dois terços, são desagregados apenas por sexo. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being

Muito bem! Vamos voltar para a Razão de Mortalidade Materna. Agora você vai tentar sozinho, e mostraremos somente o resultado final. O nosso desafio é calcular a **Razão de Mortalidade Materna Específica em adolescentes, segundo cor/raça/etnia, no Brasil, em 2019**. Por que a RMM é chamada de específica?

Atenção

A RMM é chamada de específica quando temos número de óbitos maternos, segundo variáveis relacionadas às características da mulher (faixa etária, cor/raça) ou do óbito (a causa específica, local de ocorrência), por 100 mil nascidos vivos.

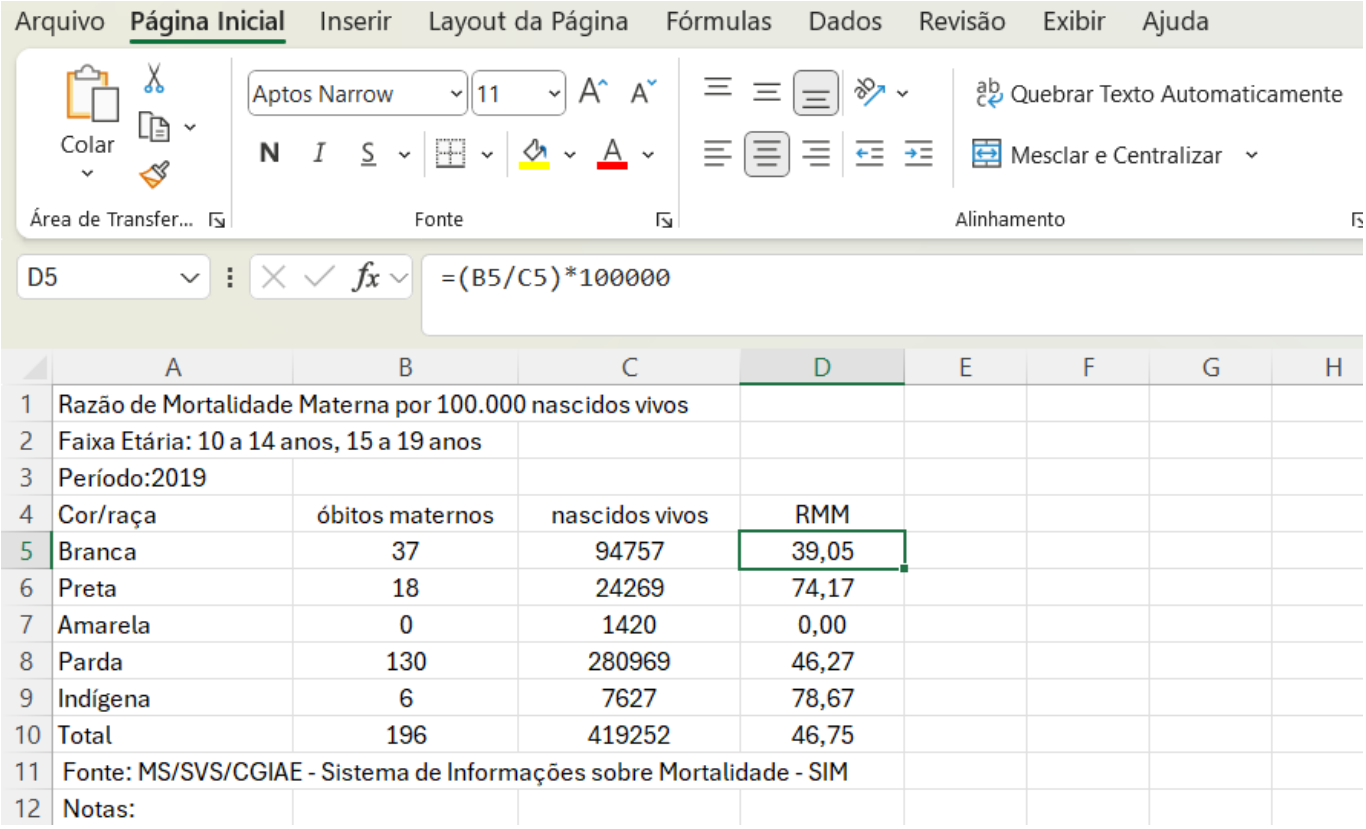
Então, o cálculo que foi feito, anteriormente, da distribuição da Mortalidade Materna, segundo cor/raça/etnia é chamado de Razão de Mortalidade Materna Específica?

O nosso foco é a faixa etária, especificamente adolescentes. O critério utilizado para definição da faixa etária será o da OMS, a qual considera adolescentes a faixa de 10-19 anos (WHO, 1995).

Para calcular a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME), segundo idade materna, com recorte de cor/raça/etnia considerou-se: no numerador, o número de óbitos maternos de adolescentes, segundo cor/raça/etnia, por região e período; e, para o denominador, o número de nascidos vivos de adolescentes, segundo cor/raça/etnia, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), por região e período estudado.

O resultado dessa tabulação você pode ver a seguir:

Figura 11 – Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel desagregada, segundo cor/raça, na faixa etária de 10 a 19 anos, em 2019, usando o DATASUS



	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos							
2	Faixa Etária: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos							
3	Período:2019							
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM				
5	Branca	37	94757	39,05				
6	Preta	18	24269	74,17				
7	Amarela	0	1420	0,00				
8	Parda	130	280969	46,27				
9	Indígena	6	7627	78,67				
10	Total	196	419252	46,75				
11	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM							
12	Notas:							

Fonte: DATASUS (2024).

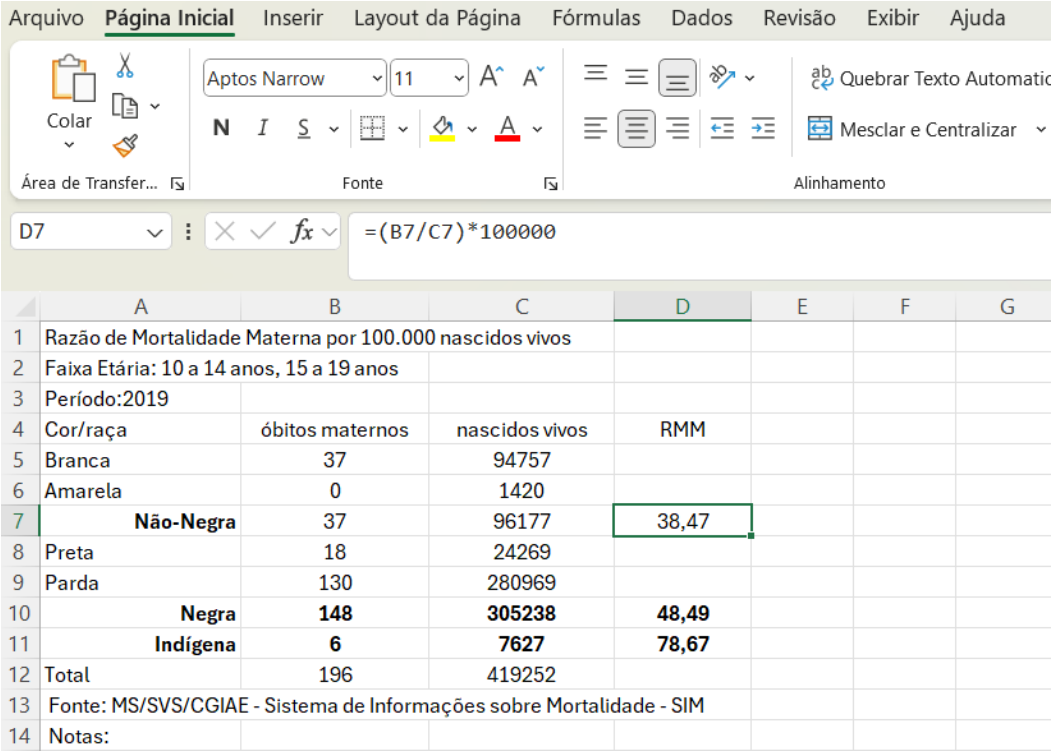
Você acertou o cálculo?

Temos certeza de que sim. Na análise de dados desagregados, temos as maiores Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) em adolescentes, em 2019, entre as mulheres pretas (RMME = 74,17/100.000 NV) e entre as mulheres indígenas (RMME = 78,67/100.000 NV).

E entre as mulheres negras (pretas + pardas) adolescentes, na análise de dados agregada, ficou uma RMME = 48,49/100.000 NV.

Vamos ver na planilha Excel, em seguida?

Figura 12 – Razão de Mortalidade Materna em planilha Excel agregada segundo cor/raça, na faixa etária de 10 a 19 anos, em 2019, usando o DATASUS



	A	B	C	D	E	F	G
1	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos						
2	Faixa Etária: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos						
3	Período:2019						
4	Cor/raça	óbitos maternos	nascidos vivos	RMM			
5	Branca	37	94757				
6	Amarela	0	1420				
7	**Não-Negra**	37	96177	38,47			
8	Preta	18	24269				
9	Parda	130	280969				
10	**Negra**	**148**	**305238**	**48,49**			
11	**Indígena**	**6**	**7627**	**78,67**			
12	Total	196	419252				
13	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM						
14	Notas:						

Fonte: DATASUS (2024).

Mesmo o Brasil melhorando sua coleta de dados desagregados, serão necessários esforços adicionais para apoiar a análise e relatar dados administrativos por cor/raça/etnia de forma regular e sistemática. Esforços para melhorar a qualidade da coleta de dados subnacionais e administrativos são importantes, porque há erros sistemáticos na atribuição étnico-racial nos dados de mortalidade que podem, por exemplo, subestimar a mortalidade materna em certas populações, principalmente a de adolescentes (faixa etária de 10 a 14 anos). Há indícios de que, no Brasil, médicos legistas, com frequência, cometem erros de atribuição racial porque, muitas vezes, as informações não podem ser compartilhadas entre as plataformas de dados (por exemplo, quando as informações da certidão de óbito não podem ser cruzadas com uma carteira de motorista, na qual a falecida autodeclarou sua raça/cor, prevalecendo o discernimento do médico legista) (Leal, 2017).

Se liga no saber

Sugerimos a leitura do material: UNFPA. **Saúde materna de mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas**. Análise julho de 2023.

Disponível em:

UNFPA MM Factsheet - WEB_PT_Web.pdf

Um aspecto que não podemos esquecer, e que é fundamental, é a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Mesmo tendo sido instituída em 2009, como visto no módulo anterior, ainda não foi implementada em sua totalidade nos municípios brasileiros. Dados de 2019 apontam que menos de 30% das cidades brasileiras haviam colocado em prática aspectos da Política. Apenas 3% criaram órgãos para acompanhar e monitorar a sua implementação. A PNSIPN traz ações para combater o racismo e as desigualdades étnico-raciais que são determinantes para as condições de saúde.

Então, profissional de saúde, veja como é essencial considerar a dimensão étnico-racial na construção dos indicadores de saúde.

TEMA 3 - IDENTIFICAÇÃO DE PADRÕES ESPAÇO-TEMPORAIS DE MORBI-MORTALIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA

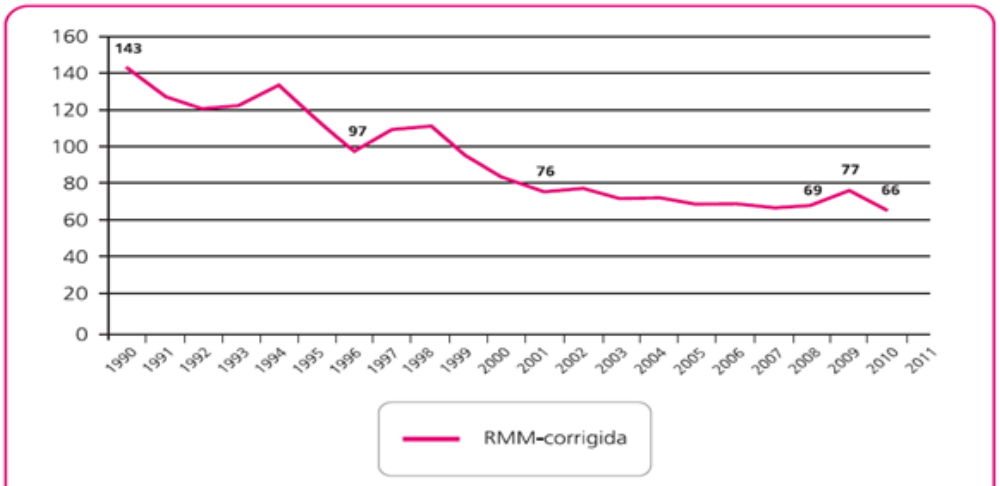
Nesta aula, apresentaremos a construção de uma série temporal e espacial de indicadores de saúde da população negra, lembrando que, na aula anterior, você estudou a construção de um indicador de saúde, que foi a Razão de Mortalidade Materna Específica, segundo cor/raça/etnia e, em seguida, por faixa etária (10 a 19 anos), segundo cor/raça/etnia, usando o TABNET do DATASUS.

Primeiramente, vamos destacar a distribuição temporal. **Por que é importante investigar as variações temporais dos indicadores de saúde da população negra?**

A distribuição de padrões temporais são uma **forma de organizar no tempo** os indicadores de saúde.

Os padrões temporais são importantes para comparar, em uma população geograficamente definida, as taxas de mortalidade e morbidade através do tempo e para avaliar o impacto de ações, programas ou políticas de saúde, comparando as tendências temporais da ocorrência da doença antes e depois das intervenções. Por exemplo, voltemos ao nosso indicador de saúde selecionado na aula anterior: a Razão de Mortalidade Materna (RMM).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna corrigida (por 100 mil nascidos vivos) pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1990-2011)



	1990	1996	2001	2009	2010
Fator de Correção	2,5	2	1,4	1,18	1,16
RMM corrigida	143	97	76	77	66*

Fonte: DATASUS (2024).

Como podemos observar no gráfico 1, entre 1990 e 2010, houve uma tendência de queda da RMM, que resultou em uma redução de 54%. No entanto, a velocidade dessa queda diminuiu a partir de 2001, mantendo-se praticamente estável até 2007. Surge então a questão: quais foram os fatores responsáveis pela redução da RMM observada no Brasil? Apenas a análise da distribuição do indicador ao longo do tempo pode ajudar a responder a essa pergunta.

A redução foi decorrente de uma série de fatores, entre eles: 1) aumento da escolaridade feminina; 2) queda do número de filhos por mulher; 3) expansão da rede básica de saúde; 4) aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal; e 5) maior acesso e qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério.

Entretanto, será que a tendência da redução da RMM observada no Brasil se mantém segundo raça/cor/etnia?

Vamos fazer a construção, observando o período de 2002 a 2019, para responder a essa pergunta.

Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação, depois selecione a opção *Mortalidade – desde 1996 pela CID-10* e, em seguida, clique em *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Neste exemplo, vamos escolher, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Vamos lá! Neste exemplo, queremos saber a distribuição temporal da Razão de Mortalidade Materna Específica por residência, segundo cor/raça/etnia, de 2002 a 2019:

1. 1. Em Linha, selecione Cor/raça.
2. 2. Em Coluna, selecione Ano do óbito.
3. 3. No campo Conteúdo, selecione Óbitos maternos.
4. 4. No campo Períodos Disponíveis, selecione de 2002 a 2019.

Figura 1 – Coleta de dados em óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, usando o TABNET (2002-2019)

Fonte: DATASUS (2024).

O resultado da tabulação pode ser visto a seguir:

Figura 2 – Distribuição dos óbitos maternos, segundo cor/raça, usando o TABNET (2002-2019)

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS - BRASIL

Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Cor/raça
Período: 2002-2019

Cor/raça	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	1.655	1.584	1.641	1.620	1.623	1.590	1.681	1.872	1.719	1.610	1.583	1.686	1.739	1.738	1.670	1.718	1.658	1.576
Branca	609	570	615	545	578	524	580	638	595	524	534	525	528	559	525	562	505	475
Preta	184	157	180	157	172	178	168	202	181	156	172	182	202	176	177	187	177	184
Amarela	8	8	4	7	7	4	5	2	4	3	3	3	3	2	3	8	8	1
Parda	653	656	680	761	727	761	810	874	831	805	780	878	926	903	896	896	904	855
Indígena	12	10	11	21	18	23	14	25	18	29	23	29	21	36	21	25	26	25
Ignorado	189	183	151	129	121	100	104	131	90	93	71	69	59	62	48	40	38	36

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Notas:

1. Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024.
2. Todas as informações são por local de residência da falecida.
3. Para definição de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos e óbitos maternos tardios, veja as Notas Técnicas.
4. Nos casos de inconsistência entre a causa materna declarada e o momento da morte (durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério até 42 dias, durante o puerpério, de 43 dias a 1 ano ou fora destes períodos), para efeito de c se óbito materno ou não, foi priorizada a informação sobre a causa.
5. Os campos referentes ao momento da morte (43 e 44), apesar de estarem tendo sua qualidade de preenchimento melhorada, apresentam ainda elevado percentual de inconsistências ou não preenchimento.
6. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorric efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".
7. No dia 01/04/2020, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2019 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 4 registros e exclusão de 1 registro.

COPIA COMO .CSV COPIA PARA TABWIN

Fonte: DATASUS (2024).

Como copiar ou mostrar a tabulação?

Na parte inferior da tabulação, está a fonte das informações e os botões que possibilitam: “COPIA COMO .CSV”, copia para o TABWIN.

Clique em “COPIA COMO .CSV” e veja, em seguida, o resultado. Você vai salvar os dados em planilha Excel.

Figura 3 – Distribuição dos óbitos maternos, em planilha Excel, segundo cor/raça, usando o TABNET (2002-2019)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil																			
2	Óbitos maternos por Cor/raça e Ano do Óbito																			
3	Período:2002-2019																			
4	Cor/raça	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
5	Branca	609	570	615	545	578	524	580	638	595	524	534	525	528	559	525	562	505	475	9991
6	Preta	184	157	180	157	172	178	168	202	181	156	172	182	202	176	177	187	177	184	3192
7	Amarela	8	8	4	7	7	4	5	2	4	3	3	3	3	2	3	8	8	1	83
8	Parda	653	656	680	761	727	761	810	874	831	805	780	878	926	903	896	896	904	855	14596
9	Indígena	12	10	11	21	18	23	14	25	18	29	23	29	21	36	21	25	26	25	387
10	Ignorado	189	183	151	129	121	100	104	131	90	93	71	69	59	62	48	40	38	36	1714
11	Total	1655	1584	1641	1620	1623	1590	1681	1872	1719	1610	1583	1686	1739	1738	1670	1718	1658	1576	29963
12	Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM																			

Fonte: DATASUS (2024).

Já com os óbitos maternos salvos em uma planilha Excel, vamos obter o nosso denominador, que serão os “nascidos vivos”.

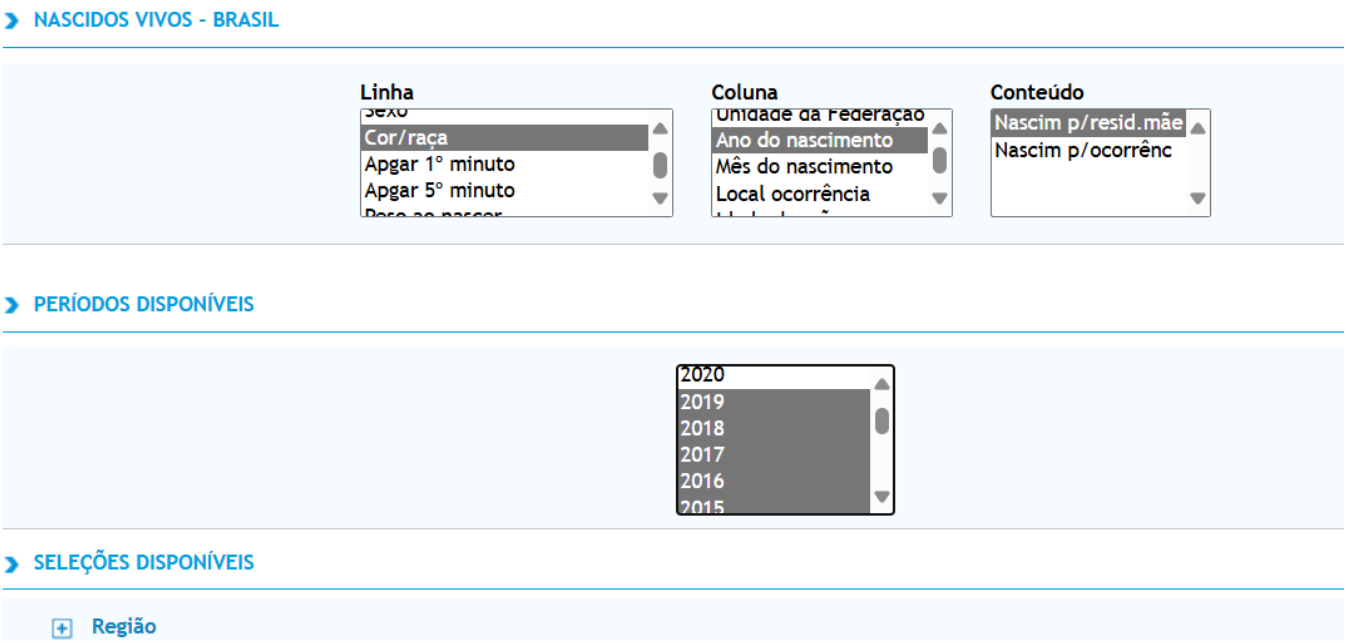
Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação. Depois, selecione a opção *Nascidos Vivos – desde 1994* e, em seguida, clique *em Nascidos Vivos*. Neste exemplo, vamos escolher, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Quantas crianças nasceram no Brasil, segundo cor/raça/etnia, de 2002 a 2019?

Vamos seguir o passo a passo:

1. Em Linha, selecione Cor/raça.
2. Em Coluna, selecione Ano do nascimento.
3. No campo Conteúdo, selecione Nascimento por Residência mãe, pois queremos informações sobre número de nascidos vivos ocorridos, contados segundo o local de residência do nascimento.
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione de 2002 a 2019.

Figura 4 – Distribuição dos nascidos vivos, usando o TABNET (2002-2019)



Fonte: DATASUS (2024).

O resultado dessa tabulação você pode ver a seguir:

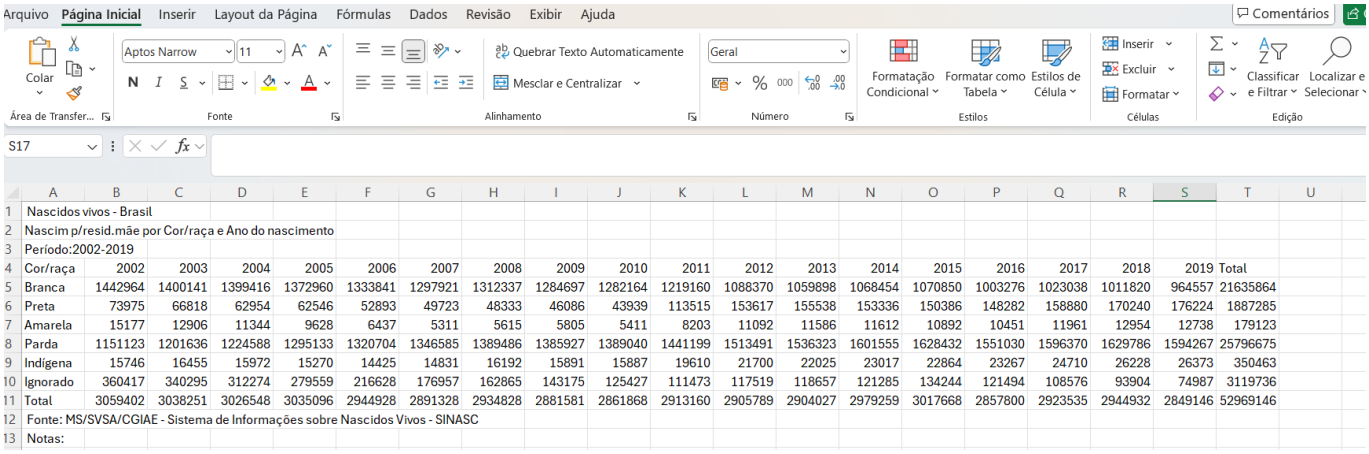
Figura 5 – Distribuição dos nascidos vivos, segundo cor/raça, usando o TABNET (2002-2019)

Cor/raça	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	3.059.402	3.038.251	3.026.548	3.035.096	2.944.928	2.891.328	2.934.828	2.881.581	2.861.868	2.913.160	2.905.789
Branca	1.442.964	1.400.141	1.399.416	1.372.960	1.333.841	1.297.921	1.312.337	1.284.697	1.282.164	1.219.160	1.088.370
Preta	73.975	66.818	62.954	62.546	52.893	49.723	48.333	46.086	43.939	113.515	153.617
Amarela	15.177	12.906	11.344	9.628	6.437	5.311	5.615	5.805	5.411	8.203	11.092
Parda	1.151.123	1.201.636	1.224.588	1.295.133	1.320.704	1.346.585	1.389.486	1.385.927	1.389.040	1.441.199	1.513.491
Indígena	15.746	16.455	15.972	15.270	14.425	14.831	16.192	15.891	15.887	19.610	21.700
Ignorado	360.417	340.295	312.274	279.559	216.628	176.957	162.865	143.175	125.427	111.473	117.519

Fonte: DATASUS (2024).

Vamos clicar em “COPIA COMO .CSV” e transformar os dados em Planilha Excel.

Figura 6 – Distribuição dos nascidos vivos, em Planilha Excel, segundo cor/raça, usando o TABNET (2002-2019)



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Nascidos vivos - Brasil																			
2	Nascim p/resid.mãe por Cor/raça e Ano do nascimento																			
3	Período:2002-2019																			
4	Cor/raça	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
5	Branca	1442964	1400141	1399416	1372960	1333841	1297921	1312337	1284697	1282164	1219160	1088370	1059898	1068454	1070850	1003276	1023038	1011820	964557	21635864
6	Preta	73975	66818	62954	62546	52893	49723	48333	46086	43939	113515	153617	155538	153336	150386	148282	158880	170240	176224	1887285
7	Amarela	15177	12906	11344	9628	6437	5311	5615	5805	5411	8203	11092	11586	11612	10892	10451	11961	12954	12738	179123
8	Parda	1151123	1201636	1224588	1295133	1320704	1346585	1389486	1385927	1389040	1441199	1513491	1536323	1601555	1628432	1551030	1596370	1629786	1594267	25796675
9	Indígena	15746	16455	15972	15270	14425	14831	16192	15891	15887	19610	21700	22025	23017	22864	23267	24710	26228	26373	350463
10	Ignorado	360417	340295	312274	279559	216628	176957	162865	143175	125427	111473	117519	118657	121285	134244	121494	108576	93904	74987	3119736
11	Total	3059402	3038251	3026548	3035096	2944928	2891328	2934828	2881581	2861868	2913160	2905789	2904027	2979259	3017668	2857800	2923535	2944932	2849146	52969146
12	Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC																			
13	Notas:																			

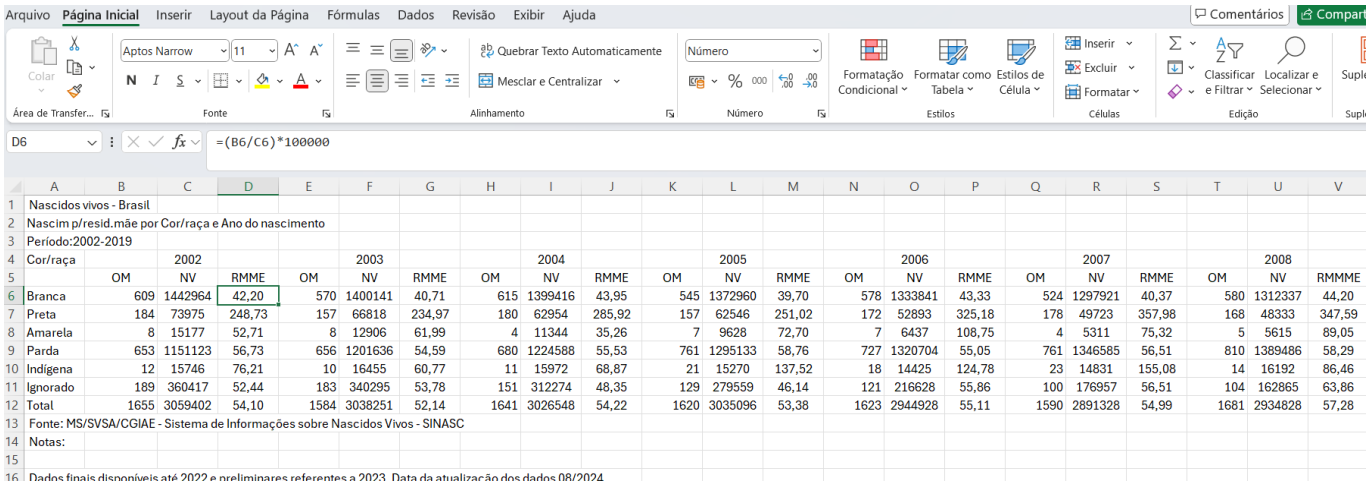
Fonte: DATASUS (2024).

Agora chegou a hora da construção da distribuição temporal do indicador Razão de Mortalidade Materna. **Por quê?**

Porque já temos o nosso numerador – óbitos maternos – e temos o nosso denominador – nascidos vivos –, ambos de 2002 a 2019. Vamos colar os dados de nascidos vivos, segundo cor/raça, na planilha dos dados de Óbitos Maternos (OM). Na planilha Excel, para cada ano você vai criar uma coluna para os Nascidos Vivos (NV) e uma coluna para a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME).

Veja o resultado:

Figura 7 – Distribuição da Razão de Mortalidade Maternas Específica (RMME), em Planilha Excel, segundo cor/raça, usando o TABNET (2002-2019)

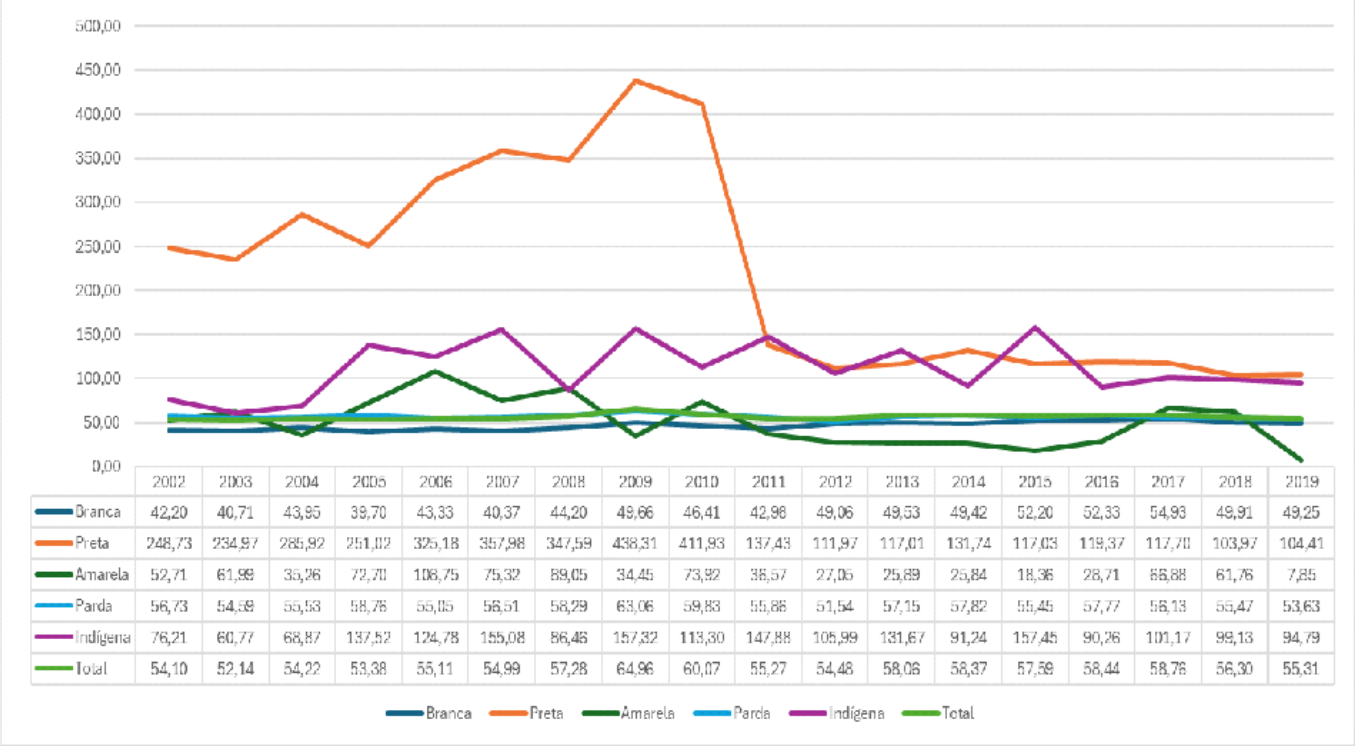


	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	Nascidos vivos - Brasil																					
2	Nascim p/resid.mãe por Cor/raça e Ano do nascimento																					
3	Período:2002-2019																					
4	Cor/raça		2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008	
5		OM	NV	RMME	OM	NV	RMME	OM	NV	RMME	OM	NV	RMME	OM	NV	RMME	OM	NV	RMME	OM	NV	RMMME
6	Branca	609	1442964	42,20	570	1400141	40,71	615	1399416	43,95	545	1372960	39,70	578	1333841	43,33	524	1297921	40,37	580	1312337	44,20
7	Preta	184	73975	248,73	157	66818	234,97	180	62954	285,92	157	62546	251,02	172	52893	325,18	178	49723	357,98	168	48333	347,59
8	Amarela	8	15177	52,71	8	12906	61,99	4	11344	35,26	7	9628	72,70	7	6437	108,75	4	5311	75,32	5	5615	89,05
9	Parda	653	1151123	56,73	656	1201636	54,59	680	1224588	55,53	761	1295133	58,76	727	1320704	55,05	761	1346585	56,51	810	1389486	58,29
10	Indígena	12	15746	76,21	10	16455	60,77	11	15972	68,87	21	15270	137,52	18	14425	124,78	23	14831	155,08	14	16192	86,46
11	Ignorado	189	360417	52,44	183	340295	53,78	151	312274	48,35	129	279559	46,14	121	216628	55,86	100	176957	56,51	104	162865	63,86
12	Total	1655	3059402	54,10	1584	3038251	52,14	1641	3026548	54,22	1620	3035096	53,38	1623	2944928	55,11	1590	2891328	54,99	1681	2934828	57,28
13	Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC																					
14	Notas:																					
15																						
16	Dados finais disponíveis até 2022 e preliminares referentes a 2023. Data da atualização dos dados 08/2024																					

Fonte: DATASUS (2024).

Agora, vamos utilizar o programa Excel para a construção de gráficos a partir de tabelas geradas pelo TABNET do DATASUS. Gráfico é uma forma de representar os valores de uma matriz de dados, que poderá ser apresentado em distintas formas, como linhas, colunas, barras etc. É uma forma de sintetizar e exibir resultados de um conjunto de informações em uma planilha. Como nossa análise se trata de uma distribuição temporal, apresentaremos um gráfico de linhas.

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade Materna, segundo cor/raça/etnia, por 100.000 nascidos vivos (Brasil, 2002-2019)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branca	42,20	40,71	43,85	39,70	43,33	40,37	44,20	49,66	46,41	42,98	49,06	49,53	49,42	52,20	52,33	54,93	49,91	49,25
Preta	248,73	234,97	285,92	251,02	325,18	357,98	347,59	438,31	411,93	137,43	111,97	117,01	131,74	117,03	119,37	117,70	103,97	104,41
Amarela	52,71	61,99	35,26	72,70	108,75	75,32	89,05	34,45	73,92	38,57	27,05	25,89	25,84	18,36	28,71	66,88	61,76	7,85
Parda	56,73	54,39	55,53	58,76	55,05	58,51	58,29	63,06	59,83	55,86	51,54	57,15	57,82	55,45	57,77	58,13	55,47	53,63
Indígena	76,21	60,77	68,87	137,52	124,78	155,08	86,46	157,32	113,30	147,88	105,99	131,67	91,24	157,45	90,26	101,17	99,13	94,79
Total	54,10	52,14	54,22	53,38	55,11	54,99	57,28	64,96	60,07	55,27	54,48	58,06	58,37	57,59	58,44	58,76	56,30	55,31

Fonte: DATASUS (2024).

Agora voltamos à pergunta que gerou a nossa motivação para a construção de uma distribuição temporal desse indicador epidemiológico para a saúde da população negra:

Será que a tendência da redução da RMM, observada no Brasil, se mantém, segundo raça/cor/etnia?

A RMME para as raças/cores/etnias indígenas e pretas apresentaram-se quase duas vezes superiores, quando comparadas com a razão Nacional (Total). Com relação à distribuição da RMME entre mulheres pretas, em 2009, foi a mais elevada (438/100

mil NV), seguida de acentuado declínio (137/100 mil NV) em 2011, mantendo-se (entre 120/100 mil NV a 100/100 mil NV) nos anos de 2012 e 2019. A RMME indígena apresentou oscilação no período, com valores elevados para os anos de 2007 (155,08/100 mil NV), 2009 (157,32/100 mil NV) e 2015 (157,45/100 mil NV).

Em resumo, aprender a construção de indicadores epidemiológicos é essencial para **melhorar a saúde pública, planejar e avaliar programas de saúde e reduzir as desigualdades étnico-raciais**.

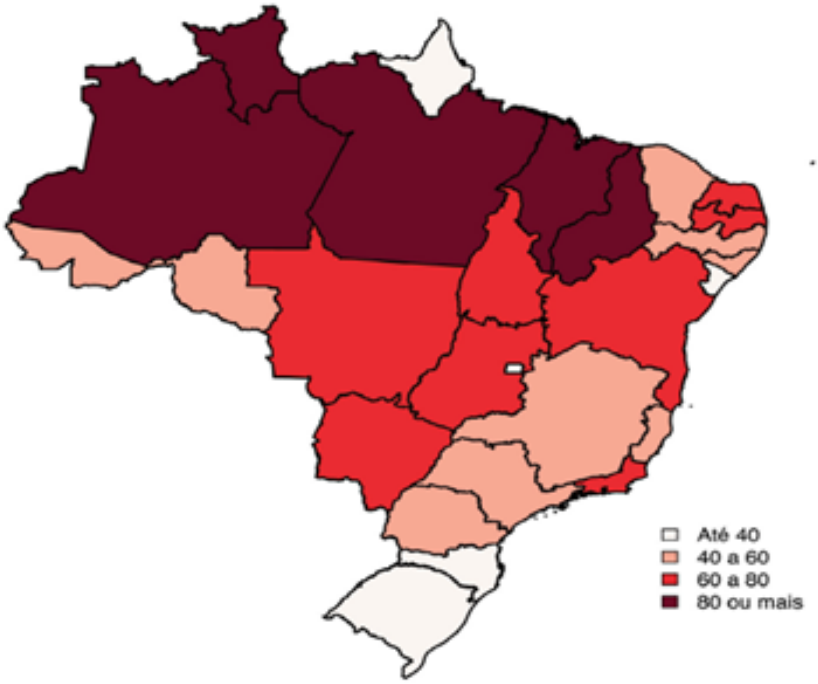
Agora, vamos para as variações espaciais dos indicadores de saúde da população negra.

Se liga no saber

Por que é importante investigar as variações espaciais?

Primeiro, para descrever e comparar taxas de doenças entre diversas áreas geográficas em um momento ou período. A análise dos dados pode ser realizada por meio do mapeamento, que facilita a visualização e a identificação de padrões espaciais, ou ainda pela comparação direta das medidas. As comparações espaciais são particularmente úteis para compreender a distribuição dos indicadores de saúde e o uso de mapas tem se tornado uma prática recorrente nesse contexto.

Figura 8 – Distribuição da Razão de Mortalidade Materna, segundo Unidades da Federação, usando o TABNET (2019)



Fonte: DATASUS (2024).

Em 2019, conforme a figura 8, as maiores RMM foram observadas no Piauí (98,1/100 mil NV), Pará (96,1/100 mil NV), Roraima (91,9/100 mil NV), Amazonas (84,8/100 mil NV) e Maranhão (80,6/100 mil NV). Por sua vez, as menores RMM foram observadas no Distrito Federal (21,2/100 mil NV) e em Santa Catarina (30,6/100 mil NV).

Vamos calcular as RMMs para as unidades da Federação em 2019, segundo a raça/cor/etnia?

Lembrando

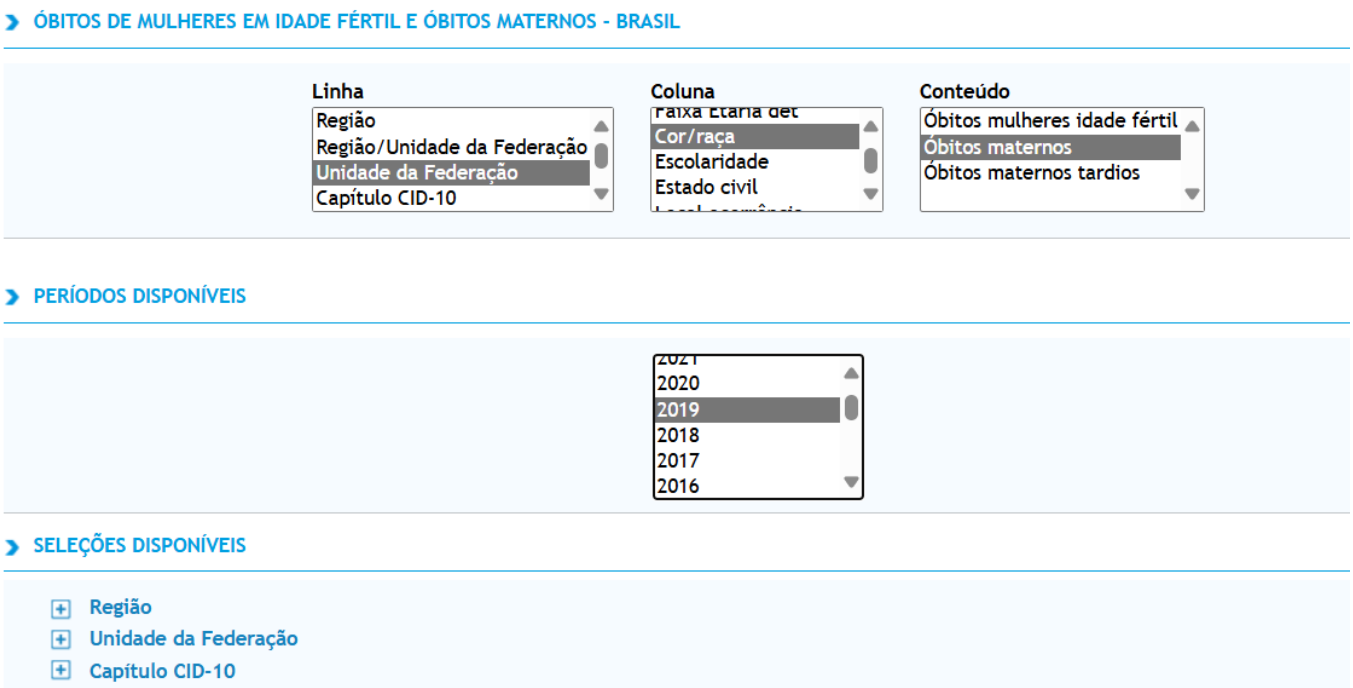
Os dados serão coletados diretamente dos sistemas de informação utilizados (SIM e SINASC), disponíveis no site do DATASUS. Inicialmente, no SIM, será verificado o total de óbitos maternos ocorridos nas unidades da Federação durante o período de estudo. O SINASC será consultado para utilização dos totais de nascidos vivos, considerando o período estudado nas unidades da Federação.

Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação, depois selecione a opção *Mortalidade – desde 1996 pela CID-10* e, em seguida, clique em *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Neste exemplo, vamos escolher, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Vamos lá! Neste exemplo, queremos saber a Razão de Mortalidade Materna nas unidades da Federação, segundo cor/raça, em 2019, no Brasil. Primeiro, vamos obter os óbitos maternos.

1. Em Linha, selecione Unidade da Federação.
2. Em Coluna, selecione Cor/raça.
3. No campo Conteúdo, selecione Óbitos maternos.
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione 2019.

Figura 9 – Coleta de dados em óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, segundo unidade da Federação, usando o TABNET (2019)



Fonte: DATASUS (2024).

O resultado dessa tabulação pode ser observado a seguir:

Figura 10 – Distribuição dos óbitos maternos por cor/raça, segundo unidade da Federação, usando o TABNET (2019)

Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado
TOTAL	475	184	1	855	25	36
11 Rondônia	5	1	-	6	-	1
12 Acre	-	1	-	4	3	-
13 Amazonas	7	2	-	43	7	1
14 Roraima	2	-	-	7	2	-
15 Pará	16	11	-	90	1	3
16 Amapá	-	-	-	5	-	-
17 Tocantins	-	2	-	9	2	2
21 Maranhão	12	10	-	62	-	1
22 Piauí	6	6	-	29	-	-
23 Ceará	10	2	-	62	-	1
24 Rio Grande do Norte	7	2	-	18	1	3
25 Paraíba	9	-	-	25	-	2
26 Pernambuco	11	1	-	50	1	1
27 Alagoas	1	1	-	20	-	7

Fonte: DATASUS (2024).

Como copiar ou mostrar a tabulação?

Na parte inferior da tabulação, está a fonte das informações e os botões que possibilitam: COPIA COMO .CSV e COPIA PARA TABWIN. Clique em “COPIA COMO .CSV” e veja, em seguida, o resultado. Salve os dados em planilha Excel.

Figura 11 – Distribuição dos óbitos maternos por cor/raça, segundo unidade da Federação, em Planilha Excel, usando o TABNET (2019)

Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
11 Rondônia	5	1	-	6	-	1	13
12 Acre	-	1	-	4	3	-	8
13 Amazonas	7	2	-	43	7	1	60
14 Roraima	2	-	-	7	2	-	11
15 Pará	16	11	-	90	1	3	121
16 Amapá	-	-	-	5	-	-	5
17 Tocantins	-	2	-	9	2	2	15
21 Maranhão	12	10	-	62	-	1	85
22 Piauí	6	6	-	29	-	-	41
23 Ceará	10	2	-	62	-	1	75
24 Rio Grande do Norte	7	2	-	18	1	3	31
25 Paraíba	9	-	-	25	-	2	36
26 Pernambuco	11	1	-	50	1	1	64
27 Alagoas	1	1	-	20	-	7	29
28 Sergipe	2	-	-	10	-	-	12
29 Bahia	15	17	-	69	-	4	105
31 Minas Gerais	36	20	-	56	1	2	115
32 Espírito Santo	11	7	-	9	-	2	29
33 Rio de Janeiro	39	42	1	73	-	-	155
35 São Paulo	142	34	-	104	-	3	283
41 Paraná	45	7	-	13	3	-	68
42 Santa Catarina	19	5	-	5	-	1	30
43 Rio Grande do Sul	41	4	-	3	-	1	49
50 Mato Grosso do Sul	8	-	-	10	4	-	22
51 Mato Grosso	8	2	-	28	-	-	38
52 Goiás	20	6	-	40	-	1	67
53 Distrito Federal	3	1	-	5	-	-	9
Total	475	184	1	855	25	36	1576

Fonte: DATASUS (2024).

Já com os óbitos maternos salvos em uma planilha Excel, vamos obter o nosso denominador, os "nascidos vivos".

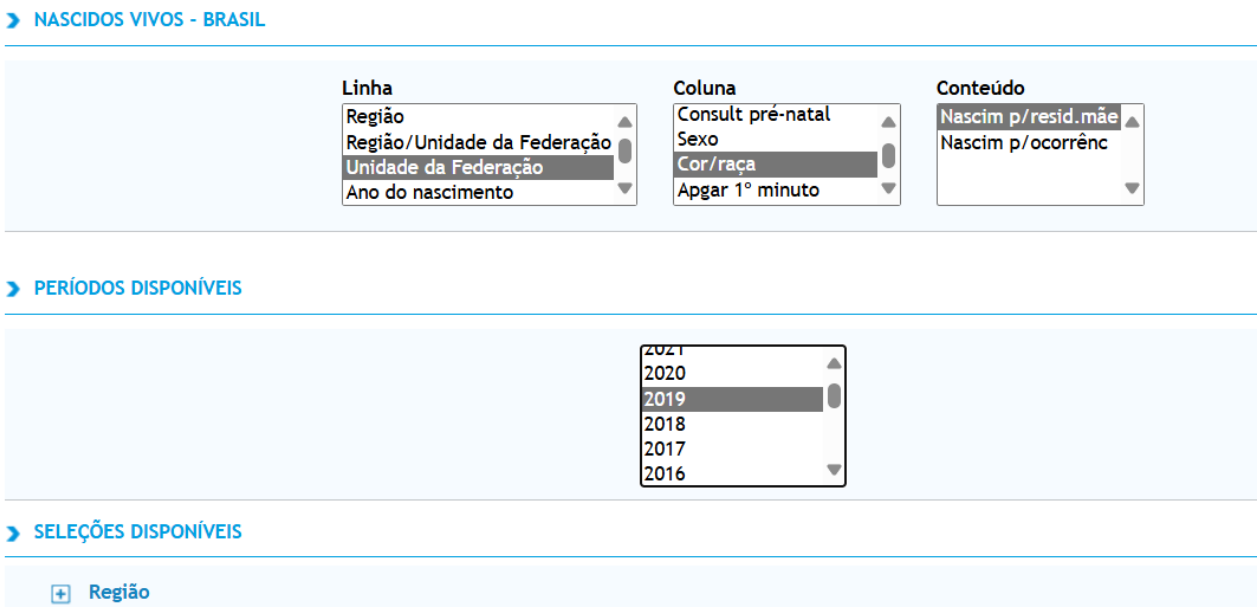
Ao acessar a página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, clique no link *Informações de Saúde* (TABNET), seguido da opção *Estatísticas Vitais*, no texto de apresentação, depois selecione a opção *Nascidos Vivos – desde 1994* e, em seguida, clique em *Nascidos Vivos*. Neste exemplo, vamos escolher, na opção (Abrangência Geográfica), *Brasil por Região e Unidade da Federação*.

Quantas crianças nasceram no Brasil, segundo cor/raça, nas unidades da Federação, em 2019?

Vamos seguir o passo a passo:

1. Em Linha, selecione unidade da Federação.
2. Em Coluna, selecione Cor/raça.
3. No campo Conteúdo, selecione Nascimento por Residência mãe, pois queremos informações sobre o número de nascidos vivos ocorridos, contados segundo o local de residência do nascimento.
4. No campo Períodos Disponíveis, selecione 2019.

Figura 12 – Coleta de dados de nascidos vivos, segundo unidade da Federação, usando o TABNET (2019)



Fonte: DATASUS (2024).

O resultado dessa tabulação pode ser observado a seguir:

Figura 13 – Distribuição dos nascidos vivos, segundo unidade da Federação, usando o TABNET (2019)

Nascim p/resid.mãe por Cor/raça segundo Unidade da Federação
Período: 2019

Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
TOTAL	**964.557**	**176.224**	**12.738**	**1.594.267**	**26.373**	**74.987**	**2.849.146**
11 Rondônia	5.386	867	116	19.594	418	647	27.028
12 Acre	717	164	97	13.941	817	544	16.280
13 Amazonas	4.164	723	128	64.091	7.967	549	77.622
14 Roraima	1.161	507	8	9.661	3.268	15	14.620
15 Pará	7.729	2.611	215	124.561	1.442	1.783	138.341
16 Amapá	1.888	906	29	12.174	257	102	15.356
17 Tocantins	3.082	1.807	258	18.656	505	141	24.449
21 Maranhão	8.385	4.734	235	95.442	1.511	3.010	113.317
22 Piauí	4.427	1.874	273	38.032	52	3.275	47.933
23 Ceará	8.736	1.079	254	96.954	340	21.822	129.185
24 Rio Grande do Norte	12.531	1.198	202	29.434	37	629	44.031
25 Paraíba	6.270	795	121	46.344	390	3.781	57.701
26 Pernambuco	26.035	7.068	433	97.044	1.183	1.596	133.359
27 Alagoas	3.294	459	144	44.849	209	848	49.803
28 Sergipe	3.159	2.559	351	26.415	37	176	32.697
29 Bahia	15.335	26.399	826	145.382	894	8.413	197.249
31 Minas Gerais	84.059	22.923	2.163	142.600	521	4.626	256.892
32 Espírito Santo	14.176	3.759	185	36.288	142	375	54.925
33 Rio de Janeiro	69.533	27.401	586	106.902	154	3.413	207.989
35 São Paulo	316.581	38.741	3.362	221.051	594	2.862	583.191
41 Paraná	112.237	4.171	581	34.924	478	1.078	153.469
42 Santa Catarina	81.988	3.865	219	10.816	320	824	98.032
43 Rio Grande do Sul	108.714	10.080	127	14.761	720	194	134.596
50 Mato Grosso do Sul	15.602	1.387	160	24.365	2.080	101	43.695
51 Mato Grosso	14.213	3.386	317	38.651	1.878	407	58.852
52 Goiás	24.703	4.593	973	60.571	87	5.185	96.112
53 Distrito Federal	10.452	2.168	375	20.764	72	8.591	42.422

Fonte: DATASUS (2024).

Vamos clicar em “COPIA COMO .CSV” e transformar os dados em Planilha Excel.

Figura 14 – Distribuição dos nascidos vivos, segundo unidade da Federação e cor/raça, em Planilha Excel, usando o TABNET (2019)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Nascim p/resid.mãe por Unidade da Federação e Cor/raça							
2	Período:2019							
3	Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
4	11 Rondônia	5386	867	116	19594	418	647	27028
5	12 Acre	717	164	97	13941	817	544	16280
6	13 Amazonas	4164	723	128	64091	7967	549	77622
7	14 Roraima	1161	507	8	9661	3268	15	14620
8	15 Pará	7729	2611	215	124561	1442	1783	138341
9	16 Amapá	1888	906	29	12174	257	102	15356
10	17 Tocantins	3082	1807	258	18656	505	141	24449
11	21 Maranhão	8385	4734	235	95442	1511	3010	113317
12	22 Piauí	4427	1874	273	38032	52	3275	47933
13	23 Ceará	8736	1079	254	96954	340	21822	129185
14	24 Rio Grande do Norte	12531	1198	202	29434	37	629	44031
15	25 Paraíba	6270	795	121	46344	390	3781	57701
16	26 Pernambuco	26035	7068	433	97044	1183	1596	133359
17	27 Alagoas	3294	459	144	44849	209	848	49803
18	28 Sergipe	3159	2559	351	26415	37	176	32697
19	29 Bahia	15335	26399	826	145382	894	8413	197249
20	31 Minas Gerais	84059	22923	2163	142600	521	4626	256892
21	32 Espírito Santo	14176	3759	185	36288	142	375	54925
22	33 Rio de Janeiro	69533	27401	586	106902	154	3413	207989
23	35 São Paulo	316581	38741	3362	221051	594	2862	583191
24	41 Paraná	112237	4171	581	34924	478	1078	153469
25	42 Santa Catarina	81988	3865	219	10816	320	824	98032
26	43 Rio Grande do Sul	108714	10080	127	14761	720	194	134596
27	50 Mato Grosso do Sul	15602	1387	160	24365	2080	101	43695
28	51 Mato Grosso	14213	3386	317	38651	1878	407	58852
29	52 Goiás	24703	4593	973	60571	87	5185	96112
30	53 Distrito Federal	10452	2168	375	20764	72	8591	42422
31	Total	964557	176224	12738	1594267	26373	74987	2849146
32	Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC							

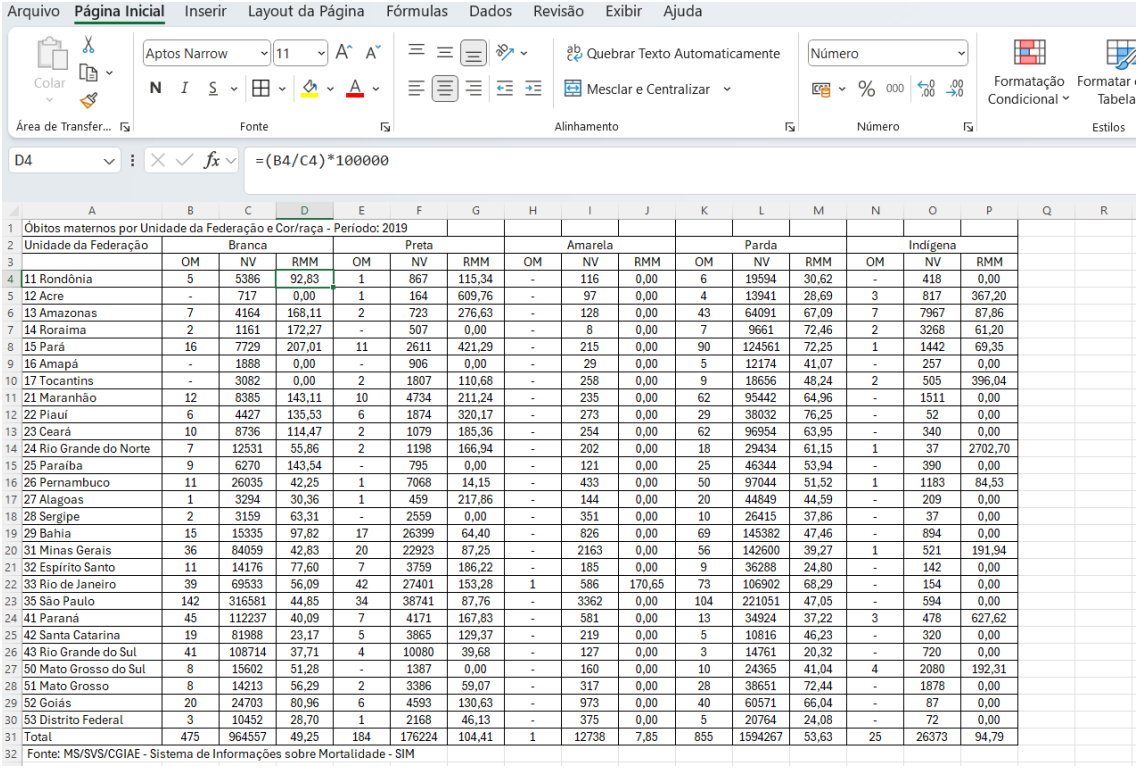
Fonte: DATASUS (2024).

Agora, chegou a hora da construção do indicador Razão de Mortalidade Materna por Cor/Raça, segundo unidade de Federação.

Por quê?

Porque já temos o numerador “óbitos maternos” e temos o denominador “nascidos vivos”. Vamos colar os dados de “nascidos vivos”, segundo “cor/raça”, na planilha dos dados de óbitos maternos.

Figura 15 – Distribuição da Razão de Mortalidade Materna, segundo unidade da Federação e cor/raça, em Planilha Excel, usando o TABNET (2019)



Óbitos maternos por Unidade da Federação e Cor/raça - Período: 2019															
Unidade da Federação	Branca			Preta			Amarela			Parda			Indígena		
	OM	NV	RMM	OM	NV	RMM	OM	NV	RMM	OM	NV	RMM	OM	NV	RMM
11 Rondônia	5	5386	92,83	1	867	115,34	-	116	0,00	6	19594	30,62	-	418	0,00
12 Acre	-	717	0,00	1	164	609,76	-	97	0,00	4	13941	28,69	3	817	367,20
13 Amazonas	7	4164	168,11	2	723	276,63	-	128	0,00	43	64091	67,09	7	7967	87,86
14 Roraima	2	1161	172,27	-	507	0,00	-	8	0,00	7	9661	72,46	2	3268	61,20
15 Pará	16	7729	207,01	11	2611	421,29	-	215	0,00	90	124561	72,25	1	1442	69,35
16 Amapá	-	1888	0,00	-	906	0,00	-	29	0,00	5	12174	41,07	-	257	0,00
17 Tocantins	-	3082	0,00	2	1807	110,68	-	258	0,00	9	18656	48,24	2	505	396,04
21 Maranhão	12	8385	143,11	10	4734	211,24	-	235	0,00	62	95442	64,96	-	1511	0,00
22 Piauí	6	4427	135,53	6	1874	320,17	-	273	0,00	29	38032	76,25	-	52	0,00
23 Ceará	10	8736	114,47	2	1079	185,36	-	254	0,00	62	96954	63,95	-	340	0,00
24 Rio Grande do Norte	7	12531	55,86	2	1198	166,94	-	202	0,00	18	29434	61,15	1	37	2702,70
25 Paraíba	9	6270	143,54	-	795	0,00	-	121	0,00	25	46344	53,94	-	390	0,00
26 Pernambuco	11	26035	42,25	1	7068	14,15	-	433	0,00	50	97044	51,52	1	1183	84,53
27 Alagoas	1	3294	30,36	1	459	217,86	-	144	0,00	20	44849	44,59	-	209	0,00
28 Sergipe	2	3159	63,31	-	2559	0,00	-	351	0,00	10	26415	37,86	-	37	0,00
29 Bahia	15	15335	97,82	17	26399	64,40	-	826	0,00	69	145382	47,46	-	894	0,00
31 Minas Gerais	36	84059	42,83	20	22923	87,25	-	2163	0,00	56	142600	39,27	1	521	191,94
32 Espírito Santo	11	14176	77,60	7	3759	186,22	-	185	0,00	9	36288	24,80	-	142	0,00
33 Rio de Janeiro	39	69533	56,09	42	27401	153,28	1	586	170,65	73	106902	68,29	-	154	0,00
35 São Paulo	142	316581	44,85	34	38741	87,76	-	3362	0,00	104	221051	47,05	-	594	0,00
41 Paraná	45	112237	40,09	7	4171	167,83	-	581	0,00	13	34924	37,22	3	478	627,62
42 Santa Catarina	19	81988	23,17	5	3865	129,37	-	219	0,00	5	10816	46,23	-	320	0,00
43 Rio Grande do Sul	41	108714	37,71	4	10080	39,68	-	127	0,00	3	14761	20,32	-	720	0,00
50 Mato Grosso do Sul	8	15602	51,28	-	1387	0,00	-	160	0,00	10	24365	41,04	4	2080	192,31
51 Mato Grosso	8	14213	56,29	2	3386	59,07	-	317	0,00	28	38651	72,44	-	1878	0,00
52 Goiás	20	24703	80,96	6	4593	130,63	-	973	0,00	40	60571	66,04	-	87	0,00
53 Distrito Federal	3	10452	28,70	1	2168	46,13	-	375	0,00	5	20764	24,08	-	72	0,00
Total	475	964557	49,25	184	176224	104,41	1	12738	7,85	855	1594267	53,63	25	26373	94,79

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Fonte: DATASUS (2024).

Para obter a Razão de Mortalidade Materna por Cor/Raça, segundo unidade de Federação por 100.000 Nascidos Vivos, em mulheres brancas, vamos seguir o passo a passo para a unidade de Federação Rondônia, como exemplo:

1. Criar uma coluna RMM (Razão de Mortalidade Materna).
2. Digitar "=" na célula "D4" e abrir parênteses.
3. Clicar na célula "B4" (óbitos maternos) e digitar "/".
4. Clicar na célula "B5" (nascidos vivos) e fechar parêntese e digitar "*100000" (multiplicação).
5. Tecle Enter.
6. Com o botão direito do mouse sobre a célula, clique em "formatar células".
7. Selecione "número" e "casas decimais= 1 ou 2".

Nas unidades federadas onde foram observadas maiores RMM, em 2019, qual foi o padrão espacial das RMM, segundo cor/raça/etnia?

Lembrando que, em 2019, conforme a figura 1, as maiores RMM foram observadas no Piauí (98,1), Pará (96,1), Roraima (91,9), Amazonas (84,8) e Maranhão (80,6). Por sua vez, as menores RMM foram observadas no Distrito Federal (21,2) e em Santa Catarina (30,6). Segundo cor/raça/etnia, as unidades da Federação que apresentaram as maiores RMM também apresentaram para mulheres pretas, com exceção do Estado de Roraima, porque não teve óbitos maternos, em 2019, de mulheres pretas.

Atenção!

Pesquisas sobre a mensuração das Razões de Mortalidade Materna no Brasil indicam que algumas regiões enfrentam problemas de **sub-registro** de óbitos e de **subinformação**, especialmente no que diz respeito à má definição das causas desses óbitos. Esses fatores comprometem a análise dos dados desagregados por cor, raça ou etnia. O diagnóstico preliminar aponta a necessidade urgente de aprimorar o registro dessas informações.

A **subinformação** ocorre quando há preenchimento incorreto das declarações de óbito, frequentemente com omissão das causas relacionadas à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso geralmente decorre da falta de conhecimento dos profissionais responsáveis pelo preenchimento quanto à importância desse documento. Já o **sub-registro** se refere à omissão do óbito nos cartórios, um problema mais prevalente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, devido ao difícil acesso a cartórios ou à presença de cemitérios clandestinos.

A análise espacial e temporal dos indicadores de saúde da população negra combina duas dimensões críticas – o local (espaço) e o tempo – para oferecer uma visão mais completa das desigualdades e das dinâmicas de saúde. Por exemplo, permitem observar como as desigualdades étnico-raciais em saúde evoluem ao longo do tempo em diferentes regiões.

Sendo assim, as variações espaciais e temporais promovem ações que visam a redução do racismo, como, por exemplo, o papel da análise espacial e temporal na covid-19, que revelou que a população negra foi desproporcionalmente afetada em várias regiões, indicando a necessidade de maior atenção para a demanda de recursos e cuidados direcionados.

Dicas de Leitura

Dantas, M. N. P.; Silva, M. F. S.; Barbosa, I. R. Reflexões sobre a mortalidade da população negra por covid-19 e a desigualdade racial no Brasil. *Saúde & Soc*. São Paulo, v.31, n.3, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200667pt

Santos, M. P.A. et. al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud*. Av. v. 34, n. 99, 2020, p.225-244. DOI: https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014

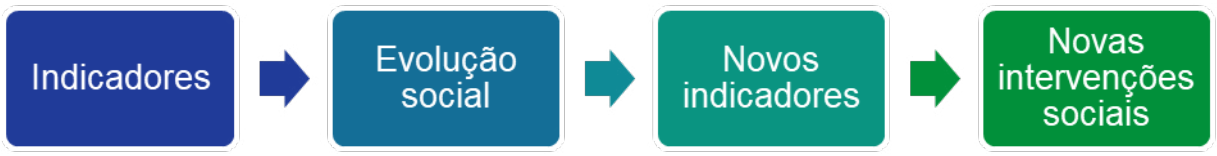
TEMA 4 - ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nas aulas anteriores deste módulo, analisamos os principais indicadores de saúde, segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; aprendemos a construir indicadores de saúde; e identificamos padrões espaço-temporais de morbimortalidade da população negra. Nesta última aula, falaremos sobre a importância de acompanhar, monitorar e avaliar indicadores de saúde da população negra.

Vamos lá?

Você já sabe que indicadores de saúde correspondem a uma medida que reflete uma determinada situação e possibilitam compreender, identificar, comparar, medir e avaliar o alcance de objetivos e metas. Sabe também que a construção de indicadores de saúde é um processo dinâmico que deve acompanhar as mudanças sociais.

Os indicadores de saúde devem ser gerados de forma regular e analisados conjuntamente, de modo a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde. Quando bem elaborados, analisados e aplicados, os novos indicadores apontarão as necessidades de novas intervenções em saúde.



Assim, os indicadores servem para apontar incidências (casos novos) e prevalências (casos novos e antigos) de doenças e agravos, identificar vulnerabilidades populacionais e evidenciar tendências, identificar áreas de risco, avaliar o quadro de saúde de populações e a resolutividade da rede de atenção. São também instrumentos de controle social e muito úteis no processo de redução das iniquidades em saúde.

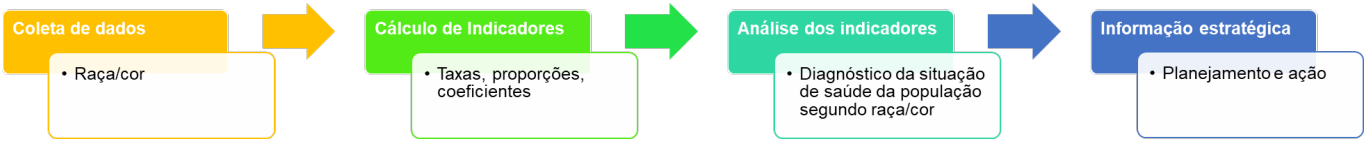
A essa altura do curso, você já deve ter percebido a importância dos indicadores em saúde, não é mesmo?

Contudo, não é suficiente apenas produzir indicadores; é fundamental que eles sejam acompanhados, monitorados e avaliados. As informações geradas fornecem a base necessária para a tomada de decisões, bem como para a implementação e a avaliação das políticas públicas.

Indicadores de saúde segundo raça/cor/etnia

Como está a saúde da população negra no Brasil? Qual a cobertura de exame citopatológico em mulheres negras? Qual a proporção de gestantes negras com atendimento odontológico realizado? Qual a taxa de mortalidade infantil em crianças negras? Qual a taxa de internação das pessoas com doença falciforme?

Essas são algumas das perguntas que podem ser respondidas a partir da produção e análise de indicadores segundo raça/cor/etnia. Esses dados possibilitam dimensionar as condições de saúde e as necessidades em saúde da população negra, avaliar a cobertura dos serviços e alocar recursos destinados a essa população. E também, a partir da produção de informações estratégicas, contribuir para a elaboração de políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.



Por isso, é fundamental qualificar a coleta de dados, com ênfase no preenchimento adequado do quesito raça/cor/etnia e no registro preciso das informações em sistemas de dados. Esses sistemas têm a capacidade de armazenar grandes volumes de informações e oferecem diversas possibilidades de análise. Os dados provenientes desses sistemas de informação, conhecidos como dados secundários, devem ser monitorados e avaliados continuamente. Somente assim será possível determinar quais indicadores podem ser construídos e identificar a necessidade de melhorias na qualidade dos dados registrados.

O fato é que os dados secundários são valiosos e precisam ser mais bem utilizados pela gestão e explorados em pesquisas de saúde.

O monitoramento dos indicadores é uma etapa crucial do gerenciamento, pois permite identificar problemas e corrigi-los, visando melhorar o custo-benefício e a efetividade da assistência prestada. Uma das formas de monitoramento é a construção de painéis de bordo. Mas o que é um painel de bordo? Trata-se de uma ferramenta visual, geralmente desenvolvida em nível local, para exibir os indicadores de forma clara e acessível, facilitando o acompanhamento contínuo e a avaliação dos resultados. No caso da PNSIPN,

Painéis de indicadores de monitoramento e análise da implementação de políticas afirmativas podem ser instrumento para verificar se a formulação teórica da política dialoga com as ações empreendidas, para que se possa em estudos futuros julgar o sucesso ou fracasso do seu processo de implementação (Batista, 2020).

A avaliação de indicadores é parte importante do fazer saúde. Na avaliação, verificamos, a partir dos parâmetros e metas estabelecidos, se o resultado foi alcançado, quais medidas tomar, quais estratégias de gestão adotar. **Sim, precisamos fazer gestão por indicadores!** Inclusive temos indicadores de melhoria de processos. Precisamos inserir indicadores no cotidiano dos serviços de saúde, em nível regional, estadual e federal e instrumentalizar os serviços de saúde para o seu **acompanhamento, monitoramento e avaliação**.

O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação de indicadores devem virar rotina. O processo de construção de indicadores também deve ser avaliado. Para tanto, existem alguns critérios avaliativos.

Vamos falar sobre os critérios para avaliação e seleção de indicadores?

Temos vários critérios utilizados para selecionar, elaborar e avaliar indicadores: validade, confiabilidade (ou reprodutibilidade ou fidedignidade), representatividade ou cobertura, aspectos éticos, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade, baixo custo, relevância e pertinência, custo-efetividade, compreensibilidade, mensurabilidade e viabilidade e sustentabilidade[2].

2 Hospital Israelita Albert Einstein. Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. *PlanificaSUS:* Guia introdutório para monitoramento de indicadores. São Paulo. Ministério da Saúde, 2021. 17 p. il.

Vamos falar um pouco sobre cada um deles?

Validade: mede o grau de excelência de um indicador. O indicador consegue medir o que se pretende? A fonte de dados e o método são adequados?

Mensurabilidade e viabilidade: refere-se à disponibilidade de dados ou complexidade dos cálculos, métodos de análise. Os dados são fáceis de obter? Os indicadores são fáceis de calcular?

Confiabilidade (ou reprodutibilidade ou fidedignidade): a confiabilidade é atestada quando pessoas diferentes, utilizando o mesmo método, obtêm o mesmo resultado.

Sustentabilidade: temos as condições necessárias, ou seja, fonte de dados, capacidade técnica e vontade política para realizar a estimativa frequente de indicadores?

Compreensibilidade: o indicador foi compreendido pelas/os gestoras/es e pela equipe que vai executar as ações? Se sim, maior a chance de ele ser considerado na tomada de decisão em saúde.

Relevância e pertinência: são observadas quando a informação, proporcionada pela análise dos indicadores, é adequada e útil para políticas, programas, serviços e ações, possibilitando planejar melhor e estabelecer prioridades de saúde.

Representatividade ou cobertura: quanto maior a cobertura, maior a chance de o indicador representar a maioria da população, ou seja, mais confiável será o indicador.

Sensibilidade – o indicador consegue detectar o fenômeno analisado.

Especificidade – o indicador é capaz de detectar somente o fenômeno analisado.

Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar o indicador, melhor.

Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo muito bem definido.

Baixo custo – indicadores devem ter baixo custo operacional.

Custo-efetividade: os indicadores devem justificar o tempo e o recurso investido.

Aspectos éticos: os estudos realizados para construção de indicadores de saúde devem respeitar padrões éticos, não podem acarretar danos ou prejuízos às pessoas (por exemplo, um estudo de prevalência de câncer de intestino que exija a realização de biópsia).

Como visto, a seleção, a elaboração e a avaliação de indicadores envolvem uma série de aspectos. Gestoras/es, profissionais, trabalhadoras/es, equipes de saúde devem conhecer os principais indicadores, saber calculá-los, avaliá-los e interpretá-los. Assim, poderão acompanhar o estado de saúde da população e o desempenho dos serviços de saúde e direcionar melhor o planejamento nas ações e nas políticas de saúde.

Você acha que as/os profissionais e gestoras/es da saúde se sentem preparadas/os para analisar e fundamentar o trabalho a partir dos indicadores de saúde?

Você já avaliou os indicadores de sua unidade de saúde? Lembre-se de que todo indicador deve ser válido, relevante, mensurável, factível, oportuno, reprodutível e compreensível, pois influencia a qualidade da assistência, a saúde da população e o desempenho do sistema de saúde.

Agora, é com você!

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. I. S. Racismo e Saúde. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. 139f. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08042020-101524/publico/DR_351_Barbosa_1998.pdf

BATISTA, L. E. et. al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Saúde & Sociedade, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151

BRASIL. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS, 2009.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. 2024. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/retrato?view=default

LAURENTI, R. et. al. Mortes maternas e mortes por causas maternas. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 17, n. 4, p. 283-292, dez. 2008. Disponível em: http://10.5123/S167949742008000400005.

LEAL, M. C. et. al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X000788.

MORSE, M. L. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos trinta anos? Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 4, p.623-638, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. Painel de Indicadores do SUS, Brasília, v. 7, n. 10, 2016. 82 p. il.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico em Saúde da População Negra, Brasília, v. 1-2, Número Especial, out. 2023.

OMS. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4. ed. v.2. São Paulo: EDUSP, 1998. 143 p.

OPAS; OMS. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Washington: OPAS, 2018.

PAIXÃO, M. et. al. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil (2009-2010): constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Laeser; Garamond Universitária; 2010. p. 292.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, abr./jun. 2016.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995, 583 p.

POLIDORO, M. et. al. Geografia das disparidades em saúde entre brancos e negros em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Cad. Saúde Colet., v. 31, n. 1, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010454

PRATA, A. C. A. C. et. al. Mortalidade materna proporcional segundo as causas e a raça/cor. In. MS. Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra, Brasília, v. 1, número especial, p. 21-22, out. 2023.

RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Opas, 2008. 349 p. il.

_____. Fichas de qualificação do indicador razão de mortalidade materna – C.3. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bit.ly/3utkZO1

SILVA, A. D. et. al. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. Rev. Saúde Pública, n. 58, p. 58, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005862

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. PLANIFICASUS: guia introdutório para monitoramento de indicadores. São Paulo: Ministério da Saúde, 2021. 17 p.: il.

VOLOCHKO, A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: BERQUÓ, E. Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp; 2003. p. 229-256.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde & sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610

Módulo 4

Vigilância e legislação em saúde da população negra

Curso:
ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal

APRESENTAÇÃO

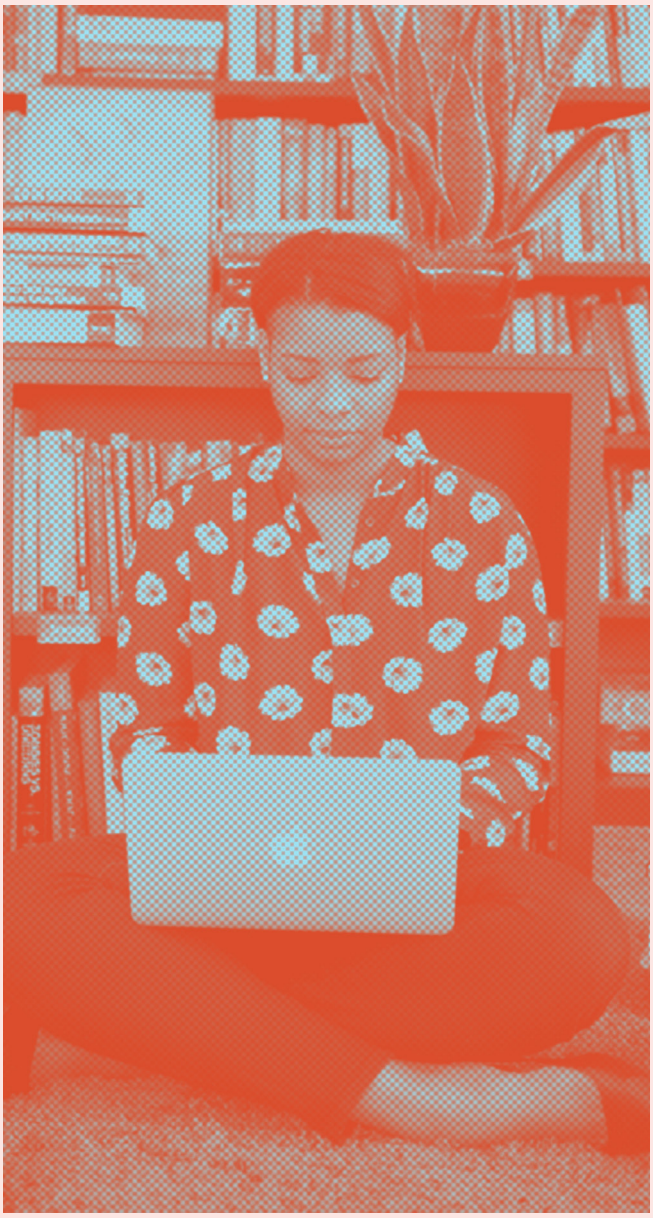
No módulo 3, intitulado *Análise de Indicadores em Saúde da População Negra*, destacamos as análises epidemiológicas mais relevantes. Nele, apresentamos os principais indicadores de saúde voltados para a população negra e discutimos como a análise desses dados, que descrevem e permitem o monitoramento da situação de saúde de um grupo populacional, pode ser uma ferramenta essencial para promover a equidade em saúde.

Agora, daremos sequência à formação aprofundando, neste módulo 4, intitulado *Vigilância e Legislação em Saúde da População Negra,* a discussão sobre como a vigilância em saúde pode estar alinhada com as especificidades da situação de saúde da população negra. Também abordaremos como as legislações vigentes estão em convergência com a equidade em saúde.

Sendo assim, este quarto módulo tem por objetivo proporcionar uma discussão que problematize como a vigilância em saúde atende às especificidades da população negra, segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde e outras legislações. Tais políticas objetivam, de alguma forma, destacar como as características sociais, culturais, ambientais, econômicas e políticas revelam a importante relação existente entre a saúde, o processo de determinação social – com foco no racismo institucional – e a organização do sistema de saúde. Além disso, priorizamos apresentar casos concretos em que podemos vislumbrar a situação de saúde da população negra, baseada em evidências. Abordamos também o processo de coleta de dados e o desenvolvimento da análise dessas evidências em bases de dados.

Este módulo está estruturado em quatro eixos temáticos::

- Política Nacional de Vigilância em Saúde;
- Saúde da população negra baseada em evidências;
- Processo de busca e análise de evidências em bases de dados;
- Legislação e Políticas Públicas no campo da saúde da População Negra.



TEMA 1 – POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nesta aula, refletiremos sobre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e a Saúde da População Negra e a sua importância para a equidade étnico-racial nas políticas de saúde, a partir do seguinte caminho:

- Apresentaremos um breve panorama histórico de implementação da PNVS;
- Evidenciaremos os princípios, as diretrizes e as estratégias das três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da vigilância em saúde; e
- Discutiremos a importância da PNVS para a saúde da população negra.

Ao final desta aula, você será capaz de: conhecer o panorama histórico de implementação da PNVS; distinguir os princípios, as diretrizes e as estratégias das três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da vigilância em saúde; e compreender a importância da PNVS para a saúde da população negra.

Como visto no módulo 3, a análise de indicadores de saúde descreve e possibilita monitorar a situação de saúde de uma população, podendo contribuir com a promoção da equidade em saúde. Os indicadores de saúde para a população negra, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e organização do sistema de saúde. A compreensão desse conjunto é essencial para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltadas ao combate às desigualdades em saúde, sob a perspectiva de possibilitar o acesso da população negra aos serviços de saúde de modo equitativo e integral.

A vigilância em saúde (VS) é responsável pela produção de informação, análise da situação de saúde e gestão de intervenções que visam a redução de riscos e a promoção da saúde. De acordo com a PNVS, art. 2º, § 1º, a vigilância em saúde é caracterizada da seguinte maneira:

> Processo contínuo e sistemático de **coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde**, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para proteção e **promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças** (Brasil, 2018).

Porém, como se dá o processo de implementação da PNVS?

A Política Nacional de Vigilância em Saúde: panorama histórico de implementação

A PNVS tem suas raízes em um contexto histórico de transformação do sistema de saúde, especialmente a partir da segunda metade do século XX. A seguir, apresentamos um panorama histórico que sintetiza as etapas desta implementação:

1. **Década de 1970 – início da Vigilância Sanitária.** Em 1975, criou-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o qual limitava-se à notificação compulsória de algumas doenças transmissíveis comuns à época.

No entanto, cabe destacar que, em **1904**, quando foi instituída a notificação obrigatória da varíola no Brasil, em razão das ações empreendidas por **Oswaldo Cruz**, este foi um dos primeiros esforços do país para estruturar a vigilância epidemiológica, permitindo a identificação e o controle da doença. Nesse contexto, em 31 de outubro de 1904, foi aprovada pelo Congresso a Lei da Vacinação Obrigatória, a qual gerou a Revolta da Vacina, iniciada em 10 de novembro de 1904. Esse contexto gerou protocolos positivos, os quais foram ampliados e adaptados para outras doenças transmissíveis. Para a contenção da varíola, tornou-se obrigatória a notificação de casos suspeitos, permitindo a rápida identificação e o isolamento das pessoas que manifestaram a doença, reduzindo a transmissão do vírus. Foram implementadas campanhas de vacinação com estratégias de imunização em larga escala, fazendo com que o Brasil fosse um dos primeiros a erradicar a doença oficialmente, em 1973, ainda antes da declaração global da OMS em 1980. Também foi realizada a busca ativa de infectados, identificando contatos de doentes e bloqueando surtos antes que se espalhassem, além de ações de vigilância nos portos e aeroportos para prevenir a reintrodução da doença no país.

Atenção!

Você sabe o que foi a Revolta da Vacina?

Foi um **movimento popular** que se iniciou no Rio de Janeiro, em 10 de novembro de 1904, em resposta à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, imposta pelo governo do então presidente Rodrigues Alves e executada pelo sanitarista Oswaldo Cruz. No início do século XX, o Rio de Janeiro sofria com graves problemas sanitários, sendo palco de epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica. Para modernizar a cidade e combater essas doenças, o governo implementou reformas urbanas e sanitárias que incluíam: campanhas de vacinação obrigatórias; remoção forçada de cortiços e habitações precárias; e expulsão de moradores pobres para áreas periféricas. A obrigatoriedade da vacinação, sancionada pela **Lei da Vacina Obrigatória**, em outubro de 1904, gerou insatisfação, pois muitos não entendiam como a vacina funcionava e temiam efeitos colaterais, além de os agentes de saúde entrarem à força nas casas para vacinar a população.

- **Década de 1980** – Reestruturação do Sistema de Saúde. A partir do movimento sanitário surgiram críticas ao modelo de saúde vigente, hospitalocêntrico e curativo. Assim, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde promoveu a discussão sobre a saúde como um direito e propôs uma visão ampliada sobre a vigilância em saúde, que não se restringia à vigilância sanitária.
- **Constituição de 1988** – Universalização da Saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, consolidando a vigilância em saúde como uma das funções essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, a criação do SUS representou um avanço significativo na abordagem de vigilância em saúde, integrando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- **Década de 1990** – Consolidação da Vigilância em Saúde. A partir da implementação do SUS, por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, foram estruturadas as áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental, promovendo uma abordagem mais ampla e integrada. Nesse contexto, o Ministério da Saúde desenvolveu programas específicos, como a vacinação, o controle de doenças endêmicas e a vigilância de agravos à saúde.
- **Década de 2000** – Avanços e Desafios. Marcada por importantes eventos que exigiram uma resposta rápida das autoridades de saúde, como a epidemia de dengue, a pandemia de gripe H1N1 em 2009 e a epidemia de Zika vírus em 2015, essa sequência de crises levou ao aprimoramento das práticas de vigilância e ao fortalecimento da articulação entre os diversos níveis de governo. Além disso,

o uso da tecnologia e da informação se tornou fundamental para a vigilância em saúde. A implementação de sistemas de informação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permitiu uma melhor coleta e análise de dados, contribuindo para a tomada de decisões e planejamento das ações de saúde. Destaca-se, também, um crescente envolvimento da sociedade civil nas políticas de saúde, com a promoção de espaços de participação e controle social. A vigilância em saúde passou a incorporar a perspectiva dos/as usuários/as, promovendo um modelo mais participativo e inclusivo.

Se liga no saber

O primeiro caso autóctone (transmissão dentro do país) de Zika vírus foi confirmado no Brasil em 2015, e em 2016 o vírus se espalhou rapidamente. Em fevereiro de 2016, a OMS declarou a epidemia de Zika e suas complicações no documento **"Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional"**. A epidemia foi marcada pela relação entre Zika e microcefalia, após um aumento expressivo de bebês nascendo com a condição.

- **Décadas de 2010 a 2020** – instituição da PNVS. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), realizada de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018, em Brasília/DF – cuja temática centrou-se na temática "Vigilância em Saúde: direito, conquista e defesa de um SUS público de qualidade" –, representou um marco para os rumos da construção de uma política de Estado de vigilância em saúde. A conferência foi organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). Teve como objetivo central a proposição de diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e o fortalecimento de ações de promoção e proteção à saúde. A conferência contou com a participação de, aproximadamente, 1.820 conferencistas provenientes de todas as unidades da Federação, entre profissionais da saúde, gestoras/es, docentes e pesquisadores/as, representantes dos movimentos sociais, sociedade civil e usuárias/os do SUS. A conferência teve como produto o documento *1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – Relatório Nacional* consolidado em torno de quatro eixos: I – o lugar da vigilância em saúde no SUS; II – responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde; III – saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde; e IV – vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde. Ao término desta conferência e com base em suas deliberações, o plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua 307ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2018, aprovou a Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

- **Fortalecimento da Vigilância em Saúde e Ambiente no SUS e a Implementação da PNVS**: a pandemia de covid-19, em 2020, evidenciou a necessidade de fortalecer a vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante da sobrecarga enfrentada pelo sistema e dos impactos desproporcionais vivenciados por grupos vulnerabilizados. Após anos de desmonte das políticas de saúde, esse cenário trouxe à tona a urgência de reconstruir a vigilância em saúde no SUS, a partir dos princípios da PNVS como centro das discussões. Nesse contexto, a PNVS assume um papel estratégico ao ampliar perspectivas sobre temas cruciais, como importância da epidemiologia para os serviços de saúde, saúde ambiental, preparação e resposta a emergências de saúde pública, ações relacionadas às mudanças climáticas e fortalecimento da cobertura vacinal. Esse movimento também reforça a necessidade de promover ações coordenadas voltadas à equidade em saúde. Tais ações incluem produção e análise de dados, capacitação de profissionais, incentivo à produção científica e disseminação de informações que permitam identificar e enfrentar as iniquidades em saúde. Assim, torna-se possível responder de forma mais efetiva às necessidades específicas de saúde de grupos como as populações negra, indígena, quilombola, LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, entre outros. Essa abordagem reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso à saúde.

Desenvolvimento da vigilância em saúde: conhecendo a PNVS

A PNVS prevê um conjunto de diretrizes e ações do SUS, visando proteger e promover a saúde da população por meio da vigilância de fatores que podem afetar a saúde coletiva. Essa política abrange diversas áreas, como a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a **vigilância em saúde ambiental e a vigilância em saúde do/a trabalhador/a**. Podemos destacar, ainda, o seu papel na garantia da qualidade de vida da população e a resposta às emergências em saúde pública, contribuindo para um sistema de saúde mais robusto e integrado.

Disponível em: https://www.manhuacunews.com.br/2018/07/13/aprovada-politica-que-orienta-acoes-de-vigilancia-em-saude-no-pais/. Acesso em: 7 nov. 2024.

De acordo com o art. 2º, § 2º, a Política deve incidir sobre todos os níveis de atenção à saúde, abranger todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, bem como incluir, também, os estabelecimentos dedicados à produção e à circulação de bens de consumo e tecnologias relacionadas. Tendo por perspectiva a transversalidade das ações da vigilância sobre o processo saúde-doença, o § 3º visa articular os saberes, processos e práticas relativos à vigilância epidemiológica, à vigilância em saúde ambiental, à vigilância em saúde do/a trabalhador/a e à vigilância sanitária.

Sendo assim, seus principais objetivos incluem: o monitoramento e o controle de doenças; a segurança sanitária; a promoção da saúde, considerando o processo de determinação social e ambiental em saúde; a integração de dados para obtenção de uma resposta mais eficaz em saúde pública; e a promoção de educação e formação de profissionais e gestores/as para atuar na vigilância em saúde.

Para atender a esses objetivos, a PNVS traz, no art. 7º, os dez princípios que a fundamentam. Entre eles estão: o conhecimento do território; a integralidade; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; a inserção da vigilância em saúde no processo de regionalização das ações e serviços de saúde; a equidade, a partir da identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território; a universalidade; a participação social ampliada; a cooperação e a

articulação intra e intersetorial; a garantia do direito às informações geradas pela vigilância em saúde, obviamente, salvaguardando os limites éticos e legais; e, por fim, a organização dos serviços públicos, evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Já as diretrizes definem o caminho a ser seguido para a real implementação da política e encontram-se discriminadas no art. 8º, contemplando nove elementos fundamentais. Entre eles, destaca-se o inciso 1º, que define a articulação e a pactuação das responsabilidades entre as três esferas de governo – União, estados, Distrito Federal e municípios –, consoante os princípios do SUS e respeitando a diversidade e a especificidade locorregional.

Contudo, as diretrizes também incluem ações voltadas para a saúde pública, com intervenções tanto individuais quanto coletivas, realizadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e na saúde do/a trabalhador/a em todos os pontos de atenção. Destaca-se a construção de práticas de gestão e trabalho que garantam a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, especialmente, na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.

Além disso, enfatiza-se a integração das práticas e processos de trabalho entre as diversas vigilâncias – epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e na saúde do/a trabalhador/a; e a promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico, tanto a nível nacional quanto internacional. A atuação na gestão de risco também é um foco, por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos.

Inclui-se ainda a detecção, o monitoramento e a resposta às emergências em saúde pública, a produção de evidências com base na análise da situação de saúde da população, e a avaliação do impacto de novas tecnologias e serviços de saúde, visando prevenir riscos e eventos adversos.

O financiamento das ações de vigilância em saúde deve ser garantido de forma tripartite, ou seja, por meio de recursos provenientes das esferas federal, estadual e mu-

nicipal, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo SUS. Assim, o SUS deve garantir que recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão sejam aplicados com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade de suas ações.

A estrutura do financiamento contempla transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS), essenciais para a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, mas com contrapartida dos estados e municípios. Além do financiamento regular, existem programas específicos e convênios que permitem a liberação de recursos adicionais para ações emergenciais, como campanhas de vacinação e resposta a surtos de doenças, bem como o financiamento por projetos especiais em que são criados programas específicos para atender demandas emergenciais ou prioritárias, como o combate a epidemias, que pode contar com recursos adicionais e apoio técnico. Também conta com parcerias estabelecidas com o setor privado e organizações internacionais.

Importante!

O financiamento da vigilância em saúde está inserido dentro do orçamento geral da saúde, que é elaborado anualmente e deve respeitar os limites e as prioridades estabelecidos pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA).

O financiamento da vigilância em saúde está inserido dentro do orçamento geral da saúde, que é elaborado anualmente e deve respeitar os limites e as prioridades estabelecidos pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA).

Esses mecanismos de financiamento são essenciais para garantir que as ações de vigilância em saúde sejam efetivas e capazes de responder às necessidades da população, promovendo a saúde pública e prevenindo doenças. O acompanhamento e a avaliação de como esses recursos são utilizados são fundamentais para a transparência e a eficácia das políticas de saúde.

As estratégias para a organização da vigilância em saúde devem contemplar uma série de aspectos fundamentais para garantir a eficácia e a efetividade dos programas e das ações de saúde pública. De acordo com a PNVS, os dez pontos a serem considerados são: integração de dados com a implementação de sistemas de informação que permitam coleta, análise e compartilhamento de dados em tempo real, facilitando a identificação de surtos e os determinantes sociais e biológicos da saúde; monitoramento e avaliação; educação e capacitação contínua dos/as profissionais de saúde que atuam na vigilância; participação comunitária; multidisciplinaridade, a partir da atuação conjunta de profissionais de diversas áreas e com o intuito de abordar a saúde de maneira holística; atenção às determinações sociais da saúde, considerando

os fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde da população e promovendo intervenções que atuem sobre esses determinantes; parcerias e colaborações com outras instituições, organizações não governamentais e setor privado para ampliar o alcance e a efetividade das ações de vigilância; preparação e resposta às emergências com planos de contingência e protocolos para resposta rápida a surtos e emergências de saúde pública, a exemplo da pandemia de covid-19 em 2020-2021; promoção da saúde; e, por fim, a transparência e o acesso à informação.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Saúde da População Negra

Embora no texto da PNVS não esteja mencionada a questão étnico-racial, esta desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento da saúde da população negra ao estabelecer diretrizes e ações que visam identificar, monitorar e controlar riscos e agravos à saúde, levando em consideração as desigualdades sociais e o processo de determinação social em saúde.

A PNVS parte do reconhecimento das disparidades que afetam a população brasileira, as quais traduzem-se também em iniquidades em saúde. Ao coletar e analisar dados desagregados por raça/cor/etnia, é possível identificar as áreas em que a população negra é mais vulnerabilizada e, consequentemente, atuar no enfrentamento dessa condição.

Especificamente, ao tratar da população negra, as análises baseadas em evidências apontam para uma maior incidência de doenças crônicas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença falciforme, doenças transmissíveis de notificação compulsória e outras. Por isso, a política de vigilância visa promover a equidade em saúde, buscando garantir que a população negra tenha acesso aos serviços de saúde com qualidade. Isso inclui a implementação de ações que abordem as barreiras étnico-raciais, sociais, econômicas e geográficas que dificultam o acesso aos cuidados em saúde.

A PNVS também envolve a educação formativa da população sobre os direitos à saúde e o combate ao racismo institucional. Isso é essencial para capacitar as populações vulnerabilizadas a reivindicar melhores condições de saúde e a participar ativamente da vigilância e do controle social.

Compreende-se que a saúde da população negra não pode ser tratada isoladamente. A política de vigilância em saúde agrega em seu bojo elementos de promoção de ações intersetoriais, integrando saúde, educação e assistência social, tendo o processo de determinação social como um dos fatores que afeta a saúde da população negra.

É nesse quesito que se fazem necessárias a inclusão e a participação dos movimentos sociais e da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas de saúde de modo geral, para que sejam alcançadas as especificidades da situação de saúde, vida e trabalho de homens negros e mulheres negras. Assim, a participação ativa da comunidade nas decisões que afetam sua saúde assegura que as políticas sejam mais eficazes e adequadas às necessidades específicas dessa população.

Todavia, a noção ampliada de vigilância em saúde, impressa na PNVS, exige que pro-

fissionais de saúde, gestores/as, docentes e pesquisadores/as, entre outras categorias, conheçam não apenas a PNVS, mas também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Atenção!

Conhecer a fundo as duas políticas (PNVS e a PNSIPN), e saber como estabelecer os **pontos de convergênci**a entre elas, é o primeiro passo para a promoção da equidade na saúde e a redução das desigualdades étnico-raciais.

A PNSIPN reconhece as disparidades étnico-raciais e sociais que afetam a saúde da população negra, buscando enfrentar as desigualdades históricas e garantir o acesso equânime a um sistema de saúde que respeite suas especificidades culturais, sociais, econômicas e ambientais, além de compreender o racismo como o principal elemento de determinação social da saúde. A vigilância em saúde, por sua vez, é um instrumento essencial para identificar e abordar as necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais brasileiros.

A PNVS, ao buscar promover a integralidade do cuidado, também se constitui como uma resposta às iniquidades de saúde que afetam a população negra. Nesse sentido, é preciso que o monitoramento e o controle dos fatores que impactam a saúde da população negra incluam não apenas as doenças e os agravos, mas também as distintas condições de vida dos grupos sociais.

A intersecção entre essas duas políticas se faz evidente na descrição dos dados desagregados por raça/cor/etnia, essenciais para a vigilância em saúde. A coleta e a análise de dados específicos sobre a população negra permitem identificar padrões de morbimortalidade, além de avaliar a efetividade das intervenções de saúde.

A vigilância em saúde precisa, portanto, ser pensada a partir da implementação de ações conjuntas que considerem as especificidades da população negra dentro do contexto da vigilância em saúde, podendo incluir, por exemplo, programas de prevenção de doenças prevalentes nessa população, a capacitação de profissionais de saúde que compreendam as iniquidades em saúde e o racismo como processo de determinação social de saúde e a elaboração de estratégias de promoção da saúde que respeitem e valorizem a cultura negra.

A vigilância em saúde precisa, portanto, ser pensada a partir da implementação de ações conjuntas que considerem as especificidades da população negra dentro do contexto da vigilância em saúde, podendo incluir, por exemplo, programas de prevenção de doenças prevalentes nessa população, a capacitação de profissionais de

saúde que compreendam as iniquidades em saúde e o racismo como processo de determinação social de saúde e a elaboração de estratégias de promoção da saúde que respeitem e valorizem a cultura negra.

Em suma, a integração entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é essencial para promover uma abordagem justa e eficaz na saúde pública e, assim, garantir que as necessidades da população negra sejam reconhecidas e atendidas de maneira adequada. Portanto, a Política Nacional de Vigilância em Saúde tem relevância central na redução das desigualdades enfrentadas pela população negra e promoção de uma abordagem inclusiva e sensível às particularidades étnico-raciais e sociais.

Todavia, apesar dos avanços, a vigilância em saúde e ambiente ainda enfrenta desafios, como a garantia de condições de trabalho dos/as profissionais da saúde, o investimento adequado e progressivo nas áreas da vigilância em todas as esferas do SUS e a necessidade de formação continuada qualificada para lidar com a complexidade e as necessidades de saúde e sanitárias de toda população brasileira.

Sugestão de vídeo

1 – Vigilância em Saúde – Conexão SUS

Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=TOW_ij0zjh8

TEMA 2 – SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Em aulas anteriores, nós vimos vários indicadores do processo saúde-doença. Nesta aula, teremos como foco a mortalidade materna (MM), por se tratar de mortes que ocorrem desproporcionalmente na população de mulheres negras em idade fértil. Para tanto, temos como objetivo apresentar um panorama sobre a mortalidade materna, destacar evidências científicas referentes a esse tema e relacionar os principais desafios para reduzir essa causa de morte.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças na sua versão 11 (CID-11), a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de 42 dias após interrupção da gravidez, independentemente da duração e do local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou pelo seu manejo (https://icd.who.int).

Ainda segundo a CID-11, a morte materna pode ser obstétrica direta ou indireta. Mortes obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas do estado de gravidez (gravidez, parto e puerpério), e de intervenções, omissões, erros de tratamento, ou de uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dos agravos acima. Mortes por hemorragia obstétrica ou distúrbios hipertensivos na gravidez, ou aqueles devido a complicações da anestesia ou cesariana são exemplos classificadas como mortes maternas diretas. Mortes obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doença existente anterior ou doença que se desenvolveu durante a gravidez, e que não foram devido a causas obstétricas, mas foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

A mortalidade materna pode ser considerada de grande magnitude e transcendência e a ela se aplica o conceito cunhado pioneiramente por Rutstein et al. (1980) para o que se denomina “mortes evitáveis”, ou seja, “aquelas mortes que poderiam ter sido evitadas, em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços de saúde efetivos” (Malta *et al*., 2019, p. 2). Por conta disso, a mortalidade materna se constitui numa violação dos direitos humanos por se tratar de uma causa que poderia ser evitada em 92% dos casos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico n. 20 do Ministério da Saúde (MS), publicado em maio de 2020, os serviços de saúde e a sociedade brasileira têm como um dos seus grandes desafios reduzir a mortalidade materna, já que esta representa um grave problema de saúde pública que está distribuído desigualmente entre e dentro dos países em desenvolvimento. Segundo Morse *et al.* (2011), 99% das mortes maternas ocorrem nestes países e atingem, principalmente, as mulheres com menor ingresso e acesso aos bens sociais, predominantemente representadas pelas mulheres negras e indígenas (Boletim Epidemiológico n. 20, 2020).

Panorama da Mortalidade Materna no Mundo e no Brasil

De acordo com a World Health Organization *et al.* (2023), estima-se que, em nível global, ocorreu uma média de 287.000 mortes maternas em 2020, o que gerou uma Razão de Mortalidade Materna Global de 223 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos entre os 185 países signatários da Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso corresponde a quase 800 mortes maternas todos os dias e, aproximadamente, uma morte materna a cada dois minutos, em nível global.

Para 2020, o risco global de mortalidade materna ao longo da vida foi estimado em 1 em 210; isso significa que, para uma menina de 15 anos em 2020, existe, em média, um risco de 1 em 210 de que ela morrerá por causa materna (OMS *et al.,* 2023).

A magnitude e a transcendência da mortalidade materna levaram a Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com outros organismos internacionais, a colocá-la como uma das metas de redução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Finalizado o prazo de vigência dos ODM em 2015 e adotados os ODS, os Estados-Membros das Nações Unidas ampliaram os compromissos globais que tinham assumido em 2000 quando foram criados os ODM. Em antecipação ao lançamento dos ODS, a OMS e os seus parceiros publicaram uma declaração de consenso e um documento estratégico sobre a redução da mortalidade materna. A nova meta, mais precisamente a meta 3.1, tem como propósito reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030 (https://www.undp.org/sustainable-development-goals#good-health).

Nessa direção, o Brasil quer atingir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável com a marca de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2022, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil foi 57,7 óbitos, enquanto entre as mulheres pretas esta razão foi 110,6, praticamente o dobro do que foi observado na RMM geral.

Mortalidade Materna baseada em Evidências

No ano de 2023, o Ministério da Saúde promoveu, em Brasília, a 1ª oficina de trabalho: *Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)*. O evento marcou a reabertura do Comitê Nacional de Prevenção à Mortalidade Materno-infantil. Como parte dessa iniciativa, foram apresentados dados da *Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento*, um estudo realizado em parceria com a Fiocruz a partir dos dados disponibilizados pelo SUS e que apresenta um cenário aprofundado sobre nascimento e gestação (Theme Filha *et al.*, 2024).

Dados preliminares da pesquisa supracitada, referentes a 2022, apontaram que, enquanto o número de mortes maternas estava em 46,56 para mulheres brancas, no caso das mulheres pretas era mais do que o dobro: 100,38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No caso das pardas, a incidência era de 50,36/100 mil nascidos vivos.

O Boletim Epidemiológico n. 1, específico sobre a saúde da população negra, publicado em outubro de 2023, destaca a mortalidade materna proporcional segundo grupos de causas e raça/cor em três diferentes períodos, 2010, 2015 e 2020, sendo a hipertensão, a hemorragia e a infecção puerperal, nesta ordem, as principais complicações que levaram ao óbito durante ou após a gestação e o parto, o que correspondeu a 30% do total de óbitos maternos (5.422), ocorridos nos anos mencionados e que atingiram em maior proporção mulheres pretas e pardas.

Santos *et al*. (2020), em estudo sobre mortalidade materna no Brasil, observaram que, durante a pandemia de covid-19, mulheres negras tiveram um risco de morte quase duas vezes maior quando comparadas com as mulheres brancas.

Oliveira *et al.* (2024), ao analisarem tendências temporais e agrupamentos espaciais da mortalidade materna no Brasil, observaram aumento da Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 2019 para 2020, crescimento de óbitos nas regiões Norte e Sudeste e formação de clusters de MM no Amazonas, Tocantins, Piauí, Maranhão, Bahia e Mato Grosso do Sul. Observaram, também, que taxa de parto cesáreo, índice de desenvolvimento humano municipal e renda domiciliar *per capita* das populações em situação de vulnerabilidade à pobreza estão negativamente associados à RMM. Os autores concluíram o estudo chamando a atenção para o fato de que a redução da MM no Brasil requer não somente a promoção de melhorias na assistência gravídico-puerperal, mas também a eliminação dos determinantes sociais do problema.

Estudo sobre Mortalidade Materna no Nordeste do Brasil conduzido por Torres *et al.* (2021), referente ao período de 2008 a 2017, evidenciou um total de 5.847 óbitos com baixo declínio nas taxas ano a ano e maior incidência na Bahia, com 26,24% (n=1534); no Maranhão, com 18,21% (n=1065); e em Pernambuco, com 14,50% (n=848). Mulheres na faixa etária de 20-29 anos, da raça/cor parda e baixa escolaridade foram significantemente as mais vitimadas.

Entre os anos de 2015 e 2019, o número de óbitos maternos no Brasil apresentou poucas alterações. Nesse período, a região que obteve predomínio da mortalidade foi o Sudeste, e o ano em que mais houve notificações foi 2016. Em relação às variáveis sociodemográficas, ocorreram mais óbitos entre mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, com 8 a 11 anos de estudo, cor/raça parda e solteiras. Com relação ao local dos óbitos, predominaram os casos de óbitos ocorridos no ambiente hospitalar devido a causas obstétricas indiretas (Barreto, 2021).

No geral, os estudos consultados destacam que a redução da mortalidade materna perpassa pelos determinantes sociais, além da promoção de melhorias na assistência gravídico-puerperal. Apesar da relevância da mortalidade materna no Brasil, ainda são poucos os estudos sobre o assunto. Embora a MM venha diminuindo, ainda está acima dos níveis esperados. São necessárias melhorias na qualidade dos cuidados pré-natais e perinatais, especialmente dos voltados para a prevenção das principais causas obstétricas diretas de MM, como hipertensão, hemorragias e infecções.

Outro ponto destacado é a especial atenção que deve ser dada às regiões de menor desenvolvimento, já que esse fator tem sido apontado como determinante importante para esse tipo de morte. Ainda, outros fatores são apontados, como: falhas no sistema de saúde, que se traduzem em atrasos em procurar e receber cuidados; má qualidade dos cuidados, pouca responsabilização dos sistemas de saúde; determinantes sociais, incluindo renda, acesso à educação, raça e etnia, que colocam algumas subpopulações em maior risco; normas de gênero que prejudicam as mulheres; preconceitos e desigualdades que resultam em uma baixa priorização dos direitos das mulheres e meninas, incluindo o seu direito à segurança e à saúde sexual e reprodutiva com qualidade; e, finalmente, necessidade de abordagens multisetoriais para o enfrentamento de fatores externos que contribuem para a instabilidade e a fragilidade do sistema de saúde, como as crises climáticas e humanitárias, já que o alcance dos ODS, com vistas à diminuição da MM, e outras metas dependem desse equilíbrio.

Através do link a seguir, leia a reportagem sobre a estratégia do governo federal referente à reestruturação da antiga Rede Cegonha transformada em Rede Alyne Pimentel, programa lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 12 de setembro de 2024, e que diz respeito aos cuidados a gestantes e bebês na rede pública de saúde. A meta é beneficiar mulheres com cuidado humanizado e integral, observando as desigualdades étnico-raciais e regionais. Veja também, nesta reportagem, a finalidade dessa reestruturação, inovações do programa, investimentos que serão feitos, inclusive, na qualificação das equipes de Saúde da Família. Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027 — Ministério da Saúde (www.gov.br).

TEMA 3 – PROCESSO DE BUSCA E ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS EM BASES DE DADOS

Nesta aula, teremos como foco o processo de busca e análise de evidências em bases de dados sobre a mortalidade materna (MM). Para tanto, temos como objetivo apresentar os diferentes tipos de questões de pesquisa e a metodologia para elaborar uma busca na literatura, usando os recursos que cada base de dados de saúde disponibiliza.

Para facilitar o processo de busca por estudos nas bases de dados, serão desenvolvidas estruturas chamadas estratégias de busca. Estratégias são conjuntos de termos que, combinados, encontram um resultado adequado à pergunta de interesse em cada base de dados. Uma estratégia de busca é um mecanismo planejado para identificar estudos relevantes para responder uma determinada pergunta. O processo de elaboração desse mecanismo envolve cinco passos: (1) identificação da pergunta estruturada; (2) escolha da base de dados; (3) escolha e uso dos descritores; (4) escolha e uso dos operadores booleanos; e (5) definição de uso por busca simples x busca Avançada.

1. Identificação da pergunta estruturada

Esta aula será voltada, especificamente, para perguntas que envolvam tratamento, prevenção, fator de risco ou prognóstico. Para a identificação da pergunta estrutu-

rada, utilizamos os acrônimos PICO (intervenção: tratamento e prevenção) ou PECO (exposição: fator de risco ou de prognóstico), conforme a comparação apresentada no quadro 1.

Quadro 1 - Definição dos acrônimos PICO/PECO

P	População com o problema	P	População com o problema
I	Intervenção	E	Exposição
C	Comparador	C	Comparador
O	Outcome (desfecho)	O	Outcome (desfecho)

Para perguntas sobre intervenções, em que se deseja encontrar um ensaio clínico ou uma revisão sistemática, utiliza-se o PICO. Para perguntas sobre fator de risco, em que se deseja encontrar um estudo de coorte ou um caso controle, utiliza-se o PECO. Identificar a pergunta com os acrônimos PICO/PECO é uma forma de traduzir a pergunta da pesquisa para termos de estratégia de busca. Cada elemento deve estar claro e conter informação suficiente para facilitar a escolha do termo correspondente de cada letra da estrutura. De todos os passos, identificar a pergunta é o mais importante. Errar a pergunta significa comprometer todo o resultado da busca. Portanto, atenção! Caracterize bem cada letra do seu PICO/PECO.

Sugestão de leitura

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf

Assim como qualquer outra investigação científica, uma boa revisão sistemática requer uma pergunta ou questão bem formulada e clara. Ela deve conter a descrição da doença ou condição de interesse, a população, o contexto, a intervenção e o desfecho.

Mas o que é uma Revisão Sistemática?

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica ou intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

2. Escolha da base de dados

Vamos apresentar agora as características das principais bases de dados eletrônicas na área da saúde. No contexto brasileiro, há três bases gerais que podem ser mais úteis para a busca do dia a dia: PubMed (National Center for Biotechnology Information), Biblioteca Cochrane e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Em alguns casos, uma opção seria identificar a base de dados específica relacionada com o tema, como ADOLEC, para estudos incluindo população adolescente; ou BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), se a pergunta incluir uma intervenção odontológica.

O PubMed é uma base de dados norte-americana (na língua inglesa), de acesso gratuito, e que possui mais de 29 milhões de referências de revistas de biomedicina e saúde. A página de acesso conta com opções de refinamento de busca (barra lateral esquerda) que podem ajudar a especificar o resultado obtido.

O LILACS é uma base latino-americana que aceita buscas nos idiomas português, inglês e espanhol.

A Biblioteca Cochrane contém oito diretórios e, entre eles, dois principais: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Cochrane Central Registre of Controlled Trials (CENTRAL). Na CDSR, estão todas as revisões sistemáticas e protocolos desenvolvidos pelos colaboradores da Cochrane. Na CENTRAL, estão armazenados ensaios clínicos randomizados.

3. Escolha e uso dos descritores em saúde

Os descritores em saúde compreendem um conjunto de termos que formam um vocabulário controlado e são usados como definidores de assuntos para cada base. Os descritores têm formatos diferentes, conforme a organização das bases. Os descritores mais conhecidos são MeSH (Medical Subject Subheadings – no PubMed) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).

Cada base utiliza seu conjunto de descritores específicos, como apresentado na tabela 1 e, para a maioria delas, há uma organização hierárquica dos termos, no sentido dos termos mais abrangentes (no topo da estrutura hierárquica) aos mais específicos.

Tabela 2. Principais bases de dados eletrônicas na área da saúde

Base	Conteúdo	Descritor	Acesso gratuito	Disponível em
ADOLEC	Adolescentes	DeCS	x	http://www.adolec.br/php/
AMED	Medicina complementar	AMED Thesaurus		https://www.ebsco.com/products/research-databases/allied-and-complementary-medicine-database-amed
BBO	Odontologia	DeCS	x	http://odontologia.bvs.br/
Biblioteca Cochrane (CENTRAL)	Geral	MeSH	x	https://www.cochranelibrary.com/
Biblioteca Cochrane (CDSR)	Geral	MeSH	x	https://www.cochranelibrary.com/
CINAHL	Enfermagem	MeSH		https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database
DARE	Geral	MeSH	x	https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/
Embase	Geral	EMTREE		https://www.embase.com/login
LILACS	Geral	DeCS	x	http://lilacs.bvsalud.org/
MEDLINE	Geral	MeSH	x	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
PEDro	Fisioterapia	Livre	x	https://search.pedro.org.au/search
PsycINFO	Psicologia, psiquiatria	APA Thesaurus		https://www.ebsco.com/products/research-databases/psycinfo
SciELO	Geral	Livre	x	http://www.scielo.org/php/index.php
Scopus	Geral	Livre		https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic
SportDiscus	Esporte	Sport Thesaurus		https://www.ebsco.com/products/research-databases/sportdiscus

AMED – Allied and Complementary Medicine Database; BBO – Bibliografia Brasileira de Odontologia; CDSR – Cochrane Database of Systematic Reviews; CINAHL – Cummulative Index Nursing Allied Health Literature; DARE – Database of Abstrats of Reviews of Effects, DeCS – Descritores em Ciências da Saúde; Embase – Excerpta Medica Database; LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE – Medical Literature Analisys and Retrieval System Online; MeSH – Medical Subheadings; PEDro – Physiotherapy Evidence Database; SciELO – Scientific Electronic Library Online.

Os descritores devem ser escolhidos de acordo com os termos utilizados na estrutura da pergunta PICO/PECO, por isso ela deve ser clara. São como as palavras-chave dos artigos já conhecidos. Apesar de algumas vezes diferentes, os descritores são interligados e há traduções disponíveis de uma base para outra.

4. Escolha e uso dos operadores booleanos

Operadores booleanos são conectores utilizados para ligar os termos de interesse da pergunta de pesquisa, formando assim a estratégia de busca como um todo. Cada operador possui uma função, como apresentado na tabela 1. Entre termos sinônimos, utilizamos o operador OR, com o objetivo de ampliar o número de referências recuperadas, tornando a busca mais sensível. Para termos que precisam estar presentes ao mesmo tempo em um artigo, utiliza-se o operador AND. Quando o objetivo é excluir um termo, por exemplo, quando não se quer recuperar estudos que incluam crianças, utilizamos os operadores NOT ou AND NOT antes dos termos relacionados à “criança”.

Ao buscar estudos para responder uma questão clínica estruturada no acrônimo PICO (intervenção e prevenção), elaboramos a estratégia de busca com os termos referentes ao “P” e os termos “I” conectados pelo operador booleano AND (figura 3). De modo semelhante, para o acrônimo PECO (fator de risco e de prognóstico), utilizamos os termos de “P”, os termos “E” e, muitas vezes o termo “O” (quando o desfecho é único e previamente estabelecido), também conectados pelo operador booleano AND.

Além desses três comandos, temos o **AND NOT**, que é um recurso específico para se usar na BVS, ele tem a mesma função de excluir o termo de pesquisa após ele. Exemplo: mortalidade materna AND NOT brancas.

5. Definição de uso por busca simples x busca avançada

A maioria das bases de dados da área de ciências da saúde oferece a opção de fazer uma busca simples ou uma busca avançada. Normalmente, na busca simples, não usaremos nenhuma metodologia e colocaremos os termos e/ou assunto diretamente na caixa do *search*. Isso é exemplificado usando os recursos que o PubMed oferece.

Busca Simples

O nosso exemplo será a taxa de mortalidade materna. Sempre começamos com a perguntas.

Quais fatores influenciam a mortalidade materna em mulheres negras no Brasil?

P – Mulheres negras

E – Nível de escolaridade, fatores econômicos, racismo

C – Mulheres não negras

O – Mortalidade materna

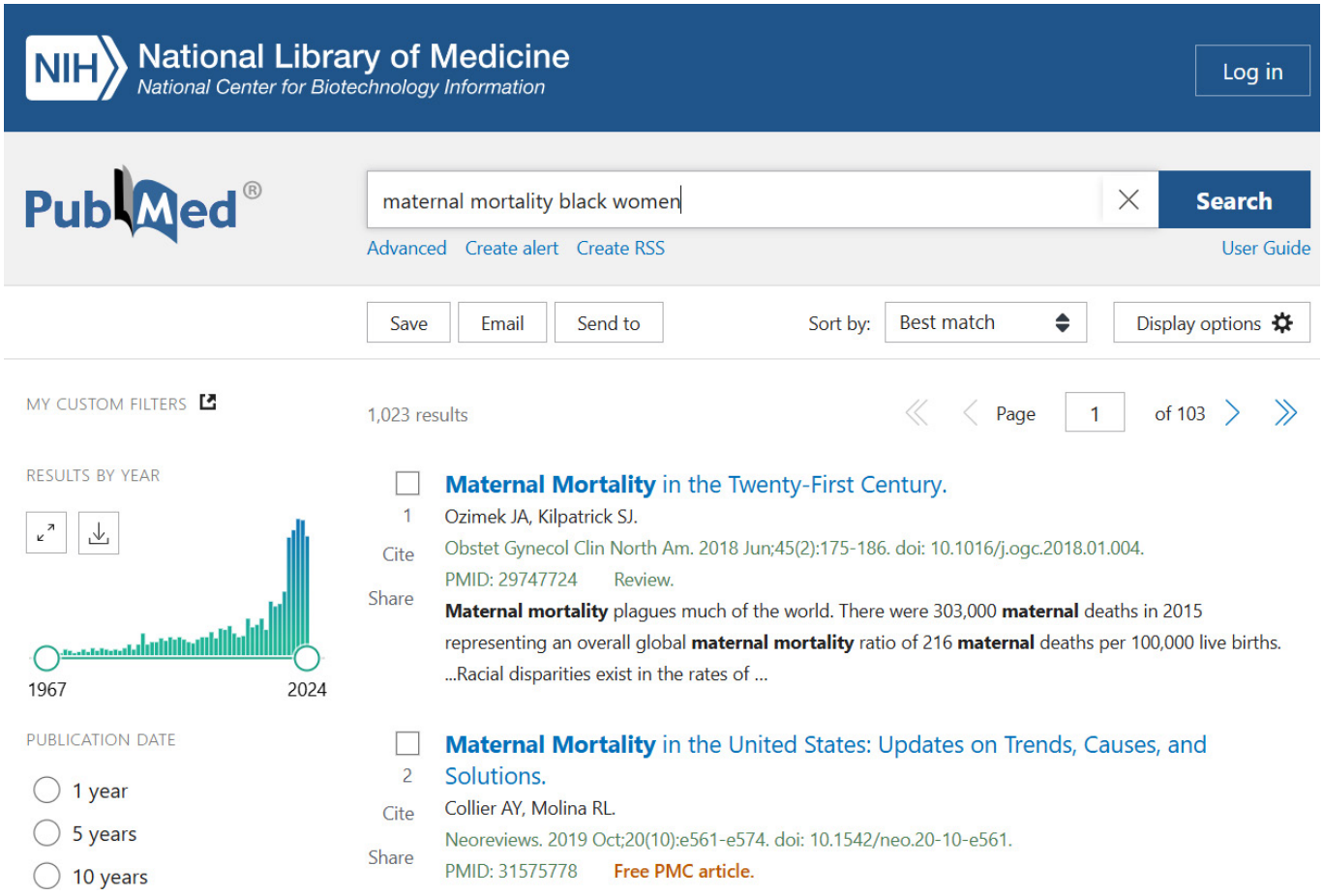
O que acontece quando são digitados os termos definidos como importantes para a busca? O PubMed mapeará automaticamente cada termo. Primeiramente, será verificado se é um *MeSH* e, depois, rodará em todos os campos que a base oferece. Aqui, podemos nos deparar com resultados extremamente amplos, restritos ou não relevantes para o que estamos procurando.

Figura 1 – Processo de busca e análise de evidências no PubMed

Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

Vamos digitar os termos diretamente na caixa de busca “Search”.

Figura 2 – Resultado da busca e análise de evidência no PubMed



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

No resultado da busca, clicamos em *Advanced*

Figura 3 – Estratégia de busca usando os operadores booleanos.

History and Search Details

Download Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#1	•••	⌄	Search: **maternal mortality black women** ("maternal mortality"[MeSH Terms] OR ("maternal"[All Fields] AND "mortality"[All Fields]) OR "maternal mortality"[All Fields]) AND ("black or african american"[MeSH Terms] OR ("black"[All Fields] AND "or"[All Fields] AND "african"[All Fields] AND "american"[All Fields]) OR "black or african american"[All Fields] OR "blacks"[All Fields] OR "black people"[MeSH Terms] OR ("black"[All Fields] AND "people"[All Fields]) OR "black people" [All Fields] OR "black"[All Fields] OR "blackness"[All Fields]) AND ("womans"[All Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "women s"[All Fields] OR "womens"[All Fields]) **Translations** **maternal mortality:** "maternal mortality"[MeSH Terms] OR ("maternal"[All Fields] AND "mortality"[All Fields]) OR "maternal mortality"[All Fields] **black:** "black or african american"[MeSH Terms] OR ("black"[All Fields] AND "or"[All Fields] AND "african"[All Fields] AND "american"[All Fields]) OR "black or african american"[All Fields] OR "blacks"[All Fields] OR "black people"[MeSH Terms] OR ("black"[All Fields] AND "people"[All Fields]) OR "black people"[All Fields] OR "black"[All Fields] OR "blackness"[All Fields] **women:** "womans"[All Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "women's"[All Fields] OR "womens"[All Fields]	1,023	13:57:24

Showing 1 to 1 of 1 entries

Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

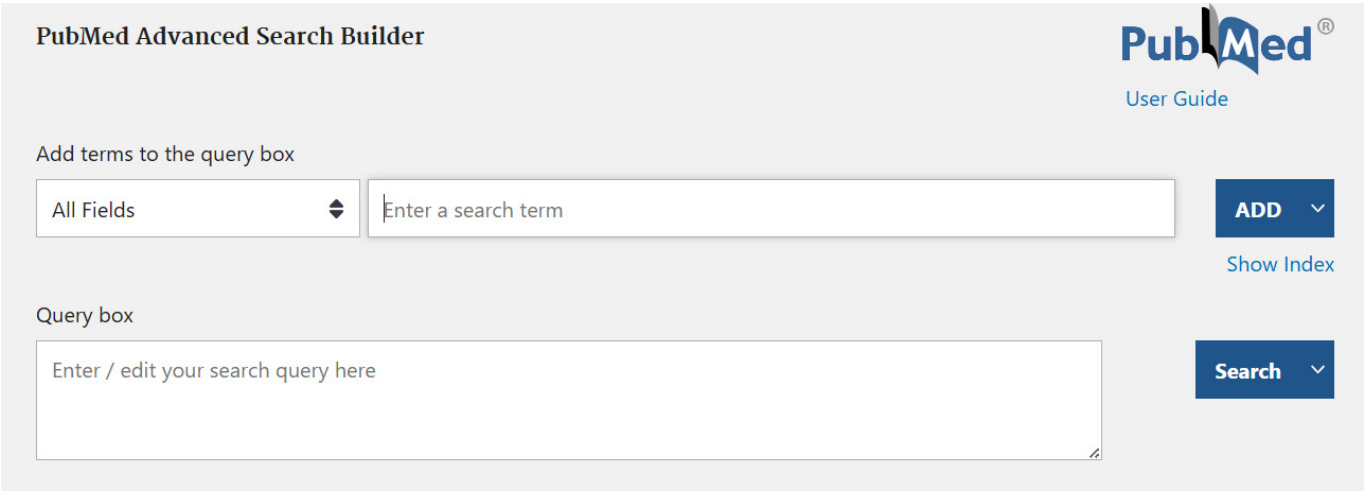
Veja, clicando em *Details*, na caixa *History and Search Details*, como a base interpretou os termos que colocamos no box.

Busca Avançada

Já na busca avançada, a maioria das bases de dados oferecerá mais recursos e, com isso, a busca poderá ser mais precisa.

Quais são as vantagens da busca avançada? Os descritores e os campos para a busca serão definidos pela/o pesquisado/a. O/a pesquisador/a terá mais opções para a construção das estratégias de busca e poderá usar os recursos que a base oferece e fazer as combinações no ***Query box***.

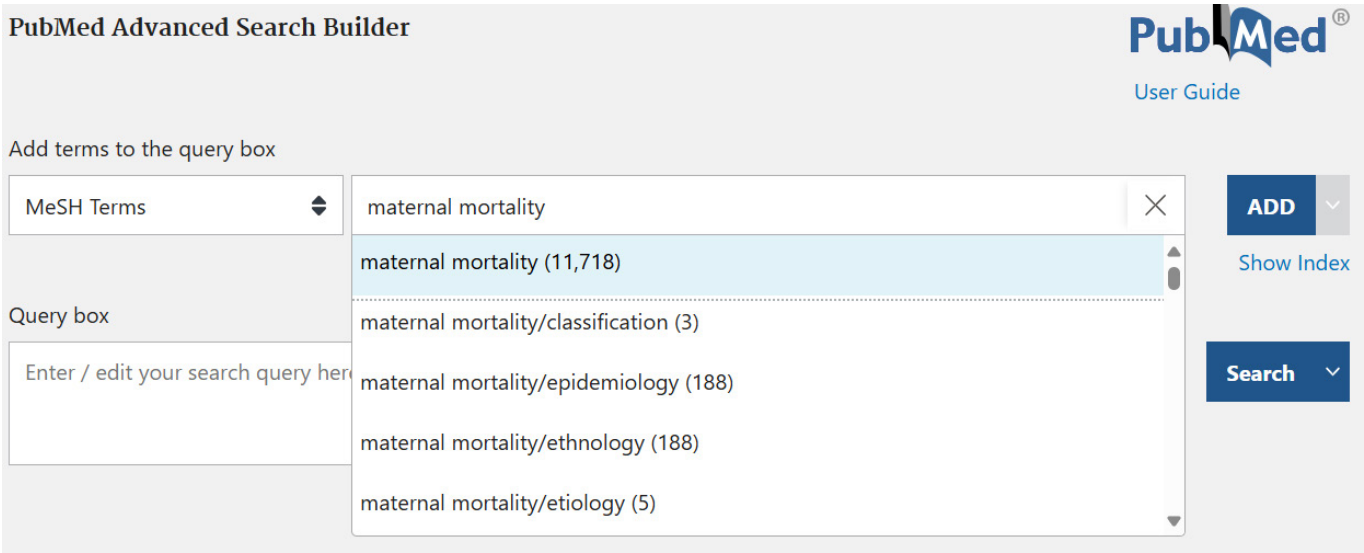
Figura 4 – Query box.



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

Veja como fica a construção da busca, a seguir, para a questão sobre mortalidade materna e mulheres negras. Observe que definimos o campo descritor e pedimos para mostrar o índice; depois determinamos os campos de título e o resumo. Clique em *Show Index*, selecione o termo e clique em *ADD*.

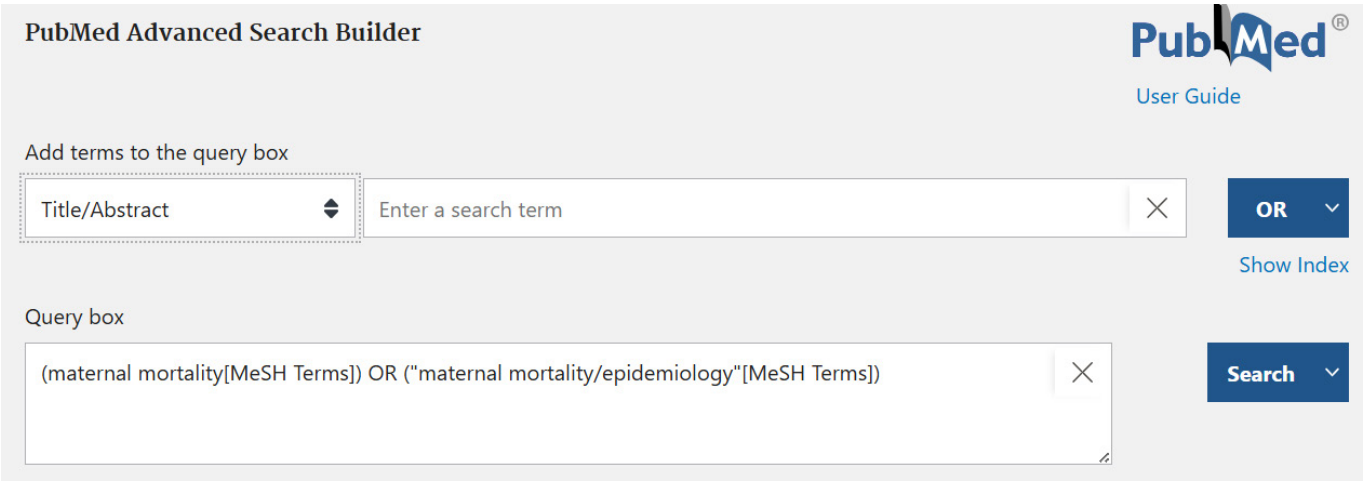
Figura 5 – Busca Avançada sobre Mortalidade Materna



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

Depois definimos que os campos aqui serão Títulos/Resumos (Title/Abstract).

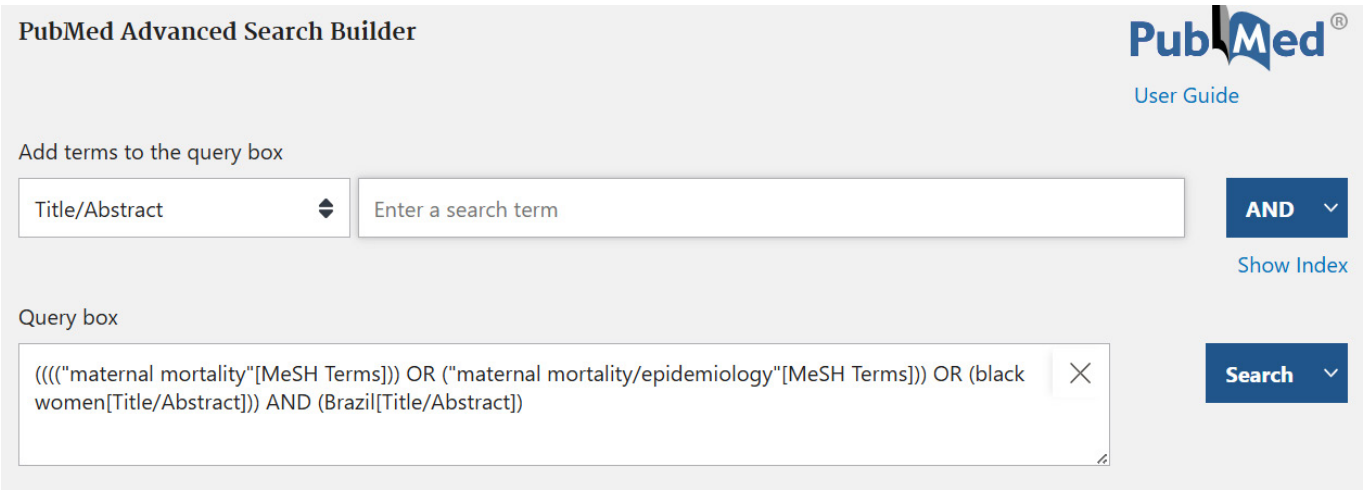
Figura 6 – Busca Avançada em Títulos/Resumos sobre Mortalidade Materna



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

Veja que somamos o descritor com o conjunto dos termos definidos para os campos título e resumo.

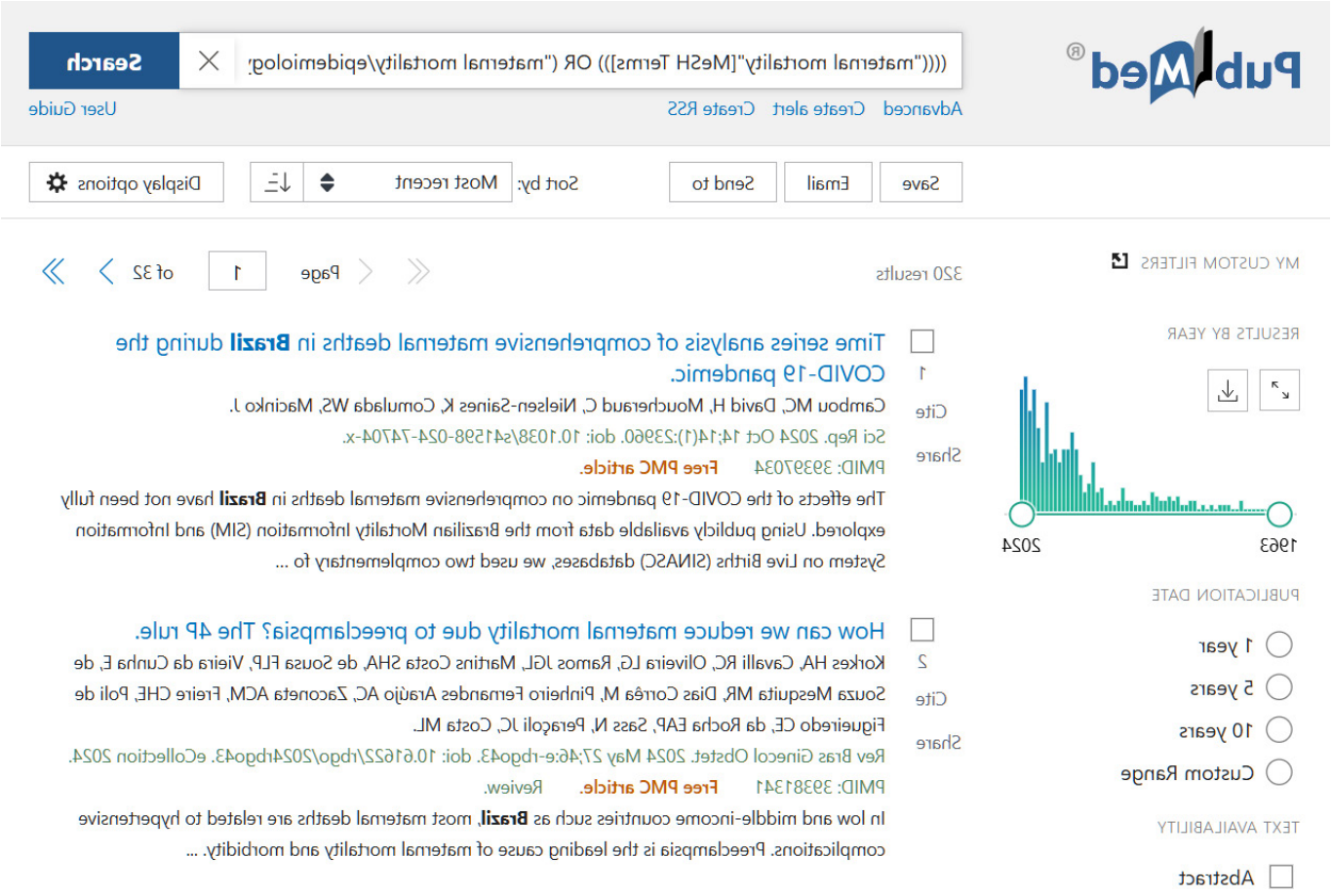
Figura 7 – Estratégia de busca avançada de mortalidade infantil e de mulheres negras no Brasil



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

No resultado da busca, clicamos em *Search*:

Figura 8 – Resultado da busca avançada para Mortalidade materna em mulheres negras no Brasil



Fonte: National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information (2024).

Nós esperamos que a maioria das estratégias de busca sejam elaboradas por especialistas na área, mas sabemos que nem sempre esse é o cenário que teremos. Então um recurso que pode ajudar é consultar um guia, uma diretriz e/ou um *checklist* para avaliar se estamos construindo uma estratégia com todos os elementos necessários.

Há uma diretriz publicada denominada PRESS. O que é PRESS? É uma ferramenta que fornece um conjunto de recomendações sobre as informações, que devem ser usadas por especialistas quando são solicitados a avaliar estratégias de busca eletrônica. Ela está disponível na seção de *methods and guidelines* do CADTH.

Sugestão de leitura

PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies

Disponível em: https://www.cda-amc.ca/press-peer-review-electronic-search-strategies

Outro recurso que poderemos usar é a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na BVS, existem várias estratégias prontas de busca elaboradas pela BIREME, pela OPAS e pela OMS para diversas questões de saúde.

Sugestão de leitura

Repositório de estratégias de busca na BVS
Estratégias de busca para temas específicos

Sobre

Coleção de estratégias de busca elaboradas pela BIREME|OPAS|OMS e Rede de Referencistas da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS

Disponível em: https://bvsalud.org/queries/?l=pt_BR

O processo de elaboração de uma estratégia de busca para bases de dados da área da saúde pode ser estruturado em cinco passos iniciais, que vão da identificação da pergunta estruturada à escolha por busca simples ou avançada. Apropriar-se desses passos é fundamental para conseguir elaborar uma estratégia de busca adequada, capaz de recuperar os estudos de interesse e que abordem realmente a pergunta proposta.

TEMA 4 – LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Neste tema, refletiremos brevemente sobre algumas legislações e políticas públicas que dizem respeito à população negra e sobre a sua importância para a equidade racial nas políticas de saúde, destacando os seguintes pontos:

- Constituição Federal Brasileira de 1988;
- Lei n. 9.459, de 13 de maio de 1997 – Injúria Racial;
- Lei n. 7.716, de 05 de janeiro de 1989 – Lei Caó;
- Obrigatoriedade do Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira;
- Estatuto da Igualdade Racial;
- Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2023;
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres;
- Comissão Nacional de Promoção da Igualdade Racial no SUS;
- Programa Nacional de Equidade de Gênero, raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS.

Ao final desta aula, você será capaz de: conhecer como algumas legislações e políticas públicas são importantes para a promoção da equidade étnico-racial nas políticas de saúde.

Discutimos durante todo o curso sobre como o debate referente à saúde da população negra, no Brasil, é um tema fundamental para a redução das desigualdades históricas e sociais e das iniquidades em saúde.

Você aprendeu, nos módulos anteriores, que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada com o objetivo de enfrentar as desigualdades raciais no sistema de saúde, promovendo a integralidade da saúde da população negra, incluindo alguns princípios, tais como: a promoção da equidade étnico-racial no acesso aos serviços de saúde; a garantia da atenção à saúde da mulher negra, com foco na redução das taxas de mortalidade materna e infantil; o enfrentamento da discriminação racial nos serviços de saúde; e a promoção de ações educativas sobre saúde e racismo, além da formação de profissionais de saúde para a diversidade racial.

Agora, citaremos brevemente algumas legislações e políticas que buscam garantir a equidade étnico-racial e o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais em nosso país. Contudo, fique atento:

Atenção!

Contamos com sua proatividade para aprofundar seus conhecimentos.

- **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 – que trata dos direitos e garantias fundamentais dos/as cidadãos/ãs brasileiro/as – reflete o compromisso do Estado brasileiro em proteger a dignidade da pessoa humana e garantir a igualdade de direitos para todos, todas e todxs, sem discriminação.

O inciso XLI, por exemplo, prevê a punição, nos termos da lei, para qualquer ato de discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais das pessoas. Esse dispositivo estabelece que o ato discriminatório que violar os direitos fundamentais (como a igualdade, a liberdade, a dignidade etc.) deve ser punido pela lei, ou seja, deve ser criminalizado ou sujeito a sanções, visando garantir a proteção dos direitos fundamentais previstos na Constituição. Já o inciso XLII assegura que a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei. Sendo assim, as práticas racistas perpetradas nos serviços de saúde e a omissão ou a ausência de condições adequadas para a promoção da saúde da população negra podem e devem caracterizar-se como práticas racistas que envolvem as dimensões interpessoais e institucional, como visto no módulo 1.

- **Lei n. 9.459, de 13 de maio de 1997 – Injúria Racial**

A Lei n. 9.459, de 13 de maio de 1997, foi um marco importante no combate à injúria racial no Brasil. Ela alterou o art. 140 do Código Penal Brasileiro para tipificar o crime de injúria racial, de forma mais rigorosa, ou seja, um agravante específico. Isso significa que, quando uma pessoa ofende outra com base na sua cor ou raça, a pena será aumentada.

A lei foi uma resposta às crescentes demandas sociais e jurídicas, da década de 1990, as quais buscavam maior proteção para a população negra contra ofensas, discriminações e práticas racistas. A injúria racial, portanto, é caracterizada como um tipo de injúria qualificada, com pena mais grave do que a injúria comum, que normalmente envolve ofensas contra a honra de uma pessoa sem constar a discriminação racial ou étnica.

Cabe salientar que, antes da promulgação da Lei n. 9.459/1997, a injúria racial não era tratada de forma específica no Código Penal, podendo ser enquadrada em ofensas gerais. Todavia, em 2023, foi sancionada a **Lei 14.532, de 11 de janeiro de 2023**, a qual equipara a injúria racial ao crime de racismo. Com isso, a pena tornou-se mais severa,

com reclusão de dois a cinco anos, além de multa, não cabendo mais fiança, sendo este crime considerado imprescritível.

- **Lei n. 7.716, de 05 de janeiro de 1989 – Lei Caó**

A Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989, conhecida como Lei Caó, tipifica os crimes resultantes de discriminação racial no Brasil. Ela estabelece penalidades para quem praticar ou incitar discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. A lei foi sancionada com o intuito de combater a discriminação racial, promovendo a igualdade e a dignidade de todos/as os/as cidadãos/ãs, especialmente daqueles/as de grupos historicamente vulnerabilizados. A lei também cobre uma ampla gama de práticas discriminatórias, incluindo restrições de acesso a serviços, educação, emprego e saúde. Estabelece penas de reclusão ou detenção para quem praticar esses crimes e prevê que a prática de atos discriminatórios, com o intuito de difamar ou prejudicar uma pessoa, utilizando-se da sua condição de raça ou etnia, pode ser responsabilizada criminalmente.

Se liga no saber

A **Lei Caó** recebeu esse nome em homenagem a **Abdias do Nascimento**, um importante militante da luta contra o racismo e defensor dos direitos da população negra no Brasil. O nome **Caó** é um apelido pelo qual ele era conhecido.

- **Lei n. 10.639, de 09 de janeiro de 2003 – Obrigatoriedade do Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira**

Essa lei estabelece as diretrizes e bases da educação nacional para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática **História e Cultura Afro-Brasileira**, e dá outras providências. Embora não seja uma política de saúde direta, a Lei n. 10.639/2003 tem impacto significativo na saúde da população negra, pois atua na formação de uma consciência social e histórica sobre as questões étnico-raciais. A implementação dessa lei, que tornou obrigatório o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira nas escolas, contribui para a conscientização sobre o racismo estrutural, que tem reflexos profundos na saúde da população negra.

Importante!

Não podemos deixar de citar também a **Lei n. 11.645, de 10 de março de 2008**, a qual estabelece a **obrigatoriedade do ensino da história e cultura indígena e afro-brasileira** nas escolas de ensino fundamental e médio, públicas e privadas, em todo o Brasil. Essa lei altera a Lei n. 9.394/1996 (LDB) e complementa a Lei n. 10.639/2003, que já havia tornado obrigatório o ensino da cultura afro-brasileira. Com isso, a Lei n. 11.645/2008 inclui também a história e a cultura dos povos indígenas no currículo escolar. O objetivo principal é promover o respeito à diversidade, valorizando as contribuições dos povos indígenas e afro-brasileiros na formação da sociedade brasileira e combatendo ao preconceito e à discriminação.

- **Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010 – Estatuto da Igualdade Racial**

De acordo com seu art. 1º, esta lei instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. O Estatuto da Igualdade Racial representa um marco importante na luta pelos direitos da população negra no Brasil, pois prevê uma série de medidas que afetam diversas áreas, incluindo a saúde.

Algumas das disposições que impactam diretamente a saúde da população negra incluem: i) criação de políticas públicas de saúde que garantam o atendimento integral às necessidades da população negra; ii) incentivo à formação de profissionais de saúde capacitados para lidar com as especificidades da saúde da população negra, como as doenças prevalentes nessa população; e iii) combate ao racismo nos serviços de saúde, buscando garantir um atendimento digno e respeitoso.

- **Plano Nacional de Saúde 2016-2023**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) estabeleceu diretrizes para a melhoria do sistema de saúde brasileiro, incluindo ações voltadas para a redução das desigualdades étnico-raciais. A partir de 2016, com a renovação das diretrizes do plano, foi dada maior ênfase às políticas voltadas para a saúde da população negra, visando, sobretudo: a garantia da atenção integral à saúde, com foco nas condições específicas da população negra; a implementação de ações de prevenção de doenças que afetam mais intensamente essa população, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença falciforme, doenças cardiovasculares e outras; bem como a promoção de um ambiente livre de racismo nos estabelecimentos de saúde.

- **Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) não seja especificamente voltada para a população negra, ela é uma das principais ferramentas de acesso à saúde no Brasil,

com foco na saúde comunitária. O programa, que conta com a estratégia de atenção primária, tem se mostrado eficaz no cuidado da saúde das populações vulnerabilizadas, incluindo a população negra, quilombola, povos de terreiros, indígenas e outros. A ESF é ponto de partida para a implementação das políticas de saúde integradas e equitativas, respeitando a diversidade étnico-racial.

Sugestão de leitura: Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde de James Macinko e Claunara Schilling Mendonça, publicado em 2018, pela revista Saúde em Debate.

Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt

- **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) também tem se destacado ao tentar estabelecer mecanismos para a promoção da equidade étnico-racial no sistema de saúde brasileiro. Frequentemente, tem criado resoluções que tratam do racismo no atendimento nos serviços de saúde, sobre a educação para profissionais de saúde que contemple a discussão sobre o racismo estrutural, as iniquidades em saúde, o racismo como determinação social da saúde e da promoção de uma política de saúde que aborde as desigualdades étnico-raciais de forma transversal.

- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres também contempla ações para a saúde das mulheres negras, incluindo programas específicos de combate à mortalidade materna e à violência obstétrica. Isso é crucial, pois as mulheres negras enfrentam maiores índices de mortalidade materna no Brasil, como vimos nas aulas que abordamos os indicadores em saúde e as análises baseadas em evidências.

- **Comissão Nacional de Promoção da Igualdade Racial no SUS**

A Comissão Nacional de Promoção da Igualdade Racial no SUS foi criada para monitorar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ela é responsável por orientar e promover ações que garantam um atendimento adequado e antirracista no SUS. Está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tendo como principais responsabilidades: a formulação e o monitoramento das políticas públicas de saúde; a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde; e o combate à discriminação e às barreiras étnico-racial no sistema. Isso inclui a implementação de ações que combatam o racismo institucional, tanto no nível de atendimento quanto nas políticas de saúde pública; a promoção de educação permanente e capacitação continuada de profissionais de saúde para que estejam preparados para lidar com as questões de racismo e para promover práticas de cuidado que respeitem as especificidades culturais e étnicas das populações negras; o desenvolvimento de ações de saúde com foco na população negra; o fomento à pesquisa e à

produção de dados desagregados por raça/cor/etnia, gênero e território para subsidiar a formulação de políticas públicas mais precisas; e, por fim, o acompanhamento e a articulação com os movimentos sociais para garantir que as políticas de saúde estejam em consonância com as demandas dessas comunidades.

Em 2023, o governo federal deu um grande passo para as políticas de equidade em saúde com a implementação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS. A iniciativa **Saúde sem Racismo** inclui a Estratégia Antirracista para a Saúde e a restituição do Comitê Interministerial de Saúde da População Negra. Também foi elaborada a Portaria GM/MS n. 5.794, de 28 de novembro de 2024, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalhado de Saúde Quilombola 'Graça Epifânio' – GTESQ, com a finalidade de contribuir para a produção de informações afetas à formulação, implementação, monitoramento e avaliação de ações, programas e políticas voltadas a saúde da população quilombola, garantindo a participação social em todo o ciclo da política pública.

Saiba mais

Acesse o link abaixo: Saúde sem Racismo do Ministério da Saúde

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude=-sem-racismo#:~:text-A%20iniciativa%20Sa%C3%BAde%20sem%20Racismo,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)

Para além do âmbito da saúde, o Programa Federal de Ações Afirmativas (Decreto n. 11.785, de 20 de novembro de 2023) tem a finalidade de promover direitos e a equiparação de oportunidades por meio de ações afirmativas destinadas às populações negra, quilombola e indígena, às pessoas com deficiência e às mulheres, consideradas as suas especificidades e diversidades.

Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS

A Portaria GM/MS n. 230, de 7 de março de 2023, institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS. Essa portaria representa um avanço significativo no alcance por um SUS mais inclusivo, diverso equânime, tanto para quem trabalha no sistema quanto para quem dele necessita. Seus principais objetivos são: reduzir desigualdades de gênero e raça no SUS, tanto no acesso aos serviços de saúde quanto nas condições de trabalho das profissionais da área; promover a valorização das trabalhadoras do SUS, garantindo melhores condições de trabalho, reconhecimento profissional e oportunidades de crescimento; combater a discriminação e a violência de gênero e raça dentro das unidades de saúde; e garantir políticas de inclusão e representatividade, especialmente para mulheres negras, indígenas e outras populações em situação e vulnerabilidade.

Para tanto, tem como principais diretrizes: capacitação e formação a partir da implementação de cursos, treinamentos e ações de sensibilização sobre equidade de gênero e raça para gestores/as e trabalhadores/as do SUS; políticas de inclusão, com promoção de ações afirmativas e criação de mecanismos para ampliar a participação feminina e de grupos sub-representados em cargos de gestão; garantia de um ambiente de trabalho seguro por meio de medidas para prevenir e enfrentar assédios e outras formas de violência no local de trabalho; e monitoramento e avaliação, destacando-se a criação de indicadores para acompanhar o impacto das ações do programa e garantir sua efetividade.

- Estratégia Antirracista para a Saúde

A Estratégia Antirracista para a Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, foi instituída pela Portaria GM/MS n. 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Ela visa eliminar o racismo como um processo de determinação social de saúde e promover a equidade étnico-racial em todas as políticas de saúde. Entre os princípios que a fundamentam, estão: a eliminação do racismo como determinante social de saúde; a busca pela equidade étnico-racial na força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS); e o combate ao racismo institucional, reconhecendo as especificidades de quilombolas, indígenas e comunidades tradicionais durante os atendimentos de saúde, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Entre as prioridades para as suas ações antirracistas, estão: a saúde integral da mulher negra, objetivando reduzir, sobretudo, a mortalidade materna, infantil e fetal; as políticas de saúde mental, álcool e outros drogas; e a promoção da saúde sexual, baseada na diversidade.

Em suma, a implementação dessas legislações e políticas públicas representa um esforço do Estado brasileiro para combater o racismo e a discriminação étnico-racial no

país, especialmente, no contexto das relações interpessoais. Constituem-se ferramentas importantes na luta contra a violência simbólica e estrutural, contra o racismo, as desigualdades étnico-raciais e as iniquidades em saúde que acometem as populações negras (Theodoro, 2008).

Importante!

Ainda precisamos debater a eficácia destas políticas, considerando a persistente desigualdade étnico-racial que assola o Brasil (Menicucci e Gomes, 2018).

Encerramos afirmando que conhecermos as legislações e as políticas públicas é também um passo importante para a promoção do enfrentamento das desigualdades étnico-raciais no sistema de saúde brasileiro. Nós, enquanto profissionais de saúde, usuários/as dos serviços, gestores/as, docentes, pesquisadores/as, discentes da área da saúde e tantos outros/as, temos responsabilidades também sobre a implementação das políticas de saúde que promovam a equidade étnico-racial no SUS. Precisamos assegurar que a população negra, quilombola, os povos de terreiros, os indígenas e tantos outros/as tenham acesso equitativo aos serviços de saúde e que suas necessidades específicas sejam reconhecidas e atendidas.

Desse modo, apresentamos como a vigilância em saúde atende às especificidades da população negra, segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde, e priorizamos apresentar casos concretos em que podemos vislumbrar a situação de saúde da população negra, baseada em evidências, de como se processa a busca de dados e se desenvolve a análise de evidências em bases de dados. Finalizamos, portanto, apresentando brevemente algumas legislações e políticas importantes que visam enfrentar as desigualdades raciais no campo da saúde, com a perspectiva de garantir a equidade no acesso e na qualidade do atendimento à saúde para a população negra.

Sugestão de vídeo

1 – ABRASCÃO 2012 – Jurema Werneck – Ações afirmativas, etnia, raça e saúde.

Disponível em: https://youtu.be/OD6yj5hseWQ?si=ux2A3g0k7279dBJI

Sugestão de vídeo

2 – Políticas de Ações Afirmativas no Brasil: Entrevista com Carlos Alberto Medeiros (UFF) – Canal Saúde Oficial

Disponível em: https://youtu.be/XWcCJdKQA8g?si=4ckOwfFdAhbdvKHt

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro módulo, *Racismo e Saúde*, destacamos como o Brasil é um país historicamente constituído por estruturas de opressão racial, social, colonial, patriarcal e de classe, que dão base a uma matriz de desigualdades sociais e de exploração étnico-raciais. O enraizamento e a persistência do racismo estrutural e seus intercruzamentos no contexto brasileiro restringem o acesso a bens, serviços e oportunidades à maioria da população brasileira, sobretudo, negros/as e indígenas. Passamos pelo conceito de raça e racismo, seguimos com a discussão sobre branquitude, os determinantes sociais de saúde e, por fim, a interseccionalidade.

No módulo 2, *Sistemas de Informação em Saúde e a Saúde da População Negra*, abordamos sobre como a qualidade dos dados produzidos nos sistemas de informação em saúde podem promover a superação de iniquidades em saúde, pontuando como os dados referentes às condições e expectativa de vida, fatores ambientais, doenças, agravos, mortalidade, incapacidade, acesso a serviços de saúde e qualidade da atenção são de extrema relevância para a construção de indicadores de saúde, os quais se traduzem em avaliação, produção de informações epidemiológicas relevantes e subsídio para a elaboração e implementação de políticas públicas.

Seguimos, então, para o módulo 3, *Análise de Indicadores de Saúde da População Negra*, apresentando os principais indicadores de saúde para a população negra, já que estes, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e organização do sistema de saúde.

Por fim, encerramos esta formação neste módulo 4, Vigilância e Legislações em Saúde da População Negra, destacando como a vigilância em saúde pode estar alinhada com as especificidades da situação de saúde da população negra e como as legislações vigentes estão em convergência com a equidade em saúde.

Este curso mostrou não apenas as disparidades de acesso e qualidade da atenção à saúde quando se trata da população negra, mas também apontou alguns elementos para a promoção de um ambiente institucional livre de discriminação étnico-racial. No entanto, a implementação plena dessas políticas depende de um esforço contínuo de articulação entre os governos federal, estaduais e municipais, os/as profissionais de saúde, as comunidades e os movimentos sociais, a fim de garantir um sistema de saúde justo e inclusivo para a população negra no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. Rev. Enferm. Contemp., Salvador, v. 10, n. 1, p.127-133, 2021.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out./dez. 2013.

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). Saúde da População Negra. 2. ed. Brasília: ABPN, 2012. 372 p. (Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 7.716 de 05 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília: Casa Civil, 1989.

_____. Ministério da Justiça. Lei n. 9459, de 13 de maio de 1997. Altera os arts. 1° e 20 da Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo no art. 140 do Decreto-lei e 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: MJ, 1997.

_____. Presidência da República. Lei n. 10.639, de 09 de janeiro de 2003. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Barueri: Edições Jurídicas Manole, 2004.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília: Presidência da República, 2010.

_____. 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. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS n. 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília (DF), ago. 2018, 13; Seção 1:87.

_____. Presidência da República. Lei n. 14.532, de 11 de janeiro de 2023. Altera a Lei n° 7.716, de 5 de janeiro de 1989 (Lei do Crime Racial), e o Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar como crime de racismo a injúria racial, prever pena de suspensão de direito em caso de racismo praticado no contexto de atividade esportiva ou artística e prever pena para o racismo religioso e recreativo e para

o praticado por funcionário público. Brasília: Presidência da República, 2023.

CASP – CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. Checklists para Avaliação Crítica de Estudos. Disponível em: www.casp-uk.net.

CRUZ, M. A. et al. Bases de Dados em Saúde: Uma Abordagem para Pesquisa Científica. São Paulo: Manole, 2017.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 2, n. 27, 2018.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GILBERT, P. et al. Medical Research: a critical review. Oxford: Oxford University Press, 2018.

HIGGINS, J. P.T. et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. 2. ed. Chichester: Wiley, 2019.

KUPFER, D. J. et al. A Guide to Evidence-Based Medicine for Medical Practice. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2020.

LATORRACAI, C. O. C. et. al. Busca em bases de dados eletrônicas da área da saúde: por onde começar. Diagn. Tratamento, v. 4, n. 2, p. 59-63, 2024. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015338/rdt_v24n2_59-63.pdf.

LINDE, K.; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. J. R. Soc. Med., n. 96, p.17-22, 2003.

MALTA, D. C.; et. al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. Rev. Bras. epidemiol. n. 22, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 51, n. 20, maio 2020.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico em Saúde da População Negra, Brasília, v. 1, Número Especial, out. 2023.

MOACYR, N.; WANDERLEY, B. Prática clínica baseada em evidência. São Paulo: Elsevier; 2001. p.145-156.

MORSE, M. L. et. al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

OLIVEIRA, I. V. G. Mortalidade Materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. Ciên. Saúde Colet. out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE (Brasil). Folha informativa – mortalidade materna. Brasília: OMS, 2018. Disponível em: Saúde materna - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org).

OKUMOTO, O.; BRITO, S. M. F.; GARCIA, L. P. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 2, n. 27, 2018.

PUBMED HELP. National Center for Biotechnology Information (US). 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/. Acesso em: 29 out. 2024.

RUTSTEIN, D. D. Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes. New Eng. J. Med., v. 302, n. 20, p.1.146, 1980.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 4. ed. Edinburgh: Elsevier, 2015.

SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3.307-3.317, 2010.

SILVA, I. O. S. et. al. Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 6.720-6.734, 2021.

TEIXEIRA, C. F. S. Desafios da Vigilância em Saúde no momento atual. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 2, n. 31, 2022.

THEME FILHA, M. M. et. al. Nascer no Brasil II: protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto; Cad. Saúde Pública, v. 40, n. 4, 2024.

TINTORI, J. A. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. Acta Paul Enferm. v. 35, 2022.

TORRES, N. M. F. et. al. Mortalidade materna no Nordeste brasileiro. Revista de Casos e Consultoria, v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/23821. Acesso em: 26 out. 2024.

WERNECK, J.; Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division: executive summary. World Health organization, 2023. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/372247.

PROFEPI

PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

UFRB Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal