



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

MAYARA MONIQUE DE ALMEIDA SANTOS

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

CAMPINA GRANDE

2021

MAYARA MONIQUE DE ALMEIDA SANTOS

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde (PPGPS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237a Santos, Mayara Monique de Almeida.
Autopercepção de saúde da população negra [manuscrito]
/ Mayara Monique de Almeida Santos. - 2021.
80 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva,
Departamento de Psicologia - CCBS. "

1. Racismo. 2. Determinantes sociais de saúde. 3.
Psicologia da saúde. 4. População negra. I. Título

21. ed. CDD 305.8

MAYARA MONIQUE DE ALMEIDA SANTOS

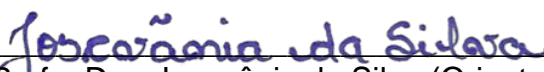
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde (PPGPS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovada em: 27/12/2021.

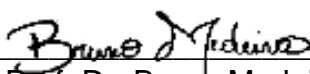
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Josevânia da Silva (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva
(Membro interno. Universidade Estadual da Paraíba)



Prof. Dr. Bruno Medeiros
(Membro externo. Universidade Cruzeiro do Sul-SP)

Aos meus pais, pela dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante o processo de mestrado, me dando forças para chegar até o final. Nos momentos de angústia pela árdua tarefa de prosseguir na pesquisa, atravessando uma pandemia, só foi possível pela graça divina.

Sou grata a minha família, meu pai Antônio Donizete Bispo dos Santos, minha mãe Izaura de Almeida Sousa Santos, meu irmão Pedro Henrique de Almeida Sousa Santos, e minha irmã Danielle Fernandes Pereira, por sempre me incentivarem e acreditarem que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou.

Ao meu marido, Alef Cordeiro da Costa Silva, que acima de tudo é um grande amigo, meu parceiro de vida, sempre presente nos momentos difíceis com uma palavra de incentivo. Agradeço por não me deixar desistir e mostrar que tudo isso passaria e que sempre será melhor seguir firme atrás dos meus objetivos.

A minha Psicóloga, Angeli Raquel Raposo Lucena de Farias, pela excelência profissional em me guiar neste processo desde a seleção do mestrado, trazendo leveza à manifestação de minha aflição pela travessia acadêmica, e pela ressignificação do meu lugar como mulher preta no mundo.

Agradeço a professora doutora Railda Sabino Fernandes Alves pela orientação técnica no momento inicial e de desenvolvimento da pesquisa. Agradeço, ainda, a minha orientadora, Josevânia da Silva, que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica, aceitou me orientar nesta dissertação em sua fase final, arrebatando meu trabalho e a mim. As suas valiosas indicações fizeram toda a diferença.

Aos membros da banca, professor doutor Edil Ferreira da Silva e professor doutor Bruno Medeiros, agradeço pelas valiosas contribuições e leituras atentas para o melhoramento da versão final da dissertação.

A minha ancestralidade, que me guiou para as implicações desta pesquisa. A todos e todas que vieram antes de mim e, sobretudo, as autoras pretas nela foram citadas.

Eu agradeço por conhecer muitas mulheres negras que sabem o que querem e onde querem chegar, pois elas me inspiram a traçar o mesmo caminho.

Lucinda presente! Minha tataravó escravizada e vendida por brancos no sertão da Paraíba. Gratidão.

RESUMO

O racismo estrutural praticado secularmente contra a população negra ainda repercute na saúde da população negra, uma vez que o racismo institucional está presente nos serviços de saúde. Em razão disso, o Ministério da Saúde, através da portaria 922/2009, instituiu o reconhecimento da desigualdade étnico-racial nos determinantes sociais de saúde. A partir do referencial teórico da Psicologia da Saúde, este estudo teve por objetivo geral compreender a autopercepção de saúde de pessoas negras residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem qualitativa. Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 18 pessoas autodeclaradas negras residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba. A idade dos participantes variou de 27 a 64 anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=12). Para a coleta de dados foi utilizado um *Questionário sociodemográfico* e Entrevista semiestruturada. Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados através da Análise de Conteúdo do tipo categorial Temática, conforme proposta por Bardin. A partir da análise dos relatos emergiram sete categorias temáticas e catorze subcategorias, as quais contemplaram 180 unidades de conteúdo. As categorias temáticas contemplaram conteúdos que versaram sobre: a) Conceito de saúde individual, b) Percepção sobre a própria saúde, c) Fatores sociais que influenciam a saúde, d) Recursos para manutenção de saúde, e) Impedimentos para uma vida saudável f) Racismo em instituição pública, e g) Autoavaliação da saúde mental. Verificou-se que modo como os participantes definem saúde está pautado em elementos de ordem subjetiva, o que tem relação com suas vivências com os processos de saúde, doença e cuidado. A maioria dos participantes perceberam a sua saúde a partir de noção de bem-estar multifatorial, levando em consideração não só ausência de doenças. Observa-se que os fatores sociais que influenciam a saúde apontam para os determinantes sociais de saúde. Assim, os respondentes destacaram aspectos tais como: *Moradia, Alimentação, Saneamento básico, Renda, Política, Trabalho, Segurança e Racismo e preconceito*. Entre os aspectos que dificultam a manutenção de uma vida com saúde, destaca-se a instabilidade financeira. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes avaliaram negativamente a sua saúde mental. A precarização dos determinantes sociais de saúde repercute sobre os cuidados com a saúde da população negra.

Palavras-Chave: população negra; determinantes de saúde; racismo; psicologia da saúde.

ABSTRACT

The structural racism practiced for centuries against the black population still affects the health of the black population, since institutional racism is present in health services. As a result, the Ministry of Health, through ordinance 922/2009, institutes the recognition of ethnic-racial inequality in the social determinants of health. From the theoretical framework of Health Psychology, this study aimed to understand the self-perception of health of black people living in the city of João Pessoa, Paraíba. It was a descriptive, exploratory, cross-sectional study with a qualitative approach. Eighteen self-declared black people living in the city of João Pessoa, Paraíba participated, in a non-probabilistic way and for convenience. The age of the participants ranged from 27 to 64 years, with the majority being female (n=12). For data collection, a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview were used. The data resulting from the interviews were analyzed through Content Analysis of the Thematic categorical type, as proposed by Bardin. From the analysis of the reports, seven thematic categories and fourteen subcategories emerged, which included 180 units of content. The thematic categories included contents that dealt with: a) Concept of individual health, b) Perception of one's own health, c) Social factors that influence health, d) Resources for maintaining health, e) Impediments to a healthy life f) Racism in a public institution, and g) Self-assessment of mental health. It was found that the way in which the participants define health is based on elements of a subjective order, which is related to their experiences with the processes of health, disease and care. Most participants perceived their health based on the notion of multifactorial well-being, taking into account not only the absence of disease. It is observed that the social factors that influence health point to the social determinants of health. Thus, respondents highlighted aspects such as: Housing, Food, Basic Sanitation, Income, Politics, Work, Security and Racism and Prejudice. Among the aspects that make it difficult to maintain a healthy life, financial instability stands out. The results showed that most participants rated their mental health negatively. The precariousness of the social determinants of health affects the health care of the black population.

Keywords: health of the black population; health determinants; racism; health psychology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fernando Simões Barbosa com ama-de-leite	16
Figura 2 – Ama de leite com criança	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSS	Dominantes Sociais da Saúde
FHC	Governo Fernando Henrique Cardoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde da População Negra
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras e Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PT	Partido do Trabalhador
SAD	Secretaria de Estado de Administração e Desburocratização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral.....	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	REVISÃO TEÓRICA	15
3.1	<i>Notas sobre a história da saúde do negro no Brasil</i>	15
3.2	<i>Institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)</i>	22
3.3	<i>Promoção de Saúde e os Determinantes Sociais de Saúde</i>	24
3.4	<i>Determinantes Sociais de Saúde da População Negra</i>	28
3.5	<i>Psicologia da Saúde Crítica: considerações sobre os Determinantes Sociais de Saúde e o sofrimento psíquico da população negra</i>	34
4	MÉTODO	40
4.1	<i>Tipo de estudo</i>	40
4.2	<i>Participantes</i>	40
4.3	<i>Instrumentos</i>	40
4.4	<i>Procedimentos</i>	41
4.5	<i>Análise dos dados</i>	41
4.6	<i>Aspectos éticos</i>	41
5	RESULTADOS E DISCURSSÃO	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	73

1 INTRODUÇÃO

O direcionamento de ações para a promoção da saúde e bem-estar da população negra foi negligenciado ao longo da história (Kalckmann et al., 2007). A invisibilidade com que foi tratado o povo negro, não só no contexto da saúde, ancora-se em séculos de exclusão e desigualdade social (Quadros et al., 2020). A escassez de trabalhos no espaço acadêmico-científicos que considere a dimensão do racismo, principalmente relacionados à saúde, é um indicativo desta exclusão histórica, na qual predominam as pesquisas que se utilizam de referências de (ou sobre) pessoas negras enquanto um dado socioeconômico para fins estatísticos sem, contudo, fazer uma análise crítica dos elementos subjacentes aos dados (Cruz, 1993).

Na trajetória histórica da população negra, principalmente na época escravocrata, a comunidade buscava formas de sobreviver às atrocidades sofridas. Como exemplo, destacam-se as rodas de capoeira enquanto recurso que possibilitava bem-estar, socialização e um senso de pertencimento (Lopes et al., 2017). Com a ajuda de seus curandeiros e o apoio espiritual/religioso, a população negra procurava criar condições necessárias para dar continuidade à vida de seus povos, cuidando da saúde através de um conhecimento baseado em suas tradições e ancestralidade (Farias, 2016; Lima; Oliveira; Santos, 2016).

No século XX, em razão dos avanços e transformações mais significativas do sistema cultural, científico, tecnológico, político (no sentido de conquista de direitos coletivos) e econômico, ocorreram mudanças no modo como as sociedades foram organizando os cuidados em saúde e a atenção ao bem-estar das populações. No Brasil, desde 1988, ano em que fora decretada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, o acesso aos serviços de saúde para toda a população brasileira passa a ser uma política de Estado.

No que se refere à população negra, mesmo após o advento do SUS, a associação entre os indicadores de saúde e iniquidades sociais tem sido evidenciada pela literatura (Barbosa, Silva, & Sousa, 2021; Batista, Monteiro, & Medeiros, 2019; Dimenstein et al., 2020). É possível observar a invisibilidade das demandas de saúde da população negra, como ocorre com a saúde mental, o que é proveniente da discriminação racial (Lages et al., 2017), colaborando para maiores

vulnerabilidades ao adoecimento e morte. A invisibilidade das demandas em saúde é ampliada quando se considera a perspectiva epistemológica do conceito saúde.

Não obstante, a busca por compreender a saúde dos cidadãos negros tem sido objeto de interesse de estudos na última década (Batista et al., 2019; Faustino, 2018; Lages, 2019; Quadros et al., 2020), sobretudo a partir da institucionalização da Política Nacional de Saúde da População Negra (Brasil, 2009). Entre os diversos aspectos, as pesquisas (Batista, et al., 2019; Dimenstein et al., 2020; Faustino, 2018; Lages, 2019) procuram entender como a população negra percebe a assistência, a prevenção e a promoção de saúde no contexto do SUS, uma vez que este sistema está pautado numa perspectiva dos direitos. A maioria da população negra, no que concerne à assistência médica, conta com o SUS como única ou principal forma de assistência em saúde, notadamente quando se considera a saúde para além dos cuidados físicos.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como "um estado de saúde física e mental completa, não apenas um estado de falta de doença" (OMS, 1946, p. 02). Embora tenha sido um conceito no qual a suposta completude fosse inatingível (Segre, & Ferraz, 1997), tratou-se de uma noção que ampliou a compreensão dos processos de saúde doença para a além da dimensão fisiológica, além de suscitar a possibilidade de adoção de novas estratégias e novos métodos de cuidar da saúde.

A partir do conceito de saúde proposto pela OMS, outras discussões foram possibilitadas no sentido de compreender a complexidade do que vem a ser saúde (Buss, Hartz, Pinto, & Rocha, 2020; Nossa, 2017). O estado de equilíbrio de diversos fatores macrodeterminantes, sociais e individuais podem compor uma noção de saúde, assim como o movimento autônomo de cada indivíduo, seja em busca de saúde, seja na luta por garantia de direitos e políticas públicas que possibilitem o acesso e os cuidados em saúde (Mendonça, & Lanza, 2021; Silva, Schraiber, & Mota, 2019). A partir desse horizonte, que tem fundamento na Constituição Federal de 1988, ressalta-se que é dever do estado garantir saúde, acesso e equidade aos sistemas e programas de lazer, cultura e assistência médica.

Quando se considera a perspectiva dos sujeitos na definição ou avaliação da própria saúde, (Sabroza, 2004) destacou que os significados atribuídos são amplos e diversos, colaborando para limitar a formulação de conceitos gerais que abarquem todas as especificidades. O conceito de saúde inclui os aspectos éticos, políticos,

econômicos, culturais, relacionais, ambientais, entre outros (Mendonça, & Lanza, 2021; Silva, Schraiber, & Mota, 2019). Nessa direção, a presente dissertação está pautada numa dimensão ampla e multideterminada da saúde, compreendendo que se trata de um conceito não exclusivo, mas que é perpassado por elementos subjetivos e objetivos. Além disso, na análise dos processos de saúde, se faz necessário considerar as condições de vida das pessoas, o acesso aos bens materiais e simbólicos, as relações de poder, a classe social, entre outros aspectos, os quais colaboram para a emergência de iniquidades em saúde.

Considerando que o modo como as pessoas percebem sua própria saúde possui relação com elementos de ordem subjetiva, social e histórica, esta dissertação considerou a seguinte questão de pesquisa: como se caracteriza a autopercepção de saúde da população negra? Quais fatores influenciam a saúde da perspectiva de pessoas negras? Quais os recursos utilizados pela população negra para cuidar da saúde?

Enquanto relevância social e científica, este estudo se justificativa pela necessidade de evidenciar as condições de saúde da população negra a partir do horizonte desta mesma população. Além disso, a realização deste estudo possibilita compreender como se dá a qualidade da assistência em saúde recebida pela população negra, o que pode corroborar outros estudos que apontaram o racismo institucional no acolhimento de negros no SUS (Miranda, 2015).

Atualmente, a proporção de negros em indicadores positivos de saúde é inferior à de não negros (Lages et al., 2017; Quadros, 2020). Os resultados deste estudo podem colaborar para transformação sociopolítica baseada em evidências, visto que das poucas literaturas que têm se aprofundado nas questões aqui supracitadas, menos da metade são de autores negros falando sobre o negro e suas condições de sobrevivência.

Este estudo coloca em evidência as necessidades de saúde da população negra, tendo em vista que fazer ecoar a voz destas pessoas é importante para mudanças em relação à situação social e ao acesso à saúde no Brasil. Assim, tendo em vista as questões de pesquisa supracitadas, a presente dissertação está pautada nos objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender a autopercepção de saúde de pessoas negras residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o que pessoas negras compreendem por saúde;
- Descrever os fatores sociais que influenciam a saúde na perspectiva dos participantes;
- Analisar quais recursos a população negra utiliza para cuidar da saúde.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 Notas sobre a história da saúde do negro no Brasil

Foi durante o período colonial, no Brasil, que os portugueses começam a trazer pessoas escravizadas vindas da África, dando início a um longo período histórico de sofrimento de um povo que foi marcado pela violência, exploração e opressão (Cameiro, 2010; Souza, 2018). A população negra foi inferiorizada e jogada em porões de navios negreiros para uma vida de trabalho forçado, sem direito a remuneração e explorados até os limites de suas forças.

As viagens nos navios negreiros ou tumbeiros eram realizadas após um longo percurso a pé, dentro do continente africano em direção aos portos (Pimenta, & Gomes, 2016). Em razão do esforço físico demasiado, sem reposição das energias devido à escassez de alimentação, a quantidade de mortos era alarmante durante a travessia para a América. Nos navios, os negros eram impedidos de movimentar-se, seja por demandas de espaço físico ou controle dos grupos. Isso gerava prejuízo na mobilidade física, bem como provocava fadiga e distúrbios de sono. Inclusive as mulheres grávidas eram submetidas a estas condições precárias, afetando a si e ao desenvolvimento das crianças, já que o processo de aleitamento e higiene era precário (Chiavenato, 1987).

As viagens nos porões duravam meses e as pessoas escravizadas eram acorrentadas e amontoadas com extrema escassez de comida, água e luz solar (Souza, 2018). Nessas condições, era inevitável que doenças se instalassem e epidemias fossem proliferadas, sendo o escorbuto uma das doenças mais comuns, que era contraída pela falta de vitamina C (Pimenta, & Gomes, 2016).

No decorrer das viagens, em razão das inúmeras mortes decorrentes da falta de condições mínimas de sobrevivência, os colonizadores portugueses passaram a perceber o prejuízo que estavam tendo com a “mercadoria”. Por isso, os navios negreiros introduziram na tripulação fixa um cirurgião-barbeiro e um boticário (Mattos, 2007); e passaram a organizar os vagões divididos por gênero. Todavia, essa primeira “preocupação com a saúde dos negros” não teve resultados efetivos na melhoria das condições de vida, visto que continuavam em porões superlotados e sem ventilação, numa situação de extrema de degradação (Mattos, 2007).

Quando os escravos saíam dos porões, eram separados em lotes, independentemente da região, família, bem como recebiam uma marca na pele para serem identificados pelos proprietários (Sousa, 2020). Dentre todos os traumas causados, no comércio negreiro, a desumanização foi o processo mais visível na população negra (Carneiro, 2019). Nesse sentido, o apagamento da humanidade colocou as pessoas negras na condição de “objetos” sem sentimentos e indignas de qualquer subjetividade (Sousa, 2020). As mulheres, por exemplo, eram escolhidas pelas características físicas mais favoráveis para desempenharem a função de ama-de-leite e genitora, como afirma Macedo (1974):

Quando se tratava de mulher, os seios eram bem examinados pois poderia vir a servir como ama de leite e bem assim as nádegas. Tinha-se interesse em negras do traseiro grande, bem servido de carnes, porque isso era – diziam – indício de força, saúde e qualidade de boa parideira, capaz de dar novos escravos ao senhor (Macedo, 1974, p.32).

Figura 1.

Fernando Simões Barbosa com ama-de-leite



Nota. Fernando Simões Barbosa com ama-de-leite – Eugenio & Mauricio – Recife, c.1860–1869. Crédito: Fundação Joaquim Nabuco.

Figura 2.*Ama-de-leite com criança*

Nota. A imagem refere-se a uma ama-de-leite com criança, que faz parte do Álbum Bento José Magalhães. Autor desconhecido. Crédito: Fundação Joaquim Nabuco

No início da nova vida escrava, à medida que os camponeses iam para as grandes cidades, a maioria dos escravos era encaminhada para trabalhar nas fazendas de café (Marques, 2019). Em relação às condições de vida e saúde das usinas açucareiras, minas, cafezais, cidades e fazendas, pode-se dizer que suas vidas eram tão ruins quanto antes, visto que a média de vida dos escravos era de apenas sete anos (Queiroz, 1987).

Os escravizados que não possuíam fluência na língua portuguesa eram chamados de boçais; já os mais adaptados aos costumes de ladinos e os nascidos no Brasil e falantes nativos do português eram conhecidos por crioulos (Burgos, & Alves, 2018). Entretanto, os escravos mais habilidosos recebiam melhores tratamentos, resguardados de inúmeras restrições, visto que tinham acesso à moradia e alimentação melhores, quando comparados com os negros que viviam no espaço rural (Lima, 2013).

Desde que a África começou a sofrer com o sistema escravocrata, as condições desumanas, impostas pelo comércio de escravos, provocaram sofrimentos incalculáveis ao povo africano (Sousa, 2020; Carneiro, 2019). Muitos lutaram para não serem capturados (leite, 2017). Porém, aqueles que fracassavam nas tentativas de fugir, quando retornavam cometiam suicídio. Nos diversos relatos do período da escravidão, os escravos realizavam tentativas de tirar a própria vida, a exemplo de alguns que se jogavam dos navios negreiros por não suportarem

tamanhos abusos e violências contra a sua saúde tantos nos aspectos físicos quanto mentais (Oliveira, 2008).

Após uma longa espera pela sanção da Lei Áurea de 1888, a almejada “liberdade”, regrada às lutas constantes, finalmente fora alcançada. Na verdade, a respeito da libertação dos escravos há muitos pontos ainda para serem analisados, visto que, mesmo antes de a princesa Isabel sancionar o documento da "Lei Áurea", a "Lei Imperial" nº 3. 353, já existiam vários movimentos negros defendendo a liberdade.

De certa forma, considera-se que o processo de “libertação” dos escravos não decorreu da benevolência da elite dos senhores brancos, mas teve relação com um contexto social, político e econômico, bem como em decorrência de movimentos de resistência à escravidão por parte da população negra (Leite, 2017). Por mais que, após sanção da Lei Áurea, se estabelecesse a ideia de liberdade, negros e negras não tiveram seus direitos adquiridos. A abolição da escravatura não os libertou da discriminação racial e nem de suas consequências, uma vez que a lei não previa nenhum direito adicional, cuja consequência forçou a população negra a continuar na condição de escravos por falta de opções (Luna, 1968).

A população negra estava submetida a uma violência ignóbil, sobretudo por serem colocada numa condição de portadores de humanidade incompleta, animalizado, sendo obrigada a serviços extremos que exigiam muito esforço físico (Carneiro, 2019). As pessoas negras eram tidas como “tração muscular”, destinados aos trabalhos manuais e, não raros, desqualificados. Quando “liberta”, a população afrodescendente teve que competir por trabalhos nos campos e para a realização de trabalhos manuais em razão da chegada de imigrantes da Itália para o Brasil. O que antes, para os negros, era distintivo de inferioridade; para os italianos, o trabalho no campo era seu principal fator de orgulho e triunfo (Souza, 2017).

A população negra passou a viver outros modos de exploração e exclusão com a expansão da imigração de estrangeiros (Leite, 2017). Os empregadores preferiam os imigrantes recém chegados, fazendo com que pessoas negras fossem jogadas para as favelas e periferias. Para os grandes senhores de terra, nesse contexto, a libertação dos negros foi oportuna. Se por um lado se viram livres de qualquer obrigação com os ex-escravizados que antes exploravam, por outro puderam “escolher” entre a absorção dos ex-escravizados ou uso da mão de obra estrangeira que chegava de modo abundante ao país (Fernandes, 1978).

A população negra se abrigava em espaços periféricos e marginalizados, pois não tinham condições de permanecer nos centros urbanos. Além disso, a população ex-escravizada era inserida numa organização social desigual, na qual era marginalizada, sem qualquer direito ou condições mínimas de vida, o que colaborava para prejuízos em saúde e maior suscetibilidade ao adoecimento e morte (Leite, 2017).

No início do século XIX, no Brasil, o ensino da medicina começou a ser estruturado com a fundação de faculdades em cidades de Salvador e do Rio de Janeiro, cidades estas cujos portos recebiam o maior número de escravos que adoeciam durante as viagens (Sousa, 2020). Tais doenças eram consideradas de proliferação bacteriana, infecção fúngica e mutações de vírus diversos (ainda em processo de descoberta).

Concomitantemente, nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, acumulava-se muitos imigrantes em busca de trabalho e riqueza através da produção cafeeira. A entrada de imigrantes estrangeiros alterava os cenários rurais e urbanos do país, aumentando a oferta nas novas áreas de serviço, como oficinas e fábricas. Porém, ao se depararem com a situação sanitária do Brasil, marcada por doenças e epidemias, os estrangeiros passaram a relutar em atracar nos portos brasileiros (Portô, 2006).

O presidente do Brasil durante esse período, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que deu início ao modelo de intervenção conhecido como sanitarista (Damasceno, 2021). Posteriormente, o modelo viria a ser uma estratégia de eliminação de pobres e negros dos centros urbanos (Damasceno, 2021; Poliganamo, 2001). Para além da exclusão das favelas e periferias, Oswaldo Cruz empenhou-se em campanhas sanitaristas. Como exemplo, destaca-se o maior hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena, que servia de depósito das pessoas tidas como loucas, dos marginalizados e da população negra, como descreve Arbex (2013) no Livro *Holocausto Brasileiro, vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*:

A Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 23).

Na coluna do jornal *Tribuna de Minas*, Daniela Arbex analisa que os personagens mais violentados nesses espaços aterrorizantes eram os negros, levando em consideração os registros históricos (fotografias da época, por exemplo) (Arbex, 2013). Nestes espaços de exclusão e maus-tratos, os loucos e os negros eram tidos como “iguais”, mas apenas como “corpos descartáveis”, motivo pelo qual o Cemitério da Paz e o Centro Psiquiátrico foram construídos simultaneamente:

O cemitério foi criado praticamente junto com o hospital, por isso, a leitura que faço é que os doidos, assim como os negros, não eram enterrados junto com os normais — acredita Toledo, ao se referir à discriminação imposta àquela população (Arbex, 2013, p. 58).

Conforme a população negra se adaptava às novas configurações pós-escravatura, ela se tornava mais autônoma em relação aos cuidados com a saúde, apesar das limitações impostas na época. Além do cuidado com o bem-estar, o povo afrodescendente começou a vivenciar seus ritos e manifestações culturais com certa “liberdade”, a exemplo da religiosidade (Silva, Santos, Fernandes, & Campos, 2020). A religião de matriz africana possuía a presença marcante de religiosos líderes/sábios chamados de pajés e curandeiros, os quais exerciam grande influência na população negra, inclusive beneficiavam o seu povo através dos seus conhecimentos medicinais, utilizando ervas, frutos e produtos naturais como medicamentos, bem como cuidando das doenças da comunidade (Lima, 2013).

Posteriormente, de acordo com Silva (2013), com a criação da previdência social, os cuidados em saúde eram exclusivos da classe trabalhadora formada por imigrantes europeus e nativos brancos brasileiros. Por consequência, os negros eram excluídos do mercado de trabalho hegemônico e dos cuidados em saúde que vinha da previdência social, restando apenas ocupações mais informais e de baixa remuneração. Assim, é possível afirmar que, por séculos, o atendimento às demandas de saúde da população negra dependia dos cuidados dos curandeiros e pajés.

Só no século XX, na década de 1980, o Brasil passa a ter uma sistematização dos cuidados em saúde da população a partir de uma noção de direitos. Em 1986, 8ª Conferência Nacional de Saúde se tornou um marco na luta por condições dignas de saúde, contribuindo de forma significativa para uma reforma sanitária no sistema de saúde (Sales, Vieira, Martins, Garcia, & Ferreira, 2019). Nesse cenário, os indivíduos

são colocados no lugar de detentores de direito à saúde, uma vez que a Constituição Federativa do Brasil de 1988 passou a considerar a saúde como um direito universal e dever do Estado, legitimando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma política de Estado (Sales et al., 2019).

O Movimento Social Negro participou ativamente da 8ª Conferência Nacional de Saúde ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, que visava o processo de elaboração e aprovação das propostas (Rodrigues, & Schneider, 2020). A Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, no qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual (Brasil, 1988).

A criação do SUS foi um marco fundamental no processo de cuidado das demandas de saúde da população, sobretudo no enfrentamento das iniquidades em saúde (Ministério da Saúde, 2000). O primeiro princípio do SUS, a universalidade, estabelece que todo cidadão tem direito à saúde e acesso a todos os serviços públicos de saúde. Além disso, o governo tem o dever de prover assistência à saúde igualitária para todos. Por sua vez, o princípio da Integralidade considera que todas as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades básicas e de forma integral. Por último, o princípio de equidade afirma que toda pessoa é igual perante o SUS. Há que considerar que o princípio da equidade também considera as especificidades das diversas populações, pois o atendimento deve ser realizado de acordo com a necessidade de cada indivíduo (Ministério da Saúde, 2000).

Mesmo sendo direito universal, o acesso aos cuidados em saúde se estruturou de forma diferente para cada grupo social. Após longo período de negação dos direitos sociais dos negros, o racismo nas instituições públicas ainda dificultava as garantias igualitárias em relação aos brancos no sistema público de saúde (Quadros, Lemes, Fernandes, & Paungartner, 2020).

O racismo estrutural na realidade brasileira tem raízes históricas, uma vez que foi implantando pelo Estado através da ausência de assistência a ex-escravos para integrá-los ao novo sistema produtivo (Silva, 2018). A sociedade brasileira se constituiu fundada num processo de exclusão da população negra. O Estado brasileiro legitimava uma realidade que possibilitava aos brancos maior acesso ao trabalho e ascensão econômica no mercado de trabalho regular, mas aos negros

impunha-se uma realidade que o colocava à margem por falta de acesso e oportunidade (Carvalho, & Machado, 2020; Theodoro, 2008).

Na contemporaneidade, os prejuízos do período escravocrata e de muitos anos de negligência de direitos ainda repercutem nas condições de vida da população negra (Quadros et al., 2020). Ainda se observa menor quantidade de negros no ensino superior em relação aos brancos, maior ocupação de negros em periferias e diversas outras desigualdades sociais e iniquidades em saúde (Carvalho, & Machado, 2020). Mesmo com o advento do SUS em 1988, a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) só ocorre após vinte anos, em 2009, cujo intuito foi “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2009, p. 19).

3.2 Institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Com o objetivo de reduzir as iniquidades sociais do Brasil por meio da execução de políticas públicas de inclusão social, foi instituída, em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), considerando a transversalidade das ações em saúde e com vistas à promoção da Equidade. Os princípios gerais desta Política estão embasados nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, no repúdio ao racismo e na igualdade. O objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, por sua vez, é "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (Brasil, 1988, art. 3º, inc. IV).

Os objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visam reparar uma dívida histórica e combater o racismo estrutural e institucional (Centeno, Meyer, & Andrade, 2018; Batista et al., 2020). Para tanto, destacam-se os seguintes objetivos: garantir e ampliar o acesso da população negra às ações e aos serviços de saúde; incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; e identificar, combater e

prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral no ambiente de trabalho. Embora a política se organize em torno dessas ações e intervenções, é na sociedade que uma política de combate ao racismo precisa se legitimar (Centeno, Meyer, & Andrade, 2018).

A PNSIPN ainda se propõe a monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando a garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatórios (Batista et al., 2020). Tais ações colaboram para o fortalecimento de uma identidade negra positiva, contribuindo para a redução das vulnerabilidades em saúde. Nesse sentido, se faz necessário que a política determine e cite ações que devem ser cumpridas pelos governos federais, estaduais e municipais (Batista et al., 2020).

Mesmo com alguns avanços, é preciso considerar que o combate ao racismo também passa por um processo de educação desde as fases iniciais do desenvolvimento humano (Ferreira, 2017). Contudo, ainda se observa um sistema de educação, na realidade brasileira, no qual as crianças continuam estudando a história de um Brasil colonizado, que ignora as variáveis do período escravocrata, suas consequências e a resistência de um povo que não cedeu a essa opressão, mas que se organizou e tentou sobreviver.

A PNSIPN reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais, assim como reconhece o racismo institucional, como determinantes sociais das condições de saúde (Ferreira, 2017). Com isso, a PNSIPN define as diretrizes gerais de suas ações com a inclusão de temas como Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação para os trabalhadores de saúde, assim como no exercício do controle social na saúde (Batista et al., 2020). Porém, muitas vezes, não existe uma obrigatoriedade do cumprimento de formações ou discussões sobre esses temas. Muitos trabalhadores em saúde não têm conhecimento desta política e, portanto, ocorre o não cumprimento das diretrizes da PNSIPN (Batista, 2019).

Embora a PNSIPN preveja o incentivo à produção do conhecimento sobre saúde da população negra, ainda não se tem negros falando sobre a saúde da população negra como deveria se fazer cumprir (Chiavenato, 1980). Ademais, existe a diretriz que tem por intenção a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. Contudo, essas práticas populares são, muitas vezes, além de ignoradas, demonizadas por outros saberes.

A institucionalização da PNSIPN é um passo conquistado através de lutas do movimento negro, que direciona e organiza um ideal de intervenções e ações que amenizariam as consequências do período escravocrata, caso todas as suas diretrizes se fizessem valer de fato na prática (Ferreira, 2017). É por meio desta política que se pode evidenciar e lutar pelos direitos básicos e fundamentais a qualquer ser humano. As esferas de gestão preconizam e organizam uma série de estratégias para o cumprimento da PNSIPN, que leva em consideração os determinantes sociais da população negra e cada subgrupo dentro da comunidade, como gênero, classe social, idade entre outras especificidades.

A ampliação da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, tem gerado pactos pela saúde e a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde (Nobre, Rodrigues, Costa, Silva, Romão, 2020). Ademais, a importância do incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico tem sido importante condutor na desconstrução de estigmas e preconceitos, antes direcionados à saúde da população negra.

Mesmo tendo passado doze anos da implementação da PNSIPN, observa-se o desconhecimento e descumprimento da PNSIPN (Rosa, & Araújo, 2020). Ademais, o governo do presidente Jair Bolsonaro tem colaborado significativamente para retrocessos no contexto do enfrentamento ao racismo (Tommaselli, 2020), bem como tem diminuído os incentivos para o fortalecimento das políticas públicas (Bravo, Pelaez, Menezes, 2020).

As ações do governo brasileiro têm colaborado para a perversa lógica defendida por muitos de que o “racismo não existe no Brasil”. Além desse processo de negação e barganha dos prejuízos do período escravocrata, o Brasil se ampara no seio da miscigenação e está em um lugar “confortável”, uma vez que muitos “brancos” brasileiros não estão dispostos a reparar os danos sofridos pela população negra por séculos ou mesmo conviver nas mesmas posições de poder (Carvalho, & Machado, 2020).

3.3 Promoção de Saúde e os Determinantes Sociais de Saúde

A promoção de saúde é um desafio constante, pois não significa, apenas, direcionar ações para prevenir doenças. Mas considera-se que as ações partem de uma noção ampla de saúde, o que implica a participação de todos os atores que compõe a sociedade no sentido de criar condições que promovam o bem-estar e melhores condições de vida e saúde para as pessoas.

As primeiras recomendações em promoção da saúde foram pensadas na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que foi realizada em 1986, no Canadá. Na conferência, ficou evidente a necessidade de se considerar a saúde em sua complexidade, incluindo as dimensões social, política e econômica (Buss, Hartz, Pinto, & Rocha, 2020). Além disso, a saúde deveria ser compreendida num horizonte positivo, dando especial realce aos recursos pessoais e sociais de cada indivíduo, não sendo a promoção da saúde uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas todos os agentes teriam corresponsabilidades e coparticipação na promoção bem-estar global (Buss, 1988).

No âmbito do direcionamento dos recursos e gestão, destaca-se a necessidade do envolvimento dos organismos estatais, os quais tutelam os sistemas de saúde (Nossa, 2017; Buss et al., 2020). Estes organismos têm por finalidade definir políticas, planos ou programas de saúde pública, bem como podem desenvolver planos específicos de enfrentamento e prevenção aos diversos agravamentos em saúde, tais como diabetes, hipertensão arterial, entre outro. Por considerar a saúde numa perspectiva ampla, as ações em promoção da saúde são indissociáveis de uma perspectiva que considere os Determinantes Sociais de Saúde (Figueredo, 2018; Jardim, & Jardim, 2020), uma vez que, a partir daí, cada esfera da vida do indivíduo receberá atenção tendo em vista a efetivação da promoção da saúde.

Os chamados Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passaram, ao longo do tempo, por diversas definições. Dentre elas, está a elucidação defendida pelos autores Buss e Pellegrini (2007). Segundo os autores, para se chegar a uma definição é preciso levar em consideração os mais amplos e variados contextos de vida de uma sociedade, tais como: os econômicos, os sociais, os políticos, os ambientais, os comportamentais, os étnico-raciais, entre outros. Esses fatores estariam relacionados com as condições de saúde dos indivíduos e das populações (Buss et al., 2020). Dessa maneira, Buss e Pellegrini (2007) classificam os Determinantes Sociais de Saúde em três tópicos:

As macrodeterminantes, caracterizada pela estrutura econômica, social, cultural e ambiental de uma sociedade, atingindo a população independentemente de sua relação com o mundo. Os determinantes ligados às condições de vida e trabalho são a tópica mais próxima das pessoas, como por exemplo, o espaço físico laboral, acesso à educação e serviço de saúde, transporte, habitação, alimentação, além do mais os atravessadores presentes no cotidiano das pessoas, as relações interpessoais. E, por fim, os determinantes individuais, como dieta, exercício físico, consumo de álcool e tabaco. Enfim, estes últimos são reconhecidos enquanto ordem de autonomia, e as tópicas são correlacionáveis entre si (Buss, & Pellegrini, 2007, p.80).

Em meados do século XIX, autores franceses, alemães e ingleses analisaram dados de mortalidade evidenciando uma correlação entre pobreza e o aumento de mortes (Rocha, & David, 2015; Pereira, & Souza, 2017). Entre os achados, ressaltou-se que a mortalidade era resultado direto de fatores socioambientais. Ademais, foi destacada a relação entre mortalidade e a exploração da classe trabalhadora, apontando a importância de uma revolução social para enfrentar as desigualdades díspares na população (Pereira, & Souza, 2017).

Na Alemanha, por essa época, a responsabilidade para identificar as causas básicas das condições de saúde estava na medicina e na saúde pública. Mesmo não utilizando o termo “determinantes sociais de saúde”, já existiam discussões sobre as condições de vida e trabalho, bem como eram demandados da medicina o desenvolvimento de estudos sobre as relações entre condições de vida, pobreza e adoecimentos (Rocha, & David, 2015).

O modelo biomédico, que tinha por ênfase as explicações unicasais e biologicistas, não conseguia explicar as diversas associações entre doenças crônicas e condições de vida das pessoas, além de não considerar os sujeitos em sua integralidade (Pettres, & Ros, 2018). A divisão do indivíduo em especialidades propostas pelo modelo biomédico dificultava a visualização de uma noção de saúde complexa e multideterminada e gerava elevados custos em tecnologias médicas, tornando os serviços públicos impotentes e a promoção da saúde inatingível (Jardim, & Jardim, 2020).

Se faziam necessárias outras formas de explicação e intervenção para além de um modelo reducionista, incorporando os condicionantes socioeconômicos e psicossociais na formulação diagnóstica, nos projetos terapêuticos e nos modelos de tratamento e cuidado. A partir desta constatação, e tomando por base o conceito de saúde da OMS, começou-se a vislumbrar um novo modelo de saúde denominado

biopsicossocial, o qual atribui valores de igual importância aos fatores biológicos e psicológicos na determinação da saúde ou da vulnerabilidade ao adoecimento (Jardim, & Jardim, 2020).

A renda, a educação e/ou os dados de mortalidade infantil são díspares entre as famílias carentes e as famílias com melhores condições e renda (Teixeira et al., 2017). As famílias em situação de vulnerabilidade social e pobreza também são as que mais desenvolvem processos de adoecimento precoce e mortes. No Brasil, filhos de mulheres negras e pobres, com até um ano de escolaridade, têm 23 vezes mais probabilidades de chegarem analfabetos à adolescência, quando comparados aos filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo (Giovannella, et al., 2012). Quanto maior é o tempo de estudo, menor é a probabilidade, mesmo em caso de famílias pobres, dos filhos chegarem analfabetos na adolescência. Tais evidências apontam para iniquidades sociais e de saúde que poderiam ser evitadas. Conforme Buss e Pellegrini (2007), os DSS provocam iniquidades a partir de diversos aspectos, tais como:

Aspectos físico-materiais: as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Fatores psicossociais: relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde, podendo levar à marginalização, exclusão social, preconceitos estigmas etc. (Pellegrini, & Buss, 2007, p.17).

A interfase entre os Determinantes Sociais de Saúde e as iniquidades em saúde pode ser analisada a partir dos enfoques “ecossociais” e “multiníveis”, nos quais são analisadas as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida, o grau de desenvolvimento de vínculos entre indivíduos e grupos, entre outros (Buss et al., 2020; Schenkel, 2017). São consideradas as políticas intersetoriais de cidadania e apoio social.

Na definição de Buss Pellegrini (2007), os DSS são todos os fatores sociais, econômicos, políticos, ambientais, comportamentais, psicológicos e étnico-raciais. A partir desta perspectiva, considera-se a relação entre os determinantes relacionais e etnia/raça, bem como ressalta-se as contribuições dos estudos dos DSS na organização dos cuidados em saúde, sobretudo no contexto da população negra

(Batista et al., 2020; Santos et al., 2021). O processo histórico de regimes escravocratas, a marginalização geográfica e social imposta e as condições de existência da população negra pós abolição da escravidão ainda repercutem nos cuidados à saúde dessa população (Batista et al., 2020).

3.4 Determinantes Sociais de Saúde da População Negra

Dentre os DSS, a etnia/raça é um dos elementos importantes para compreender os efeitos de tais determinantes em cada população (Werneck, 2016). A população negra, no Brasil, tem vivido ao longo dos séculos em contexto de vulnerabilidade, apresentando os índices mais altos de pobreza, analfabetismo e mortalidade (Brasil, 2016). Ao considerar o gênero, verifica-se que as mulheres negras estão em condições de maior suscetibilidade, o que colabora para que a maioria delas não tenham proteção e assistência social, atenção básica à saúde e o acesso à educação e à cultura, além de apresentarem maior sofrimento psíquico (Ferreira, 2018; Lima, Pimentel, & Lira, 2021; Martins, Lima, & Santos, 2020).

No que se refere à violação dos direitos culturais da população negra, destaca-se o preconceito direcionado à produção musical, que é, muitas vezes, é considerada como tendo menos valor cultural. Em 2007, no artigo “Cultura de Bacilos”, a colunista Barbara Gancia criticou o ministro da cultura da época, Gilberto Gil, por apoiar grupos comunitários envolvidos com o movimento *hip hop*. Por meio de seus trabalhos artísticos, tais grupos desenvolvem atividades que tem estimulado jovens a se socializarem, promovendo o afastamento do uso de drogas e a inclusão social (Gancia, 2007). É por meio da sua expressão musical que a população negra tem evidenciado suas manifestações de arte e entretenimento, além de denunciar suas condições de vida. Entre os gêneros musicais, o *hip-hop* é uma expressão da voz negra, discorrendo sobre temas como a violência, a exclusão social, o racismo e, principalmente, o cotidiano dos morros e favelas.

Na educação das escolas brasileiras, ainda existem discursos que reforçam práticas racistas, com currículos pedagógicos que enfatizam os conteúdos nos quais as temáticas relativas à etnia/raça são colocadas numa posição de pouco valor social (Santos, Santos, & Santo, 2021; Silva, Silva, & Costa, 2019). Ainda carece de discussões que ampliem formas efetivas de combater o racismo, destacando as influências da cultura negra na construção identitária do Brasil (Lopes, 2005).

A autora negra e feminista, Djamilia Ribeiro (2018), relata a sua experiência escolar com a temática negra ao estudar o período escravocrata:

Lembro que nas aulas de história sentia a orelha queimar com aquela narrativa que reduzia os negros à escravidão, como se não tivessem um passado na África, como se não houvesse existido resistência. Quando aparecia a figura de uma mulher escravizada na cartilha ou no livro, sabia que viriam comentários como “olha a mãe da Djamilia aí”. Eu odiava essas aulas ou qualquer menção ao passado escravocrata – me encolhia na carteira tentando me esconder (Ribeiro, 2018, p. 08).

A partir do relato acima, verifica-se que o racismo está presente em discursos e estruturas da sociedade. O racismo estrutural é a principal violência simbólica e institucional reproduzido no seio social que, quando não escancarado, ocorre através da exclusão dos direitos básicos e culturais sustentado pelas instituições de poder (Batista, 2018). A forma como o racismo está presente na realidade brasileira aponta para os macro determinantes dos DSS, ou seja, são aspectos que estão na base da estrutura econômica, social, institucional (condições socioeconômicas, culturais e ambientais), os quais determinam as condições de vida e de trabalho de uma sociedade (Galvão, Oliveira, Germani, Luiz, 2021; Fonseca et al., 2019).

Como forma de enfrentamento ao racismo estrutural, sobretudo nos serviços públicos de saúde, destaca-se a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN), que foi sancionada pelo então governo do PT (Partido dos Trabalhadores) em 13 de maio de 2009, através da portaria nº 992. A PNSIPV derivada de ações do movimento negro que visavam, entre outros aspectos, estabelecer equidade nos cuidados em saúde pública para a população afrodescendente e promover discussões para combater, identificar e prevenir o racismo institucional (BRASIL, 2007).

Há que se considerar outros avanços decorrentes de lutas anteriores à promulgação da portaria nº 922. O discurso de posse do presidente Fernando Henrique Cardoso foi o primeiro reconhecimento oficial de um presidente brasileiro sobre a questão racial no país (Godinho, 2009). Na ocasião, o presidente FHC convocou os ouvintes para terem “a ousadia política no enfrentamento ao racismo no Brasil”. Com isso, a participação efetiva do Brasil em eventos mundiais impulsionou a promoção de políticas públicas voltadas à população negra brasileira. A presença do Brasil na Conferência Mundial Contra o Racismo, A Discriminação

Racial, Xenofobia e Formas Correlatas (2001) em Durban, África do Sul, foi um dos grandes avanços na luta pela equidade racial no país (Alves, 2002).

O presidente Luís Inácio Lula da Silva (Lula) continuou a aprofundar o compromisso com a promoção da igualdade racial a partir das propostas do documento “Brasil sem Racismo”. Seu primeiro mandato foi caracterizado pela sanção de medidas específicas de promoção da igualdade racial (Carneiro, 2010). A PNSIPN considerou que, embora a abolição da escravatura tenha ocorrido há muito tempo, ainda existiam várias manifestações de racismo na sociedade. No atual momento político, por ocasião do governo Bolsonaro, observa-se o aumento de crimes e violências de cunho racista, os quais são noticiado pela mídia com frequência. A exemplo, destaca-se o caso do assassinato de um garçom carioca, que levou três tiros ao confundirem o seu guarda-chuva com um fuzil (El País, 2019).

Um dos maiores embates do racismo estrutural é o medo de uma suposta “rebelião negra”, uma vez que, historicamente, os quilombos foram espaços de lutas e resistência. Ainda hoje é possível observar instituições de poder que embranquecem os direitos públicos, conferindo desprezo velado aos negros, os quais são projetados, inconscientemente(?), como “inimigos da ordem”. A segurança pública, muitas vezes, tem por ênfase o armamento de policiais nas favelas e periferias, o que gera angústia, insegurança, desespero e perigo de iminência de morte da população negra e pobre (Freench, 2013). Desse modo, ocorre uma política de segurança que tem por base a intimidação, a repressão e a humilhação das populações mais periféricas, pobres e negras.

Segundo Fernandes (1988, p. 17), “Não obstante, o dilema social representado pelo negro liga-se à violência dos que cultivam a repetição do passado no presente”. Ou seja, o assassinato de negros e pobres é uma dinâmica recorrente ao redor do país, crimes aceitos visivelmente pelas camadas mais altas da sociedade. As chacinas em presídios de pretos e brancos pobres, comemoradas por amplos setores sociais de forma explícita, são exemplos da continuidade desse tipo de preconceito, que fortalece uma necropolítica (Souza, 2017).

O racismo “velado” é uma das fortes características das instituições de poder sobre a população negra na sociedade brasileira. A naturalização de frases de efeitos, tais como “somos todos iguais” ou “não existe racismo no Brasil”, ainda são caracterizadores da ignorância e/ou indiferença sobre os agravos que acometem as

condições de vida e de saúde da população negra. Tais comportamentos são reflexos de ações de exclusão perpetuados pelos grupos racialmente dominantes (Werneck, 2005). Ademais, esses grupos insistem na falsa concepção de que o negro, no país, não possui barreiras institucionais. Esse suposto antirracismo nega a existência de atos racistas e enfraquece a luta por equidade racial (Souza, 2017).

Os primeiros traços da ideia de branquitude, na sociedade brasileira, surgem no século XIX. Os mestiços tinham chances maiores de ascensão social, herdando bens de seus genitores senhores. Por sua vez, os mulatos “transformava-se socialmente branco” para exercer posições sociais privilegiadas (Souza, 2017). Historicamente, são observadas estratégias psicossociais “embranquecedoras” na própria população negra (Souza, 2021), o que contribuiu para a negação de si e da própria história.

A raça “dominante” estabelece os genótipos físicos e comportamentais brancos como o “padrão” único. Desse modo, a população negra tenta se “adequar” a padrões que excluem cultura, tipos de cabelo, roupas, e até expressões linguísticas da sua herança étnica. Assim, verifica-se a existência de sofrimento psíquico decorrente da negação da própria subjetividade e ancestralidade.

Os argumentos infundados de que não existe racismo no país agrava os problemas sociais da população negra. Os dados fornecidos pelos Indicadores Sociais IPEA e IBGE não explicam os motivos de haver mais negros entre os pobres em comparação com a ínfima parte de negros em escalas mais ricas da sociedade. Para Lopes (2005), a pobreza tem uma cor e atinge de forma visível e concreta a saúde da população negra no Brasil. Apesar do acesso aos cuidados básicos de saúde se configurar com direito humano universal e igualitário, as vivências da população negra mostram a inacessibilidade a esse direito tido como fundamental, conforme pode ser observado a partir dos dados extraídos da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial de Cor no Brasil.

Três por cento da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro. (Lopes, 2005, p. 20).

É possível identificar a associação entre o racismo estrutural atinge os DSS, sobretudo no campo econômico e do trabalho. Quando comparado com a população branca, os negros estão em posição inferior no mercado de trabalho, em funções que exigem menos qualificação e, portanto, menores salários. Na última década, no âmbito das políticas públicas, foram formuladas algumas medidas de promoção da igualdade racial, em especial medidas de promoção da democratização das oportunidades educacionais.

Não obstante, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2002 e 2012 apontam a diferença entre os salários de brancos e negros. Observa-se uma discriminação por cor no mercado de trabalho, mesmo quando a população negra ocupa os mesmos cargos e com qualificações superiores. Embora o percentual de diferença salarial tenha diminuído com as ações afirmativas e as lutas dos negros por igualdade, processos de discriminação e racismo estrutural ainda continuam de forma evidente. Segundo Augusto, Roselino e Ferro (2015), a discriminação aumentou de 39% para 53% nos últimos anos.

Na análise dos Determinantes Sociais de Saúde também são considerados aspectos como alimentação, exercícios físicos e consumo de álcool e tabaco. A participação regular em atividades esportivas ou atividades físicas também fazem parte dos campos da saúde e socialização, cognição, produtividade e qualidade de vida (PNUD, 2017). Contudo, a literatura (Malta, Moura, & Bernal, 2015) evidencia que a população negra pratica menos esportes e atividades físicas, apresenta maior consumo de álcool, tabaco. Enquanto, os brancos apresentaram proteção regular ao consumo de tais substâncias (Jomar, Abreu, & Griep, 2009). Essa realidade reflete a desigualdade racial nos determinantes sociais de saúde originados de condições heterogêneas de vidas e de acesso a bens e serviços básicos:

O dado consta em relatório divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os homens brasileiros têm 28% mais chances de praticar esportes que as mulheres. A parcela da população que ganha mais de cinco salários mínimos pratica o dobro de atividades físicas e esportivas daquela com renda de até meio salário mínimo. Os brancos praticam 12% mais atividades físicas e esportivas que os negros (Jomar; Abreu, & Griep, 2009, p.4).

Os indicadores apontam uma desigualdade maior em questões de acesso a cuidados de saúde. A raça, o nível socioeconômico e o gênero influenciam a saúde

dos brasileiros por meio de diferentes relações de poder. O SAD (Secretaria de Estado de Administração e Desburocratização) tem sua particularidade em cada população, estando a população negra em desvantagem em diversos setores e regiões.

Em parte, alguns indicadores de saúde são imprecisos em razão de como a população se autodeclara em razão da cor/raça. As limitações das estatísticas oficiais geram um percentual muito baixo de pessoas que se identificam como pretas (Daflon, 2018). O IBGE afirma que um sujeito se identifica e se autodeclara negro mediante as origens e ancestralidade. No entanto, conforme Oliveira (2004), a ancestralidade indica mais do que as condições biológicas com as quais nascemos, visto que existe uma produção social, cultural e políticas imbricadas na identidade racial/étnica no Brasil.

Existe certa variabilidade em relação à autodeclaração étnico-racial, como uma espécie de branquitude empregada. Ao se autodeclarar pardo numa entrevista para emprego, por exemplo, o candidato pode ser mais querido pela empresa (Guimarães, & Newton, 2017). Outro indicativo para pessoas negras se autodeclararem pardas é o processo de miscigenação existente no país ou falta de conhecimento sobre sua identidade racial (Chor, 2013). De acordo com Guimarães (1996), o povo brasileiro tem uma identidade atribuída por outrem. Estudos apontam para a dificuldade das pessoas para a autodeclaração em relação à sua cor de pele (Barros, & freire, 2020; Miranda, Souza, & Almeida, 2021), ocorrendo uma subavaliação das desigualdades raciais, com mestiços se declarando brancos, o que aumenta as diferenças entre ambos.

A identidade racial tem sido apontada como preditor para aumento da autoestima da população negra (Faro, & Pereira, 2011), o que está relacionado com maior consciência sobre o racismo. As identidades raciais mais integradas com a subjetividade dos sujeitos contribuem como mecanismos favoráveis ao enfrentamento da discriminação e do racismo (Santos, & Netto, 2020).

Dentre as ações do movimento negro no país, com o intuito de construir uma identificação racial, várias análises científicas já estão em curso sobre a temática (Santos, & Netto, 2020), visto que, além das opções dicotômicas branco/negro ou branco/não branco, passaram a incluir preto e pardo. Ademais, os indivíduos que se autodeclararam como pretos ou pardos compartilham vivências socioeconômicas semelhantes, tendo como base os indicadores relativos aos rendimentos, à

educação, à inserção no mercado de trabalho, à mobilidade social, entre outros (Daflon, 2018; Brasil, 2019). Desse modo, estariam justificadas a agregação na categoria negra.

Em síntese, a população negra viveu por séculos sob o jugo da escravidão, além do racismo, ausência de direitos e várias outras violências. Tais aspectos impactaram e impactam na saúde física e mental dessa população em particular. Os DSS da população negra são herança do período escravocrata no Brasil, o que demanda respostas institucionais, sociais e políticas no sentido de garantir a dignidade do povo negro.

3.5 Psicologia da Saúde Crítica: considerações sobre os Determinantes Sociais de Saúde e o sofrimento psíquico da população negra

A Psicologia da Saúde é uma área de estudos que se dedica à atenção ao bem-estar, seja ele psicológico ou físico, e está em diversos locais onde se é possível promovê-la (Alves, Santos, Ferreira, Costa, & Costa, 2017; Soares, Macedo, 2020). Trata-se de um campo de estudos que tem por horizonte a compreensão de que saúde é o estado de equilíbrio entre saúde e doença, que depende de diversos fatores para se estabelecer, a saber: as atribuições do estado para propiciar melhores condições de vida para a população, assim como oferecer autonomia ao indivíduo para que ele possa definir o que é saúde para ele e quais os meios são mais propícios para se promover a saúde em sua comunidade (Teixeira, 2004).

A Psicologia da Saúde Crítica se preocupa em analisar as estruturas sociais, econômicas e políticas (Chamberlain, Lyons, & Stephens, 2018; Teixeira, 2008). Além disso, procura contribuir, através de diferentes teorias e métodos, com as mudanças que ocorrem na sociedade (Locke, & Budds, 2020), bem como compreender como tais mudanças estão relacionadas à saúde e às desigualdades na determinação de processos de saúde, doença e cuidado (Teixeira, 2008).

São Determinantes Sociais de Saúde os indicadores que devem ser mudados dentro de uma sociedade para que as populações possam viver com dignidade, tendo em vista a redução das iniquidades sociais (Ferreira Juniros, Horta, & Fahel, 2020; Rodrigues, 2021). Nessa direção, estudos e intervenções voltados para a redução das iniquidades em saúde têm apontado evidências que enfatizam a

importância de políticas públicas intersetoriais (Buss, & Pellegrini, 2007), uma vez que os DSS são diversos e perpassam aspectos sociais, educacionais, econômicos, políticos, entre outros.

A Psicologia da Saúde Crítica considera a dimensão psicossocial dos processos de saúde e doença, uma vez que a saúde não é algo localizando apenas no corpo ou determinada a partir de processos que são naturalmente definidos (Chamberlain, Lyons, & Stephens, 2018). O modo como as pessoas vivem e suas condições de existência colaboram para diferenciar os agravos em saúde, sendo os maiores impactos observados nas populações socialmente excluídas (Estela et al., 2020; Dimenstein, & Neto, 2020). Assim, considera-se que a gênese de diversos processos de adoecimento é delineada no tecido social (Florência, & Moreira, 2020).

O modelo biopsicossocial de saúde parte de uma visão sobre um sujeito integral e que necessita de atenção nas mais variadas esferas da vida, incluindo os aspectos étnicos e culturais (Maclahlan, 2004). Por isso, as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças “só se tornarão exequíveis caso exista a intersectorialidade nos serviços de saúde, que é caracterizada pela troca de saberes de experiências de diversos profissionais, para que juntos realizem planejamentos, avaliações e ações com o intuito de alcançar resultados integrados em situações complexas” (Garcia et. al., 2014).

Além da intersectorialidade para o enfrentamento dos DSS, se faz necessário avaliar a visão que se tem sobre os destinatários das políticas, sobre como os indivíduos são percebidos. Para além de uma visão de sujeito passivo, como era concebido no modelo biomédico (Souza, 2020), a Psicologia da Saúde Crítica ressalta a necessidade de promover a autonomia dos atores sociais envolvidos (Locke, & Budds, 2020), o que inclui considerar as especificidades dos indivíduos e coletividades, bem como os aspectos culturais daqueles que são os destinatários das políticas públicas.

As condições de vida da população negra vêm sendo pré-determinadas desde o período escravocrata (Jaccoud, Osório, & Soares, 2008). É desde esse período que o negro vem sendo representado e colocado em posição inferior, tratado como animal, escravo, capacho, ama de leite, criada, entre outras posições que gera invisibilidade e opressão (Soares, 2002). Trata-se de um racismo estrutural que se traduz em práticas sociais e institucionais, que legitimam posições sociais,

colocando em desvantagem a população negra, trazendo impactos significativos para a saúde em suas mais variadas dimensões.

Embora o SUS tenha se constituído enquanto política de estado no final da década de 1980, apenas em 2009 é que se efetiva a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). No entanto, muitos profissionais de saúde ainda desconhecem a PNSIPN (Matos, & Tourinho, 2018), o que pode ter relação com o racismo institucional, que é objeto de enfrentamento da PNSIPP.

A definição de racismo institucional adotada pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), implementado em 2005, apresenta as seguintes considerações:

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotado no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p.22).

A PNSIPN é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. Segundo Oliveira e Figueiredo (2004), a população negra é a população que mais ocupa o Sistema Único de Saúde. Não obstante, além do desconhecimento de alguns profissionais de saúde sobre PNSIPP, observa-se negligências em relação às demandas de saúde da população negra, mesmo quando se trata de doenças prevalentes, como a anemia falciforme (Tavares et al., 2013).

A PNSIPN é uma política setorial com recorte racial que nasce da necessidade de lançar o olhar à população que mais ocupa o SUS, podendo ser considerada uma política compensatória, que busca promover equidade e cuidados em saúde para a população negra. Esse enfrentamento é importante na medida que visa minimizar as repercussões que o racismo e a exclusão social trazem para a população negra, o que colabora para sofrimento psíquicos e prejuízos em saúde mental (Batista et al., 2020).

Discorrer sobre a saúde mental da população negra requer considerar os mecanismos de dominação racial ao longo do processo histórico e político brasileiro (Ignácio, & Mattos, 2020), os quais têm subsidiado padrões de beleza, moral, comportamento, intelectualidade, cultura, religião, entre outros. São discursos e práticas discriminatórias que geraram na população negra diversas formas de sofrimento e exclusão social.

A exclusão social é um fenômeno complexo e emerge nas mais distintas configurações, sejam elas de cunho econômico, político, cultural e/ou institucional (Patiño, & Faria, 2019). Cabe ressaltar que “os traços constitutivos essenciais das situações de exclusão não se encontram nas situações em si mesmas” (Castel, 1997, p. 21), uma vez que os limites entre exclusão e inclusão são tênues. Além disso, os processos de exclusão são resultantes de um entrelaçamento de diversos fios que formam o tecido social (Patiño, & Faria, 2019). A sociedade tende a incluir para depois excluir, gerando um processo de inclusão social perversa, principalmente quando se considera os interesses mercadológicos subjacentes a esse processo, os quais podem ser observados em políticas assistencialistas, demarcadas por estudos superficiais e sem interesse e investimento efetivo do Estado (Sawaia, 2001).

Em países desenvolvidos, as disparidades étnico-raciais possuem relação com impactos na saúde mental da população negra. Tem sido evidenciado “menos satisfação com a vida e menos bem-estar subjetivo, assim como taxas mais altas de morbidade e mortalidade ao longo da vida, com tais disparidades presentes em todas as camadas sociais” (Williams, & Priest, 2015, p. 127). Por sua vez, a análise das disparidades étnico-raciais em saúde tem sido muito menos investigada nos países em desenvolvimento, havendo um crescimento de estudos sobre o tema na última década.

Para Gouveia e Zanello (2018), a baixa produção científica brasileira indexada na área de saúde mental e racismo no período de 15 anos, de 1999 a 2014, é um dado presente ainda em 2020, levando em consideração que a maior parte da produção é da Psicologia Social, sendo a produção na área clínica quase que inexistente. Além disso, são raras as investigações com delineamentos que abarquem uma maior amplitude da população negra em todos os estados brasileiros.

Estudo realizado por Gouveia e Zanello (2018) considerou uma análise histórica da incorporação do racismo nas teorias psicológicas-psiquiátricas, discorrendo sobre a psiquiatria no Brasil e sua relação com eugenia e racismo científico. Em geral, verificou-se que o racismo é um tema invisibilizado dentro das ciências *psi* em geral. Tais dados evidenciaram a exclusão social das pessoas negras em meio aos cuidados em saúde mental. Oliveira e Nascimento (2017) também discorrem sobre a desresponsabilização da Psicologia no que tange às lutas e estudos das relações raciais e ao posicionamento crítico dos profissionais perante a saúde mental de negros e índios, evidenciando uma presença ausente em políticas públicas que fossem inclusivas e efetivas.

Numa perspectiva da Psicologia da Saúde Crítica, a análise dos Determinantes Sociais de Saúde é fundamental para identificar em que medida os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam as demandas de saúde de indivíduos e populações, bem como colaboram para o seu sofrimento psíquico (Carrapato, Correia, & Garcia, 2017). A exclusão social e/ou a inclusão perversa proporcionam o surgimento de sentimentos que interferem na saúde mental das pessoas, desde sentir-se discriminado e inferiorizado até a revolta e dificuldade em elaborar processos subjetivos (Patiño, & Faria, 2019).

Quando se fala em saúde mental da população negra, no Brasil, a cada dez jovens que cometem suicídio, seis deles são pretos (Brasil, 2018). A depressão é um dos efeitos mais comuns da experiência de discriminação racial na saúde mental da população negra (Damasceno, & Zanello, 2018; Oliveira, Magnavita, & Oliveira, 2017). A população negra apresenta necessidades específicas, envolvendo cabelos negros, racismo, corpo negro e discriminação racial em vários campos (Damasceno, & Zanello, 2018). De acordo com Faro e Pereira (2011), observa-se maior incidência de depressão na população negra e menor incidência de saúde mental e autoestima, além de ser mais suscetível ao estresse crônico e apresentar maior prevalência de doenças adaptativas comuns.

Estudo realizado com psicólogos em serviços públicos de saúde, demonstrou que o racismo, na perspectiva dos profissionais participantes, gera diversos sofrimentos psíquicos, tais como: "complexo de inferioridade", "maior insegurança", "problemas emocionais" (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013). Contudo, a descrição

sobre o sofrimento psíquico da população negra é descrita de forma genérica e por jargões (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013).

É inegável a necessidade de compreender o impacto que o racismo causa na saúde mental da população negra. Tais aspectos devem ser pensados no contexto macroestrutural do racismo, da exclusão social e dos Determinantes Sociais de Saúde, sobretudo quando se considera que o racismo estrutural se consolida em meio à modernidade e ao capitalismo (Santos, 2006), com destaque para discursos pautados na retórica do universalismo.

Na contemporaneidade, existem duas roupagens contraditórias principais: a antidiferencialista, que nega as diferenças; e o universalismo diferencialista, que age a partir da absolutização das diferenças (Marques, 2017). Ambas as perspectivas intensificam as hierarquias e ignoram todo o processo histórico e político e suas consequências. Segundo Oliveira (2003), este universalismo moderno cruel, mascarado de neutro e objetivo, nega a legitimidade da história e da existência do diferente e das condições humanas e o acesso a direitos de maneira diferente e desigual; transforma a real diferença em desigualdade social e impõe um arquétipo de homem particular.

É fundamental que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, se distancie de práticas universalizantes que não consideram as especificidades dos indivíduos e populações (Gouveia, & Zanello, 2019). A Psicologia da Saúde Crítica possibilita a compreensão da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais, os quais repercutem na saúde e no sofrimento psíquico da população negra (Stephens, 2009). Há que se promover uma saúde mental que não seja abstrata, mas que tenha como horizonte práticas e intervenções voltadas para sujeitos históricos, evitando fomentar processos de exclusões sociais ou de inclusões perversas (Sawaia, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem qualitativa. Na pesquisa qualitativa considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Assim, a abordagem qualitativa contribui para evidenciar as concepções dos sujeitos, como pensam, suas problemáticas e quais significados atribuem às suas experiências (Silva, & Fossá, 2015).

4.2 Participantes

Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 18 pessoas autodeclaradas negras residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba. A idade dos participantes variou de 27 a 64 anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=12). A seleção dos participantes ocorreu através da técnica Bola de Neve, que é uma forma de amostra não probabilística pautada em cadeias de referência, e é útil para estudar grupos difíceis de serem acessados (Vinuto, 2014). Neste estudo, os participantes foram considerados de difícil acesso pela necessidade de serem integrantes de grupos autodeclarados negros. O tamanho da amostra foi definido por critério de saturação, o qual prevê a finalização da busca dos participantes, bem como das análises de suas entrevistas, quando os elementos de conteúdos passaram a se repetir. Neste momento, o pesquisador procede suas respectivas análises para confirmar a saturação, e, finalmente, termina a composição da amostra (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

4.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) *Questionário sociodemográfico*: este instrumento teve por objetivo caracterizar o perfil dos participantes, sendo formado por questões sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e renda;

b) Entrevista semiestruturada: foi elaborada a partir de questões abertas e pautadas nos objetivos da pesquisa. Assim, as questões da entrevista versaram sobre saúde e o que significava ser saudável, bem como sobre os aspectos que

influenciam a saúde e vivências de racismo. Além disso, foi perguntado aos participantes como eles avaliavam a própria saúde mental. Em geral, buscou-se identificar os Determinantes Sociais da Saúde a partir dos relatos dos participantes.

4.4 Procedimentos

Conforme a técnica Bola de Neve, a coleta iniciou-se através de um informante-chave que se autodeclarava negro, chamado “semente”. A partir daí, solicitou-se a cada participante que indicasse outro até completar a totalidade a amostra. Em razão da pandemia da Covid-19, cujas medidas preventivas incluem distanciamento social, as entrevistas foram realizadas individualmente através de chamadas telefônicas ou por chamadas de vídeo, sendo registradas na íntegra. As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com o melhor dia e horário indicado pelo participante, com tempo médio de duração de 20 minutos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por e-mail, assinado e devolvido, autorizando assim a realização da pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados através da Análise de Conteúdo do tipo categorial Temática, conforme proposta por Bardin (2010). A análise de conteúdo é uma técnica metodológica onde o pesquisador busca compreender as estruturas ou modelos por trás das mensagens emitidas pelos participantes da pesquisa. Assim, busca-se identificar as significações de diferentes tipos de discurso.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, tendo em vista seguir as diretrizes e recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, buscou-se preservar o anonimato dos participantes e o sigilo das informações, sendo atribuídos aos mesmos nomes fantasia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, verificou-se que a maioria possuía escolaridade equivalente ao ensino superior completo, com renda entre um e três salários mínimos. Quanto ao estado civil, a maioria se declarou solteiro. Estes outros dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Variáveis	f	%
Idade	27 – 64 anos	18	100
Nível de escolaridade	Ensino fundamental completo	0	0
	Ensino Médio Completo	3	16
	Superior Completo	9	50
	Pós-graduação	6	33
Estado Civil	Solteiro	13	72
	Casado	3	16
	Divorciada	1	05
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	1	05
	De 1 a 3 salários mínimos	9	50
	De 3 a 5 salários mínimos	4	22
	Acima de 5 salários mínimos	4	22
Religião	Católica	6	33
	Cristão	1	05
	Ateu	4	22
	Indefinida	1	05
	Umbanda	2	11
	Candomblé	3	16
	Agnóstica	1	05

A partir da análise de conteúdo do tipo categorial temática, realizada com os dados decorrentes das entrevistas, emergiram sete categorias temáticas e catorze subcategorias, as quais contemplaram 180 unidades de conteúdo, conforme o quadro abaixo. Depois, são discutidas as categorias temáticas e suas respectivas subcategorias.

Tabela 2

Categorização geral das respostas dos participantes autodeclarados negros.

Categorias	Subcategorias	UC	Total f (%)
Conceito de saúde individual	Bem-estar físico/ ausência de doença	15	34 (18,9%)
	Bem-estar emocional/psicológico	14	
	Equilíbrio/conjunto de fatores	05	
Percepção sobre a própria saúde	Saudável	07	18 (10%)
	Não saudável	07	
	Em processo para o bem-estar	04	
Fatores sociais que influenciam a saúde	Moradia	08	40 (22,2%)
	Alimentação	03	
	Saneamento básico	06	
	Renda	09	
	Política	04	
	Trabalho	03	
	Segurança	04	
	Racismo e preconceito	03	
Recursos para manutenção de saúde	Atividade Física	10	35 (19,5%)
	Lazer/Cultura	07	
	Remédios	02	
	Serviços de saúde	03	
	Terapia	03	
	Alimentação saudável	05	
	Vida social	04	
	Religião	01	
Impedimentos para uma vida saudável	Instabilidade financeira	10	18 (10%)
	Instabilidade Emocional	02	
	Falta tempo	03	
	Nenhum	03	
Racismo em instituição pública	Não	09	17 (9,4%)
	Sim	08	
Autoavaliação da saúde mental	Avaliações Positivas	05	18 (10%)
	Avaliações Negativas	13	
Total		180	100

UC: unidade de conteúdo; f: frequência; %: porcentagem

Conceito de saúde individual

A primeira categoria temática, intitulada Conceito de saúde individual, foi formada a partir dos relatos que apontavam para uma conceituação de saúde, abrangendo 34 unidades de conteúdo. Na perspectiva dos participantes, saúde foi definida como *Bem-estar físico/ausência de doença, Bem-estar emocional/psicológico e Equilíbrio/conjunto de fatores.*

Observa-se que o modo como os participantes compreendem saúde está pautado em elementos de ordem subjetiva, o que tem relação com suas vivências com os processos de saúde, doença e cuidado. Não obstante, é possível observar que as conceituações apresentadas estão relacionadas com a definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde (1946).

Saúde é um conjunto de fatores (físico, emocional, social, estrutural) que podem interferir no bem-estar e qualidade de vida de cada sujeito. Quando esses fatores estão minimamente equilibrados, pode-se dizer que a pessoa é saudável. Considero a saúde algo que vai muito além do corpo ou da ausência de doença (Participante 1).

A saúde é definida a partir de sua multidimensionalidade e complexidade. Para a OMS (1946), saúde tem a ver com bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Dentro desta perspectiva, verifica-se também uma relação com o conceito de qualidade de vida, a qual abrange aspectos psicológico, sociais, ambientais, entre outros (Pereira, Teixeira, Santos, 2012). Tanto saúde quanto qualidade de vida são construtos multideterminados que, em sua conceituação, consideram a dimensão subjetiva em seu processo avaliativo, sobretudo em relação ao seu bem-estar (Brasil, 2020).

Na perspectiva de alguns participantes, a saúde humana está para além do bem-estar físico. Contudo, para outros, as noções de saúde possuem como referência sinais e sintomas no corpo. Nesse sentido, saúde estaria associadas à ausência de doença. Para o participante 2, saúde significa *“Não sofrer com enfermidades”*.

O bem-estar físico faz parte dos aspectos indicativos de saúde, mas não esgota o que vem a ser saúde. Contudo, compreende-se que a experiência de adoecimento materializada através sintomas no corpo colabora a para a forte associação entre saúde e aspectos físicos. Estudo realizado por Rosa e Araújo (2020) com 12 pessoas de uma população remanescente de quilombolas procurou compreender a percepção de saúde dos participantes. A partir de entrevistas e análise de conteúdo, o estudo demonstrou a presença de aspectos físicos nas concepções sobre saúde. Contudo, a necessidade do bem-estar físico esteve associada com a capacidade e disposição para o trabalho. Já a doença foi concebida como a incapacidade para o exercício das atividades diárias e a socialização (Rosa, & Araújo, 2020).

Embora a saúde ainda seja concebida como ausência de doença, subjacente à esta concepção está o receio de que o processo de adoecimento físico impossibilite a realização de atividades que são significativas para os sujeitos. Nessa direção, mesmo quando se fala de sinais e sintomas físicos, são levados em conta as repercussões psicossociais do processo de adoecimento. Por isso, saúde é compreendida como algo além da ausência de doenças, mas reflete o modo como as pessoas vivenciam os processos a partir do seu contexto social, cultural, familiar, econômico, entre outros. Nessa direção, os participantes também compreendem saúde como *Bem-estar emocional/psicológico* e *Equilíbrio/conjunto de fatores*.

Estudo tem apontado a dimensão psicológica nas concepções sobre saúde da população negra e a inter-relação entre os diversos aspectos (Aciole, & Silva, 2021; Batisa, & Rocha, 2020; Araújo et al., 2019), embora se considere que um estado de completo bem-estar seja utópico (Junior, & Miranda, 2004). Por isso, a promoção de saúde no campo das políticas públicas tem considerado aspectos, tais como: Concepção Integral da Saúde, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade.

Os processos de saúde e doença são perpassados por uma complexidade de fenômenos, os quais abarcam aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nesta direção, ao discorrer sobre as vulnerabilidades em saúde, Ayres, Paiva e França Jr. (2012) afirmam que a vulnerabilidade, resulta de um conjunto de elementos individuais e coletivos que se relacionam com uma maior suscetibilidade ao adoecimento e morte, bem como a menor possibilidade de acesso a recursos de enfrentamento e proteção.

Promover saúde para a população negra implica considerar os determinantes sociais de saúde, bem como seus impactos na vivência dos processos de adoecimento e para a saúde mental dos indivíduos. Nessa direção, a efetivação de políticas públicas é fundamental para resultados contínuos e que impactem na base das estruturas que geram as iniquidades em saúde, como as relações de poder, as assimetrias entre classes sociais, o racismo estrutural, entre outros.

A promoção de saúde em sua plenitude não se restringe ao “setor” da saúde. Mas inclui educação, moradia, direitos humanos, mobilidade, condições de trabalho e renda. Além disso, destaca-se a importância da intersetorialidade para a prevenção e enfrentamento de DSS, o que demanda ações em conjunto com outros

setores, tais como a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), secretarias de educação, etc.

Percepção sobre a própria saúde

Os relatos dos participantes sobre a percepção da própria saúde abarcaram 18 unidades de conteúdo, as quais demonstraram que alguns participantes se percebem como *Saudável*, *Não saudável* e *Em processo para o bem-estar*. A maioria dos participantes perceberam a sua saúde a partir de noção de bem-estar multifatorial, levando em consideração não só ausência de doenças, mas enfatizam a busca do equilíbrio, uma vez que saúde seria um processo de equilíbrio e não um estado fixo, conforme demonstrado nos relatos abaixo.

Sim, estou no processo de ser saudável. Eu não acredito que seja algo totalmente fixo, devido ao conceito de saúde que compreendo. (Participante 3)

Sim. Sobretudo porque tenho buscado alternativas e estratégias para manter o corpo e a mente sãs (Participante 4).

A partir dos relatos, observa-se que a percepção da própria saúde tem relação com o conceito de saúde evidenciado na primeira categoria. Fica evidente a busca pela manutenção da saúde tanto física quanto psíquica. O reconhecimento da saúde mental para a população negra colabora para evidenciar uma dimensão que foi invisibilizada por séculos, notadamente a partir de discursos que negava a dimensão afetiva da população negra e seu sofrimento (Viana, 2019). Ademais, no Brasil, indicadores sobre a saúde mental da população negra são imprecisos e inconsistentes, embora já exista o critério raça/cor em vários sistemas nacionais de informação em saúde. Todavia, a análise desses dados ainda é incompleta (Santos, & Ricci, 2020)

O racismo estrutural e institucional é evidenciado na ausência com que é tratada a saúde mental da população negra, como se o sofrimento psíquico dessa população fosse menos visível ou menos importante. Por isso, ao se analisar o significante 'saúde do negro', destaca-se a mensagem semântica subjacente na palavra "negro" que, do grego, significa algo que está morto, "advinda da mesma origem de "necro" e "nekro".

Há uma intenção de descrever ou determinar o lugar da pessoa preta, mesmo que no simbólico. Ao falar sobre necropolítica, Mbembe (2018) afirma que são evidentes os corpos destinados à morte diante desse jogo social e político de

poderes, o que colabora para que a percepção sobre saúde da população negra esteja, muitas vezes, relacionada somente ao fato de estar vivo.

É preciso desconstruir estruturas e narrativas que colaboram para o apagamento da dimensão afetiva da população negra (Kilomba, 2019). Saúde é muito mais que ausência de doença e não se limitar a estar vivo e sobreviver, mas pressupõe projetos de facilidade a partir de uma noção de felicidade ético política (Sawaia, 2001)

Os resultados demonstram que as concepções e necessidades em saúde são amplas. É possível afirmar, conforme Matsumoto (1999), que saúde é um bem coletivo, que inclui toda a sociedade. “Enquanto a doença tem características individuais, a dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem e mulher” (Matsumoto, 1999, p.38). A autora parte de uma taxonomia sobre as necessidades de saúde que são indissociáveis de condições de vida, da garantia de acesso a todas as tecnologias (Matsumoto, 1999). Além disso, ressalta-se a participação ativa do sujeito nos processos de saúde e doença. Nessa direção, a categoria temática a seguir evidencia a dimensão social e coletiva da saúde.

Fatores sociais que influenciam a saúde

Esta categoria foi a que apresentou maior frequência de unidades de conteúdos, as quais contemplaram oito subcategorias. A partir dos conteúdos enunciados pelos participantes, observa-se que os fatores sociais que influenciam a saúde apontam para os determinantes sociais de saúde. Assim, os respondentes destacaram aspectos tais como: *Moradia, Alimentação, Saneamento básico, Renda, Política, Trabalho, Segurança e Racismo e preconceito.*

Mesmo os participantes que consideram saúde apenas como ausência de doenças pontuam que moradia e renda são determinantes para as condições de vida, podendo influenciar direta ou indiretamente. Ademais, fatores como lazer e meio de transporte (o primeiro como determinante individual e o segundo como determinante relacionado ao trabalho) são ressaltados pelos participantes, demonstrando que saúde é um fenômeno biopsicossocial.

Renda e estabilidade financeira também aparecem com frequência nas respostas dessa categoria, pois são fatores que viabilizam acessos à qualidade de vida e são macrodeterminantes da vida das pessoas. Outro aspecto ressaltado por

seis participantes foi a conjuntura política, considerada como um aspecto social que interferem no estado de saúde.

Os fatores sociais que interferem na saúde podem ser moradia, onde você mora, se possui um trabalho, os recursos financeiros que você possui e dispõe, se você tem tempo para lazer, se você faz uma atividade física periodicamente, se tem amigos e familiares que o apoiam, se tem acesso à educação, alimentação minimamente saudável (com alimentos mais naturais e menos industrializados), internet, saúde, se tem carro ou anda em transporte público, etc (Participante 5)

Situação socioeconômica, renda; conjuntura política, em que direitos não são garantidos; e questões como a violência, a discriminação racial, sexual e de gênero acabam se tornando corriqueiras, a vida da população negra se torna um verdadeiro desafio” (Participante 6).

A conjuntura política, além das questões relacionadas à saúde – como verbas para programas assistenciais, auxílios, vacinas, programas de prevenção –, determinam o direcionamento de investimentos para o acesso ao lazer e à cultura, à educação, entre outros aspectos. Assim, compreende-se que os macrodeterminantes de saúde e suas tópicas subjacentes estão inter-relacionados com a promoção de saúde (Galvão et al., 2019).

No que se refere à população negra, há que se considerar as questões raciais no sentido de combater todas as formas de racismo estrutural e institucional, o que demanda ações e intervenções longitudinais. O impacto do racismo para a saúde da população negra é observado se verifica a correlação entre pobreza e raça (Nascimento, 2018; Cunha, & Ramos, 2019). A população negra apresenta maiores níveis de vulnerabilidade social (Pereira, Castro, Figueira, & Novas, 2020), menor acesso à saúde (Barbora, Silva, & Sousa, 2021), ao saneamento básico (Jesus, 2020), além do sofrimento psíquico advindo de processos de discriminação racial (Batista, & Rocha, 2020).

Dada a complexidade de fatores sociais que influenciam a saúde da população negra, e considerando os Determinantes Sociais de Saúde, as ações em saúde devem estar pautadas em estratégias que viabilizem a atenção à saúde não segmentada, atenta aos contextos sociosanitários dos indivíduos e interessada nos aspectos não apenas físicos. Mais que isso, se fazem necessárias práticas profissionais que considerem de saber da comunidade, sua história, de forma dialogada e integrativa.

Quando pautadas somente no saber biomédico, os profissionais de saúde não encontram referenciais para a compreensão e adequada resposta a demandas que extrapolam os aspectos biológicos do adoecimento e traduzem esta limitação na rotinização de procedimentos no cotidiano dos serviços (Viegas, & Vargas, 2016). Portanto, se faz mister politizar as práticas em saúde, interagindo com as trajetórias de vida dos sujeitos e da comunidade, buscando na realidade da comunidade a identificação das ações prioritárias (Aciole, & Silva, 2021).

Recursos para manutenção de saúde

A segunda categoria com maior frequência de enunciado evidenciou os recursos que os participantes utilizam para a manutenção da saúde. Os participantes destacaram os seguintes aspectos: *Atividade Física, Lazer/Cultura, Remédios, Serviços de saúde, Terapia, Alimentação saudável, Vida social e Religião*. Tais aspectos apontam para uma noção de saúde que não está limitada aos aspectos físicos, embora alguns participantes tenham definido saúde como ausência de doenças. E mesmo quando são questionados quanto ao conceito de 'saúde', estes mencionam recursos de manutenção para o bem-estar com uma atenção muito mais ampla e integralizada dessa assistência, conforme pode ser observado no relato abaixo.

Eu faço anualmente meus exames, eu busco manter rotina de atividade física e alimentação mais natural, busco ter um lazer aos finais de semana (mesmo em casa nesse período de pandemia), faço terapia e mantenho uma rede de amigos e familiares que eu me identifico (Participante 12)

Em nível primário de promoção da saúde, aspectos como atividade física, lazer e alimentação saudável são dimensões que promovem o bem-estar físico, social e psicológico. Outros participantes destacaram a terapia, vida social e religião como recursos que utilizam para se manter saudáveis. Tais recursos são ações que estão localizadas nos determinantes individuais de saúde e apontam para o estilo de vida, como também implica uma participação ativa dos sujeitos no cuidado com a própria saúde. Contudo, estilo de vida não significa, apenas, o exercício de atividade físicas.

A influência do estilo de vida tem sido associada à saúde e bem-estar das pessoas. O estilo de vida pode ser compreendido como o “conjunto de ações

habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (Nahas, 2001, p.11). Enquanto construto, cinco componentes principais estão relacionados com o estilo de vida, os quais podem afetar a saúde das pessoas, a saber: atividade física habitual, alimentação, controle de estresse, relacionamentos e comportamentos preventivos.

Revisão integrativa realizada por Almeida e Casotti (2020), que teve por objetivo identificar os artigos científicos (publicados no período de 2014 a 2016) sobre o estilo de vida da população negra, evidenciou que 20 estudos sobre o tema, os quais tiveram como variável de análise a atividade física. Os autores ressaltaram que nenhum estudo investigou “as dimensões atividade física, nutrição, controle do estresse, comportamentos preventivos e relacionamentos simultaneamente” (Almeida, & Casotti, 2020, p.1). São poucos os estudos que discorrem sobre as práticas de autocuidado em saúde da população negra.

Estudo realizado por Andrade et al. (2016), em três Comunidades Remanescentes de Quilombos, teve por objetivo identificar o nível de autocuidado com a saúde na população negra. Através de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, os resultados demonstraram que os participantes (46 pessoas) apresentaram bom nível de autocuidado com a saúde.

Considera-se, portanto, que saúde é a articulação de diversos indicadores que envolvem o subjetivo, o social, o econômico, o cultural e o institucional num contexto, numa realidade concreta. Para que se possa realizar práticas de cuidado e para que se concretize a prevenção e a promoção de saúde, se faz necessário considerar o próprio sujeito como o potencial agente transformador de sua realidade. Não obstante, os modos de vida e os recursos de enfrentamento para lidar com as demandas de saúde são perpassadas por condicionantes fundamentais que podem potencializar ou não as oportunidades e poder de decisão na busca pela saúde, entre elas estão os Determinantes Sociais de Saúde.

Impedimentos para uma vida saudável

Na quinta categoria, os participantes indicaram os aspectos que dificultam a manutenção de uma vida com saúde, sendo enunciado os seguintes aspectos: *Instabilidade financeira, Instabilidade Emocional, Falta tempo* e *Nenhum aspecto*. Entre as 18 unidades de conteúdo associadas emergidas nessa categoria, 10

unidade fizeram referência à instabilidade financeira, ou seja, teve relação a baixa renda e com as oscilações nos rendimentos.

No estudo realizado por Andrade et al. (2016) com 46 pessoas de Comunidades Remanescentes de Quilombos, embora os participantes tivessem renda média de um salário mínimo (84,8%), foi evidenciado bons níveis de autocuidado com a saúde. Contudo, no estudo, o autocuidado esteve relacionado com uma preocupação ou direcionamento do tempo para o cuidado consigo e, quando possível, se alimentar adequadamente, entre outras práticas (Andrade et al., 2016).

Conforme observado na categoria *Recursos para manutenção de saúde*, os participantes do presente estudo também demonstram o interesse e preocupação em relação à própria saúde. Contudo, os rendimentos são impeditivos para a manutenção de uma boa saúde, seja em razão dos elevados custos para uma alimentação saudável, para a realização de exames preventivos, para o acesso aos serviços de saúde, entre outros.

A insegurança alimentar tem sido apontada pela literatura como um dos impactos causados pela instabilidade da renda na saúde da população negra. Além disso, a insegurança alimentar e nutricional está associada ao acesso a programas sociais, ao desemprego, ao saneamento básico, à escolaridade, ao acesso a água potável e ao consumo de alimentos (Silva, Silveira, Padilha, & Frota, 2020).

Estudo realizado sobre os fatores os associados à insegurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas do estado do Tocantins demonstrou uma prevalência de 71,2% (n=47) em situação de insegurança alimentar (Maciel et al., 2021). Entre as pessoas que estavam vivendo em insegurança alimentar, três apresentavam alteração dos níveis de hemoglobina. O estudo ainda apontou que ser mulher chefe de família contribuiu para aumentar as chances de insegurança alimentar e nutricional (Maciel et al., 2021).

Outro estudo realizado com 373 famílias quilombolas, nos municípios de Penalva e Viana – MA, apontou que a prevalência de segurança alimentar e nutricional foi de 20,1%, enquanto a de insegurança alimentar e nutricional foi de 79,9% (Silva et al., 2020). Entre as variáveis associadas à insegurança alimentar, destacou-se as famílias chefiadas por mulheres, renda familiar inferior a um quarto de salário mínimo e a não cobertura pela Estratégia Saúde da Família (Silva et al., 2020).

A instabilidade da renda ou a renda insuficiente colabora para piores condições de vida e saúde da população negra, notadamente quando se considera que a maioria da população brasileira em situação de vulnerabilidade social de pessoas pardas e negras. A pobreza, a exclusão social e a invisibilidade social são alguns dos desdobramentos traumáticos do racismo estrutural.

A instabilidade financeira é acentuada pela ausência de políticas públicas que, efetivamente, corrijam as iniquidades sociais através de políticas de redistribuição de renda. Tais fatores ameaçam a existência do negro no Brasil, uma vez que, segundo Bastos (2006), o sofrimento da exclusão tem dimensões muito profundas, além de psíquicas. Trata-se de uma patologia social que fragmenta e castra, como também empobrece e gera sofrimento psíquico.

Instabilidade emocional foi destaque também nas respostas dos participantes. A ausência de investimentos políticos que possibilite um estado de bem-estar social impacta na saúde mental da população em geral, e em especial da população negra. Ademais, os participantes falaram sobre o SUS como a via para os cuidados em saúde, mas que não atende de forma satisfatória às necessidades da população.

“A falta de recursos financeiros *que* faz com que busquemos atendimento no SUS, que é um programa maravilhoso, mas que tem falhas em demasia quando o assunto é tempo e urgência no atendimento às nossas necessidades individuais” (Participante 13).

O acesso ao SUS é aberto, porém a demora e a qualidade no atendimento fazem com que os usuários busquem menos do que precisam. Apesar de reconhecerem a extrema importância do sistema, lamentam por não ser o suficiente para atender às demandas da população. Em parte, esta insatisfação com os serviços públicos de saúde tem relação com o racismo institucional presente nos serviços, conforme discorrido na categoria a seguir.

Racismo em instituição pública

No processo de entrevista, os participantes foram indagados se já sofreram alguma forma de racismo em instituições públicas de saúde. Entre as 17 unidades de conteúdos enunciadas, oito fizeram referência a situações de racismo.

Na realidade brasileira, quando o racismo não aparece de forma flagrante, ele se manifesta de forma sutil. Como forma de mascarar seu preconceito, muitas vezes, o agressor subjetiva sua fala ao não atacar diretamente a raça, mas utilizando-se de métodos para diminuir o negro nas entrelinhas. Por isso que, não raro, muitas das vítimas do preconceito afirmam nunca ter percebido tratamentos diferenciados.

Nesta categoria, embora alguns participantes tenham declarado não ter sofrido racismo em instituições públicas, a não percepção sobre o preconceito não significa ausência de racismo institucional. De outro modo, alguns participantes identificaram situações de discriminação, conforme relato abaixo.

Sim. Já notei formas diferentes de tratamento quando direcionado a mim, diminuindo ou relativizando minha demanda; bem ao contrário do que ocorria com indivíduos brancos dentro do mesmo contexto” (Participante 15).

O racismo estrutural está em “todas as expressões, vocabulários, discursos, gestos, ações e olhares que colocam o sujeito negro não só como “Outro” – diferente do ideal branco – mas, também como outoridade, personificação dos aspectos reprimidos na sociedade branca” (Kilomba, 2019, p. 37-38). Tais atitudes estão presentes cotidianamente, independentes da posição ou cargo que o negro ocupe, dentro e fora de instituições. Um dos participantes, que era profissional de saúde, relatou que vivenciou o racismo advindo de um usuário do serviço de saúde. Este relato demonstra que o racismo institucional possui suas raízes no tecido social.

“Sim, como profissional. A paciente não imaginava que eu poderia ser a psicóloga que iria atendê-la” (Participante 16).

O usuário do serviço público ao se deparar com um profissional de saúde negro, muitas das vezes, dúvida da competência do profissional, construindo uma espécie de discriminação inversa. O racismo cotidiano é uma “constelação de experiências de vida”, uma exposição constante ao perigo que se repete durante toda a vida da pessoa negra (Kilomba, 2019). Em todos os lugares e de diversas maneiras, o racismo se disfarça pelos umbrais dos variados fatores, alimentado pela hipócrita sociedade moderna, visto que as formas de tratamentos nem sempre deixam explícitas as artimanhas da discriminação.

A prática de racismo institucional no serviço de saúde público e/ou privado foi investigada por Ludovico, Martins, Rocha, Terra e Pigozi (2021). A pesquisa buscou identificar a percepção dos usuários negros acerca do atendimento recebido. Os resultados evidenciaram que 63,6% dos participantes referiram ter sofrido racismo em serviços públicos de saúde. Além disso, a maioria (93,9%) afirmou que a discriminação ocorreu por serem negros (Ludovico et al., 2021).

Pesquisa realizada por Tavares, Oliveira e Lages (2013) com psicólogos de três hospitais públicos, em Belo Horizonte, teve por objetivo identificar a percepção desses profissionais sobre o racismo nas instituições de saúde. A partir dos resultados, verificou-se a ausência de um olhar crítico dos profissionais sobre as relações étnico-raciais e suas implicações no campo da saúde. Este aspecto colabora para velar o racismo institucional e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde (Tavares, Oliveira, & Lages, 2013).

Situações como essas acabam se constituindo fatores sociais que dificultam os cuidados com a própria saúde, conforme discutido na categoria anterior. Por vezes, usuários constrangidos, e que passam por essas situações de violência, não voltam ao ponto de atendimento para que o fato não seja recorrente. De mesma maneira, o profissional que sofre discriminação pela cor da pele pode se sentir vulnerável em seu ambiente de trabalho, gerando sofrimento psíquico, insegurança, medo, angústia, insatisfação, entre tantos outros.

As instituições públicas devem ser espaço de acolhimento e assistência, onde a equidade e a integralidade devem estar à frente dos atendimentos, além de um atendimento humanizado e especializado. Werneck (2016) sinaliza a necessidade de monitoramento e a avaliação dos processos necessários à eliminação do racismo institucional, o que demanda competência gerencial que possibilite o desenvolvimento contínuo e sustentável de ações necessárias ao cumprimento de acessos e qualidade de serviço. Para tal, é preciso que haja capacitação e transparência de diálogo permanente com a sociedade civil.

Autoavaliação da saúde mental

Esta categoria foi constituída a partir de 18 unidades de conteúdo, que versaram sobre avaliações positivas e negativas. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes avaliaram negativamente a sua saúde mental.

Cabe ressaltar, que esta pesquisa foi realizada durante a pandemia da Covid-19, cuja necessidade do isolamento social repercutiu na saúde mental das pessoas. No Brasil, particularmente, a pandemia foi atravessa pela desorganização pública, pela necropolítica do governo Bolsonaro, pela demora intencional na aquisição de vacinas, além do elevado número mortes diárias no país, o que gerou sofrimento psíquico para a população (Barros, 2020).

Nesta categoria é possível observar a indissociável relação entre o contexto social e o bem-estar e saúde da população. Por isso, alguns participantes relatam sintomas de ansiedade e a presença de estresse, o que agravou angústias e reações psicossomáticas.

Avalio minha saúde mental razoavelmente bem, apesar das oscilações de humor. Esse período de pandemia, maior isolamento social e as manifestações racistas recentes tem mexido muito com minhas emoções. E tenho me sentido mais ansiosa que antes, instável psicicamente, diante da situação atual. Estou tentando me manter bem (Participante 16).

“Boa. Mas que precisa de cuidados para manter-se saudável, sobretudo no contexto político atual que atravessamos” (Participante 18).

Conforme relato, a pandemia tem agravado o quadro de saúde mental. Além disso, quando se observa a relação entre a pandemia de Covid-19 e o racismo, no Brasil, verifica-se que a população negra tem sido ainda mais afetada, não se limitando ao sofrimento psíquico. Estudo realizado por Nisida e Cavalcante (2020), na cidade de São Paulo, demonstrou que a maiores índices de mortalidade por Covid-19 são de pessoas negras, evidenciado que a pandemia agravou a reprodução das desigualdades e das condições sociais impostas à população negra. Ao comparar a realidade do Brasil e dos Estados Unidos da América (EUA) em relação aos indicadores de morbimortalidade por Covid-19, segundo a raça/cor/etnia, Araújo et al. (2021, p.191) evidenciou as “iniquidades raciais em saúde para essa doença, ratificando o racismo estrutural/institucional em ambos os países”.

A questão do racismo é complexa e seu enfrentamento demanda avanços e lutas permanentes. Segundo Mattos (2019), no ano de 2012, o Movimento Negro teve importante destaque com a Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN). Nesse ano, foi realizado o VII Congresso de Pesquisadores Negros (Copene), intitulado ‘Os desafios na luta antirracista no século XXI’.

Na ocasião, o presidente do evento, Paulino Jesus, convocou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, enfatizando a necessidade de articulação com a PNSIPN e o Movimento Negro (Ignácio, & Mattos, 2019). No entanto, a GGMAD só veio tomar uma iniciativa dois anos depois: “foi apenas em 2014 que a CGMAD tomou uma iniciativa e criou o Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental (GTRSM), alinhada, em parte, às demandas de atores relacionados com o movimento negro” (Ignácio, & Mattos, 2019, p. 67). Apesar de muitos anos de lutas, mesmo depois de o Movimento ganhar importância em questões de debate, os órgãos de saúde ainda relutam em tomar iniciativa.

Dessa forma, diversos são os fatores que influenciam na saúde da população negra. Não se trata somente da escassez de recurso para assistência à saúde mental da população. Em parte, diversos posicionamentos políticos não só mantêm as estruturas de iniquidades sociais, como se sustenta a partir delas.

O itinerário de inferiorização do povo negro tem raízes históricas, mas tem se observado maiores enfrentamentos nas últimas décadas. Não por acaso, as ocorrências de preconceitos e agressões para com os negros ganharam proporções bem maiores nos últimos anos. Um dos casos mais famosos é o que ocorreu nos Estados Unidos com George Floyd.

Enquanto uma parte da população continua alimentando a visão hegemônica e preconceituosa, como se vivesse em séculos passados; outra parte tem buscado dar força e voz ao movimento negro que luta por igualdade e direitos. O caso de Floyd repercutiu mundo afora e deu início a diversas manifestações pelo mundo. Tais movimentos evidenciaram a violência sofrida por um homem negro que foi asfixiado até a morte por policiais, mesmo não se defendendo ou tentando fugir da abordagem (Portal G1, 2020).

O caso de Floyd ganhou força também no Brasil, não somente pela identificação entre os povos negros e apoiadores do movimento, mas também pela conjectura política, visto que tanto os Estados Unidos da América quanto o Brasil estavam (está) regidos por governos extremistas e de cunho autoritário, de extrema direita. Esse cenário gera sofrimento e muitas instabilidades não somente à saúde mental, mas também ao bem-estar como um todo.

Em suma, situações relacionadas à pandemia, os ataques às pessoas negras em diferentes lugares do mundo e o contexto político vigente têm contribuído para o

aumento de apreensões (e problemas) mentais na população negra do Brasil. Entretanto, movimentos, como o do manifesto “black lives matter” (vidas negras importam), têm sido as novas tentativas de frear as violentas intervenções policiais, o racismo estrutural e a inferiorização dos (contra os) corpos negros em diversos países.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, diversos fatores sociais impactaram as condições de vida da população negra, repercutindo, também, nas condições de saúde. Nesse contexto, destacam-se os Determinantes Sociais de Saúde, os quais colaboram para iniquidades em saúde e maior suscetibilidade ao adoecimento e morte dessa população.

Este estudo teve por objetivo geral compreender a autopercepção de saúde de pessoas negras residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba. Para tanto, procurou identificar o que pessoas negras compreendem por saúde, descrever os fatores sociais que influenciam a saúde e analisar quais recursos a população negra utiliza para cuidar da saúde.

Alguns participantes partem de uma noção de saúde atrelada ao bem-estar físico ou ausência de doenças e enfermidades. Outros participantes, porém, concebem a saúde de forma mais ampla e multideterminada. Para se manter saudável, uma visão mais ampla sobre a saúde é observada, uma vez que foram destacados aspectos como atividade física, cultura, lazer e relações sociais. Em geral, o modo como os participantes definem saúde está pautado em elementos de ordem subjetiva, o que tem relação com suas vivências com os processos de saúde.

Os fatores sociais que influenciam a saúde apontam para os determinantes sociais de saúde. Assim, os respondentes destacaram aspectos tais como: Moradia, Alimentação, Saneamento básico, Renda, Política, Trabalho, Segurança e Racismo e preconceito. A instabilidade financeira aparece como aspecto que dificultam a manutenção da saúde.

Entre os Determinantes Sociais de Saúde da população negra, o racismo estrutural afeta, subjetivamente, o povo negro, causando ansiedade, estresse e cansaço. Nessa direção, os relatos evidenciaram que os participantes vivenciaram situações de racismo em instituições públicas de saúde. Diante destas situações, a população negra tem procurado, além da prevenção a doenças físicas, manter o bem-estar emocional e psicológico, bem como reivindicar os seus direitos. Porém, a manutenção em saúde só é possível quando se tem acesso facilitado e recursos financeiros. Ademais, a maioria dos participantes avaliaram negativamente a sua saúde mental.

A população continua a enfrentar questões específicas de sua realidade social, as quais são perpassadas pelo racismo estrutural. Os Determinantes Sociais de Saúde também são únicos, pois 'raça' já se apresenta como determinante social. Esta situação se agrava com a presença de outros determinantes, tais como classe, gênero, nível escolar, dentre outros. Nesse contexto, a Psicologia da Saúde Crítica possui papel fundamental no enfrentamento ao racismo que se manifesta, muitas vezes, em práticas profissionais, sobretudo em razão da ausência de uma percepção crítica da realidade.

A partir dos achados deste estudo, considera-se que os objetivos foram alcançados. Contudo, o estudo possui limitações, uma vez que estudou uma amostra específica e a partir de metodologia descritiva. Assim, os resultados não são passíveis de generalização, mas colabora para ampliar a literatura sobre a saúde da população negra, notadamente no contexto da Psicologia enquanto ciência e profissão. Sugere-se estudos futuros com amostras mais amplas e que contemplem pessoas de diferentes regiões do país.

A partir dos resultados deste estudo, reforça-se a importância de políticas públicas em saúde e educação, visando a promoção da saúde e o bem-estar integral da população negra. Há que se considerar nesse aspecto as especificidades dos determinantes sociais de saúde da população negra, promovendo equidade no acesso ao atendimento em saúde. Não obstante, são fundamentais os investimentos em políticas para o lazer, cultura e em saúde mental, o que colabora para enfrentar toda forma de apagamento das histórias negras, dos intelectuais negros.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, D. C. D. A. M., & SILVA, J. D. (2021). **Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas**. *Psicologia & Sociedade*, 33.
- ALMEIDA, C. B., & CASOTTI, C. A. (2020). **Estilo de vida da população afrodescendente: revisão integrativa/Afro-descendant population lifestyle: integrative review**. *Journal of Nursing and Health*, 10(5), e20104012.
- ALVES, J. A. (2002). **A Conferência de Durban contra o Racismo e a responsabilidade de todos**. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 45, 198-223.
- ALVES, R., SANTOS, G., FERREIRA, P., COSTA, A., & COSTA, E. (2017). **Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira**. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2), 545-555.
- ANDRADE, J. S., BARROSO, B. Y. C., DA SILVA SANTOS, F. A., DOS SANTOS LIMA, G., LOPES, T. C. R., & OLIVEIRA, F. B. M. (2017). **Capacidade de autocuidado em saúde na população negra quilombola**. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, 2(4), 291-296.
- ARAÚJO, M. P., MARINHO, B. M. C., ALBINO, C. M. A., & ALBINO, Â. C. A. (2020). **Concepções sobre saúde e qualidade de vida de alunos em conclusão de curso na Universidade Estadual da Paraíba**. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 55107-55116.
- ARAÚJO, R. L. M. S., DE ARAÚJO, E. M., DA SILVA, H. P., SANTOS, C. A. D. S. T., NERY, F. S., DOS SANTOS, D. B., & DE SOUZA, B. L. M. (2019). **Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43(1), 226-246.
- ARAÚJO, E. M. D., CALDWELL, K. L., SANTOS, M. P. A. D., SOUZA, I. M. D., ROSA, P. L. F. S., SANTOS, A. B. S. D., & BATISTA, L. E. (2021). **Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos**. *Saúde em Debate*, 44, 191-205.
- ARBEX, D. (2011). **Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição** [Página de Internet]. *Jornal Tribuna de Minas*. Retirado de <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/20-11-2011/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao.html>. Acesso em: 03 jan 2020.
- ARBEX, D. (2019). **Holocausto brasileiro** (2ª Ed.). São Paulo: Editora Intrínseca.
- AUGUSTO, N., ROSELINO, J. E., & FERRO, A. R. (2015). **A evolução recente da desigualdade entre negros e brancos no mercado de trabalho das regiões metropolitanas do Brasil**. *Pesquisa & Debate. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política*, 26(48), 105-127.

AYRES, J. R., PAIVA, V., & FRANÇA JR., I. (2012). **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: J. R. Ayres, V. Paiva, V., & I. França Jr. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde (pp.71-94, 2012). Curitiba: Juruá Ed.

BARBOSA, R. R. D. S., SILVA, C. S. D., & SOUSA, A. A. P. (2021). **Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra**. Revista Katálysis, 24, 353-363.

BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70.

BARROS, J. W. R., & FREIRE, E. C. (2020). **Autoimagem, representações e pertencimento étnico de estudantes negros nos anos iniciais do ensino fundamental**. Revista Cocar, 14(30), 1-18.

BARROS, M. ET AL. (2020). **Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29(4), e2020427.

BASTOS, L. A. D. M. (2006). **Exclusão social: aspectos traumáticos da violência contemporânea**. Revista Brasileira de Psicanálise, 39(4), 57-60.

BATISTA, E. C., & ROCHA, K. B. (2020). **Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura**. Interações (Campo Grande), 21, 35-50.

BATISTA, L. E., BARROS, S., SILVA, N. G., TOMAZELLI, P. C., SILVA, A. D., & RINEHART, D. (2020). **Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Saúde e Sociedade, 29, e190151.

BATISTA, L. E., MONTEIRO, R. B., & MEDEIROS, R. A. (2013). **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. Saúde em Debate, 37, 681-690.

BATISTA, W. M. (2018). **A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural**. Revista Direito e Práxis, 9(4), 2581-2589.

BRASIL. Ministério da Economia. (2019). **Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares: o que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ipea.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). **Política nacional de saúde integral da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016). Painel dos Indicadores de Saúde nº 10. Temático Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016. Brasília: Universidade de Brasília, Ministério da Saúde.

BRASIL. S. F. (1988). Constituição da república federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.

BRAVO, M. I. S., PELAEZ, E. J., & MENEZES, J. S. B. (2020). **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social, 22(46), 191-209.

BURGOS, L. E. S., & ALVES, I. C. L. D. (2018). **Panorama da História Sociolinguística do Brasil**. ID on line Revista de Psicologia, 12(40), 367-381.

BUSS, P. M., & PELLEGRINI FILHO, A. (2007). **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: revista de saúde coletiva, 17, 77-93.

BUSS, P. M., HARTZ, Z. M. D. A., PINTO, L. F., & ROCHA, C. M. F. (2020). **Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020)**. Ciência & Saúde Coletiva, 25, 4723-4735.

BUSS, P.M (1998) **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. ENSP, Rio de Janeiro. (Mimeo).

CARNEIRO, S. (2010). **Raça e direitos humanos no brasil**. Correio Braziliense, 2010.

CARNEIRO, S. (2011). **Racismo, sexismo e desigualdade no brasil: o governo lula e a questão racial**. São Paulo: Editora Selo.

CARNEIRO, S. (2019). **Escritos de uma vida**. São Paulo, Brasil: Pólen Livros.

CARRAPATO, P., CORREIA, P., & GARCIA, B. (2017). **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. Saúde e Sociedade, 26, 676-689.

CARVALHO, M. G. Ó. E. S., & MACHADO, F. (2020). **A relação de emprego e o racismo estrutural**. Revista Percurso, 5(36), 94-115.

CASTEL, R. (1997). **As armadilhas da exclusão**. Desigualdade e a questão social, 2, 17-50.

CENTENO, S. R., MEYER, D. E. E., & ANDRADE, S. D. S. (2018). **Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural**. Textura: revista de letras e história. 20(42), 154-176.

CHAMBERLAIN, K., LYONS, A. C., & STEPHENS, C. (2018). **Critical health psychology in New Zealand: Developments, directions and reflections**. Journal of health psychology, 23(3), 457-471.

CHIAVENATO, J.J. (1987). **O negro no brasil: da senzala à guerra do Paraguai**. São Paulo: Brasiliense.

CHOR, D. (2013). Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde pública*, 29, 1272-1275.

CRI. (2006). **Articulação Para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e Abordagem do Racismo Institucional**. Brasília: CRI.

CRUZ, I. C. F. D. (1993). **O negro brasileiro e a saúde-ontem, hoje e amanhã**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 27(3), 317-327.

CUNHA JR, H., & RAMOS, M. E. R. (2019). **Territórios de maioria afrodescendente: Segregação Urbana, Cultura e Produção da Pobreza da População Negra nas Cidades Brasileiras**. *Revista Desenvolvimento Social*, 1(2), 77-85.

DAFLON, V. T. (2018). **Tão longe, tão perto: identidades, discriminação e estereótipos de pretos e pardos no Brasil**. Mauad Editora Ltda.

DAMASCENO, M. G., & ZANELLO, V. M. L. (2018). **Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 450-464.

DAMASCENO, M. G., & ZANELLO, V. M. L. (2018). **Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 450-464.

DAMASCENO, P. C. L. (2021). **Medicina, profilaxia social ediscurso eugênico: os caminhos para a construção de um modelo nacional de medicina social nas primeiras décadas do século XX**. *Fronteiras Plurais*, 3 (01), 37-54.

DIMENSTEIN, M., & NETO, M. C. (2020). **Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social**. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1-17.

DIMENSTEIN, M., BELARMINO, V. H., MARTINS, M. E., DANTAS, C., MACEDO, J. P. S., LEITE, J. F., & ALVES FILHO, A. (2020). **Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural**. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 12(1), 205-229.

ESTRELA, F. M., SOARES, C. F. S., CRUZ, M. A. D., SILVA, A. F. D., SANTOS, J. R. L., MOREIRA, T. M. D. O., ... & SILVA, M. G. (2020). **Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3431-3436.

FARIAS, R. G. (2012). **Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19, 215-231.

FARO, A., & PEREIRA, M. E. (2011). **Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse**. Estudos de Psicologia (Natal), 16, 271-278.

FAUSTINO, D. M. (2017). **A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra**. Ciência & Saúde Coletiva, 22, 3831-3840.

FERNANDES, F. (1978). **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Ática.

FERNANDES, F. (1988, março). **Luta de raças e Classes**. Teoria e debates [Página de internet]. Retirado de <<http://www3.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes-anteriores/sociedade-luta-de-racas-e-de-classes>>.

FERREIRA JÚNIOR, S. F., HORTA, C. J. G., & FAHEL, M. C. X. (2020). **Desigualdades nas necessidades em saúde entre os municípios do Brasil: uma abordagem empírica à luz da literatura sobre os determinantes sociais da saúde**. Perspectivas em Políticas Públicas, 13(26), 147-180.

FERREIRA, C. A. A. (2018). **Racismo: uma questão de saúde pública e de gestão na perspectiva de gênero**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 7(2), 143-156.

FERREIRA, J. (2017). **A constituição de uma política de saúde para a população negra no sistema de saúde brasileiro**. Revista Contraponto, 4(2), 103-122.

FIGUEREDO, D. S. (2018). **Promoção da saúde e sua articulação com os determinantes sociais no contexto da atenção primária**. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem), Universidade federal de Santa Catarina.

FLORÊNCIO, R. S., & MOREIRA, T. M. M. (2021). **Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social**. Acta Paulista de Enfermagem, 34, eAPE00353.

FONSECA, A. C. T., PASSOS, J., MENDONÇA, M., PAULA, P., RODRIGUES, S., OLIVEIRA, R., ... & FRANCO, L. L. (2019). **Determinantes sociais: conceito e ação sobre promoção de saúde-revisão sistêmica**. Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia, 7(1), 211-219.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., & TURATO, E. R. (2008). **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cadernos de saúde pública, 24, 17-27.

GALVÃO, A. L. M., OLIVEIRA, E., GERMANI, A. C. C. G., & LUIZ, O. D. C. (2021). **Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo**. Saúde Soc, e200743-e200743.

GANCIA, B. (2007). **Cultura de bacilos**. São Paulo: Folha de São Paulo, Caderno cotidiano.

- GARCIA, L. M. T., MAIO, I. G., SANTOS, T. I. D., FOLHA, C. B. D. J. C., & WATANABE, H. A. W. (2014). **Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências**. Saúde em Debate, 38, 966-980.
- GIOVANELLA L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., NORONHA, J.C., CARVALHO, A.I. (2007). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- GODINHO, R. D. O. (2009). **Normas e redistribuição: um estudo sobre condicionantes internacionais das políticas de combate ao racismo no Brasil**. Revista Brasileira de Política Internacional, 52, 71-88.
- GOUVEIA, M., & ZANELLO, V. (2019). **Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras**. Psicologia em Estudo, 24, e42738.
- GUIMARÃES, A. S. A. (1996). **Cor, classe e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 1960**. In: M. C., Maio, & R. V., Santos. (org.). Raça, ciência e sociedade (pp.143-157). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GUIMARÃES, F. R., & NEWTON, P. C. D. C. (2017). **Dizer-Se Parda, Para Não Se Dizer Negra: Autodeclaração Entre Trabalhadoras Domésticas Sindicalizadas E Não Sindicalizadas Do Brasil**. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, 3(2), 128-143. História, memória e ressentimento: revisitando a trajetória de exclusão da população negra no Brasil. RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade, 6,
- IGNÁCIO, M. V. M., & MATTOS, R. A. D. (2020). **O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão**. Saúde em Debate, 43, 66-78.
- JARDIM, P. M., & JARDIM, K. S. S. (2020). **Modelo biopsicossocial: uma questão teórica ou epistemológica?** Revista CIF Brasil, 12(2), 1-7.
- JESUS, V. (2020). **Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental**. Saúde e Sociedade, 29(2), e180519-e180519.
- JOMAR, R. T., ABREU, Â. M. M., & GRIEP, R. H. (2014). **Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à estratégia Saúde da Família**. Escola Anna Nery, 18, 96-100.
- JUNIOR, L. S. D. M. S., & MIRANDA, L. S. (2004). **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), 15-16.
- KALCKMANN, S., SANTOS, C. G. D., BATISTA, L. E., & CRUZ, V. M. D. (2007). **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?** Saúde e sociedade, 16, 146-155.
- KILOMBA, G. (2019). **Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano**. Lisboa: Orfeu Negro.

LAGES, S. R. C. (2012). **Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública**. *Psicologia argumento*, 30(69), 401-410.

LAGES, S. R. C., SILVA, A. M. D., SILVA, D. P. D., DAMAS, J. M., & JESUS, M. A. D. (2017). **O preconceito racial como determinante social da saúde-a invisibilidade da anemia falciforme**. *Geraias: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 109-122.

LEITE, M. J. S. (2017). **Tráfico atlântico, escravidão e resistência no Brasil**. *Sankofa (São Paulo)*, 10(19), 64-82.

LIMA, K. D. D., PIMENTEL, C., & LYRA, T. M. (2021). **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4909-4918.

LIMA, M. (2013). **A trajetória do negro no brasil e a importância da cultura afro**. Monografia (Graduação). Paraná. Monografia (graduação). Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

LIMA, P. V. S. F., OLIVEIRA, K. A., & SANTOS, D. L. R. (2016). **Aspectos gerais da saúde dos escravos no Brasil: revisão de literatura**. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (1), 471-489.

LOCKE, A., & BUDDS, K. (2020). **Applying critical discursive psychology to health psychology research: a practical guide**. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 234-247.

LOPES, A., TRIANI, F. D. S., CHAVES, S. F., & COLUMÁ, J. F. (2017). **Estudos brasileiros sobre capoeira: uma análise das contribuições científicas**. *Revista De Estudos Afro-Americanos*, 6(1), 70-86.

LOPES, F. (2005). **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: L. E. Batista, & S. Kalckmann, Suzana. *Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo*. Brasília: Convênio FUNASA/MS e UNESCO.

LUNA, L. (1968). **O negro na luta contra a escravidão**. Rio de Janeiro: Leitura.

MACEDO, S. D. T. (1974). **Crônica do negro no Brasil**. Rio de Janeiro: Record.

MACIEL, E. S., SILVA, B. K. R., SCHOTT, E., DE ALMEIDA KATO, H. C., QUARESMA, F. P. R., DOS SANTOS FIGUEIREDO, F. W., & ADAMI, F. (2021). **Insegurança alimentar em comunidades quilombolas: um estudo transversal**. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 28, e021017-e021017.

MALTA, D. C., MOURA, L. D., & BERNAL, R. T. I. (2015). **Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 713-725.

MARQUES, S. (2017). **O Outro: de 'besta' a 'bestial'. Reflexões em torno da diferença e da representação.** Revista Mulemba, 9(16), 86-102.

MARQUESE, R. D. B. (2019). **Visualidade e administração do trabalho escravo nas fazendas de café e engenhos de açúcar de Brasil e Cuba. c. 1840 - 1880.** Estudos Históricos (Rio de Janeiro), 32, 143-170.

MARTINS, T. V., LIMA, T. J. S. D., & SANTOS, W. S. (2020). **O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras.** Ciência & Saúde Coletiva, 25, 2793-2802.

MATOS, C. C. D. S. A., & TOURINHO, F. S. V. (2018). **Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1-12.

MATTOS, R. A. (2007). **História e cultura afro-brasileira.** São Paulo: Contexto.

MENDONÇA, E. M., & LANZA, F. M. (2021). **Conceito de saúde e intersectorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde.** Revista Psicologia e Saúde, 13(2), 155-164.

Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; Ministério da Saúde; 2000. 44 p.

MIRANDA, A. P. M. D., SOUZA, R. R. D., & ALMEIDA, R. R. D. (2021). **“Eu escrevo o quê, professor (a)?”: notas sobre os sentidos da classificação racial (auto e hetero) em políticas de ações afirmativas.** Revista de Antropologia, 63 (3), e178854.

NAHAS, M.V. (2001). **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Editora Midiograf.

NASCIMENTO, S. S. (2018). **Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção em raça, gênero e classe.** Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades, (243), 91-103.

NISIDA, V. C., & CAVALCANTE, L. A. (2020). **Racismo e impactos da COVID-19 na população da cidade de São Paulo.** Revista Brasileira de Direito Urbanístico| RBDU, 151-174.

NOBRE, F. A. P., RODRIGUES, M. K. S., COSTA, R. M. A., SILVA, M. B., ROMÃO, C. M. D. S. B., NASCIMENTO, C. C. C., ... & COLLAÇO, L. P. B. (2020). **A construção histórica da política nacional de saúde integral da população negra como forma de luta e democracia social.** Brazilian Journal of Health Review, 3(5), 13130-13133.

NOSSA, P. (2017). **Saúde, responsabilidade e governança: o papel do Estado e os desafios neoliberais.** Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, 8, 895-904.

OLIVEIRA, D. R., MAGNAVITA, P., & DE OLIVEIRA, F. S. (2017). **Aspectos sociocognitivos como eventos estressantes na saúde mental em grupos étnicos e minoritários no Brasil**. Summa Psicológica UST, 14(1), 43-55.

OLIVEIRA, F. (2003). **A saúde da população negra no Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde. Oliveira, F. (2004). Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estudos Avançados, 18, 57-60.

OLIVEIRA, M., & FIGUEIREDO, N. D. (2004). **Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil**. In: F., Lopes, (org.). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa.

OLIVEIRA, S. V., & ODA, A. M. G. R. (2008). **O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão**. História, ciências, saúde Manguinhos, 15, 371-388.

OMS. Organização Mundial de Saúde. (1946). Constituição da OMS. New York: World Health Organization.

PATIÑO, R. A., & FARIA, L. (2019). **Práticas de exclusión social: reflexiones teóricas y epistemológicas alrededor de un campo de estudios**. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 10(2), 426-444.

PEREIRA, É. F., TEIXEIRA, C. S., & SANTOS, A. D. (2012). **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação**. Revista brasileira de educação física e esporte, 26, 241-250.

PEREIRA, J. B., & D. O. SOUZA. (2017). **A recente produção teórica em torno dos determinantes sociais da saúde**. IN M. J. G. PAIVA, M. M. F. LIMA, V. F. PINHEIRO (Orgs.). Capitalismo, Trabalho e Política Social (vol. 2). São Paulo: Editora Blucher.

PEREIRA, N. D., CASTRO, M. D., FIGUEIRA, H. M., & NOVAS, K. R. (2020). **Saúde da população negra frente à COVID-19: desafios e vulnerabilidades**. Revista Transformar, 14(2), 145-162.

PETTRES, A. A., & ROS, M. A. (2018). **A determinação social da saúde e a promoção da saúde**. Arquivos Catarinenses de Medicina, 47(3), 183-196.

PIMENTA, T. S., & GOMES, F. (2016). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil** (Orgs.). Editora Outras Letras: Rio de Janeiro.

PORTAL G1, (2020). **Protestos contra a morte de George Floyd pelo mundo nesta sexta-feira**. Rio de Janeiro, 06 de Mai. Retirado de <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/06/05/protestos-contr-a-morte-de-george-floyd-pelo-mundo-nesta-sexta-feira-5-fotos.ghtml>

PORTAL G1. (2021). **Imprensa internacional destaca operação policial que deixou 25 mortos no Jacarezinho**. Portal G1, Rio de Janeiro. 06 de Mai de 2021.

Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/05/06/imprensa-internacional-destaca-operacao-policial-que-deixou-25-mortos-no-jacarezinho.ghtml>> Acesso: 10 de Mai de 2021.

QUADROS, A., LEMES, T. S., FERNANDES, M. T. C., & PAUNGARTNER, L. M. (2020). **Racismo institucional: uma revisão integrativa sobre a saúde da população negra**. Brazilian Journal of Development, 6(10), 81483-81492.

QUEIROZ, S.R.R. (1987). **Escravidão negra no Brasil**. São Paulo: Ed. Ática.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das letras. 2018.

ROCHA, P. R. D., & DAVID, H. M. S. L. (2015). **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49, 129-135.

RODRIGUES, M. P. (2021). **Iniquidades Raciais em Saúde no Brasil: uma revisão Integrativa Racial**. Inequities Health in Brazil: anintegrativerewiew. Revista de Trabalhos Acadêmicos da FAM, 6(1), 1-26.

RODRIGUES, T. M., & SCHNEIDER, M. (2020). **Cinco estratégias de participação política do movimento de democratização da mídia na Nova República**. Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação, 43, 189-204.

ROSA, L. G. F. D., & ARAUJO, M. S. (2020). **Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana**. Aletheia, 53(1), 109-120.

ROSA, L. G. F. D., & ARAUJO, M. S. (2020). **Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana**. Aletheia, 53(1), 109-120.

SABROZA, P. C. (2004). **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde pública Sérgio Arouca.

SALES, O. P., VIEIRA, A. F. B., MARTINS, A. M., GARCIA, L. G., & FERREIRA, R. K. A. (2019). **O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história**. Humanidades & Inovação, 6(17), 54-65.

SANTOS, A. C. H., & NETTO, T. L. B. (2020). **Qual a sua cor? (re)construção de subjetividades negras através de políticas afirmativas**. Repecult-Revista Ensaios e Pesquisas em Educação e Cultura, 5(9), 30-44.

SANTOS, B. S. (2006). **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez.

SANTOS, G. D. C., & RICCI, É. C. (2020). **Saúde mental da população negra: relato de uma relação terapêutica entre sujeitos marcados pelo racismo**. Revista de Psicologia da UNESP, 19(SPE), 220-241.

SANTOS, M. A. L., SANTOS, L., & SANTOS, J. S. C. (2021). **Ensino de História para a (re) educação das relações raciais: processo de significação e produção de sentidos na Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. *História & Ensino*, 27(1), 123-149.

TEIXEIRA, J. B. C. (2021). **Saúde da população negra no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão narrativa**. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 2306-2320.

SAWAIA, B. (2001). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada.

SCHENKEL, M. A. (2017). **O papel da política de saúde sobre as desigualdades nas regiões do Brasil**. *Guaju*, 3(2), 104-121.

SEGRE, M., & FERRAZ, F. C. (1997). **O conceito de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.

SILVA, A. H., & FOSSÁ, M. I. T. (2015). **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos**. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1), 1-14.

SILVA, A. P., & COSTA, E. M. (2019). **O currículo escolar e as relações étnico-raciais: entre desafios e perspectivas na educação infantil**. *Revista Exitus*, 9(5), 190-214.

SILVA, B. D. M. A., SILVEIRA, V. N. C., PADILHA, L. L., & FROTA, M. T. B. A. (2020). **Situação de insegurança alimentar e nutricional em famílias quilombolas maranhenses**. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 15, 43636.

SILVA, E. M. (2018). **Herança da escravidão: Da naturalização do racismo institucional ao genocídio da população negra**. *Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul*, (21), 91-124.

SILVA, F. L., SILVA, T. P., & DA COSTA, A. F. G. (2019). **A abordagem das relações étnico-raciais no currículo escolar: Uma Retrospectiva ao longo de três gerações**. *Formação@ Docente*, 11(2), 94-119.

SILVA, M. J. D. S., SCHRAIBER, L. B., & MOTA, A. (2019). **O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290102.

SILVA, M. L. (2005). **Racismo e os efeitos na saúde mental**. In: L. E. Batista, S. Kalckmann (Orgs.). *Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo* (pp.129-132). São Paulo, SP: Instituto de Saúde.

SILVA, R.M.C. (2013). **História dos trabalhadores negros no Brasil e desigualdade racial**. Universidade de Brasília.

SOARES, F. B. P., & MACEDO, J. P. S. (2020). **Intersecções entre psicologia da saúde e saúde coletiva: uma revisão integrativa**. Revista Psicologia e Saúde, 12(1), 33-47.

SOUSA, G. P. (2020). **Whigs e tories e o debate britânico para supressão do tráfico atlântico de escravos 1839-1845**. Revista de História Comparada, 14(1), 63-93.

SOUZA OLIVEIRA, R. M. S., & NASCIMENTO, M. C. (2018). **Psicologia e relações raciais: sobre apagamentos e visibilidades**. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), 10(24), 216-240.

SOUZA, D. D. O. (2020). **O caráter ontológico da determinação social da saúde**. Serviço Social & Sociedade, 174-191.

SOUZA, J. (2017). **A elite do atraso: da escravidão à lava jato**. Rio de Janeiro: Editora Leya.

SOUZA, L. N. (2018). **África Centro-ocidental e os interesses coloniais: conflitos e negociações pelo tráfico de escravizados, séculos XVI e XVII**. História Unicap, 5(9), 226-240.

SOUZA, N. S. (2021). Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.

STEPHENS, C. (2009). **Racism and inequalities in health: notes towards an agenda for critical health psychology**. Journal of health psychology, 14(5), 655-659.

TAVARES, N. O., OLIVEIRA, L. V., & LAGES, S. R. C. (2013). **A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública**. Saúde em Debate, 37, 580-587.

TEIXEIRA, J. A. C. (2004). **Psicologia da saúde**. Análise psicológica, 22(3), 441-448.

TEIXEIRA, J. A. C. (2008). **Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista**. Análise Psicológica, 26(2), 335-345.

TEIXEIRA, J. A. C. (2008). **Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista**. Análise Psicológica, 26(2), 335-345.

TEIXEIRA, M. C. T. V., ALCKMIN-CARVALHO, F., EMERIC, D. R., CEVALLOS, P. V., & DE PAULA, C. S. (2017). **Indicadores de atraso no desenvolvimento em crianças de creche advindas de famílias de baixa renda**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 17(3), 1042-1062.

THEODORO, M. (2008). **A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil**. In: M. Theodoro (Org.). As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição (pp.19-47). Brasília: Ipea.

TOMMASELLI, G. C. G. (2020). **Necropolítica, racismo e Governo Bolsonaro**. Caderno Prudentino de Geografia, 4(42), 179-199.

VIANA, M. D. R. (2019). **Decolonizando afetos: A presença do colonialismo na construção de afetos da população negra e a decolonialidade do ser**. Revista Eletronica Gestão & Saúde, 5(1), 69-84.

VIEGAS, D. P., & VARGA, I. V. D. (2016). **Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil**. Saúde e Sociedade, 25,619-630.

VINUTO, J. (2014). **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, 22(44), 203-220.

WERNECK, J. (2005). **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido**. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa.

WERNECK, J. (2016). **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, 25, 535-549.

WILLIAMS, D. R., & PRIEST, N. (2015). **Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional**. Sociologias, 17, 124-174.

APÊNDICES**APÊNDICE A: Formulário Sociodemográfico****DADOS PESSOAIS**

Idade: _____ anos.

Nível de Escolaridade: _____

Estado Civil: Solteira Casada
Divorciada Viúva Outros

Quantos Filhos você tem? _____

Renda Familiar: Menos de 1 salário mínimo De 1 a 3 salários mínimos
De 3 a 5 salários mínimos Acima de 5 salários mínimos

Religião: Sim Não

Qual: _____

A sua cor ou raça é:

Branca Preta
Amarela Parda
Indígena

APÊNDICE B: Entrevista semi-estruturada

- 1) O que é saúde para você?
- 2) Você se considera uma pessoa saudável?
- 3) Você considera que fatores sociais podem influenciar na saúde? Quais seriam esses fatores?
- 4) Quais recursos você utiliza para se manter saudável?
- 5) Existem situações que lhe impeçam de cuidar da sua saúde? Quais?
- 6) Ao frequentar instituições públicas de saúde, você já foi vítima de racismo? Se sim, descreva o evento?
- 7) Como você avalia sua saúde mental?

APÊNDICE C: Termo de consentimento livre esclarecido-TCLE

Prezado(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA”, que está sendo desenvolvida sob a orientação e responsabilidade da professora D.a Railda Sabino Fernandes Alves em conjunto com a aluna Mayara Monique de Almeida Santos, orientanda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (UEPB), nível Mestrado. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará. Nos responsabilizamos em cumprir as exigências contidas de acordo com a Resolução CNS n.º 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo tem como objetivo principal enunciar a autopercepção de saúde da população negra na cidade de João Pessoa através do relato de experiência dos entrevistados, levantando reflexões sobre os resultantes desse processo na vida dos envolvidos. Temos com os objetivos específicos a necessidade de identificar o que os negros entendem por saúde; Descrever os Determinantes Sociais de Saúde da população negra e analisar quais recursos a população negra utiliza para se manter saudável. Justifica-se esse trabalho pela necessidade de verificar como se dá hoje, dentro do cenário racista em que se estabelece o país há anos, os cuidados em saúde da população negra, e ainda pela necessidade de pesquisas científicas voltadas a essa população, para que se possa promover espaços de transformação sociopolítica. Existe pouca literatura na área, e ainda, poucos dos escritos existentes são de pessoas negras falando sobre pessoas negras. Portanto, nesse estudo a visibilidade negra importa para que se provoque mudanças no contexto social e de saúde dessa população.

Este estudo será realizado utilizando o critério de saturação da amostra com pessoas que aceitem participar voluntariamente do mesmo e que assinem o termo de consentimento. Sua participação neste estudo consiste em responder a um questionário sócio demográfico, contendo questões referentes a sexo, idade, religião, identidade racial e formação. E uma entrevista semiestruturada contendo sete questões elaborados pelas pesquisadoras à luz dos objetivos deste estudo, que serão aplicados individualmente. A pesquisa será realizada através de chamadas telefônicas ou por chamadas de vídeo. Devido ao status pandêmico por COVID-19, cujas medidas preventivas incluem distanciamento social, fica impossibilitada a realização da pesquisa presencialmente, a mesma será previamente agendada, de acordo com o melhor dia e horário indicado pelo participante. Os dados coletados por meio do questionário sociodemográfico serão analisados através do pacote estatístico SPSS, em sua versão 20.0, utilizando a estatística descritiva. Os dados coletados pelas questões abertas serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010).

São previstos riscos mínimos com sua participação neste estudo, uma vez que a mesma consistirá apenas em responder a dois questionários, entretanto, respeitando-se os preceitos éticos e a subjetividade das questões, caso você venha a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. **Em caso de cansaço ou evocação de sentimentos, a entrevista poderá ser interrompida e reagendada para outro dia em horário conveniente.** A coleta de dados será

realizada exclusivamente pela aluna pesquisadora, que está sob supervisão da pesquisadora responsável. As pesquisadoras tomarão os devidos cuidados para que suas respostas não sejam identificadas, elas serão mantidas em sigilo, **os questionários serão depositados em envelope único para garantir que não haverá identificação dos mesmos, evitando qualquer constrangimento ou desconforto em relação às respostas emitidas, garantindo o sigilo e o anonimato de suas respostas que serão classificadas através de pseudônimos.**

Apesar da existência de riscos mínimos, os benefícios proporcionados serão superiores. Como benefícios advindos do presente estudo, podemos enumerar: Como benefícios advindos do presente estudo, podemos enumerar: o despertar do olhar da sociedade em relação às implicações decorrentes da escravidão e do racismo, fomentando uma discussão acerca da desmitificação do processo de saúde da população negra, trazendo à tona a percepção daqueles que vivenciam os efeitos do racismo nos cuidados em saúde, trazendo uma visão mais subjetiva; assim como este estudo contribuirá para a fomentação de mais discussões a respeito desta temática tão importante, servindo também como mola propulsora para outras pesquisas.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a pesquisadora Mayara Monique de Almeida Santos, através do telefone (83 996485287) ou através do e-mail: mayaramonique@outlook.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as pesquisadoras, nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas ocasiões, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa, pela aluna pesquisadora e pela pesquisadora responsável. Você receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Não é previsto que você tenha nenhuma despesa na participação nesta pesquisa ou em virtude da mesma, todavia, caso você venha a ter qualquer despesa em decorrência de sua contribuição neste estudo, será plenamente ressarcido.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você

pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, D.a Railda Sabino Fernandes Alves ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Consentimento

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA” após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Aluna Pesquisadora

APÊNDICE D: Termo de autorização para gravação de voz (TAGV)

Eu, _____, depois de entender que a pesquisa tem como objetivo principal enunciar a autopercepção de saúde da população negra na cidade de João Pessoa através do relato de experiência dos entrevistados, levantando reflexões sobre os resultantes desse processo na vida dos envolvidos e como objetivos específicos a necessidade de identificar o que os negros entendem por saúde; Descrever os Determinantes Sociais de Saúde da população negra e analisar quais recursos a população negra utiliza para se manter saudável. Compreendo que na pesquisa intitulada AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA são previstos riscos mínimos com minha participação neste estudo, uma vez que a mesma consistirá apenas em responder a dois questionários, respeitando-se os preceitos éticos e a subjetividade das questões, caso venha a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. Em caso de cansaço ou evocação de sentimentos, a entrevista poderá ser interrompida e reagendada para outro dia em horário conveniente. E entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Mayara Monique de Almeida Santos e Railda Sabino Fernandes Alves a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. As pesquisadoras tomarão os devidos cuidados para que minhas respostas não sejam identificadas, elas serão mantidas em sigilo, **o questionário será depositado em envelope único para garantir que não haverá identificação, evitando qualquer constrangimento ou desconforto em relação às respostas emitidas, garantindo o sigilo e o anonimato de minhas respostas que serão classificadas através de pseudônimos.**

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros

eventos dessa natureza;

3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Mayara Monique de Almeida Santos, e após esse período, serão destruídos e,

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a pesquisadora Mayara Monique de Almeida Santos, através do telefone (83 996485287) ou através do e-mail: mayaramonique@outlook.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

João Pessoa, ___/___/_____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE E: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Eu, **MAYARA MONIQUE DE ALMEIDA SANTOS**, pesquisadora, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) portadora do RG 3918543 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

João Pessoa, 21 de maio de 2020

**Pesquisador
Responsável**

Assinatura do(a) Pesquisador responsável Orientador(a)
