

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c05>

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO NEGRA

**Beatriz de Souza Lima<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1958-829X

**Maria Augusta Raymundo Luis Antonio<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-8917-0051

**Bruno Pereira da Silva<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-5825-7402

**Eduardo Sodré de Souza<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0002-9698-028X

<sup>I</sup>Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup>Câmara Municipal de Araraquara.  
Araraquara, São Paulo, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Acre.  
Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

<sup>IV</sup>Universidade Anhembi Morumbi.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Beatriz de Souza Lima  
[biaslima3@gmail.com](mailto:biaslima3@gmail.com)



**Como citar:**

Lima BS, Antonio MARL, Silva BP, Souza ES. Cuidados de Enfermagem à População Negra. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES, (Orgs). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 40-54 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

Revisora: Profa. Dra. Alva Helena de Almeida.  
São Paulo, São Paulo, Brasil.

### INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde adverte: o racismo faz mal à Saúde!<sup>(1)</sup>. Essa exclamação presente no documento Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2016, cuja temática central era Saúde da população negra, reconhece os efeitos deletérios do racismo na saúde de pessoas negras.

Segundo o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra corresponde ao “conjunto de pessoas que se autodeclaram **pretas e pardas**, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)” e que somam, no Brasil, mais de 56% da população brasileira<sup>(2-3)</sup>.

É fundamental compreender que o fato de pessoas pretas e pardas compartilharem semelhanças em relação aos impactos do racismo, quando comparadas às pessoas brancas, justifica a junção das pessoas pardas no grupo de pessoas negras<sup>(1)</sup>.

Vale destacar ainda que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2018<sup>(2)</sup> indicou aumento dos percentuais de autodeclaração de pessoas negras nos últimos anos, com destaque para o grupo de pessoas pretas.

Tal cenário, embora indique mudanças, ainda exige uma radicalidade na compreensão da negritude, bem como no enfrentamento ao racismo, entendido como um sistema opressor organizado que atua em diferentes níveis perpassando “individualidades, vontades ou opiniões, fixando-se internamente aos mecanismos de sociabilidade e grupalização”, atualizando-se<sup>(4)</sup>.

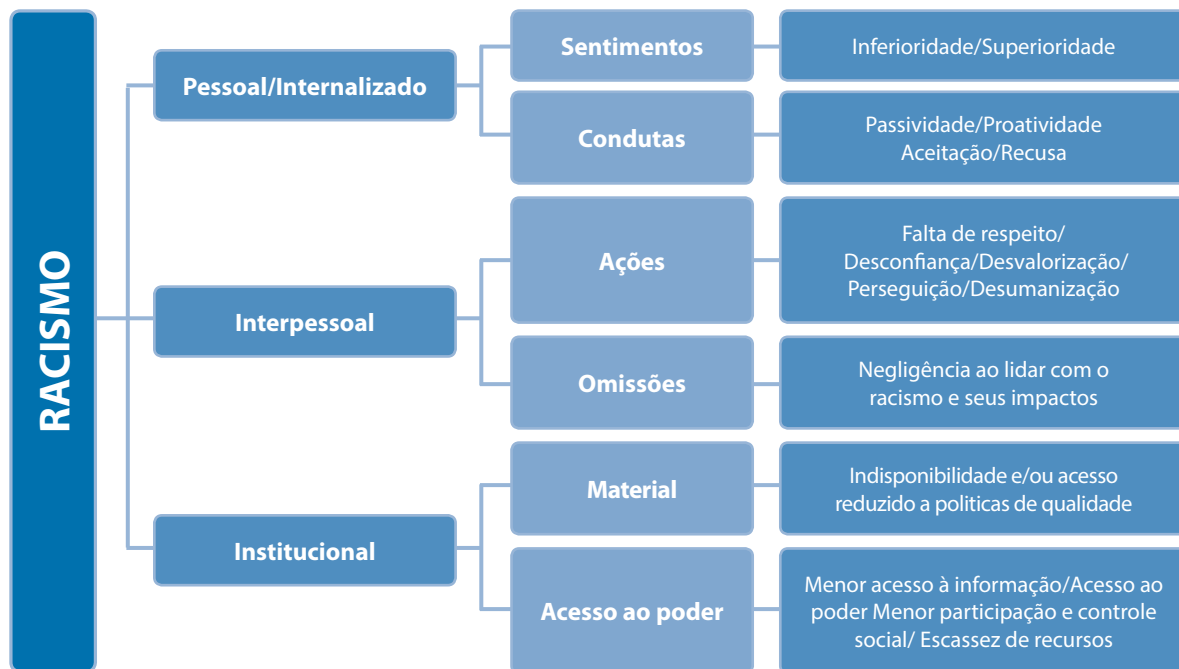
Dito de outra forma, a estratégia de poder, presente nos diferentes espaços e relações sociais e que resulta no subjugo de algumas pessoas (negras) em detrimento de outras (não negras), deve ser compreendida em suas diversas manifestações, das mais sutis até as mais explícitas. Esse é um dos motivos do menor acesso da população negra aos serviços e recursos em saúde e, conseqüentemente, piores quadros, em comparação com a população branca, no que se refere aos índices de morbimortalidade.



Segundo Werneck<sup>(5)</sup>, o racismo tem efeitos deletérios sobre a saúde da população negra ao naturalizar a inferiorização pela diferença e impor uma assistência em saúde desigual. Além disso, por sua abrangência e seu potencial discriminatório, ele penetra diferentes níveis da vida humana, promovendo a destituição dos direitos civis dessa população.

Por isso, uma atuação profissional que não se apropria da compreensão desse sistema assenta sua prática em um campo político-ideológico que reproduz a desvalorização da vida.

Nesse sentido, dedicaremos algumas linhas para apresentar as dimensões do racismo propostas por Jones (2002) e citadas por Werneck<sup>(5)</sup>, cujo modelo nos ajuda a compreender os aspectos pessoais, interpessoais e institucionais do racismo (Figura 1).



**Figura 1:** Modelo proposto por Jones, adaptado por Werneck<sup>(5)</sup>

Essas três dimensões do racismo, Werneck<sup>(5)</sup> adverte, interagem entre si na produção dos efeitos individuais e coletivos, não exclusivos às vítimas do racismo, e participam de processos e políticas institucionais.

Conforme é apresentado na figura, a perspectiva pessoal ou internalizada do racismo corresponde a sentimentos e condutas introjetados, cuja postura de aceitação dos padrões racistas é incorporada e naturalizada pelas pessoas que sofrem seus efeitos<sup>(5)</sup>.

A dimensão interpessoal refere-se às ações ou omissões que traduzem preconceitos ou discriminação por meio de condutas intencionais ou não entre as pessoas<sup>(5)</sup>.

Por último, a dimensão institucional do racismo, ou racismo sistêmico, contempla aspectos materiais e de acesso ao poder, culminando em tratamento e resultado desiguais. É uma forma estrutural do racismo, cujas organizações, políticas, práticas e normas promovem uma espécie de “exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos”<sup>(5)</sup>.

Considerando que a população negra é a que mais acumula piores índices de saúde, educação, saneamento básico e acesso aos bens e serviços públicos para satisfação das suas necessidades<sup>(1)</sup>, cabe à enfermagem o uso de suas atribuições para a redução das assimetrias em saúde com vistas à concretização do cuidado sob uma perspectiva ética.



O racismo é um fenômeno cuja dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas da sociedade. Os significados que ele reproduz incidem sobre o tratamento dado aos grupos raciais, influenciando os acessos e as oportunidades. Dessa forma, o racismo cria e/ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades<sup>(1)</sup>.

O racismo, como um dos elementos constituintes da complexidade e dinamicidade que determinam o processo saúde e doença convoca profissionais de saúde a uma abordagem que transcenda as barreiras do paradigma biomédico e caminhe, de forma crítica e reflexiva, na direção de uma prática fundamentada em evidências científicas e contextuais sobre a saúde e vida da população negra.

Isso implica considerar que as diferentes vulnerabilidades que são impostas a essas pessoas são produções de um sistema excludente e opressor sobre o qual a enfermagem tem um papel relevante, sobretudo se atuar no planejamento de ações programáticas que respeitem as diferenças e contemplem a compreensão dos efeitos do racismo articulado às interseções entre classe, gênero, região, deficiências, religião, geração, entre outras categorias que são coparticipantes desse sistema de produção da vulnerabilidade programática.

Nesse sentido, para uma atuação resolutiva de enfermagem, defendemos que são necessários aprofundamentos sobre as dimensões do racismo e como ele se estrutura, manifesta e permeia as relações pessoais (corpos e subjetividades) e coletivas. Isso implica perceber práticas do racismo na execução e planejamento dos processos de trabalho, os quais não estão isentos desse fenômeno construído social e historicamente.

Sendo assim, este capítulo visa oferecer subsídios históricos, teóricos e práticos com algumas categorias operacionais para que a/o enfermeira/o possa ter recursos e instrumentos para uma atuação profissional que reduza as iniquidades em saúde da população negra.

## PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O processo de racialização dá-se nas relações intersubjetivas em que grupos sociais cujas experiências são entendidas como hegemônicas e, portanto, normalizadas, constroem a/o Outra/o. Com isso, as subjetividades racializadas, desumaniza e objetifica as pessoas negras, representando-as como não existências legítimas ou, ainda, àquelas não dignas de ser amadas. Tal fato resulta em tensionamentos, uma vez que essas pessoas são levadas a conviverem num constante apagamento de si<sup>(6-9)</sup>.

Esse apagamento de si denuncia uma situação de desqualificação da existência humana de pessoas pretas e pardas, representada pelo racismo, definido por Lopes<sup>(10)</sup> como:

[...] um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões “desviantes”, que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente atitudes que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

O contorno inexorável dessas relações, resultado dos três séculos de escravização negra africana, ainda está presente nas condições de cuidado em saúde da população negra, por isso a feitura deste texto é um compromisso em “contar a história que a história não conta”, pois sendo a linguagem um complexo sistema de apreensão de realidades a partir do qual se faz a leitura de si e do entorno para produção do discurso e, por conseguinte, do poder, é preciso apreender a advertência de Lélia Gonzalez: “Agora o lixo vai falar e numa boa”<sup>(11)</sup>, pois urge nomear as/os silenciadas/os e dialogar com as ausências impingidas pelo racismo para romper com as interdições comuns à colonialidade<sup>(9,12)</sup>.

1 O verso mencionado no texto integra a composição do samba enredo da Estação Primeira de Mangueira, que se sagrou campeã de carnaval de 2018.



No percurso histórico da saúde da população negra no Brasil, temos o registro de trânsito Atlântico como uma referência da desterritorialização forçada de negras e negros. Em *O Dicionário da escravidão*, Soares<sup>(13)</sup> menciona, de acordo com as estatísticas da época, que 10% dos escravos africanos levados por navios para o Rio de Janeiro morriam na travessia ou pouco após o desembarque (a maioria na segunda modalidade), revelando como era alta a taxa de mortalidade no local. No que hoje conhecemos por Pequena África<sup>2</sup>, localizado no centro do município fluminense, tivemos entre os séculos XVII e XVIII um período de maior fluxo de chegada de milhares de pessoas escravizadas, fato que marca as primeiras impressões relacionadas ao cuidado em saúde desse contingente entendido como mercadoria.

Para Soares<sup>(13)</sup>, essas pessoas, quando mortas, eram enterradas no Cemitério dos Pretos Novos da Gamboa, ou cemitério do Valongo (hoje Instituto Pretos Novos). Na realidade, tal local não chegou a ser um cemitério, mas sim uma imensa vala, onde os corpos dos cativos eram jogados.

No limite, podemos apreender que a condição de saúde dessas pessoas escravizadas estava relacionada ao mercado colonial e os cuidados despendidos eram apenas para o sucesso na venda e compra de corpos-mercadorias.

Contudo, a ressignificação das sistemáticas opressões impingidas à população negra pode ser encontrada nas tecnologias de reexistência, ou seja, os quilombos e seu desdobramento cognitivo-afetivo, o que Abdias do Nascimento<sup>(14)</sup> denominou quilombismo<sup>3</sup>. No campo da saúde e seus cuidados correlatos, o cotidiano das benzedeadas, bem como das comunidades de terreiro, são exemplos dessas tecnologias<sup>(15)</sup>. Outrossim, Ivair Santos<sup>(16)</sup> reforça a importância de reconhecer nesse período que, mesmo na ausência forçada de uma comunidade negra organizada, existia um sentimento, ainda que difuso, de identidade negra. Esse sentimento acompanhou a expansão da cidadania da população negra.

Já no século XVIII, temos registros de organizações da comunidade negra muito diversificadas, o que Petrônio Domingues<sup>(17)</sup> denomina Associativismo negro. Algumas dessas organizações sobreviveram à abolição, como é o caso das irmandades religiosas negras, com destaque para a Irmandade de Nossa Senhora do Rosário.

Vale destacar ainda os movimentos organizados do século XX, como a Frente Negra Brasileira, criada na década de 1920, e o Movimento Negro Unificado, cuja criação deu-se no período da ditadura militar no ano de 1978, num ato celebrado na praça da Sé, na cidade de São Paulo<sup>(18)</sup>.

Seguindo a estruturação temporal estabelecida pelas sociedades ocidentais, as teorias eugenistas que marcaram o século XIX pautaram as descobertas científicas no campo das Ciências naturais e biológicas, relacionando fenótipo a lugar social condicionante.

Seus efeitos ainda se mantiveram no século subsequente, podendo ser exemplificados pela não analgesia de mulheres negras no momento do parto, diagnóstico tardio de tumores benignos uterinos, culminando em exérese total e, conseqüentemente, infertilidade, além da ação nacional para esterilização forçada de mulheres negras na década de 1980<sup>(19)</sup>. Tais exemplos constataam que as Ciências da saúde não estão apartadas dos fenômenos sociais que perpetuam as desigualdades étnicas raciais.

Na sociedade brasileira, o fenômeno da racialização possui um verniz social em que o racismo é identificado como descolado dos seus múltiplos agentes promotores e perpetuadores; assim, sua sofisticação e atualização alcança todas as dimensões das relações intersubjetivas. O desafio na saúde se apresenta desde o acesso aos serviços até a formulação de políticas públicas, perpassando a revisão das práticas assistenciais direcionadas à população negra.

Para a intelectual Fernanda Lopes<sup>(20)</sup>, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento produz na população negra condições de vulnerabilidade. Com isso:

2 Para conhecer mais sobre a Pequena África, assista ao documentário *Pequena África* (2002), dirigido por Zózimo Bulbul.

3 Sugerimos a leitura da obra *O Quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista*, escrita por Abdias do Nascimento e publicada pela Editora Perspectiva: São Paulo; Ipeafro: Rio de Janeiro, 3ª edição revista, 2019.



[...] a inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em constante estado defensivo. Essa necessidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual). (p.63)

Isso posto, atuar nas condições de nascimento, vida e morte da população negra<sup>(20)</sup> exige a ruptura com as estruturas racistas que condicionam o olhar e a formulação das políticas públicas e programas de saúde, ainda que estejamos sob a égide de um sistema universal, integral e equânime.

Pensando sobre a cidadania da população negra, o pensador negro Milton Santos<sup>(21)</sup> constata:

O respeito ao indivíduo é a consagração da cidadania, pela qual uma lista de princípios gerais e abstratos se impõe como um corpo de direitos concretos individualizados. A cidadania é uma lei da sociedade que, sem distinção, atinge a todos e investe cada qual com a força de se ver respeitado contra a força, em qualquer circunstância. (p. 61)

A desconstrução sistêmica do racismo que atinge ironicamente todas as instituições sociais que compõem o Estado democrático de direito brasileiro, as relações e o constructo do Eu, no limite, a centralidade da racialização de subjetividades para entendermos o avesso da nossa história é a nossa aguda tarefa<sup>4</sup>.

A intelectual negra Sueli Carneiro, em *Escritos de uma vida*<sup>(19)</sup>, retoma que a violência racial brasileira tem uma caracterização mais sutil, mas não menos violenta, que consiste na sistemática criação e reprodução da desigualdade entre os grupos racializados, alcançando todos os aspectos da vida social.

A violência racial, tal como se manifesta no Brasil, não se restringe aos corpos de pessoas negras contados pelos institutos médico-legais; não se restringe à arbitrariedade e impunidade das agressões policiais contra pessoas negras tratadas *a priori* como suspeitas; não se restringe aos projetos de controle da natalidade da população negra. Essas ações expressam, na verdade, as formas-limites que o racismo e a discriminação atingem no Brasil<sup>(19)</sup>.

Por isso, na saúde este processo exige reconfigurar políticas públicas, serviços e educação profissional para um novo marco civilizatório, onde negras e negros sejam lidos e lidas como subjetividades consoantes à dignidade humana e ao cumprimento do Direito à vida. As primeiras inserções do tema nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal<sup>5</sup>, são da década de 80 e foram formuladas por ativistas do Movimento Negro e pesquisadores. Só, em 1995, o governo federal se ocupou do assunto, em resposta à Marcha Zumbi dos Palmares, cujas reivindicações resultaram na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para valorização da população negra/GTI e do subgrupo Saúde. Cabe destacar, nesse período, a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; a elaboração da Resolução n. 196/96, que introduz, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos e a primeira iniciativa oficial do Ministério da Saúde na definição de uma área específica para a saúde da população negra, resultado dos trabalhos desenvolvidos durante a mesa redonda sobre Saúde da População Negra, realizada em abril de 1996, em parceria com o GTI, cuja principal recomendação foi a implantação de uma política nacional de anemia falciforme<sup>(22)</sup>.

Compreender as formas-limites e seus desdobramentos conduzem ao atual movimento antirracista. Todavia, há disfarces para esse entendimento do avesso do mesmo lugar, o que nos leva a posição exusíaca<sup>6</sup> frente aos protagonistas representados pelo capital e/ou pela branquitude. É necessário pausa, reorganização e expansão.

4 Conheça uma excelente iniciativa a qual concede centralidade à racialização no debate democrático, a Coalização Negra por Direitos. Acesse: < <https://coalizaonegrapordireitos.org.br/>>.

5 O/A autor/a se refere ao estado de São Paulo e à cidade de São Paulo-SP.

6 Para conhecer mais sobre esse conceito cunhado pela escritora Cidinha da Silva, leia *Um Exu em Nova York* (2018) e *Exuzilhar* (2019).



## POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E O QUESITO RAÇA/COR: INSTRUMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços de saúde”<sup>(23)</sup>.

Nesse sentido, essa política reconhece o racismo, em suas dimensões pessoal, interpessoal e institucional, como constituinte da produção social de doenças da população negra, geradas e geradoras de desigualdades étnico-raciais e, conseqüentemente de maior vulnerabilidade em saúde.

Este processo de adoecimento desencadeado pelo racismo, a partir de uma perspectiva da Teoria da Produção Social do Processo Saúde e Doença, reconhece que no modo de produção e reprodução da vida em sociedade, ou seja, as formas de viver, se organizar, adoecer e morrer, estão diretamente atreladas ao contexto de desigualdades gerado pelo capitalismo<sup>(24)</sup>.

A complexidade e dinamicidade deste fenômeno devem ser conhecidas e apreendidas por profissionais e gestores/as que ofertam o cuidado visando a promoção da equidade. Esses/as profissionais devem estar munidas/os de conhecimento técnico-científico, competência e sensibilidade cultural para a produção e entrega de um cuidado efetivo e significativo com respeito às singularidades ancestrais e necessidades específicas de saúde desse grupo populacional.

Nesse sentido é preciso tomar conhecimento dos objetivos e diretrizes da PNSIPN, que se insere na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, destacando-se: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

Quanto ao quesito raça/cor, utilizado pelo IBGE<sup>(2)</sup> – branca, preta, parda, amarela e indígena –, aventadas pelo MS, são utilizadas nos sistemas de informação em saúde como indicadores da assistência nos serviços e balizadores para o desenho de políticas públicas.

Do ponto de vista teórico, é esperado que o quesito raça/cor componha as informações elementares para o cuidado integral e equânime. Na prática, observa-se a supressão dessas informações, o que gera um retrato limitado e pouco representativo da realidade nos serviços de saúde.

Em que pese a criação do SUS, no final de década de 80, e o fortalecimento das políticas da OMS em Durban, 2001, somente em 2010 é publicada uma política pública em saúde em âmbito nacional que considera as singularidades de pessoas negras<sup>(23,25)</sup>.

Essa política é produto da ressignificação do ser negro/negra, conquistada através de muita luta dos movimentos negros ao longo da historiografia brasileira. É a luta antirracista dentro do estado brasileiro no enfrentamento direto ao racismo institucional<sup>(26)</sup>.

Qual é a cor de quem cuida? É o que a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2013 numa parceria Fiocruz e COFEN apresenta para nós<sup>(27)</sup>: 57,9% (N=240.153) dos profissionais Enfermeiros/Enfermeiras, de um total de 414.712 mil, se autodeclararam de raça/cor branca. Pardos e pretos representam 31,3% (N=129.701) e 6% (N= 27.500), respectivamente, desses profissionais. Já entre os/as auxiliares e técnicos de enfermagem, essa porcentagem muda: de 1.389.823 milhões de profissionais de nível fundamental e médio, 44,5% (N= 619.042) e 12,9% (179.336) se autodeclararam pardos e pretos, respectivamente.

Nesse panorama, é urgente um olhar sobre a equipe de enfermagem para a compreensão dos impactos da racialização, haja vista que tal equipe é composta por profissionais de nível superior, médio e fundamental,





ou seja, os anos de estudos e nível de formação estão diretamente relacionados com a maior precarização de trabalho e os piores salários.

Esse mesmo contingente profissional, quando do exercício das suas funções, também racializa o corpo que recebe o cuidado, o que enseja a pergunta: qual corpo é digno de cuidado? Nesse sentido, o processo formativo deve incluir o letramento racial.

Recomenda-se fortemente a inclusão da PNSIPN na estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem e cursos de técnicos e auxiliares, visando uma formação que reconheça a diferença, mas não promova a desigualdade<sup>(28-29)</sup>.

## PANORAMA DAS DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA

O perfil epidemiológico da população negra é marcado por traços específicos que transcendem a sua determinação biológica. A vulnerabilidade provocada à saúde dessa população é determinada por complexas e múltiplas interações de fatores micro (redes comunitárias, famílias), macrosociais (aspectos econômicos, culturais, políticos e ambientais) e também individuais (idade, condição biológica do sexo, traços genéticos/hereditários) que resultam em índices exorbitantes de morbimortalidade precoce por causas evitáveis.

Durante o processo do cuidado em saúde, espera-se da equipe de enfermagem uma postura analítica capaz de compreender essas interações e atuar sobre elas de forma a efetivar ações que resultem em diminuição das iniquidades em saúde, consideradas como situações de adoecimentos e mortes “injustas e desnecessárias”<sup>(30)</sup>.

As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho e resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam (p.5)<sup>(4)</sup>.

O caráter político, social, histórico e cultural atribuído à enfermagem adverte para a assunção de papéis nos diferentes âmbitos do cuidado – assistência, educação, gestão e pesquisa – a fim de dar respostas satisfatórias às necessidades de saúde da população negra, fato que se consuma por meio da atuação sistemática sobre a complexidade da determinação social do processo saúde e doença. **os-DSS:**

O reconhecimento do racismo e discriminação como um dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS)<sup>(31)</sup>, pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais, embora resulte em importantes avanços, como a institucionalização de programas, políticas e outros documentos importantes na área da saúde da população negra, por sua limitação teórico, prática e epistemológica<sup>(24)</sup>, ainda não foi capaz de dar respostas efetivas e sustentáveis no que se refere à negligência em saúde que resulta em altos índices de morbimortalidade nesse grupo.

Em outras palavras, o reconhecimento dos avanços e conquistas não anula a necessidade de investimentos em ações e estratégias em saúde que revertam significativamente o número de mortes precoces ou àquelas evitáveis entre à população negra, o que inclui a formação de recursos humanos em saúde com competência técnico, científica e sensibilidade cultural.

Os adoecimentos, cada vez mais justificados pelas interações entres determinantes individuais, coletivos e estruturais, permanecem em números altos na população negra. Cabe, portanto, uma análise em saúde que transcenda a mera correlação de variáveis isoladas com eventos de morbimortalidade, prevista no escopo teórico dos DSS e caminhe na direção de uma compreensão mais aprofundada sobre as possíveis mediações entre uma realidade fragmentada e a totalidade social, tal como prevê a perspectiva teórica da Produção Social da Saúde<sup>(24)</sup>.

Sendo assim, no planejamento do cuidado, nas fases da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), é fundamental a inclusão de informações sobre os aspectos étnico-raciais, como elemento central, constituinte da produção de processo de adoecimento da população negra. Só assim será possível buscar por melhores resultados em saúde da mesma.



Tais conhecimentos, em todas as dimensões do processo de trabalho da enfermagem - assistência, educação, gestão e pesquisa - permitem acessar informações elementares para a produção de um cuidado ético e comprometido com a vida, como por exemplo, o perfil de produção e reprodução social que é determinante do perfil epidemiológico da população negra, ou seja, os efeitos do racismo na determinação desse perfil.

Com base nesses conhecimentos, em especial sobre as especificidades e amplitude no que se refere à etiologia das doenças é possível desenvolver estratégias efetivas e com respostas satisfatórias às necessidades de saúde dessa população.

Tais especificidades exigirão das/os profissionais da enfermagem a articulação de competências técnicas, éticas e relacionais para o cuidado. A sensibilidade e competência cultural são diferenciais necessários para esse exercício profissional.

A seguir são apresentadas as doenças prevalentes na população negra (Quadro 1) com referência ao Sistema das Nações Unidas, 2001, disponíveis no artigo “Racismo institucional e saúde da população negra”, de autoria de Jurema Werneck<sup>(5)</sup>.

**Quadro 1:** Relação das doenças prevalentes na população negra conforme o Sistema das Nações Unidas

Grupo das doenças	Tipos
Geneticamente determinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas</li> <li>Hipertensão arterial</li> <li>Diabete melito.</li> </ul>
Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desnutrição</li> <li>Mortes violentas</li> <li>Mortalidade infantil elevada</li> <li>Abortos sépticos</li> <li>Anemia ferropriva</li> <li>DST/AIDS</li> <li>Doenças do trabalho</li> <li>Transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo</li> <li>Transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas - alcoolismo e a toxicomania.</li> </ul>
De evolução agravada ou de tratamento dificultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensão arterial</li> <li>Diabete melito</li> <li>Coronariopatias</li> <li>Insuficiência renal crônica</li> <li>Câncer e mioma</li> </ul>
Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crescimento</li> <li>Gravidez</li> <li>Parto</li> <li>Envelhecimento</li> </ul>

Fonte: Sistema das Nações Unidas, 2001, adaptado de Werneck<sup>(5)</sup>.

O quadro acima é uma referência sobre o perfil de morbimortalidade da população negra, o que significa dizer que os determinantes biológicos, sociais, econômicos e culturais devem ser introduzidos nas ações em saúde de forma que a articulação entre eles e a compreensão dessa complexidade possam se desdobrar em ações efetivas de cuidado de enfermagem.

A manifestação do racismo em suas diferentes dimensões resulta em produção de processos de vulnerabilidades e adoecimento individuais e coletivos da população negra e marca as trajetórias de vida dessas pessoas que percebem suas subjetividades atingidas por esse sistema amplo, complexo e profundo de desqualificação e inferiorização.





A prevalência registrada das doenças apresentadas no quadro acima anuncia pontos de atenção para a atuação da enfermagem em articulação com a equipe interprofissional. Entretanto, não devem se restringir a elas, uma vez que outros problemas de saúde, nos quais as questões étnicas e raciais são igualmente determinantes de condições de vida e saúde precárias, merecem igual atenção.

As doenças mentais, por exemplo, decorrentes de sentimentos de baixa autoestima, influenciadas por contextos de escassez e precariedade de recursos básicos para uma vida com dignidade, é uma marca importante da morbimortalidade desse grupo e que deve ganhar espaço de destaque nas agendas dos serviços e de profissionais de saúde, conforme sinaliza a PNSIPN<sup>(23)</sup>.

Somam-se a isso dados de prevalência, incidência e mortalidade por alguns eventos epidemiológicos, os quais, ao atualizar os dados anteriores sobre as principais doenças que afetam a população negra, sinalizam itinerários possíveis para planejar e executar ações prioritárias para o cuidado em saúde e de enfermagem (Quadro 2).

**Quadro 2:** Situação de saúde da população negra

- Taxas de internações e mortalidade por problemas de saúde mental
- Aumento das taxas de mortalidade por diabetes e hipertensão arterial
- Aumento da taxa de mortalidade por doença falciforme
- Aumento da infecção por HIV, incluindo as gestantes
- Maior taxa de mortalidade por AIDS
- Maior incidência de sífilis na gestação e congênita
- Maior incidência de Hepatites A e D
- Altas taxas de incidência e mortalidade por tuberculose
- Maior mortalidade materna
- Maior taxa de partos em adolescentes
- Maior taxa de mortalidade infantil
- Maior índice de violências
- Maior mortalidade por causas externas (agressões, acidentes e suicídio)

Fonte: Painel SUS, 2016<sup>(1)</sup>.

A partir dos elementos apresentados, é possível elaborar recomendações que resultem em contribuições e caminhos para as práticas de enfermagem no cuidado à saúde da população negra. A seção a seguir apresenta algumas dessas possibilidades e contribuições.

## ATAÇÕES, ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A POPULAÇÃO NEGRA

A lei 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e outras providências. Em seu artigo 11, estão descritas as atividades de competência do enfermeiro/a, incluindo aquelas que tratam de sua atribuição na prevenção e no controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem e a educação visando à melhoria de saúde da população<sup>(32)</sup>.

Nesse mesmo sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem tem como prerrogativa a consideração da necessidade e do direito de assistência em enfermagem da população, os interesses da/o profissional e de sua organização. Tal assistência deve estar centrada na pessoa, família e coletividade. Ainda, esse documento pressupõe que as/os trabalhadoras/es de enfermagem sejam aliados das/dos usuárias/os na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população<sup>(33)</sup>.

Ambos os documentos norteiam a atuação de profissionais de enfermagem e preconizam que a assistência deve ser feita com base em conhecimentos, habilidades e atitudes, tendo em vista seu caráter técnico, científico e ético. O objetivo é garantir os recursos necessários para a satisfação das necessidades em saúde de todas as pessoas, de forma indiscriminada, considerando o princípio da integralidade, preconizado pelo SUS<sup>(32-33)</sup>.



Dito isso, à enfermagem, que atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, compete o respeito e defesa pela vida, dignidade e direitos humanos em todas as suas dimensões. Isso implica que o trabalho da enfermagem deve considerar e atuar diretamente sobre as iniquidades em saúde que incidem sobre a população negra, bem como a outras populações em situação de vulnerabilidade.

A enfermagem, enquanto agente fundamental na mudança de perspectiva do cuidado da saúde das populações vulnerabilizadas, pode atuar conforme as diretrizes e recomendações em saúde. Entretanto, é fundamental um planejamento com base nos dados de morbimortalidade, que sinalizam maiores índices entre a população negra.

Todavia, há um déficit de conhecimento e interesse da enfermagem sobre essa população, consequência da ausência do tema nos currículos de cursos de graduação, pós-graduação ou programas de educação permanente dos serviços de saúde.

O desconhecimento e a desvalorização dos saberes e práticas de cuidado e cura derivados das culturas de povos e comunidades tradicionais, como povos africanos e indígenas, são comuns entre enfermeiras/os; esses fatos fragilizam os modos de produção do cuidado integral em saúde<sup>(34)</sup>.

A descrença, invalidação e a não escuta de demandas consideradas não urgentes, bem como as estratégias alternativas de cuidado em saúde, distanciam a/o profissional da pessoa cuidada, gerando uma relação assimétrica e de insucesso terapêutico<sup>(34)</sup>.

Para superar esse distanciamento e todos os efeitos que isso provoca, a PNSIPN, enquanto um documento norteador para a efetivação de um cuidado integral e universal, pautado pelo compromisso ético da enfermagem, sinaliza algumas estratégias. Em outras palavras, ela oferece pilares importantes para a prática, sobretudo no que se refere ao reconhecimento e atuação sobre os determinantes do adoecimento da população negra, dentre os quais o racismo, é um dos mais importantes.

Um exemplo do racismo na prática de enfermeiras/os foi demonstrado em um estudo brasileiro por meio do qual se constatou o mau humor dessas/es profissionais no atendimento às mulheres negras, atribuído ao fato relatado de que elas seriam viciadas em medicamentos. Nesse exemplo, a maioria das coisas verbalizadas por mulheres negras são minimizadas ou não são consideradas verdadeiras; instaura-se uma “lógica da invisibilidade do sofrimento” na qual predomina o silenciamento sobre o que é pronunciado<sup>(35)</sup>.

As orientações da PNSIPN listadas a seguir<sup>(23)</sup> constituem estratégias importantes a serem implementadas nos serviços de saúde, nos quais a enfermagem, como força de trabalho predominante e, quantitativamente, representativa pode contribuir para a redução dos efeitos nocivos do racismo institucional:

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- 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 nas distintas esferas de governo;
- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Entendemos que versar sobre as questões étnico-raciais, ou seja, o racismo pessoal, interpessoal e institucional<sup>(5)</sup> deve fazer parte do processo formativo da/o enfermeira/o desde a graduação. A inserção do tema



da saúde da população negra e da PNSIPN no curso de enfermagem pode ser transversal aos componentes curriculares, de forma que seja possível desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como sensibilidade e competência cultural para atuação com essa prioridade em saúde.

Atividades que provoquem nas/nos estudantes e profissionais de enfermagem a compreensão histórico-social, bem como dos graves problemas de saúde que afetam os corpos de negros e negras deste país, resultantes das iniquidades em saúde, podem ser desenvolvidas nas aulas teóricas e práticas, mas também em programas de educação permanente ou educação colaborativa junto às equipes dos serviços de saúde.

Disciplinas que oportunizem a disputa de narrativas com a apresentação de referenciais teóricos, básico e complementar, de autores/as negros e negras, assim como estratégias de simulação prática com estudos de caso ou situações-problema que envolvam a saúde dessa população e outras metodologias de ensino, podem contribuir para o preenchimento da lacuna sobre conhecimento em relação a esse tema.

O desenvolvimento de situações que, na prática, aumentem a capacidade de autorreflexão de estudantes e enfermeiras/os contribui para a percepção de atitudes inadequadas com pessoas negras que evidenciam o racismo, incluindo o racismo institucional, que são praticados e que podem ser superados<sup>(36)</sup>.

Embora o cuidado de enfermagem deva ser orientado e fiscalizado por diretrizes e normativas de órgãos de responsabilidade sanitária, incluindo o conselho de classe, é fundamental que, na prática, estudantes e profissionais atuem de forma reflexiva para que as nuances do racismo não fiquem camufladas entre as estratégias de cuidado, muitas vezes desenvolvidas com referência a “um ser genérico”, padronizado ou universalizado<sup>(32,33,37)</sup>.

Uma vez identificadas e compreendidas essas nuances, nos compete atuar para a sua superação, principalmente no que se refere à criação de novas estratégias de cuidado ou aprimoramento daquelas vigentes no sistema de saúde.

Estudos sobre as práticas de enfermagem específicas para a população negra ainda são escassos, o que justifica a importância de desenvolvimento e apropriação de conhecimento nesse campo do cuidado em saúde, visando o seu (re)conhecimento para a satisfação das necessidades em saúde específicas.

O envolvimento com a produção de conhecimentos sobre a saúde dessa população é uma das estratégias que a enfermagem pode utilizar para romper ou reduzir o racismo institucional.

Algumas tecnologias leves de cuidado, muito utilizadas em especialidades da enfermagem, como na saúde mental, podem ser incorporadas como instrumental do trabalho na prática diária de enfermeiras/os no atendimento de pessoas negras que buscam os serviços de saúde, principalmente os serviços públicos.

A comunicação, vivenciada a partir da interação humana, é um recurso valioso no processo de cuidado. Ao se comunicar, os seres humanos interagem com o compartilhamento de histórias, ideias e intencionalidades. O cuidar em enfermagem pressupõe relação entre seres humanos, o qual não existe sem a comunicação. Nesse sentido, a comunicação terapêutica pode ser entendida como a habilidade da/do profissional de enfermagem em utilizar o conhecimento sobre/como comunicação para oportunizar a descrição e o aprendizado da pessoa com a experiência<sup>(38)</sup>.

Entre as estratégias de comunicação temos a escuta qualificada ou o ouvir reflexivamente, instrumento indispensável à relação terapêutica entre enfermeira/o e usuária/o, o qual pressupõe uma disponibilidade para a observação cuidadosa, sem pré-julgamentos, centrada nas expressões verbal, não verbal e paraverbal. É uma atitude positiva de interesse, respeito e comprometimento com a pessoa e seu uso é fundamental para identificar eventos complexos vivenciados pela pessoa que busca o cuidado, interpretá-los e propor caminhos de cuidado integral<sup>(38)</sup>.

Em se tratando de pessoas negras, silenciadas nos mais diversos contextos de vida, a utilização da habilidade e instrumentos assinalados anteriormente oportunizam tanto à pessoa que recebe cuidados quanto à/ao profissional vislumbrar resultados positivos no cuidado em saúde. A comunicação, incluindo a escuta ou ouvir qualificado, são elementos terapêuticos que impactam diretamente o relacionamento interpessoal estabelecido entre as pessoas que participam do cuidado.



Entretanto, sobrecarga de trabalho, falha na comunicação, orientações inadequadas, necessidades básicas não atendidas, manejo incorreto da dor e o tratamento centrado na equipe de enfermagem, são fragilidades da equipe de enfermagem que resultam em prejuízos para as pessoas cuidadas, especialmente as negras, com o agravamento de seus quadros crônicos e reinternações evitáveis, por exemplo<sup>(39)</sup>.

Nota-se que tanto a perspectiva educativa como a assistencial têm carências no que se refere aos subsídios teóricos e práticos para a atuação da enfermagem na redução das iniquidades e vulnerabilidades em saúde que recaem sobre a população negra, fato que evidencia uma lacuna importante a ser explorada.

Sobre isso, podemos utilizar as contribuições de um estudo internacional sobre a saúde de mulheres negras, cuja perspectiva interseccional propõe o ensino de oito competências essenciais para profissionais que atuam no atendimento clínico e educacional<sup>(40)</sup>. Tais competências são:

1. Ouvir mulheres negras;
2. Reconhecer as experiências históricas e conhecimentos de mulheres negras e de suas famílias;
3. Prestar atendimento por meio de uma estrutura de justiça reprodutiva;
4. Separar as práticas de cuidado das crenças racistas na medicina moderna;
5. Substituir a supremacia branca e o patriarcado por um novo modelo de cuidado;
6. Capacitar todos os pacientes com alfabetização e autonomia em saúde;
7. Capacitar e investir em equipes de apoio à/ao profissional;
8. Reconhecer que acesso não é sinônimo de atendimento de qualidade.

Embora essas recomendações sejam de um contexto específico e para a população de mulheres negras, é possível adaptá-las para a realidade da enfermagem brasileira, considerando-se os aspectos técnicos e éticos da prestação desse tipo de cuidado.

Para as abordagens como escuta qualificada durante um acolhimento, execução de um procedimento técnico específico, orientação, visita domiciliar, consulta de enfermagem e acompanhamento durante uma internação ou cirurgia, por exemplo, é fundamental o desenvolvimento de habilidades que sejam capazes de identificar elementos específicos que dizem respeito à saúde das pessoas negras.

Assim como a população negra não é homogênea, as experiências e os efeitos do racismo sobre as pessoas que constituem esse grupo também são múltiplos e variados. A escuta e ouvir qualificado permitirá identificar elementos específicos que podem contribuir para o planejamento, execução e avaliação do cuidado de enfermagem.

A partir da aproximação com a realidade e necessidades em saúde específicas das pessoas negras, a enfermagem deve lançar mão de diretrizes, normas e outros recursos técnicos e científicos, como teorias, leis, políticas e estatísticas que fundamentem uma ação ou estratégia em saúde e, sistemática e intencionalmente, romper com lógicas de cuidado excludentes que se pautam em argumentos e práticas que reproduzem o racismo institucional.

Nesse sentido, é fundamental a autorreflexão e atualização de profissionais da enfermagem acerca do racismo, seus efeitos e sua inserção nos processos de trabalho em saúde. Isso implica compreender as relações e hierarquias de trabalho, os formatos e as bases de produção de cuidado, bem como as prioridades estabelecidas pelo serviço ou pela equipe, para, então, ampliar a visão e ganhar maior alcance com uma atuação sistêmica sobre o racismo.

Por exemplo, compreender os efeitos da divisão hierárquica do trabalho em saúde, mais especificamente o de enfermagem e as relações de poder que se instauram nesse processo coletivo que inclui enfermeiras/os, técnicas/os, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, administrativos, limpeza, segurança, entre outra/os, pode resultar em ações coerentes e sistematizadas de desmantelamento do racismo, na prática. Certamente, isso poderá contribuir para melhor e maior envolvimento da equipe na produção do cuidado em saúde e de enfermagem.



A formação sistemática, acessível e aplicável no contexto do trabalho, considerando-se a realidade sócio-histórica e epidemiológica, contribui para a desconstrução de modelos de cuidado pautados em lógicas opressoras e excludentes.

Entretanto, investimentos financeiros e planejamento no que se refere ao dimensionamento de pessoal para participação nesses processos formativos devem ser garantidos como parte integrante do orçamento do setor. À enfermagem, compete participar da gestão, garantindo os recursos necessários e, por meio da distribuição equitativa dos recursos em saúde disponíveis, possibilitar a formação de uma cultura de letramento nos serviços que permeiem as relações e modifiquem práticas, discursos e atitudes que são contrárias à defesa da vida, em sua mais ampla diversidade, sobretudo àquelas relacionadas ao racismo institucional.

Na assistência, a enfermagem pode identificar pontos frágeis na atuação com as pessoas negras, sistematizar suas necessidades, discutir limites e dificuldades com as equipes e demandar de profissionais da gestão medidas e ações estratégicas que alcancem diferentes níveis do cuidado para que ações de redução das iniquidades em saúde sejam efetivadas.

É importante ressaltar a importância da enfermagem na organização de ambientes acolhedores e ações resolutivas. Sobre isso, é fundamental efetivar uma comunicação institucional sobre a saúde, necessidades e posicionamentos antirracistas nos setores do trabalho, fazendo da ambiência uma prática cotidiana e estratégica no combate ao racismo institucional.

Além disso, garantir que as informações que alimentam os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) sejam coletadas com segurança, privacidade e nitidez é fundamental. Lembra-se que o quesito raça/cor não pode ser presumido ou ignorado pela equipe de enfermagem e de outra/os profissionais de saúde. Essa é uma informação central para a compreensão e dimensionamento da magnitude dos problemas em saúde que afetam a população negra e que deve ter como única fonte (exceto casos previstos em lei) a pessoa declarante.

O acesso à saúde prevê, além da oferta de serviços, a qualidade na interação com profissionais e entrega de formas resolutivas de cuidado em saúde. A enfermagem deve oportunizar a participação das pessoas negras do planejamento do cuidado para que o acesso seja construído por meio e com base na realidade, desejos e interesses dessas pessoas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que o histórico de saúde e doença da pessoa, família e comunidade é uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem e, dada a sua importância no processo de enfermagem, é necessário tornar a sua execução singular. É nesse momento que a/o enfermeira/o conhecerá a história de vida da pessoa que recebe o cuidado.

Os elementos da prática privativa da/o enfermeira/o podem ser complementados a partir de uma abertura, individual e coletiva, para conhecer as subjetividades e reconhecer as singularidades da pessoa a quem se presta o cuidado.

Quando perguntamos a cor de quem cuida e quando assumimos que a espinha dorsal dos serviços de saúde é a enfermagem, estamos falando de uma categoria profissional capaz de avaliar para então assumir condutas para a diminuição das iniquidades em saúde, das violências vivenciadas por pessoas pretas e ser aliada na luta antirracista.

Este capítulo contribui com reflexões e convites a aprofundamentos acerca do percurso histórico que culmina na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, um instrumento que pode ser utilizado pela enfermagem para a eliminação do racismo institucional e estrutural que é, ainda, muito presente nos serviços e práticas de saúde.



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à ancestralidade, aos movimentos negros, aquelas e aqueles que vieram antes de nós, que resistiram e sobreviveram às violências e ao racismo estrutural e institucional, que prepararam e abriram alguns caminhos para que hoje nós, coautoras/res, pudéssemos escrever em conjunto sobre os anseios e mudanças de paradigmas no cuidado em saúde das pessoas negras.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[cited 2021 Jul 30]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.\\_7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf)
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2019 [Internet]. Brasília: MS; 2019[cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-epobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>
3. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial e altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003[Internet]. Diário Oficial da União. 2010 [cited 2021 Jul 29];138(seção 1):1. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=21/07/2010>
4. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde [Internet]. Brasília: Seppir/PR; 2011 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>
5. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>
6. Sousa NS. Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Coleção Tendência. v. 4. Rio de janeiro: Edições Graal; 1983. 88 p.
7. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Silveira R, tradutor. Salvador: EDUFBA; 2008.194 p.
8. Kilomba G. Memórias de plantação: episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutora. Rio de Janeiro: Editora Cobogó; 2019. 248 p.
9. Vergès F. Um feminismo decolonial. São Paulo: UBU Editora; 2020. 144 p.
10. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: FUNASA. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA; 2005. 9-45 p.
11. Ratts A, Rios F. Lélia Gonzalez: Retratos do Brasil Negro. São Paulo: Selo Negro; 2010. 173 p.
12. Costa JB, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2018. 365 p.
13. Soares CEL.Valongo. In: Schwarcz LM, Gomes F. Dicionário da escravidão e liberdade. São Paulo: Companhia das letras; 2018. 419-425 p.
14. Nascimento A. O quilombismo. Documentos de uma militância Pan-africanista. 3ª edição revista. São Paulo: Editora Perspectiva; Rio de Janeiro: IPEAFRO; 2019. 390 p.
15. Werneck J, Mendonça M, White EC. O livro da saúde das mulheres negras. Rio de Janeiro: Pallas Editora; Criola; 2000. 256 p.
16. Santos IAA. O movimento negro e o Estado: 1937-1987. São Paulo: Coordenadoria dos Assuntos da População Negra; 2001.183 p.
17. Domingues P. Associativismo Negro. In: Schwarcz LM, Gomes F. Dicionário da escravidão e liberdade. São Paulo: Companhia das letras; 2018. 113-119 p.
18. Brasil SA. O movimento negro na construção da Política Nacional de Sapude Integral da População Negra e sua relação com o E In: Batista Le, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. Bomfim LA, tradutora. Petrópolis: ABPN; 2012. 328 p.
19. Carneiro S. Escritos de uma vida. Belo Horizonte: Letramento; 2018. 290 p.





20. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: Batista LE, Kalckmann S. Seminário saúde da população negra. São Paulo: Imprensa Oficial; 2004. 53-101p.
21. Santos M. O espaço do cidadão. 7ª edição. São Paulo: EDUSP; 2002. 169 p.
22. Barbosa MIS, Fernandes VR. In: Batista LE, Kalckmann S. Seminário saúde da população negra. São Paulo: Imprensa Oficial; 2004. 232 p.
23. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Jul 29]. 44 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)
24. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? a debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):129-35. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
25. Carneiro S. A batalha de Durban. In: Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra; 2020. 185-94 p.
26. Gomes NL. O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação. 3ª reimpr. Petrópolis: Vozes; 2017. 154 p.
27. Machado MH. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS – ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>
28. Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 14ª ed. São Paulo: Cortez. 2013. 542 p.
29. Hooks b. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. Cipolla MB, tradutor. 2ª edição. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017. 283 p.
30. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45. <http://10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
31. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, 1986 [cited 2021 Jul 29]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
33. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Dispõe sobre o novo código de ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 [cited 2021 Apr 19];233(1):157. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>
34. Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):840-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
35. Figueiro AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saude Soc. 2017;26(1):88-99. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017160873>
36. Silverman ME, Hutchison MS. Reflective capacity: an antidote to structural racism cultivated through mental health consultation. Infant Ment Health J. 2019;40:742-56. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
37. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem [Internet]. Brasília: 2009 [cited 2021 Apr 19]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
38. Stefanelli MC, Arantes EC, Fukuda IMK. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Fukuda IMK, Stefanelli MC, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistências. 2. ed. Barueri: Manole; 2017. 346-67 p.
39. Carthon JMB. "They're on the fast track": older blacks describe experiences of nursing care quality during hospitalization. Clin Nurs Res Act. 2017;26(5):557-75. <https://doi.org/10.1177/1054773816674478>
40. Black Mamas Matter Alliance. Black paper: setting the standard for holistic care of and for black women [Internet]. Atlanta, 2018 [cited 2021 Jan 20]. Available from: [http://blackmamasmatter.org/wp-content/uploads/2018/04/BMMA\\_BlackPaper\\_April-2018.pdf](http://blackmamasmatter.org/wp-content/uploads/2018/04/BMMA_BlackPaper_April-2018.pdf)