Organizadora
Suiane Costa Ferreira

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CONTRACOLONIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE:

trilhando caminhos coletivos

Pedro & João editores

A produção do conhecimento contracolonial na formação em saúde:

trilhando caminhos coletivos

Pedro & João
editores

Suiane Costa Ferreira
(Organizadora)

A produção do conhecimento contracolonial na formação em saúde:

trilhando caminhos coletivos

Pedro & João
editores

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Suiane Costa Ferreira [Org.]

A produção do conhecimento contracolonial na formação em saúde: trilhando caminhos coletivos. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. 403p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1813-7 [Impresso]
978-65-265-1814-4 [Digital]

1. Saúde. 2. Formação em saúde. 3. Contracolonialidade. 4. Povo negro. I. Título.

CDD – 370

Capa: Luidi Belga Ignacio
Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828
Diagramação: Diany Akiko Lee
Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:
Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).

Pedro & João Editores
www.pedroejoaoeditores.com.br
13568-878 – São Carlos – SP
2025

SUMÁRIO

9 PREFÁCIO
Iêda Maria Fonseca Santos

13 APRESENTAÇÃO
Suiane Costa Ferreira

33 CAP 1 - RACISMO CIENTÍFICO E A FORMAÇÃO EM SAÚDE
Suiane Costa Ferreira

59 CAP 2 - RAÇA E SAÚDE: COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA
Josiane Moreira Germano
Jéssica de Souza Silva

89 CAP 3 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E O CORPO NEGRO
Aline Silva dos Santos
Ariele Souza Lima Melo
Camila Santana Andrade
Suiane Costa Ferreira

109 CAP 4 - DENDÊ E A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL
Camila Santana Andrade
Jaiane Cardoso de Souza e Souza
Letícia Aragão Santos
Suiane Costa Ferreira

133 CAP 5- INTOLERÂNCIA À LACTOSE E HERANÇA GENÉTICA: DESAFIOS E REALIDADES PARA A POPULAÇÃO NEGRA
Carine de Jesus Almeida
Cassia Cecílio Bispo da Silva
Stefane Miranda Santos
Suiane Costa Ferreira

153 CAP 6 - COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
Aliane Neves de Carvalho
Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura
Janaina Ribeiro da Purificação
Keila Fernanda Araújo de Jesus
Láila Lavínea Santos da Silva

169 CAP 7 - A RAÇA E OS INTERVALOS DE REFERÊNCIA PARA EXAMES LABORATORIAIS
Grazielly Silva dos Santos
Ian Silva de Vasconcellos
Suiane Costa Ferreira

189 CAP 8 - AVALIAÇÃO DA PELE NEGRA E O FAZER/CUIDAR EM ENFERMAGEM
Alisson Jones Cazumbá Cerqueira Pinto
Paloma Almeida Fonseca
Paloma dos Santos Borges
Rayane Reis de Souza
Suiane Costa Ferreira

213 CAP 9 - A INSEGURANÇA TEM COR? DEBATE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE E AS QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS
Emanoelle Silva Santos
Estefane de Souza da Silva

Jaiana Nascimento Souza Santos
Lorena Fortuna Santos Rastely
Mábia Sousa Neves Trindade
Suiane Costa Ferreira

235 CAP 10 - DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL PARA UM MELHOR CUIDADO NA ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA
Élida de Fátima Ramos Delgado
Luciane Cristina dos Santos Evangelista Sousa
Suiane Costa Ferreira

261 CAP 11 - SAÚDE AUDITIVA E O DEBATE RACIAL
Camila Freitas Normandia
Ludmayra dos Santos da Silva
Suiane Costa Ferreira

281 CAP 12 - DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS E O CUIDADO DA POPULAÇÃO NEGRA
Ana Maria Jesus da Silva
Flávia Vitorio Oliveira
Leilane Silva de Deus Santa Rita
Suiane Costa Ferreira

299 CAP 13 - PENSANDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA E AS ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO NEGRA
Haiala Carvalho do Espirito Santo
Jadiane Barros de Cerqueira
Vinícius Damasceno Nascimento
Suiane Costa Ferreira

321 CAP 14 - RACISMO E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS
Adriele Souza Lima Melo
Fernanda da Silva Borges
Marilda Bastos do Nascimento
Suiane Costa Ferreira

343 CAP 15 - CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS: UMA DISCUSSÃO CONTRACOLONIAL
Bianca Santos dos Santos
Juliana Teixeira Menezes
Suiane Costa Ferreira
Thayana Victória Santos Silva

363 CAP 16 - MELANINA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DO POVO NEGRO
Évelin de Assunção Aleluia
Suiane Costa Ferreira
Vanessa Kehinde Moura dos Reis

387 CAP 17 - FISIOTERAPIA E O DEBATE SOBRE HTLV: ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA
Denilson Barbosa Reis
Érica da Natividade Santos
Irla Pereira da Silva
Kaick Mendes Borges
Natan Oliveira dos Santos
Suzana Souza Moreira de Almeida

PREFÁCIO

Historicamente, as questões étnico-raciais foram sistematicamente negligenciadas ou distorcidas no campo da saúde, resultando na construção de práticas alheias às realidades e necessidades das populações negras. A enfermagem, por exemplo, enquanto área central no cuidado humano, não pode se limitar a protocolos técnicos; ela precisa abraçar a diversidade cultural e biológica das pessoas que atende. A avaliação da pele negra, destacada neste livro, é emblemática nesse desafio. Ainda que a pele negra apresente especificidades que excluam olhares atentos, as práticas hegemônicas muitas vezes ignoram essa diversidade, perpetuando a invisibilidade, o desamparo e as iniquidades na assistência à saúde. Reconhecer as nuances clínicas e valorizar as experiências vividas por pessoas negras são passos fundamentais para a construção de uma enfermagem que respeite e celebre a pluralidade.

Adentrando outros campos da saúde explorados nesse livro, como a Fonoaudiologia, observamos como as práticas profissionais no Brasil nasceram alinhadas aos projetos coloniais que buscavam a padronização. O ideal de uma identidade nacional consistente foi imposto a partir do apagamento das línguas africanas e indígenas, elementos fundadores de nossa cultura. A imposição linguística não se configurou apenas como uma questão técnica, mas um mecanismo de silenciamento político e cultural. Ao revisitar essas raízes e confrontar suas implicações, é possível abrir espaço para práticas fonoaudiológicas que respeitem a diversidade e a história negra no Brasil.

A lacuna na abordagem preventiva em saúde também reflete, mais uma vez, as falhas de um sistema de saúde construído sob bases coloniais, que priorizam corpos, saberes e especificidades brancas em detrimento dos outros sujeitos que compõem a sociedade brasileira.

No campo da saúde auditiva, as desigualdades raciais se manifestam de forma ainda mais insidiosa. A combinação de fatores biológicos, sociais e culturais, agravada pelo racismo estrutural, impacta diretamente o acesso e a qualidade do cuidado. Muitas vezes, os profissionais de saúde, mesmo sem intenção consciente, reproduzem práticas excludentes que marginalizam os pacientes negros, reforçando ciclos de desigualdade. Este livro nos convida à reflexão crítica sobre esses e outros desafios e propõe caminhos para que os profissionais possam agir de forma ética e transformadora, ampliando e superando as barreiras impostas pelo racismo na saúde.

O conceito de necropolítica, também abordado neste livro, expõe como o Estado e suas instituições são insensíveis (e muitas vezes, perversos) à vulnerabilidade da população negra, seja pela violência direta ou pela omissão de políticas públicas que promovam equidade. A saúde não é imune a essa lógica: da dificuldade de acesso a transplantes de órgãos às respostas insuficientes para a melhoria das condições sociais, a necropolítica opera de forma devastadora. Confrontar essas práticas é essencial para imaginar e construir uma saúde que não reproduza a lógica de exclusão, mas que se volte à preservação da vida.

Ao mesmo tempo, este livro nos lembra que o cuidado transcende os limites da clínica e do hospital. O brincar, explorado em um dos capítulos, destaca-se como uma prática essencial para o desenvolvimento infantil e um importante mediador para a preservação dos saberes culturais africanos e afrodiaspóricos. Em um contexto de apagamento histórico, as brincadeiras são um espaço de resistência ancestral, criatividade e conexão entre gerações. Elas transcendem barreiras linguísticas, sociais e culturais, promovendo aprendizagens que vão além do indivíduo, impactando comunidades.

Esta obra, ao articular saúde, educação e cultura sob uma perspectiva afrorreferenciada, propõe uma ruptura com as práticas coloniais que ainda moldam o cuidado em saúde. Ele é um convite para que estudantes, profissionais, pesquisadores e gestores

assumam o compromisso de transformar suas práticas e ampliar seus horizontes, valorizando a riqueza da diversidade humana e combatendo as estruturas que perpetuam a desigualdade.

Que este livro inspire novas formas de pensar e agir, fundamentadas na empatia, na inclusão e no respeito às singularidades. Afinal, cuidar é também um ato político, e construir uma saúde que valorize a dignidade de todos é um dos maiores desafios e responsabilidades de nosso tempo.

Iêda Maria Fonseca Santos
(Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde – PRMGETS. Membro do Comitê de Assessoramento Técnico em Doença Falciforme - SESAB; Membro da Associação São Jorge Ebe Oxossi (ASJEO) do Terreiro do Gantois).

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea intitulada 'A produção do conhecimento contracolonial na formação em saúde: trilhando caminhos coletivos' surgiu como fruto das atividades realizadas a partir do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu, ligado à Universidade do Estado da Bahia, que se dedica a estudar questões relacionadas à saúde do povo negro, contribuindo para a formação em saúde e uma melhor produção de cuidado.

O Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu é formado por pessoas pretas e pardas, que são estudantes da saúde (enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, psicologia), profissionais da saúde (médicas, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiras, assistentes sociais) e de não saúde (administração, comunicação social, pedagogia), e, para além do debate sobre saúde, busca construir coletivamente para uma consciência negra de emancipação. Como ensina Steve Biko, essa consciência preta é uma atitude da mente e um modo de vida. É o trabalho em grupo para libertação dos grilhões que prendem o povo negro a uma servidão mental perpétua. O Coletivo se organiza ainda a partir dos valores civilizatórios africanos e do conceito de aquilombamento, buscando produzir afetos e uma vivência pautada no conceito de família estendida. O grupo ainda se alinha e se orienta a partir do paradigma da Afrocentricidade.

A Afrocentricidade consiste em um paradigma sistematizado por Molefi Kete Asante, na década de 80, que coloca os interesses, valores e perspectivas africanas no centro de qualquer análise de fenômenos africanos, seja na diáspora ou no continente, sendo aplicado em uma variedade de áreas, incluindo a saúde, a partir do entendimento de que a sociedade, por meio da centralidade eurocêntrica, colocou as agências, experiências e localização das pessoas africanas na marginalidade dos processos socioculturais. Segundo o autor, a Afrocentricidade "é um tipo de pensamento,

prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos" (Asante, 2009, p. 93).

Almeida (2021) reitera que na base da abordagem Afrocêntrica está o fundamento de que as pessoas Africanas devem operar como agentes autoconscientes, não satisfeitos em serem definidos e manipulados de fora. Neste sentido, a Afrocentricidade surge em resposta ao supremacismo branco, onde ela existe como forma de reconstruir a capacidade dos africanos se basearem nas culturas e experiências africanas como critérios para a autodefinição positiva e assertiva, e emerge como uma forma de autorreparação ao desenraizamento, produzido pelo racismo, escravização e colonialismo. Segundo o autor supracitado, a Afrocentricidade emerge no contexto racista, mas ela não se limita a ser uma contraposição ao racismo. Ela é, antes, o esforço contínuo de restaurar a humanidade Africana que existe para além do racismo.

Nos processos formativos em saúde, os currículos, as literaturas e as práticas ainda são extremamente pautadas a partir da história branca-europeia, apresentando a história particular e a realidade dos europeus como o conjunto de toda a experiência humana, impondo suas realidades e sua cultura como universal e adaptável a todos os povos independentemente de sua origem geográfica, formação histórica, econômica, social, cultural e política, e hierarquicamente superior às demais (Asante, 2014). Nobles (2009) afirma que a cultura é a dimensão invisível de todo o currículo. Então, em uma sociedade marcada pelo eurocentrismo, o currículo também é marcado a partir deste lugar, apagando, silenciando ou estereotipando as pessoas e as culturas marginalizadas, pois os processos educativos estão intrinsecamente relacionados aos contextos sociais nos quais se desenvolvem. Escolas são reflexos da sociedade que as produz, uma sociedade dominada pelo supremacismo branco criará um sistema educacional baseado na hegemonia branca (Asante, 2014).

Na saúde, o eurocentrismo vem produzindo uma formação generalista que se apoia na ideia de um sujeito universal do

cuidado, que é branco. Neste caso, o mesmo é visto como natural, como a norma, como o modelo paradigmático de aparência e de condição humana (Schucman, 2012), universalizando assim as suas particularidades.

Para Esegbona-Adeigbe (2021), os currículos do ensino superior continuam a ser colonizados por tradições intelectuais brancas e ocidentais com falta de representação apropriada de grupos etnicamente diversos e que não reconhecem o privilégio branco e as mentalidades que foram criadas e sustentadas por isso. O uso de um currículo eurocêntrico ensina que a diversidade racial é um problema e um déficit. Desse modo, seguimos formando profissionais da saúde a partir da ideia de que se os processos, as tecnologias e as teorias servem para cuidar do branco, servirá incontestavelmente para os demais seres humanos, pois vivemos sob a égide de que fazemos parte da grande raça humana, e, portanto, somos iguais. Este cenário desconsidera que o ser humano é um produto social, "ele é o que come, aprende, ouve, vê, sente e vive" (Fu-Kiau, 2024) e que apresenta variabilidade genética.

O genoma humano, que é o conjunto de todos os genes da espécie Homo sapiens sapiens, tem mais de 3 bilhões de bases e 99,9% delas são idênticas em todas as pessoas. Os outros 0,1% variam, totalizando milhões de variantes genéticas. A maior parte dessas variantes são compartilhadas por pessoas no mundo todo, mas uma pequena parte delas é encontrada apenas em certas populações humanas. A maioria das variantes genéticas não interferem no funcionamento dos genes, mas algumas variantes alteram os produtos dos genes, resultando em características visíveis que são variações normais entre as pessoas, mas existem variantes genéticas que interferem na saúde, por exemplo causando doenças genéticas ou aumentando a chance de desenvolver alguma doença (Lopes *et al*., 2024).

O principal mecanismo que gera essa variação é a mutação, que leva a alterações na sequência de nucleotídeos do DNA e que pode ocorrer espontaneamente ou por meio da ação de agentes externos (substâncias mutagênicas, raios ultravioletas, entre

outros). Grupos populacionais de uma mesma região geográfica ou continente tendem a apresentar mais variantes genéticas em comum entre si do que com grupos de regiões/continentes distintos e mais distantes geograficamente, evidenciando que as populações mais próximas passaram pelos mesmos processos de deriva genética e pressões seletivas e, portanto, compartilharam uma mesma história durante o processo de evolução (Kimura, Lemes, Nunes, 2022).

A geneticista e bióloga Dra. Sarah Tishkoff, em entrevista publicada no The New England Journal of Medicine (Evans *et al*., 2021), ratificou que se olharmos para o genoma, somos mais de 99,99% semelhantes, o que reflete uma origem africana relativamente recente de todos os humanos modernos. A espécie humana moderna evoluiu na África nos últimos 300.000 anos, aproximadamente, e foi somente nos últimos 50.000 a 80.000 anos, que um número relativamente pequeno de pessoas migrou para fora da África, carregando apenas uma parte da diversidade genética existente e dando origem às populações em todo o mundo. Essa história demográfica moldou o padrão de variação que vemos nas populações modernas. Mas, apesar da nossa alta semelhança, a pesquisadora destaca que não podemos ignorar que existem diferenças e elas resultam de nossa história demográfica, história populacional e adaptação a diferentes ambientes. Portanto, a seleção natural pode, às vezes, causar mutações aleatórias, que podem estar associadas ao risco de doenças. Também se faz premente discutir qual a melhor maneira de levar essa variabilidade genética em conta nas pesquisas médicas, mas sem classificar as pessoas como raças biológicas distintas.

Lopes *et al*. (2024) destacam que de todas as populações humanas conhecidas, as populações africanas são as mais geneticamente diversas do mundo. A África é um enorme continente, com populações muito diferentes umas das outras, não só em altura, musculatura, gordura do corpo, tradições e línguas, mas também em todos os genes e em características genéticas. Essas populações são as mais diversas porque são as populações mais

antigas da humanidade, são descendentes das primeiras populações da espécie humana. Além disso, o continente africano possui uma variedade imensa de ambientes, de desertos a florestas tropicais, além de montanhas altíssimas, pântanos e savanas, e toda essa diversidade de ambientes ajudou a moldar a variação genética das populações humanas, que por seleção natural se adaptaram a cada uma dessas condições. Apesar dessa incrível diversidade, as populações africanas são ainda pouco estudadas, representando menos de 1% de todos os participantes de pesquisas que buscaram identificar variantes genéticas associadas a características complexas.

As populacionais minorizadas estão sub-representadas em praticamente todos os estudos clínicos randomizados e essa escassez de participantes dessas populações em estudos clínicos é um problema real em termos de entendimento da doença, mecanismo e terapia (Evans *et al.*, 2021). Garrick *et al*. (2022) chamam a atenção em seu artigo que, atualmente, menos de 10% dos pacientes dos EUA participam de estudos clínicos e, desses, apenas 5% a 15% são pessoas não brancas. Algumas diferenças na incidência, gravidade e prognóstico de diferentes doenças entre os sexos e grupos raciais ou étnicos resultam de variantes genéticas. Por isso, é essencial que as diferenças biológicas entre as populações, e como essas diferenças afetam a patologia, a experiência e os resultados das doenças, sejam investigadas de forma abrangente por meio de novas abordagens. A representação de populações distintas em pesquisas médicas é essencial para abordar as disparidades na pesquisa clínica, avançar a ciência, apoiar o acesso e melhorar os resultados em todos os pacientes. Lopes *et al.* (2024) apontam que na sociedade brasileira mais de 90% dos participantes de estudos em genética molecular humana são brancos. E o problema se ancora no fato de que nem 25% dos achados podem ser aplicados para a população negra, sendo que esta população corresponde a 56,1% da população brasileira (IBGE, 2023). Então, seria razoável que os estudos científicos realizados na

área da genética humana no Brasil contemplassem a população negra, mas isso não vem acontecendo.

A população brasileira é a mais miscigenada do mundo. Quase todas as pessoas no Brasil, independentemente de serem ou não brancas, são descendentes de indígenas, europeus e africanos, em variadas proporções. A herança materna é principalmente indígena e africana, enquanto a herança paterna é principalmente europeia. As porcentagens de mistura variam conforme as regiões do país e também com a história de cada localidade. A enorme diversidade genética das populações africanas está presente nas populações negras da diáspora africana no mundo. Esse é o caso da população negra no Brasil, a maior população negra fora de África, originada do tráfico transatlântico (Lopes *et al.*, 2024).

Pereira *et al*. (2024) realizaram uma análise genômica populacional envolvendo indivíduos da cidade de São Paulo para explorar a ancestralidade genética global e local, juntamente com sua associação com a cor da pele/raça autorrelatada. Os achados corroboraram a natureza mestiça da população, delineando sua ancestralidade em três populações parentais primárias (ancestralidade europeia, ancestralidade africana subsaariana e ancestralidade indígena). Observaram ainda uma correlação entre ancestralidade genética global e cor da pele/raça autorrelatada, onde indivíduos com ancestralidade africana elevada eram mais propensos a se autodenominarem como negros, enquanto aqueles com ancestralidade europeia elevada eram mais propensos a se autoidentificarem como brancos. No entanto, a correlação entre cor da pele/raça e ancestralidade genética foi notavelmente fraca no nível individual, onde alguns indivíduos se autodeclararam negros com menos de 35% de ancestralidade africana, enquanto outros se autoidentificaram como brancos, apesar de terem ancestralidade africana significativa ou ancestralidade local predominantemente leste-asiática ou indígena. Ou seja, a cor da pele pode nem sempre predizer a porcentagem de origem africana.

Ainda segundo os autores supracitados, pesquisas conduzidas em outras regiões do Brasil revelaram diferentes proporções de

ancestralidade, pois o processo de miscigenação não aconteceu de modo homogêneo. Por exemplo, na cidade de Salvador, localizada na região nordeste, as proporções foram identificadas como 50,8% de ancestralidade africana, 42,9% europeia e 6,4% indígena, e na cidade de Belém, situada na região norte, as proporções foram notavelmente distintas, com números mostrando 55,5% de ancestralidade europeia, 17,6% africana e 26,9% indígena (Souza *et al.*, 2019).

Segundo a literatura, é preciso compreender que no Brasil a cor da pele não é um bom indicador da ancestralidade genética devido à alta miscigenação entre africanos, europeus e indígenas, porém existe uma maior frequência de variantes genéticas de origem africana na população negra, que apresenta uma média de ancestralidade africana significativamente maior do que os demais grupos populacionais, embora com também considerável ancestralidade europeia. Contudo, apesar de ser a maior parte da população brasileira, a população negra é pouco estudada na genética e na medicina, o que acarreta na falta de conhecimento sobre variantes genéticas e doenças mais comuns nessa população e como consequência na falta de um atendimento de saúde adequado, equânime e integral. Além da falta de conhecimento científico sobre a população negra e sua diversidade, a existência do racismo em diversos níveis na nossa sociedade também contribui enormemente para os piores índices de saúde reportados no país (Lopes *et al*., 2024).

É um fato que a genética interfere na saúde humana de diversas formas. Para Lopes *et al.* (2024), existem diferenças sutis observáveis na diversidade genética entre grupos ancestrais, que podem resultar em consequências biológicas como variação de características normais (por exemplo, cor de pele) ou mesmo patológicas, por exemplo, a fibrose cística é mais prevalente em europeus e a doença falciforme em africanos. Há ainda outras variantes genéticas que não causam doenças, mas podem interferir na eficácia de medicamentos, fazendo com que o tratamento não funcione para algumas pessoas, que necessite de doses diferentes

ou que leve ao desenvolvimento de reações adversas. Essas diferenças são importantes em especial para o diagnóstico em medicina de precisão que busca adequar a prática médica (diagnóstico e tratamento) ao indivíduo, baseando-se na utilização de testes genéticos. Porém, essa diversidade genética não pode resultar em diferenças que subsidiem a hierarquização de grupos, como o racismo e a supremacia branca produzem.

A raça é uma construção social, mas há marcadores genéticos ancestrais que podem informar sobre a expressão de doenças em grupos de minorias étnicas específicas. Por exemplo, uma variação no lócus da apolipoproteína L1 (APOL1), variantes G1 e G2, confere um risco maior de doença renal crônica e até mesmo de progressão rápida para doença renal terminal em cerca de 12 a 13% dos afro-americanos que são homozigotos para essas variantes, o que pode ser plausivelmente explicada por uma vantagem seletiva devido à proteção contra infecção por tripanossomas concomitantes que causam doença do sono africana, uma doença parasitária com alta mortalidade se não tratada (Evans *et al*., 2021). Outro exemplo é o impacto da deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), um indicador de glicose no sangue ao longo do tempo, o que pode resultar em subdiagnóstico para Diabetes tipo 2 nas pessoas negras. Essa deficiência afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo e apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como Oriente Médio (40%) (Brasil, 2017). A deficiência de G6PD é comum em populações historicamente endêmicas para malária porque confere proteção contra a doença (Sirugo,Tishkoff,Williams, 2021).

A Dra. Sarah Tishkoff destaca que se estivermos interessados em estudar determinantes sociais da saúde, a raça pode ser a forma adequada de classificação, porque parte de uma construção social. Entretanto, se estivermos interessados em fatores de risco genéticos, normalmente a ascendência é a melhor opção de investigação, porque alguém pode se identificar socialmente a

partir de um fenótipo, mas acabar descobrindo que teve avós de regiões diferentes e tem ascendências diversas (Evans *et al.*, 2021).

Sobre isso, a Drª Ruth Shim descreve um estudo antigo realizado por McGinnis e colaboradores em 2002 que analisou os determinantes da saúde e sua contribuição para a morte prematura. E eles disseram que cerca de 15% tinham a ver com circunstâncias sociais; 10% eram cuidados com a saúde; 5%, exposição ambiental; 40%, padrões de comportamento; e 30%, predisposição genética. Por isso, ela afirma ensinar aos seus estudantes de medicina que, se pensarem nessas divisões, nos padrões comportamentais, na exposição ambiental, nos cuidados com a saúde, nas circunstâncias sociais, todos esses fatores são determinantes sociais da saúde. Portanto, 70% da razão pela qual as pessoas morrem precocemente tem a ver com os determinantes sociais da saúde e cerca de 30% tem a ver com genética ou à ancestralidade ou a uma predisposição que você tem em seu histórico familiar. Portanto, certamente não se trata de dizer que precisamos desconsiderar a genética, mas se estivermos falando sobre como lidar com as desigualdades, como avançar para alcançar a equidade em saúde, é preciso fazer um melhor trabalho de ensinar as pessoas a identificar e abordar os determinantes sociais. E a raça se torna o mais destacado desses determinantes sociais. Portanto, para a autora supracitada, se quisermos chegar a um ponto de equidade em saúde, é preciso ensinar a todos os profissionais da saúde como o racismo se manifesta na medicina, como ele afeta os resultados na saúde e o que os profissionais podem fazer para combater de fato as forças negativas do racismo (Evans *et al*., 2021).

Para Tong e Artiga (2021), apesar da raça ser um sistema sociopolítico de categorização sem base biológica, ela continua a desempenhar um papel no ensino médico e na tomada de decisões clínicas no setor de saúde. A raça permeia a tomada de decisões clínicas e o tratamento de várias maneiras, incluindo: (1) por meio de atitudes e preconceitos implícitos dos profissionais, (2) estereótipos de doenças e nomenclatura clínica e (3) algoritmos clínicos, ferramentas e diretrizes de tratamento. Por isso é preciso

dialogar sobre. Diante do exposto, compreendemos a necessidade de desenvolver pesquisas em saúde que considerem todas as particularidades do povo negro, seja relacionada à sua cultura, sua ancestralidade, o racismo, os determinantes sociais da saúde ou questões genéticas, a fim de produzir um cuidado em saúde equânime e integral. Isso se respalda na Política Nacional de Saúde da População Negra (Brasil, 2017), onde vemos em uma das suas diretrizes, o fomento ao incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra. Reduzir as disparidades raciais na saúde requer uma análise radical do currículo para remover influências brancas-coloniais imprecisas e negativas. É preciso contracolonizar as pesquisas e os currículos em saúde.

Para o mestre Nego Bispo, importante líder quilombola, colonizar é subjugar, humilhar, destruir ou escravizar trajetórias de um povo que tem uma matriz cultural diferente da sua e, nesse contexto, o processo de contracolonizar deve ser entendido como a capacidade de reeditar as nossas trajetórias fundadas nas nossas próprias matrizes (Santos, 2018). E o movimento contracolonial descrito nesta coletânea parte da problemática constatação de que os currículos da área da saúde e a própria universidade ainda são colonizados e colonizadores, operando em uma matriz brancocêntrica ocidental, que acessa unicamente bases ontológicas europeias (Rosa; Alves-Brito; Pinheiro, 2020), enquanto exclui, apaga ou assimila os saberes, conhecimentos e práticas dos povos marginalizados (negros, indígenas, ciganos, quilombolas, ribeirinhos, marisqueiras, entre outros).

O apelo para contracolonizar a universidade não é novo e tem raízes em vários movimentos sociais e culturais anteriores cujos participantes compartilhavam a determinação de confrontar o aparato ideológico da supremacia branca e do colonialismo, bem como de desenvolver epistemologias e abordagens alternativas para o aprendizado e a produção de conhecimento. Pimblott (2019) descreve que a Paris do período entre guerras representa um marco, já que uma geração anterior de estudantes da diáspora

africana, entre eles Aimé Césaire, Leon Damas, Paulette Nardal e Léopold Sédar Senghor, iniciou o movimento da Negritude em resposta a seus encontros com o racismo na sociedade e nas instituições educacionais francesas. O movimento atingiu seu ápice mais uma vez durante a época do Black Power, quando estudantes afro-americanos dos EUA ocuparam prédios universitários, exigindo mudanças nas políticas de admissão e contratação, bem como a criação de programas de estudos sobre os negros. Não satisfeitos em esperar por reformas, os ativistas estudantis abriram suas próprias faculdades experimentais que centralizavam a experiência sócio-histórica negra e destacavam a produção intelectual e cultural de pessoas de ascendência africana.

Existem movimentos contemporâneos para contracolonizar a universidade e se baseiam nessas histórias de resistência, mas também respondem às condições particulares de seus próprios contextos temporais e espaciais. Koch, Pool e Heymans (2024) descrevem os protestos estudantis recentes que reacenderam as discussões em torno da necessidade de uma transformação completa do currículo, como os movimentos #RhodesMustFall (Rhodes deve cair) na África do Sul e as campanhas "Why Is My Currículo White?" (Por que meu currículo é branco?) no Reino Unido, ambos em 2015.

Acreditamos ser imprescindível contracolonizar o currículo na universidade e contribuir para a formação de um profissional de saúde que, para além de possuir efetividade na resolução de problemas de ordem essencialmente biológica, deve ter senso de responsabilidade social, atuando para a (trans)formação da realidade enquanto agente de mudança. Nesse contexto, a formação em saúde deve estar direcionada para a aproximação da realidade brasileira, com vistas a desenvolver uma prática que interfira e possa modificar positivamente o cenário de sua atuação e criar uma ética na produção do cuidado (Ferreira, 2022).

Considerando que o paradigma da Afrocentricidade tem como foco o realinhamento das narrativas sobre o povo africano e busca a sua colocação no centro de qualquer análise de fenômenos

africanos (Asante, 2014), com base na consciência, na qualidade de pensamento, no modo de análise e na perspectiva de agência, os africanos em diáspora precisam ser agentes de sua própria história e de sua experiência social (Ferreira, Rios, 2024). Assim, partindo da categoria agência, essa coletânea assume a postura de produzir pesquisas em saúde ancoradas em pensamentos críticos e em uma construção coletiva orientada para o reposicionamento da produção de cuidados em saúde para o povo negro, e busca fomentar modos de educar que reafirmem o protagonismo/agência das pessoas africanas em diáspora perante seu processo de aprender e de intervir na vida em sociedade (Ferreira, Rios, 2024). A Afrocentricidade retira a Europa (e o branco) do centro da realidade africana e exige novas formas de gerar conhecimento a partir de uma "perspectiva negra" em oposição à "perspectiva branca" dominante. Para Asante (2016),

> Isto não é dizer que toda a Europa é má e toda a África é boa. Mesmo pensar ou colocar a questão dessa maneira é perder o ponto da Afrocentricidade. No entanto, a promoção da cultura europeia como normativa e universal é totalmente inaceitável e nunca mais será imposta aos africanos e outros povos como a única forma de examinar a vida e as experiências (Asante, 2016, p. 215).

Para além de reivindicar a mudança da formação em saúde centrada na narrativa branca-eurocêntrica contada nas salas de aula, essa coletânea busca reunir informações relacionadas à saúde do povo negro, contribuindo para a formação e uma melhor produção de cuidado. A agência se constitui como a chave para a reorientação e o recentramento, de modo que se possa reconhecer-se e operar como agente, e não como vítima ou dependente (Asante, 2009).

Desse modo, a proposta lançada aos membros do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu foi a de que fizessem o exercício de se colocarem no lugar do educador e produzissem um momento de aprendizado em que revisitariam temáticas da formação em saúde

a partir da agência africana, fomentando uma formação em saúde centrada na lógica contracolonial de saberes e práticas. Marimba Ani (1992) afirma ser necessário começar com um doloroso desmame dos próprios pressupostos epistemológicos que nos estrangulam e que o desmame requer paciência e compromisso, mas a libertação de nossas mentes vale muito a pena o esforço. Assim, este livro objetiva apresentar um debate na área da saúde a partir das especificidades e agência negra, contribuindo para um movimento contracolonial na formação em saúde por meio do compartilhamento de propostas didáticas. A seguir, apresentaremos os textos que compõem esta obra.

"Racismo científico e a formação em saúde", de Suiane Costa Ferreira, apresenta um levantamento histórico de como a pseudociência racista não é coisa do século passado e ainda está presente na formação dos profissionais de saúde, influenciando como produzem os cuidados em saúde.

O texto "Raça e saúde: complexidade na produção do cuidado na atenção básica", de Josiane Moreira Germano e Jéssica de Souza Silva, tem como objetivo dar visibilidade ao debate racial na produção do cuidado no Sistema Único de Saúde, com ênfase na Atenção Básica, visto que as prerrogativas deste sistema colocam este espaço como lócus de maior proximidade com as populações. Esse texto destaca a mudança de financiamento com a proposta denominada Programa Previne Brasil, instituída em 2019 no Brasil, o que impactou diretamente no acesso e na produção do cuidado das pessoas negras, uma vez que 80% da população negra é usuária-dependente do sistema.

Em "Medidas antropométricas e o corpo negro", de Aline Silva dos Santos, Ariele Souza Lima Melo, Camila Santana Andrade e Suiane Costa Ferreira, vemos a descrição histórica da construção do Índice de Massa Corporal (IMC) a partir dos corpos brancos e sua consolidação como um indicador do estado nutricional com validade clínica para todas as pessoas. Assim, o capítulo reflete a partir desta afirmação generalizada e universalizante, o motivo de, apesar da

existência de medições mais precisas, o IMC persistir como um critério apropriado de análise.

No capítulo "Dendê e a educação alimentar e nutricional", de Camila Santana Andrade, Jaiane Cardoso de Souza e Souza, Letícia Aragão Santos e Suiane Costa Ferreira, vemos o aprofundamento sobre a potência dos valores nutricionais do azeite de dendê e a reflexão sobre seu apagamento nos cursos que formam nutricionistas em todo o país, especialmente na Bahia, território que além de ser o Estado mais negro do Brasil, possui forte presença do dendê no seu cotidiano alimentar e religioso.

"Intolerância à lactose e herança genética: desafios e realidades para a população negra, de Carine de Jesus Almeida, Cassia Cecilio Bispo da Silva, Stefane Miranda Santos e Suiane Costa Ferreira, buscou contribuir a partir de um levantamento sobre a intolerância à lactose e sua prevalência na população negra, junto com a reflexão sobre os silenciamentos na formação em nutrição sobre esta temática e seus impactos na produção de um cuidado em saúde.

Em "Comunidades quilombolas e o acesso ao cuidado em saúde mental", de Aliane Neves de Carvalho, Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura, Janaina Ribeiro da Purificação, Keila Fernanda Araújo de Jesus e Láila Lavínea Santos da Silva, encontramos uma discussão sobre como as comunidades quilombolas vivenciam cotidianamente diversas barreiras no acesso às políticas públicas fundamentais, incluindo o cuidado em saúde mental a partir dos serviços do Sistema Único de Saúde, e como o itinerário terapêutico dessa população se inicia na própria comunidade, com estratégias ancestrais de cuidado.

O texto "A raça e os intervalos de referência para exames laboratoriais", de Grazielly Silva dos Santos, Ian Silva de Vasconcellos e Suiane Costa Ferreira, busca refletir sobre os intervalos de referência (IRs) nos exames laboratoriais e a variabilidade étnica e genética da população. Lembrando que os IRs são dados estatísticos que orientam a interpretação dos resultados de exames laboratoriais e têm um papel importante na

prática clínica na triagem de doenças, avaliando a progressão da doença e a resposta ao tratamento.

No capítulo "Avaliação da pele negra e o fazer/cuidar em Enfermagem", de Alisson Jones Cazumbá Cerqueira Pinto, Paloma Almeida Fonseca, Paloma dos Santos Borges, Rayane Reis de Souza e Suiane Costa Ferreira, vemos o debate sobre como a avaliação da pele segue sendo pensada e sistematizada a partir das características de um sujeito universal do cuidado, que invariavelmente é branco, e como isso afeta a detecção de lesões cutâneas e a produção de um cuidado em saúde alinhado com às necessidades reais do povo preto.

Em "A insegurança tem cor? Debate sobre a segurança do paciente e as questões étnico-raciais", de Emanoelle Silva Santos, Estefane de Souza da Silva, Jaiana Nascimento Souza Santos, Lorena Fortuna Santos Rastely, Mábia Sousa Neves Trindade e Suiane Costa Ferreira, busca-se fomentar o debate sobre o cenário da segurança do paciente e seu imbricamento com as questões raciais, pois a disparidade nos cuidados de saúde entre pacientes negros é uma questão alarmante, impactando tanto a qualidade, quanto a segurança desses cuidados.

No texto "Desenvolvimento da competência cultural para um melhor cuidado na área da Fonoaudiologia", de Élida de Fátima Ramos Delgado, Luciane Cristina dos Santos Evangelista Sousa e Suiane Costa Ferreira, realiza-se um levantamento sobre o processo social em que se deu a constituição da Fonoaudiologia, com a tentativa de neutralizar a influência dos povos nativos e pessoas negras escravizadas na construção da língua padrão brasileira. Além disso, o texto se dedica a discutir como essa profissão necessita desvencilhar-se do cuidado universal centrado nas particularidades do corpo branco, desenvolver uma competência cultural e ofertar um cuidado culturalmente relevante para a população negra, que é maioria no Brasil.

No "Saúde auditiva e o debate racial", de Camila Freitas Normandia, Ludmayra dos Santos da Silva e Suiane Costa Ferreira, vemos o funcionamento complexo do aparelho auditivo e como

qualquer descompasso das estruturas que o compõe pode resultar em patologias que prejudicam tanto o equilíbrio quanto a audição, assim como impactar severamente na qualidade de vida e na relação desse indivíduo consigo mesmo e com os outros. Este texto também dialoga sobre a perda auditiva e a relação com duas doenças diretamente ligadas à comunidade negra, o vitiligo e a doença falciforme.

No capítulo "Drogas anti-hipertensivas e o cuidado da população negra", de Ana Maria Jesus da Silva, Flávia Vitorio Oliveira, Leilane Silva de Deus Santa Rita e Suiane Costa Ferreira, vemos como a população negra apresenta maior prevalência e gravidade da hipertensão arterial, além de respostas diferenciadas aos tratamentos anti-hipertensivos, o que requer abordagens terapêuticas específicas e culturalmente sensíveis. Assim, o texto aborda o tratamento da hipertensão na população negra, com foco nas particularidades dessa comunidade.

No texto "Pensando a doença renal crônica e as especificidades da população negra", de Haiala Carvalho do Espírito Santo, Jadiane Barros de Cerqueira, Vinícius Damasceno Nascimento e Suiane Costa Ferreira, a Doença Renal Crônica é abordada como patologia que tem grande influência na condição de vida da população negra e uma relação intrínseca com a etnia e a condições socioeconômicas. Além disso, o texto descreve como equações para avaliação renal com ajustes raciais vem produzindo estimativas mais altas da função renal em pacientes negros, o que pode atrasar seu encaminhamento para tratamento especializado ou transplante.

Em "Racismo e o transplante de órgãos", de Adriele Souza Lima Melo, Fernanda da Silva Borges, Marilda Bastos do Nascimento e Suiane Costa Ferreira, vemos como o Brasil apesar de referência mundial na área de transplantes de órgãos e tecidos, possuindo o maior sistema público de transplantes do mundo, permite que o racismo centrado na cor da pele interfira em todo o processo, seja pelo preconceito racial inconsciente, pelas consequências do status socioeconômico ou diferenças biológicas que predispõem a população negra a doenças e sobrevivência mais curta.

No capítulo "Câncer de mama em mulheres negras: uma discussão contracolonial, de Bianca Santos dos Santos, Juliana Teixeira Menezes, Suiane Costa Ferreira e Thayana Victória Santos Silva, o câncer de mama é apresentado como uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres, no entanto, sua complexidade vai além dos aspectos puramente clínicos e envolve uma série de fatores interligados, incluindo diferenças raciais, assinaturas genéticas e condições socioeconômicas. Este texto examina essas questões a partir de estudos que abordam disparidades raciais e étnicas, diferenças na expressão genética e a importância de estratégias de rastreamento adaptadas a grupos específicos.

"Melanina e sua relação com a saúde do povo negro", de Évelin de Assunção Aleluia, Suiane Costa Ferreira e Vanessa Kehinde Moura dos Reis, é um texto que extrapola o debate da melanina sempre associada à pigmentação da pele, cabelos e olhos, e apresenta pesquisas que descrevem um conjunto interessante de propriedades físico-químicas e biológicas da melanina que devem ser consideradas na área da biomedicina e nos processos de cuidado e cura.

Por fim, o texto "Fisioterapia e o debate sobre o HTLV: enfrentando as desigualdades na saúde da população negra", de Denilson Barbosa Reis, Érica da Natividade Santos, Irla Pereira da Silva, Kaick Mendes Borges, Natan Oliveira dos Santos e Suzana Souza Moreira de Almeida, aborda sobre o Vírus T-Linfotrópico Humano (HTLV) e de como o Brasil ocupa posição com maior número absoluto de casos no mundo, com maior soroprevalência nos estados da Bahia, Maranhão, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Além disso, o texto traz pesquisas que sugerem que a introdução do HTLV no Brasil foi facilitada pelo tráfico transatlântico de escravizados de áreas endêmicas da África. Este capítulo busca assim, dialogar sobre as questões relacionadas ao HTLV a partir de um olhar étnico-racial, aprofundando a discussão sobre o negligenciamento da doença no Brasil e o papel da atuação

fisioterapêutica na reabilitação e promoção da saúde frente ao contexto de desigualdades sociais e raciais que afetam a população.

Suiane Costa Ferreira

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, GSS. AFROCENTRICIDADE: O caminho se faz caminhando. In: REIS, MC; ALMEIDA, GSS; Benedicto, RM (org). **Afrocentricidade**: contribuições para pesquisas e práticas sociais no Brasil. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2021.

ASANTE, MK. Afrocentricidade: notas sobre uma posição disciplinar. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). **Afrocentricidade**: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2009.

ASANTE, MK. Afrocentricidade como crítica do paradigma hegemônico ocidental: introdução a uma ideia. **Ensaios Filosóficos**, Volume XIV. Trad.: Renato Noguera, Marcelo J. D. Moraes e Aline Carmo. Dezembro/2016. p.09-18.

ASANTE, MK. Afrocentricidade: A teoria da mudança social. **Afrocentricidade Internacional**, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

ESEGBONA-ADEIGBE S. The impact of a Eurocentric curriculum on racial disparities in maternal health. **European Journal of Midwifery**, 2021 Sep 6;5:36. Doi: 10.18332/ejm/140086.

EVANS, M. K. *et al*. Race in Medicine — Genetic Variation, Social Categories, and Paths to Health Equity. **The New England Journal of Medicine**, 2021 Sep 30;385(14):e45. doi: 10.1056/NEJMp2113749.

FERREIRA, SC. **Debate contracolonial na formação em saúde**: resgatando a ciência de Kemet. Salvador: EDUNEB, 2022.

FERREIRA, TS; RIOS, JAVP. Njila ku kibuku: educação afrocêntrica e construção de novos modos de educar na escola pública. **Série-Estudos**, Campo Grande, MS, v. 29, n. 66, p. 25-48, maio/ago. 2024
FU-KIAU, KKB. **O livro africano sem título** — Cosmologia dos Bantu-Kongo. Editora Cobogó, 2024.
GARRICK, O. *et al*. Advancing Inclusive Research: Establishing Collaborative Strategies to Improve Diversity in Clinical Trials. **Ethnicity & Disease**, v. 32, n. 1, 2022.
KIMURA, L., LEMES, R. B., NUNES, K. Ancestralidade: genética, herança e identidade. **Genética na Escola**, 17(1), 41–52, 2022. https://doi.org/10.55838/1980-3540.ge.2022.421.
KOCH, R.; POOL, J.; HEYMANS, Y. The Nature of Decolonisation in Health Sciences Curricula: A Scoping Review. **South African Journal of Higher Education**, v. 38, n. 4, p. 81-106, 2024.
LOPES, C.V.M. *et al*. **A genética tem cor**? um livro para refletir, colorir e aprender. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2024.
NOBLES, W. Sakhu Sheti: retomando e Reapropriando um Foco psicológico Afrocentrado. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). **Afrocentricidade**: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2009, p. 277-297.
PEREIRA, J. L. *et al*. Genetic Ancestry and Self-Reported "Skin Color/Race" in the Urban Admixed Population of São Paulo City, Brazil. **Genes** 2024, 15, 917. https://doi.org/10.3390/genes15070917.
PIMBLOTT, K. Decolonising the University: The Origins and Meaning of a Movement. **The Political Quarterly**, 91(1), 2019.
ROSA, K.; ALVES-BRITO, A.; PINHEIRO, B.C.S. Pós-verdade para quem? Fatos produzidos por uma ciência racista. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 37, n. 3, p. 1440-1468, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5007/2175- 7941.2020v37n3p1440.
SANTOS, A.B. dos. Somos da terra. **PISEAGRAMA**, Belo Horizonte, n. 12, p. 44-51, 2018. Disponível em: https://piseagrama.org/somos-da-terra/.
SCHUCMAN, L.V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: Raça, hierarquia e poder na construção da

branquitude paulistana. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
SIRUGO, G.; TISHKOFF, S.A.; WILLIAMS S.M. The quagmire of race, genetic ancestry, and health disparities. **The Journal of Clinical Investigation.** 2021 Jun 1;131(11):e150255. doi: 10.1172/JCI150255.
SOUZA, A.M.D. *et al*. A systematic scoping review of the genetic ancestry of the Brazilian population. **Genetics and Molecular Biology**. 2019, 42, 495–508.
TONG, M.; ARTIGA, S. **Use of Race in Clinical Diagnosis and Decision Making**: Overview and Implications. Kaiser Family Foundation, 2021.

RACISMO CIENTÍFICO E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Suiane Costa Ferreira[1]

> Na América, a injúria não está em se ter
> nascido com uma pele mais escura com lábios
> mais carnudos, com um nariz mais largo, mas
> em tudo que acontece depois disso.
> Ta-Nehisi Coates, livro *Entre o Mundo e Eu*.

Racismo científico pode ser compreendido como os discursos e práticas das ciências que construíram, teórica e metodologicamente, a discriminação e hierarquização de grupos humanos por meio da aplicação da categoria raça para interpretar a variabilidade humana (Sepulveda *et al*., 2023). Neste capítulo, discutimos como essa pseudociência racista ainda se encontra presente na formação dos profissionais de saúde, influenciando como produzem os cuidados em saúde.

Para Kimura, Lemes, Nunes (2022), para compreender as bases do racismo científico, é preciso voltar para meados do século 18. Em 1735, em seu livro *Systema Naturae*, Carl Linnaeus propôs classificar a espécie humana no reino animal e seus indivíduos em "variantes", de acordo com a origem continental: *Europaeus albus*, *Americanus rubescens*, *Asiaticus fuscus e Africanus niger*. Apenas na 10ª edição do livro, em 1758, essa classificação foi substituída e ele sugeriu outra, de acordo com características como cor da pele, traços físicos, comportamento, modo de vestir, sistema de governos

[1] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Comunidades Virtuais e do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702

entre outros. Ao adicionar esses atributos comportamentais, culturais e políticos, os fatores puramente geográficos e ambientais foram afastados. Essa mistura arbitrária de algumas características físicas, culturais e políticas acabou criando as bases para o racismo científico. Pelo final do século 18, começaram a surgir algumas disciplinas mais ou menos científicas cujo objetivo era ratificar as relações rígidas de causa/efeito entre as características físicas, psicológicas e culturais dos seres humanos.

Em 1780, o suíço Caspar Lavater sistematizou a fisiognomonia, método segundo o qual se podia detectar todas as qualidades de um indivíduo pela sua fisionomia. Com a sucessão das obras de Lavater, todos os povos do mundo começaram a ser enquadrados pela doutrina fisiognomonista, pretendendo-se estabelecer o caráter de cada qual pelo exame de traços faciais individuais e logo também pela cor da pele, considerada reveladora da alma. A pele escura, previsivelmente, era tida pela fisiognomonia como signo de uma alma pervertida, enquanto a pele clara conotava um caráter nobre (Silveira, 1999).

No início do século 19, o médico alemão Franz Joseph Gall desenvolveu a frenologia. Gall pensava ter descoberto, de maneira científica, a correlação entre 37 faculdades mentais particulares e elevações e depressões na superfície do crânio, suas formas exteriores e dimensões relativas. Explicava essas marcas externas do crânio como resultado da hipertrofia de determinadas estruturas cerebrais internas, que estaria relacionada ao desenvolvimento de faculdades mentais associadas. Gall defendia que com base nesses estudos, poderia se conhecer o comportamento humano e alegar diferenças mentais, morais e comportamentais entre as raças humanas (Sabbatini, 2011). A tese de Gall não podia deixar de traçar o rotineiro elogio ao homem branco e ao seu cérebro privilegiado, assimilando a forma do crânio dos povos "selvagens" à dos marginais europeus (Silveira, 1999). O médico descobriu também um novo componente cerebral que estava localizado entre a lateral da cabeça, acima da testa, chamado

de córtex pré-frontal, afirmando que o córtex desenvolvido ativaria ações cerebrais e criminais biológicas nos indivíduos (Santos, 2021).

Essas correlações simplesmente não existem. A forma do cérebro não reflete o desenvolvimento maior ou menor desta ou daquela característica, e, muito menos, o cérebro é capaz de influenciar o formato do crânio. Mas, na época, parecia ser uma descoberta fantástica. Com isso, consultórios frenológicos germinaram rapidamente na Europa e Estados Unidos (EUA) entre 1820 e 1842. Pessoas usavam a frenologia para tudo, incluindo para contratar empregados, para escolher um parceiro para casamento ou para diagnosticar doença mental ou a origem de problemas psicológicos. Infelizmente, no entanto, a frenologia deu origem a muitos outros ramos pseudocientíficos baseados na análise quantitativa de características faciais e craniais, tais como a craniologia, que foram aplicados para gerar um grande número de erros e injustiças (Sabbatini, 2011).

A craniologia usava medidas quantitativas precisas de características cranianas a fim de classificar pessoas de acordo com a raça, temperamento criminal, inteligência, entre outros. A craniologia se tornou influente durante a era vitoriana, e foi usada pela primeira vez pelos britânicos, para justificar o racismo, a colonização e a dominação das ditas "raças inferiores", tais como os irlandeses e africanos (Sabbatini, 2011). A craniologia se deu a partir do médico italiano Césare Lombroso, que mais tarde se tornaria um dos precursores da antropologia criminal. Dedicou seus estudos à vivência psiquiátrica, uma vez que relacionou a demência com a delinquência. Lombroso afirmava que a caixa craniana poderia afetar as funcionalidades psicológicas dos indivíduos, isto é, conforme a anormalidade do crânio haveria uma predisposição biológica para o crime (Santos, 2021), afirmando que os assassinos tinham maxilas proeminentes e que os batedores de carteira tinham mãos longilíneas e barbas ralas. Essas eram ideias extremamente aceitáveis para uma Europa racista que estava colonizando o mundo a partir do seu sentimento de superioridade.

Com a craniologia chegou-se à conclusão de que o crânio do homem branco era diferentemente superior ao do homem negro, comparando esse ao de um chimpanzé. Raças "inferiores", como a negra, eram consideradas como mais próximas a esses animais do que os demais europeus. Desse modo, Lombroso tornou-se uma personalidade altamente influente nos sistemas judicial e policial da Itália, e em muitos outros países, inclusive no Brasil. Aqui, ainda na década de 1950, muitos juízes ordenavam a realização de análises antropométricas lombrosianas dos réus em processos criminais, que posteriormente eram usados pela acusação em julgamentos. Inacreditavelmente, o lombrosianismo é ensinado até hoje em algumas faculdades de direito, embora as teorias baseadas na causa ambiental da criminalidade tenham se tornado dominantes (Sabbatini, 2011; Santos, 2021).

Nina Rodrigues foi um médico brasileiro que, extremamente baseado nas teorias lombrosianas, produziu seus escritos sobre medicina legal. A partir de estudos do crânio e da fisionomia, afirmou que os crimes eram mais fruto da degenerescência pelo cruzamento de raças distintas (miscigenação) do que de responsabilidade individual, demonstrando que a tendência ao crime era hereditária (Sepulveda *et al*., 2023). A premissa racista do século 19 até hoje mantém suas influências nas questões criminais. Em 2020, a juíza Inês Marchalek Zarpelon, mulher branca, da 1ª Vara Criminal da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba (PR), decretou a prisão de 14 anos e 2 meses de Natan Vieira da Paz, de 48 anos, homem negro, 'em razão de sua raça', escreveu: "Quanto aos antecedentes criminais, o réu é primário. Sobre sua conduta social nada se sabe. Seguramente integrante de grupo criminoso, em razão de sua raça, agia de forma extremamente discreta os delitos e o seu comportamento (...)".

Em 2023, houve um ataque contra uma creche na cidade de Blumenau (Santa Catarina) resultando em 4 crianças assassinadas. Em entrevista, a psicanalista Edina Esmeraldino, disse que o responsável pelo ataque contra a creche (um homem branco), pela análise que fez através de fotos, não possuía "formato de corpo" de

psicopata. Ainda segundo a mesma, o executor do massacre deveria ser “uma pessoa amorosa e carinhosa, das pessoas mais afáveis e amigáveis, no entanto, o ambiente transformou esse moço nesse monstro”. A fala da psicanalista remete à teoria lombrosiana, pela qual defendia-se que haveria uma predisposição biológica do indivíduo à conduta antissocial e que esta seria reconhecida pelos traços faciais e a compleição corporal dos indivíduos (Miller, 2023). Em sendo branco, ele não tinha cara de bandido.

Na área da saúde, a associação entre aparência e deliquência também está presente. Em seu artigo, Romano (2018) descreve uma cena onde um jovem negro no final da adolescência foi admitido na emergência do hospital de Baltimore (EUA) em uma maca com vários ferimentos de bala perfurando seu tórax e cabeça. Poucos minutos após a chegada, ficou claro que as tentativas de ressuscitação eram inúteis. Nos momentos repentinamente silenciosos que se seguiram à declaração de óbito, a equipe médica ocupou suas mãos inquietas limpando a sala de trauma e arrumando o corpo para que os familiares prestassem suas homenagens. Um membro da equipe médica retirou um telefone celular do bolso do paciente e, em seguida, retirou um segundo telefone do mesmo bolso. Um residente de medicina, que usava dois telefones como parte de suas responsabilidades em uma noite movimentada no hospital, brincou: "Talvez ele estivesse de plantão". Outro residente corrigiu: "Não, eu vi The Wire, eu sei do que se trata", referindo-se a uma série de televisão fictícia sobre traficantes de drogas que usam vários telefones celulares para escapar das escutas da polícia. O autor conclui que a maioria dos médicos brancos não acha que a raça os afeta ou afeta suas decisões clínicas e são ensinados a ignorar seu próprio privilégio racial em favor de um mito social meritocrático. A incapacidade de enfrentar o racismo dentro da profissão médica tem implicações para os pacientes que são atendidos: bebês negros continuam a morrer em taxas mais altas, crianças negras recebem menos cuidados necessários e adultos negros recebem cuidados de pior qualidade do que os brancos, e as tendências não estão melhorando.

Em meados do século 19, o influente médico e anatomista francês Paul Broca também contribuiu diretamente para o racismo científico na medicina. Tendo como pano de fundo a emergência do evolucionismo darwiniano a partir dos anos 1860, cabia aos antropólogos físicos, sobretudo, o estudo e a classificação das raças humanas por meio de detalhadas caracterizações morfoanatômicas das várias partes do corpo. Essa minuciosa tarefa era exercitada não somente para estabelecer classificações taxonômicas (cor da pele, cor e textura do cabelo, características antropométricas, volume do cérebro, entre tantas outras), mas também para compreender como aqueles corpos haviam se constituído e, não menos, qual o futuro que lhes estava reservado (Souza; Santos, 2012).

Paul Broca defendia claramente que as diferenças na forma e proporção dos crânios repercutiam na capacidade física, motora, cognitiva, racional e moral dos indivíduos. No entanto, além do formato da cabeça, analisava-se também a capacidade craniana, alegando-se que o cérebro dos negros era menor do que dos brancos, e mesmo entre indivíduos brancos, haveria variações, sendo estes resultados da miscigenação com raças inferiores (Vilar, 2015). O médico fundou em 1859 a Sociedade de Antropologia de Paris, uma sociedade acadêmica que se dedicou a comprovar a superioridade branca e assim justificar a colonização, exploração e escravização da Europa sob África e Ásia. Broca introduziu a seguinte ordenação: "Em média a massa do encéfalo é mais considerável no adulto que no velho, no homem que na mulher, nos homens eminentes que nos homens medíocres e nas raças superiores que nas raças inferiores". O desejo do médico era utilizar os métodos da ciência para definir quem deveria assumir o comando das operações a nível local e global (Silveira, 1999). Mas, nesse contexto de supremacia branca endossada pela medicina, surge Anténor Firmin, antropólogo negro do Haiti, que decidiu desmantelar as pesquisas de Paul Broca.

Segundo Singaravélou, Miské e Ball (2020), Paul Broca havia passado anos enchendo os crânios de chumbo e comparando os resultados, chegando à conclusão de que a raça branca era a mais

inteligente de todas, pois a capacidade craniana dela era maior de todas. Anténor Firmin constatou que Broca deliberadamente havia falsificado os resultados para basear seu postulado de uma hierarquia racial. Para divulgar sua mensagem o cientista haitiano publicou o livro "A igualdade das raças humanas: antropologia positivista" em 1885. Nesta obra, refutou as teorias do racismo científico vigentes no século 19 e a etnografia da escravidão, demonstrando o seu viés ideológico e moral. Obviamente Firmin foi ridicularizado no meio antropológico do período, por defender que todos os seres humanos, independente da raça, eram iguais.

Entre o final do século 19 e início do século 20, a seleção natural, que Charles Darwin não havia aplicado ao funcionamento da sociedade humana, foi usada como explicação para as diferenças entre as classes sociais. Vários pensadores fizeram a transposição do modelo evolutivo criado para o mundo biológico para a organização da sociedade humana, dentre eles, Herbert Spencer, o criador da expressão 'sobrevivência dos mais aptos' e o primo de Darwin, Francis Galton. O Darwinismo Social considerava que os seres humanos são por natureza desiguais, dotados de aptidões inatas, algumas superiores e outras inferiores, colocando os brancos como os mais aptos da espécie e, portanto, com acesso ao poder social, econômico e político (Freitas; Sepel, 2023). Desse modo, a inteligência, caráter, talentos e capacidade de governar eram hereditários. Os indivíduos de raça inferior herdavam vícios, doenças como, sífilis e demência, se reproduziam mais rápido e não deveriam receber ajuda do Estado, pois isso prejudicaria o curso normal da seleção natural, interferindo na luta pela sobrevivência e tornando essa parte da população progressivamente mais preguiçosa com o passar das gerações. Esse foi o pressuposto para a proposta que fundamentaria as políticas eugenistas: os mais aptos deveriam ser estimulados a se reproduzir e os menos aptos deveriam ser impedidos por lei de se reproduzir (Souza, 2022).

A eugenia emergiu no início do século 20 como um movimento científico e social fortemente associado às teorias raciais e evolutivas em voga no período, sobretudo aquelas

relacionadas ao racismo científico e ao darwinismo social. Em tempos de expansão do imperialismo europeu e das ideologias nacionalistas, as teorias eugênicas consolidaram a crença na existência de raças superiores e inferiores e na possibilidade de empregar a ciência para eliminar as imperfeições humanas e apressar o processo de evolução biológica das futuras gerações. Nascida na Inglaterra no final do século 19, a eugenia rapidamente se disseminou pelo mundo, formando um movimento que contou com estadistas, médicos, cientistas e intelectuais de diferentes nacionalidades e orientações políticas e ideológicas. Apesar da memória social da eugenia estar especialmente associada aos horrores cometidos pelos nazistas contra judeus, violentas políticas eugênicas também foram implantadas em outros lugares do mundo, como Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, Noruega e Suécia, nações que institucionalizaram a eugenia e promoveram duras medidas de seleção social e racial. Muitos anos antes da ascensão do nazismo, eugenistas norte-americanos, por exemplo, já articulavam as ideologias de segregação racial e supremacia ariana com medidas radicais de esterilização eugênica e seleção imigratória (Souza, 2022; Freitas; Sepel, 2023).

Um estudo da universidade norte-americana de Duke aponta que um programa de esterilização conduzido até 1974 no estado da Carolina do Norte (EUA) visou deliberadamente afro-americanos. Entre 1929 e 1974 cerca de 7600 homens, mulheres e crianças, em alguns casos com apenas dez anos, foram submetidos a esterilização cirúrgica como parte de um programa para impedir a reprodução de pessoas "de mente fraca" e servir ao "interesse público". Segundo especialistas, estima-se que no país mais de 60 mil afro-americanos foram vítimas dessas práticas no século 20 (Price, Darity Jr., 2010).

Em 1976, estima-se que entre 25% e 50% dos nativos americanos foram esterilizados à força no período anterior de seis anos, um ato que perpetuou o genocídio contínuo dos indígenas americanos. O documentário, 'Belly of the Beast' revelou que as esterilizações nas prisões californianas continuaram até 2013, visando

desproporcionalmente mulheres negras. Kelli Dillon foi uma dessas mulheres que foi informada, falsamente, de que tinha células anormais e posteriormente esterilizada por meio de histerectomia sem consentimento. A crença de que a esterilização forçada dessas mulheres era benéfica para a sociedade não se limitou aos médicos que realizavam os procedimentos. Quando as notícias sobre essas esterilizações forçadas foram divulgadas, centenas de comentários do público foram recebidos, ecoando sentimentos racistas e eugenistas, como o fato de ser melhor para a sociedade que essas "bandidas negras" fossem esterilizadas à força (Keay, 2022).

Movimentos eugênicos bem organizados também surgiram no Brasil, no México e na Argentina. De maneira geral, os eugenistas latino-americanos se envolveram com legislações e medidas de bem-estar materno e infantil para fortalecer o corpo e garantir a redução de uma raça branca saudável, combate às doenças infecciosas, saúde mental, educação sexual e matrimonial e controle reprodutivo (Souza, 2022). Destaca-se o incentivo à imigração europeia para contribuir no branqueamento da nação.

Em termos de legislação, o Brasil nunca aprovou nenhuma lei de esterilização compulsória contra negros, mas no livro 'Saúde das Populações Negras na América e na África' (2021) vemos a seguinte afirmação:

> Os progressos da cirurgia, cujos passos tanto se tem alargado nesses últimos anos, favorecem aos cônjuges as delícias do consórcio, sem prejuízo da prole. A esterilização é o meio indicado (...) na mulher tem sido aconselhado vários meios de esterilização, especialmente a salpingectomia, e a ooforectomia, intervenções que diariamente são feitas no nosso Hospital de Santa Izabel, com os mais satisfatórios resultados, e em organismos enfermos (Avelino, 1924, apud Nogueira, 2021, p.175)

É necessário destacar que na Pesquisa Pretos e Brancos na Bahia (1945), no universo de 500 pessoas recenseadas que haviam procurado clínicas médicas gratuitas do estado em 1937, 85,1% eram não-brancos, e se somarem os ditos mamelucos, teríamos

89,8%. Ou seja, as mulheres atendidas nas santas casas de misericórdia e que eram esterilizadas eram em sua grande maioria mulheres negras. Os médicos Fernando Tude de Souza e Clodoaldo de Magalhães Avelino foram classificados como intervencionistas porque ambos propunham o aborto ou a esterilização como solução para evitar que crianças desamparadas e doentes se tornassem criminosas, alcoólatras ou prostitutas. Por isso, toda aparelhagem ligada às esterilizações e aborto eugênico recaíram sobre a população negra sem pestanejar (Nogueira, 2021).

O governo norte-americano adotou uma postura controlista a partir de 1965 e passou a cobrar ações nesse sentido como pré-requisito para empréstimos com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Diante deste quadro, os EUA começaram a implantar no Brasil ações de controle populacional. A partir disso, foi fundada a Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil, uma organização não-governamental que influenciou diretamente a lógica de planejamento familiar em municípios do interior do país, principalmente na região Norte e Nordeste. Nesse período da ditadura militar, setores do exército passaram a ver o planejamento familiar forçado como arma contra as convulsões sociais internas. Em 1967, houve uma denúncia de que estaria havendo esterilização maciça de mulheres na Amazônia e que estas estariam sendo realizadas por missionários norte-americanos da Igreja Evangélica do Brasil (Martins, 2015).

Ainda na década de 60, surgiu também o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança, uma entidade privada, financiada por organismos internacionais, que entre as décadas de 1970 e 1990 trabalhou com a difusão e distribuição do uso de métodos contraceptivos e da esterilização cirúrgica feminina no Brasil. Esse centro foi denunciado por realizar esterilizações de forma coercitiva, sem o oferecimento de informação adequada e com ausência de disponibilidade de outras alternativas reversíveis de contracepção. Todas essas entidades tinham claramente o objetivo de controle demográfico e atuavam sem qualquer controle público (Ramos, 2008).

O Relatório Kissinger, documento norte-americano, foi adotado como política oficial pelo presidente Gerald Ford em 1975 e defendia que o crescimento populacional dos países menos desenvolvidos era uma ameaça para a segurança nacional americana, pois geraria riscos de distúrbios civis e instabilidade política. Para conter o avanço demográfico, o relatório defendia a promoção da contracepção. Treze países estavam na mira desta política: Índia, Bangladesh, Paquistão, Indonésia, Tailândia, Filipinas, Turquia, Nigéria, Egito, Etiópia, México, Colômbia e Brasil. Assim, a vontade histórica da elite brasileira ganhou um aliado de peso e com dólares no bolso (Silva, 2023).

Nessa perspectiva de enfrentamento, as questões a saúde e direito reprodutivo, algumas estratégias foram tomadas por parte do movimento de mulheres negras. Luiza Bairros, representante do Movimento Negro Unificado da Bahia, denunciou o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), criado em 1986 em Salvador (Bahia) e dirigido pelo médico Elsimar Coutinho. Ele divulgou cartazes e *outdoors* com fotos de mulheres e crianças negras acompanhadas de frases racistas, defendendo a esterilização de mulheres pobres e negras com a justificativa do necessário planejamento familiar como medida para combater a pobreza e a violência na sociedade. Elsimar Coutinho desenvolveu o anticoncepcional injetável e realizou experimentos com métodos contraceptivos hormonais em mulheres negras e pobres. Também realizou muitas vasectomias onde os números saltaram de zero em 1984 para 489 em 1991. Ele foi presidente da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, uma associação uma entidade civil que congregava as entidades de planejamento familiar. Seu orçamento entre 1988-90 foi de 8,3 milhões de dólares (Lôbo, 2020).

Essa luta do movimento negro-feminista resultou na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), instaurada pelo Congresso Nacional Brasileiro, no ano de 1991. A comissão constatou que houve prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos, inclusive os irreversíveis, sendo expandida

principalmente, nas regiões mais pobres do país. Constatou-se que a laqueadura era usada com escambo eleitoral, como forma de combate à pobreza e como maneira eugênica de lidar com a falta de acesso de planejamento familiar das camadas populares, nas quais as mulheres negras foram as mais submetidas a esses procedimentos de esterilização. Observa-se no ano de 1986, elevados índices de esterilização nos estados com maior número de população negra, como no Maranhão, que possuía 79,8% de mulheres em idade reprodutiva esterilizadas, enquanto que estados com maior população branca, como Santa Catarina, constatava-se o índice muito menor, de 30,9%. Em 1991, no Nordeste a esterilização representava o recurso contraceptivo de 62,9% das mulheres que usavam algum método (Roland, 1995; Góes, 2016; Miranda, Nascimento, Lemos Junior, 2023).

De acordo com o IBGE, em 1992, 45% de todas as mulheres brasileiras em uniões estáveis estavam laqueadas e um quinto delas com menos de 25 anos. A esterilização também determinava o acesso a empregos, pois muitos empregadores passaram a exigir um "atestado de esterilização". Em algumas regiões do país a esterilização também foi utilizada como moeda de troca por votos e influência nas áreas mais pobres (Góes, 2018).

Em 1996, por meio da recomendação da CPI, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamentou o acesso à esterilização feminina (Góes, 2018). Contudo, em 2019, a ONG Crioula divulgou um perfil das mulheres que fazem laqueadura no Brasil e os dados mostram que as negras são quase o triplo de brancas. Seguimos ainda com as mulheres negras mais expostas à essa intervenção cirúrgica.

A ideia de melhoramento da raça, a partir da ideia de quanto mais branco melhor, ainda está muito presente nessa sociedade racista anti-negro. Exemplos não faltam. Em 2009, uma clínica dos Estados Unidos iniciou uma polêmica ao oferecer a casais que queriam ter filhos a chance de escolher características como a cor do cabelo ou dos olhos do bebê (BBC News Brasil, 2009) e, em 2018, Avendaño denunciou como o Brasil se transformou em um dos

países que mais compravam esperma norte-americano no mundo, com o perfil loiro, com olhos claros e preferivelmente com sardas. Ou seja, a criança mais branca possível. Em um país onde os negros são maioria numérica (55,5% da população pelo Censo 2022) e minoria econômica. Prevalece ainda o padrão estético ocidental, do branco como símbolo de poder e beleza.

Diversas tentativas de popularizar o conhecimento racista-científico da época produziram os chamados zoológicos humanos, exibindo nativos africanos, asiáticos e indígenas para popularização do saber antropológico entre o público leigo também para fornecer uma oportunidade para o estudo "in vivo" desses povos por parte de médicos, antropólogos ou especialistas em biologia humana. Essa forma de popularização da ciência, racista e violenta, foi possível pois existia uma forte animalização das raças lidas como inferiores, onde muitos eram exibidos em gaiolas junto com animais, indicando, por exemplo, como a raça negra estava distante da espécie mais evoluída da humanidade, o branco. No Brasil, a primeira Exposição Antropológica Brasileira aconteceu no Rio de Janeiro, em 1882, onde foi exibido um grupo de indígenas chamado pelos portugueses como Botocudos, pois usavam botoques auriculares e labiais. Os mesmos foram descritos pelos organizadores da exposição como representantes brutalizados e semibestiais da humanidade nos seus primórdios evolutivos, mais próximos aos primatas do que às supostas "raças superiores" sob muitos aspectos (Vieira, 23019).

Uma das vítimas dos zoológicos humanos foi a africana Saartjie Bartmann. Nascida em uma família do grupo étnico coissã, na África do Sul, ela apresentava nádegas grandes por acúmulo de gordura, uma característica corporal comum entre seu povo, mas considerada excêntrica na perspectiva europeia. Isso chamou a atenção do cirurgião e oficial do exército britânico Willian Dunlop, que conseguiu autorização da administração colonial para levar a jovem à Londres, em 1810. Passou a ser obrigada a se apresentar em circos que exploravam pessoas com anomalias genéticas ou doenças físicas e mentais. Além destes

espetáculos, Sarah era submetida a exposições em espaços privados ou a juntas científicas, formadas exclusivamente por homens brancos, que escrutinavam de modo invasivo o seu corpo nu a fim de desenvolverem estudos de anatomia comparada, estabelecendo semelhanças com orangotangos. Mesmo após a sua morte, continuou a ser explorada e violentada pelo racismo. O naturalista e paleontólogo Georges Cuvier conseguiu a guarda do corpo de Sarah e realizou inúmeras análises anatômicas, estabelecendo relação entre os órgãos, as habilidades físicas e os traços de personalidade da mulher negra africana (Schons *et al*., 2018).

Durante todo o tempo, o racismo científico atuou como tecnologia para oprimir, subjugar e escravizar povos da África, consolidando o colonialismo europeu (Munanga, 2004) e teve consequências devastadoras, como a submissão, desumanização, violência extrema, privação de direitos básicos, inclusive o de viver. Por serem vistos como coisas, os negros e negras traficados de África foram utilizados como cobaias, como ratos de laboratório, para contribuírem para o avanço da ciência.

Um exemplo foram os experimentos realizados pelo médico James Marion Sims nos corpos inocentes de mulheres negras escravizadas para fazer avançar os estágios iniciais da ginecologia. De 1844 a 1849, Anarcha, Betsy, Lucy e cerca de nove outras mulheres e meninas escravizadas não identificadas viveram e trabalharam juntas no hospital para escravizados, no Alabama, que o Dr. Sims fundou para seu treinamento e para o reparo cirúrgico de suas pacientes, com diagnóstico de fístulas vésico-vaginais (condição obstétrica comum que levava a incontinência e que era causada por traumas e pelas lacerações vaginais e anais sofridas no parto). Sims realizou cirurgias genitais experimentais nas mulheres negras escravizadas sem anestesia e sem consentimento, afirmando que africanos tinham alta tolerância fisiológica para dor. Uma de suas vítimas, Anarcha Westcott (17 anos), foi submetida a 30 cirurgias experimentais sem anestesia. Após a conclusão bem-sucedida de seu experimento, Sims devolveu as escravizadas alugadas aos seus proprietários e, três anos depois, mudou-se para

Nova York e abriu um hospital para cuidar de mulheres brancas, estabelecendo-se como um dos cirurgiões ginecológicos mais proeminentes do país (Figueroa, 2024).

Dois séculos depois, vemos ainda hoje esse estereótipo de mulheres negras fortes, que aguentam dor, sendo reproduzido no cotidiano da assistência à saúde. Dados oriundos da pesquisa 'Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento', um estudo de base populacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres entre 2011/2012, apontou que mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, os resultados indicaram um menor uso de anestesia local nas mulheres pretas que sofreram episiotomia (Leal *et al.*, 2017).

Enzinger *et al*. (2023) também investigaram as disparidades e tendências raciais e étnicas no acesso a opioides e descobriram que pacientes negros e hispânicos idosos com câncer avançado têm menos probabilidade de receber medicamentos opioides para alívio da dor nas últimas semanas de vida do que pacientes brancos. Quando os pacientes negros e hispânicos recebiam opioides, tendiam a receber doses mais baixas do que o paciente branco. As desigualdades eram particularmente graves para os homens negros. Os homens negros tinham muito menos probabilidade de receber doses razoáveis do que os homens brancos. As desigualdades existem independentemente do nível socioeconômico dos pacientes e de outros fatores.

Segundo Hoffman *et al*. (2016), os negros norte-americanos são sistematicamente subtratados para dor em relação aos brancos. O uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram um racismo internalizado, onde ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor.

O caso de Henrietta Lacks é um outro exemplo de como o racismo científico autoriza a manipulação dos corpos negros sem nenhuma ética. Henrietta Lacks foi uma mulher negra diagnosticada

com câncer do colo do útero na década de 50. Foi admitida no hospital para iniciar o tratamento, mas faleceu de modo rápido e sem seu consentimento. Foram retiradas amostra de seu tecido de colo do útero e mandadas para o laboratório onde se analisava amostras de qualquer mulher que surgisse no Hospital Johns Hopkins com câncer cervical, a fim de usá-las para descobrir a causa e a cura do câncer. Todas as células morriam após um tempo na cultura, menos as de Henrietta. Ao invés de morrer, as células de Henrietta se multiplicavam e seu número dobrava a cada 24 horas. Os cientistas mais tarde usaram essas células, renomeadas HeLa, para avançar em várias pesquisas médicas pois as células HeLa foram as primeiras células humanas a sobreviver *in vitro* (Figueroa, 2024).

Na primeira metade do século 20, a poliomielite era uma das doenças mais temidas pela população. Nessa época, Jonas Salk, um virologista, criou uma vacina com vírus inativado. O grande problema era descobrir como isso seria testado. Ele precisaria de muitas células para realizar os testes antes que a vacina pudesse chegar aos humanos. Foi assim que a HeLa, recentemente descoberta, ajudou a disponibilizar a vacina contra a poliomielite muito antes do que se imaginava. Essa foi a primeira de suas muitas e bem-sucedidas aplicações. A aplicação das células HeLa possibilitou ainda a pesquisa sobre a natureza de diversos tipos de câncer, o desenvolvimento de vacinas, o mapeamento de genes, o tratamento de doenças e os mecanismos envolvidos por trás delas. As células HeLa também foram fundamentais no estudo da tuberculose, do HIV e do Papilomavírus humano (HPV). Foram aplicadas desde a clonagem de células, a fertilização *in vitro* e o isolamento de células-tronco, os efeitos da radiação e de substâncias tóxicas. Testou remédios para diversas doenças, incluindo o mal de Parkinson. Apesar de as células HeLa serem amplamente utilizadas, a coleta da amostra inicial tem o racismo como protagonista. A identidade da mulher atrás das células permaneceu desconhecida por muito tempo. Nem mesmo a sua família tinha conhecimento do que havia ocorrido ou do uso que se fazia. A família nunca teve nenhum ganho financeiro com células

retiradas de Henrietta, embora as grandes empresas de biotecnologia a comercializem há anos e mais de 10 mil patentes envolvendo as células tenham sido registradas. Ela morreu em 1951 e só em 1973 sua família soube da história (Figueroa, 2024).

Os homens negros também foram transformados em cobaias para o avanço da medicina. O estudo da sífilis não tratada de Tuskegee, conduzido pelo United States Public Health Service, divulgado em 1972 no New York Times, foi uma experiência que decorreu de 1932 a 1972. Os doentes, majoritariamente camponeses negros de baixa instrução escolar, foram privados de receber tratamento para a sífilis, de modo a permitir a observação do desenvolvimento da doença a longo prazo. Foram usados 600 homens negros como cobaias: 399 para observar a progressão natural da sífilis sem o uso de medicamentos e outros 201 indivíduos saudáveis, que serviram como base de comparação em relação aos infectados. Aqueles que estavam doentes e participaram do estudo não foram informados sobre seu diagnóstico e jamais deram seu consentimento para participar da experiência. Eles receberam a informação de que eram portadores de "sangue ruim", e que se participassem do programa receberiam tratamento médico gratuito, transporte para a clínica, refeições gratuitas e a cobertura das despesas de funeral. A gravidade ética deste estudo é acentuada pelo fato da penicilina, que se provou ser a mais eficaz intervenção terapêutica para a sífilis, ter sido descoberta em 1943, sem que fosse administrada nos doentes de Tuskegee. Ao final do experimento apenas 74 pacientes ainda estavam vivos (Barcelos, 2014).

Outro caso envolvendo os homens negros aconteceu entre 1951 e 1974, onde os detentos da prisão de Holmesburg (EUA) atuaram como cobaias para mais de 30 empresas farmacêuticas e agências governamentais, sob a coordenação do dermatologista Dr. Albert Kligman. Ele remunerava suas cobaias, mas não as informava sobre a toxicidade dos produtos ou garantia sua segurança. E desse modo, esses homens foram expostos a uma variedade de substâncias perigosas, incluindo vírus, fungos,

amianto e agentes químicos, incluindo dioxina, um componente do Agente Laranja (herbicida). A grande maioria dos experimentos de Kligman foi realizada em homens negros, muitos dos quais estavam aguardando julgamento e tentando economizar dinheiro para fiança, e muitos dos quais eram analfabetos. Esse médico inventou o Retin-A, um famoso remédio para acne, mas sua genialidade se desenvolveu a partir de centenas de experiências usando corpos encarcerados desumanizados. Novas regulamentações proibiram este tipo de pesquisa, mas a Johnson & Johnson, Ortho Pharmaceutical e Dow Chemical são apenas algumas das empresas que obtiveram grandes benefícios materiais dessas experiências (Meyer, 1999; NPR, 2022). Esse caso nos remete diretamente à pandemia da Covid-19 e o racismo que envolveu a testagem da vacina.

Durante um programa de TV, o professor Jean-Paul Mira, chefe da unidade de terapia intensiva do Cochin Hospital, em Paris, sugeriu que o continente africano fosse usado para os testes da vacina em desenvolvimento contra o novo coronavírus: "Por que não realizar estudos na África, onde não há máscara, tratamento nem reanimação?". A ideia enraizada que a África e os africanos podem servir como cobaias para experimentos é fruto do racismo que constitui a sociedade. A África é vista pelos brancos há séculos como um pedaço de terra subdesenvolvida cujo único potencial é ser espaço para desapropriação sistemática de seus recursos naturais e da exploração da força de trabalho de todo o continente africano (Esquerda Diário, 2020).

No Brasil, a apresentadora Xuxa defendeu a ideia de que as pessoas privadas de liberdade fossem cobaias nos testes da vacina contra o novo coronavírus, pois "serviriam para alguma coisa antes de morrer, para ajudar a salvar vidas", ao invés de usar os inocentes animais (Metrópoles, 2021). Sobre o encarceramento no Brasil, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024) descreve que dos mais de 850 mil presos no país, cerca de 70% são negros, um universo de 470 mil pessoas. Os números escancaram o racismo estrutural no sistema carcerário brasileiro. Ainda, dos mais de 850

mil presos, 209 mil eram provisórios, ou seja, um em cada quatro ainda não havia sido julgado. E são essas pessoas que deveriam "doar" seus corpos para o bem geral da nação.

As crianças negras também não foram poupadas diante do racismo científico. No início do século 19, um grupo de comerciantes baianos resolveu se unir para trazer ao Brasil a vacina contra a varíola. Acontece que importar o 'pus vacínico' da Europa não estava dando certo, porque esse insumo perdia validade depois de mais de 40 dias de viagem marítima. Então, a solução foi usar crianças negras escravizadas para importar o imunizante. Em 1804, Felisberto Caldeira Brant Pontes Oliveira e Horta, futuro Marquês de Barbacena, custeou a viagem à Lisboa de sete crianças escravizadas que ainda não tinham sido acometidas pela varíola. Na Metrópole, seriam vacinadas e retornariam a Salvador. No navio, uma das crianças deveria ser vacinada sete dias antes do retorno do navio, as demais seriam inoculadas, braço a braço, no decorrer da viagem de volta à Bahia, para garantir que a vacina não se deteriorasse e perdesse a eficácia. A partir de 1805, esse mesmo método passou a ser utilizado para "transportar" o imunizante em terras da colônia, ou seja, enviava-se um certo número de escravizados até o local de origem da vacina, e eles eram vacinados braço em braço, até chegar ao destino (Hochman; Souza, 2022). Independentemente da idade e do gênero, nenhuma pessoa negra nesse mundo racista está isenta de ser desumanizada e violentada, mesmo dentro da área da saúde que jura prestar cuidado de qualidade e equânime.

PROPOSTA DIDÁTICA

Para desenvolver propostas pedagógicas que incluam o debate sobre o racismo científico na saúde, Sepulveda *et al*. (2023, p. 93) sugerem alguns princípios que podem ser levados em consideração, como:

- Usar o exercício de examinar a história do racismo científico no século 19 para reconhecer o potencial que discursos e práticas

das ciências biomédicas apresentam para promover hierarquização, discriminação e segregação;

- Examinar como os discursos sobre raças nas ciências naturais circularam e circulam em debates, instâncias e outras instituições sociais, como na definição de políticas públicas de segurança, saúde e educação;

- Realizar exame crítico da maneira como a dinâmica de opressão se estrutura por meio da racialização de certos grumos humanos, bem como do lugar em que cada um dos sujeitos que participam da ação educacional se assenta nela, se são alvos da opressão ou se são beneficiários do privilégio.

É importante que nos processos formativos, os estudantes dos diferentes cursos da saúde se aproximem das inúmeras informações acerca do racismo científico e como ele ainda se atualiza no cotidiano da saúde. Desse modo, com o intuito de criar uma experiência pessoal de reflexão sobre a temática, propomos que o educador estabeleça uma ambiência para fomentar o debate sobre a presença do racismo científico na sociedade. Para subsidiar o debate, indicamos a leitura dos artigos "Darwinismo social, eugenia e racismo científico: sua repercussão na sociedade e na educação brasileiras", de Maria Augusta Bolsanello (1996) e "Do racismo científico ao racismo social: o conceito de "raça" nas relações humanas", de Silva *et al*. (2023). Além dos vídeos intitulados "Zoos humanos: a história esquecida da América do racismo científico" (55min), "Raimundo Nina Rodrigues - Trabalho UFRJ 2023" (15min), "Ciência, Café e Prosa #06 - Pesquisadora Emanuelle Góes" (46min) e "A bizarra história da laqueadura no Brasil" (10min), todos disponíveis gratuitamente no *YouTube*.

Considerando que aulas puramente expositivas nos cursos de formação em saúde contribuem pouco para superar os desafios do ensino, porque não estimulam o pensamento criativo, a formação de valores e atitudes e a colaboração entre os estudantes para a resolução de problemas, sugerimos o trabalho com Histórias em quadrinhos (HQ) para alterar a dinâmica da sala de aula e mudar o foco centrado no professor para centrá-lo no estudante.

Para Araújo (2022), é possível definir quadrinhos como uma linguagem autônoma destinada a narrar uma história, usando para isso a justaposição entre texto e imagens. É uma mídia que possui distintas características que incluem diferentes tipos de balões usados para as falas dos personagens, e também para indicar suas emoções; diferentes tipos de letras que revelam expressividades distintas dos personagens; a sarjeta, espaço entre um quadro e outro, que indica o passar do tempo e dita o ritmo da narrativa; onomatopeias que representam sons; linhas cinéticas para indicar movimento; diferentes planos e enquadramentos que possibilitam destacar algum ponto da história, assim como os diferentes formatos, os quais apresentamos abaixo com alguns exemplos, para que se evidencie a diversidade dessa linguagem. Ao discorrer sobre a utilização da linguagem quadrinística no processo de ensino-aprendizagem, Vergueiro (2003) afirma que esta é uma ferramenta bastante eficiente para transmissão de mensagens de todos os tipos.

Assim, após lerem os artigos e assistirem os vídeos, sugerimos um momento de debate, seguido de uma leitura coletiva do HQ intitulado "As duas mortes de Jacinta", disponível em https://ponte.org/principal-faculdade-direito-pais-usp-sao-francisco-violou-corpo-mulher-negra-30-anos-jacinta/.

Essa HQ foi produzida pela Ponte Jornalismo, uma organização sem fins lucrativos criada para ampliar o debate sobre os direitos humanos por meio do jornalismo, e conta como a principal faculdade de direito do Brasil violou o corpo de uma mulher negra por 30 anos, expondo-a como curiosidade científica e utilizando-a inclusive em trotes estudantis na Universidade de São Paulo (USP).

Em seguida, o docente pode solicitar aos estudantes que desenvolvam narrativas quadrinísticas relacionadas à temática da aula ou fornecer aos estudantes tirinhas ou páginas inteiras, de uma HQ, anteriormente montada pelo professor, onde os balões estejam todos apagados, de forma que os discentes possam desenvolver seus próprios diálogos de acordo com a narrativa visual.

Os estudantes serão estimulados a participarem ativamente da construção do conhecimento por meio de estímulos à sua autonomia. Contudo, Franceschi (2022) pontua que as histórias em quadrinhos devem ser vistas como mais um recurso a ser utilizado pelo professor nas suas aulas, e não como uma 'ferramenta milagrosa' que vai ajudar a tornar todas as aulas interessantes e estimulantes para todos os estudantes sem exceção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudantes e os trabalhadores da saúde ainda são formados a partir de um modelo de currículo centrado em única história, a contada pelos brancos e pelos seus interesses, não debatendo questões importantes como o racismo científico e suas reverberações nos processos de cuidado e cura atualmente. Por isso, há uma urgência em repensar a formação em saúde a fim de atender aos princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Anuário Brasileiro de Segurança Pública / Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP, 2024.

ARAÚJO, R.R. **As histórias em quadrinhos e seus usos e desusos pelos professores de História**. 137p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ensino de História, da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Paulo. 2022.

AVENDAÑO, TC. **Elite brasileira que importa sêmen prefere doadores brancos de olhos azuis**. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/31/politica/1522449726_364534.html Acesso em: jan 2025.

BBC News brasil. 2009. **Clínica nos EUA oferece escolha de cor de olhos de bebês**. Disponível em https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2009/03/090302_bebeescolhaeuafn#:~:text=Uma%20cl%C3

%ADnica%20dos%20Estados%20Unidos,ou%20dos%20olhos%20do%20beb%C3%AA. Acesso em: jan 2025.
BARCELOS, M. D. Autonomia revisitada: considerações a propósito do testamento vital. In: BARBOSA, A; SILVA, J. M. (eds.), **Confluências bioéticas**. Publicações da Universidade de Lisboa. pp. 91-100, 2014.
BOLSANELLO, M. A. Darwinismo social, eugenia e racismo científico: sua repercussão na sociedade e na educação brasileiras. **Educar**, n.12, p.153-165, 1996.
Décolonisations (filme). Direção Singaravélou, P; Miské, K; Ball, M. Editora SEUIL, 2020.
ENZINGER, A. *et al*. Original reports Racial and Ethnic Disparities in Opioid Access and Urine Drug Screening Among Older Patients With Poor-Prognosis Cancer Near the End of Life. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 14, 2023.
Esquerda Diário. CORONAVÍRUS | Querem fazer testes em africanos para combater Covid-19: corpos negros não são cobaias! 2020. Disponível em: https://www.esquerdadiario.com.br/Querem-fazer-testes-em-africanos-para-combater-Covid-19-corpos-negros-nao-sao-cobaias?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter Acesso em: jan 2025.
FIGUEROA, LE. **Medical Mistrust**: The Tale of Scientific Racism and African Americans. 31p. Dissertação. State University of New York, 2024.
FRANCESCHI, WM. **A "nossa história" em quadrinhos**: o ensino de história local através de histórias em quadrinhos. 325p. Dissertação. Programa de Mestrado Profissional em Ensino de História. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. 2022.
FREITAS, JLA; SEPEL, LMN. Filho de peixe, peixinho (não) é? O ensino crítico de genética e evolução no enfrentamento de racismo científico. **Humanidades & Tecnologia** (FINOM), v. 42, 2023.
GOES, E. Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros. **Debates e Pensamentos** - Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em: http://www.analisepoliticaem

saude.org/oaps/pensamentos/?id=9d545e7987ad7 46ee41488948cd 76b11. 2016. Acesso em: jan 2025.
HOCHMAN, G.; SOUZA, CMC. Vacina e vacinação antivariólica na Bahia oitocentista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3429–3440. 2022.
HOFFMAN, KM *et al*. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **PNAS**, v. 113, n. 16, 2016.
KEAY, K. **White Lies Matter**: The Evolution, Persistence, and Impact of Scientific Racism. WWU Honors College Senior Projects. 2022.
KIMURA, L., LEMES, R. B., NUNES, K. Ancestralidade: genética, herança e identidade. **Genética na Escola**, v. 17, n. 1, p. 41-52, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.55838/1980-3540.ge.2022.421 Acesso em: jan 2025.
LEAL, MC. *et al*. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Sup 1, e00078816, 2017.
LÔBO, J. A. **"Defeito de fabricação"**: maternidades negras em Ilhéus/BA. 189p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, 2020.
MARTINS, VC. **O uso da esterilização feminina como método contraceptivo nas mulheres brasileiras casadas ou unidas**. 69p. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.
METRÓPOLES. Xuxa defende que presos sejam cobaias em testes de vacinas e remédios. 2021. Disponível em: https://www.metropoles.com/brasil/xuxa-defende-que-presos-sejam-cobaias-em-testes-de-vacinas-e-remedios. Acesso em: jan 2025.
MEYER, C.R. Unwitting consent: "Acres of Skin: Human Experiments at Holmesburg Prison" tells the story of medical researchers who sacrificed the rights of their subjects for personal profit. **Minnesota Medicine**, v. 82, n. 7, p. 53-54, 1999.
MIRANDA, M.L.M.; NASCIMENTO, A.G., LEMOS JUNIOR, E.P. Mulheres negras e a justiça reprodutiva direitos sexuais e

reprodutivos de forma ampliada justiça social. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, 2023.
MILLER, F. **Autor do ataque contra a creche de Blumenau não tem "formato de corpo" de psicopata, diz psicanalista de SC**. 2023. Disponível em: https://www.diariodocentrodomundo.com.br/autor-do-ataque-contra-a-creche-de-blumenau-nao-tem-formato-de-corpo-de-psicopata-diz-psicanalista-de-sc/ Acesso em: jan 2025.
MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Niterói: EDUFF, 2004.
NOGUEIRA, L. C. N. Propostas eugênicas e medicina: Bahia (1929-1935). In: SANTANA, J. S.(org). **Saúde das populações negras na América e África**. Salvador: EDUNEB, 2021.
NPR. **Philadelphia apologizes for experiments on Black inmates**. 2022. Disponível em: https://www.npr.org/2022/10/07/1127406363/-apologizes-experiments-black-inmates. Acesso em: jan 2025.
PRICE, GN.; DARITY Jr., WA. The economics of race and eugenic sterilization in North Carolina: 1958-1968. **Economics and Human Biology**, v. 8, p. 261-272, 2010.
Procedimentos de laqueadura caem e acesso esbarra em desinformação. 2019. Disponível em: https://www.generonumero.media/reportagens/laqueadura-desinformacao/ Acesso em:jan 2025.
ROLAND, E. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506, 1995.
ROMANO, M. J. White Privilege in a White Coat: How Racism Shaped my Medical Education. **Annals of Family Medicine**., v.16, n. 3, p. 261-263, 2018.
SABBATINI, R.M.E. **Craniologia**: a pseudociência médica. Edição 56. 2011.
SANTOS, B.M. **As medidas da maldade**: o uso da realidade aumentada como instrumentalização docente nos estudos da craniologia e da frenologia. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Federal do Paraná, 2021.
SEPULVEDA, C. *et al*. **Darwinismo e racismo científico no Brasil**. Feira de Santana: UEFS, 2023.

SCHONS, A. *et al*. A trajetória de Sarah Baartman: o corpo da mulher negra como instrumento pedagógico para popularização do racismo científico no século XIX. **7ª Feira de Iniciação Científica e Extensão**. 2018.

SILVA, S.C.Q. **O controle da natalidade e a eugenia no brasil esterilização em massa e métodos contraceptivos como instrumentos do racismo (C.1960-1993)**. 227p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade de Brasília, 2023.

SILVA, O. H. F. *et al*. Do racismo científico ao racismo social: o conceito de "raça" nas relações humanas. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, ano V, v. 14, n. 40, 2023.

SILVEIRA, R. Os selvagens e a massa papel do racismo científico na montagem da hegemonia ocidental. **Afro-Ásia**, v. 23, 1999, p. 87-144.

SOUZA, V. S; SANTOS, R.V. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. **Ciências Humanas**, v. 7, n. 3, p. 639-643, 2012.

SOUZA, V. S. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930). **Revista Brasileira de História**, v. 42, n. 89, 2022.

VERGUEIRO, W. **Os quadrinhos nas aulas de história**: uma empreitada que exige cuidados. Omelete [site]. Publicado em 06 out. 2003. Disponível em: https://www.omelete.com.br/quadrinhos/os-quadrinhos-nas-aulas-de-historia-uma-empreitada-que-exige-cuidados. Acesso em: jan 2025.

VIEIRA, M.C. A Exposição Antropológica Brasileira de 1882 e a exibição de índios botocudos: performances de primeiro contato em um caso de zoológico humano brasileiro. **Horizontes antropológicos**, n. 53, p. 317-357, 2019.

VILAR, L. **Seguindo os passos da história**. O racismo científico: da teoria a prática, 2015. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/10394. Acesso em: 10 fev. 2025.

RAÇA E SAÚDE: COMPLEXIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Josiane Moreira Germano[1]
Jéssica de Souza Silva[2]

Este texto tem como objetivo dar visibilidade ao debate racial na produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na Atenção Básica (AB), visto que as prerrogativas discursivas deste sistema, coloca este espaço como lócus de maior proximidade com as populações. A AB por estar mais conectada com os territórios deveria assumir o desafio de interrogar as noções hegemônicas de saúde, território, cuidado justamente por trabalhar com o conceito ampliado de saúde que vai além da ausência de doença. Para tanto, antes de adentrarmos na complexidade das relações de cuidado que são tecidas na AB, traremos uma pequena digressão acerca do contexto sociocultural a qual a população negra no Brasil foi inserida e como isso pode gerar efeitos na produção do cuidado em saúde.

[1] Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), especialista em Fisiologia pela UEL, especialista (modalidade residência) em Saúde da Família e comunidade pela Faculdade de Medicina da Marília (FAMEMA), Mestra em Ciências da Saúde pala Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e do Grupo de Estudos em Micropolítica e Saúde pela FSP/USP. E-mail: josiane.germano@usp.br. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9368502551561268.

[2] Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Saúde da Família e comunidade pela FESF SUS, mestranda em Enfermagem e Saúde pela UFBA. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu pela UNEB e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPASE) pela UFBA. E-mail: jessica_ssilva@outlook.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3032746016383569.

As condições materiais de existência da população negra no país é um reflexo direto de séculos de racismo, desigualdades, discriminações e exclusões sociais. O legado da escravidão, a persistência da produção subjetiva colonial e as práticas de violência institucional ainda reverberam na sociedade contemporânea, manifestando-se de diversas formas, perpetuando a desigualdade em todos os âmbitos (sejam eles de educação, moradia, emprego e escolaridade), sobretudo no acesso aos serviços de saúde de qualidade e dignidade, recorte deste estudo (Borret *et al*., 2020).

A chegada dos portugueses no território brasileiro foi marcada pela desumanização, crueldade e genocídio da população indígena articulada com o processo de escravização dos povos africanos que foram sequestrados de seu continente e traficados para o Brasil, processo este que foi sustentado por mais de 300 anos (Garaes, 2012) e estima-se um sequestro de mais de 12 milhões de africanos através do Atlântico. "A América Latina recebeu 58% desse influxo atroz, com 45% direcionado ao Brasil e 13% à América espanhola" (Moya, 2018, p. 38).

Tratados como produtos, a humanidade dos povos africanos foi esvaziada, reduzindo-a em mão de obra, à servidão e assim, submetidos aos mais diversos tipos de perversidade por meio da violência, estupros, destituição de suas famílias, péssimas condições de trabalho, alimentação e moradia precarizadas, falta de acesso às condições básicas de existências e ainda, o esforço contínuo para o apagamento de sua história e memória, ou seja, falta de dignidade para a produção de amplitude de vida (Borret *et al*., 2020). Sem acesso aos serviços de saúde, os saberes, práticas e conhecimentos provenientes dos valores civilizatórios africanos foram (e ainda são) dispositivos de produção de cura, de cuidado de saúde de si e dos seus, visto que o acesso a médicos e remédios eram limitados à corte. Com o avanço da medicina no Brasil, os cuidados de saúde da população negra e pobre foram endereçados às Santas Casas de Misericórdia (Lima; Oliveira; Santos, 2016; Paulino; Oliveira, 2020).

> [...] não podemos nos esquecer do importante papel desempenhado pelos negros em relação a seu próprio tratamento médico, [...]Também a presença de sangradores e curandeiros nos quadros da Santa Casa de Misericórdia, [...] não se limitava apenas à aplicação de sanguessugas ou à sangria: "O sangrador, de certa forma, ilustra a permeabilidade entre dois polos de medicina a acadêmica e a popular" (Pôrto, 2006, s.p).

A abolição da escravatura, datada em maio de 1888, não favoreceu a inserção da população negra na sociedade brasileira, sendo conduzidos às margens sociais com políticas bastante contraditórias que cerceavam o dito direito de liberdade, ao exemplo do código penal da recém-constituída república brasileira que em 1889 instituiu a lei de vadios e capoeiras, criminalizando corpos e símbolos da identidade negra. Dois anos após a abolição, em 1890, foi criado um decreto que vetou o ingresso de africanos e asiáticos no Brasil, fomentando a imigração europeia para o exercício de políticas eugenistas da população brasileira e supervalorização das culturas ocidentais (Lussac; Mont, 2021).

No pós-abolição, nunca houve a intenção de oferta de cidadania plena e acesso à saúde, educação e emprego aos negros, o que teve/tem como efeito profundas disparidades que podem ser vistas em tempos atuais. O racismo, que pavimentou a construção das políticas públicas brasileiras, tem o intuído de manter a população em situação de vulnerabilidade em todos esses âmbitos da vida. Almeida (2014) traduz a especificidade das relações raciais no Brasil no que ela denomina de 'racismo à brasileira' onde, contraditoriamente, o Brasil é um país racista, mas que nega que existam pessoas racistas no país. Existe ainda o mito da democracia racial que afirma que as desigualdades no Brasil não são causadas por fatores étnico-raciais, mas apenas pela classe social ocupada (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

Sendo assim, o mito da democracia racial mascara a existência do racismo enquanto estrutura de poder invisibilizando suas consequências e criando barreiras para o enfrentamento por meio

de políticas públicas, como as de saúde, por exemplo. Portanto, o racismo deve ser compreendido como uma questão crucial a ser enfrentada na agenda de saúde pública brasileira. As pessoas negras ocupam as maiores taxas de doenças crônicas, mortalidade materna e infantil com dificuldades de acesso a tratamentos médicos apesar da construção do SUS ter como um dos seus princípios da universalidade do acesso com equidade. Portanto, traremos uma breve explanação da complexidade de acesso aos serviços de saúde que, desde 1988, por meio da Constituição Federal, estabeleceu que saúde é um direito de todos e dever do Estado através do SUS, reconhecendo-a como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada pelas condições políticas e socioeconômicas (Brasil, 2016).

O SUS, fruto do movimento de reforma sanitária brasileira, teve como principal objetivo proporcionar a universalização do acesso a saúde à toda a população (especialmente as mais vulnerabilizadas). Para além da universalidade, os princípios do SUS englobam a integralidade e a equidade. Essa tríade é o que alicerça (ou deveria) todo o sistema que tem como diretrizes: descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade/controle social (Brasil, 2006).

Dentre as propostas do SUS, daremos visibilidade à AB, materializada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na representação das UBS e/ou ESF que configurou na mudança do modelo assistencial, uma vez que estaria capilarizada pelos territórios, atuando por meio de uma equipe multiprofissional que deveria levar em consideração as necessidades de saúde dos territórios e os modos de produções de vida locais (Feuerwerker, 2014). Reforçamos a necessidade de potencializar as relações na AB, uma vez que a população negra, como vítima das desigualdades sociais, está inserida em territórios vulnerabilizados, sendo a UBS/USF as representações do estado para acesso à saúde e às demandas sociais.

Nessa perspectiva o processo de trabalho na AB é um dos principais dispositivos para a ampliação das relações cuidadoras

entre os profissionais, equipes intersetoriais e, sobretudo, com os usuários. A capilarização da AB nos territórios deveriam ampliar as práticas de saúde, favorecendo a produção de vínculos nos processos de cuidar, identificando problemas e priorizando intervenções a fim de organizar processos particulares de cuidado (Feuerwerker, 2014; Merhy *et al*., 2019). Desta maneira,

> as práticas de saúde configuram atos produtivos, buscam modificar alguma coisa e produzir algo novo. São trabalho, pois buscam alterar um estado de coisas identificado como problema ou como potencial problema de saúde. [...] Logo, o trabalho em saúde está tensionado pelas 'necessidades sociais', interferidas pela estrutura produtiva da sociedade e pelos desejos e demandas de seus usuários diretos. (Merhy *et al*., 2019, s.p).

Nesse sentido a AB constituiria um potente e complexo dispositivo para proporcionar ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, lançando mão das múltiplas tecnologias[3] por meio do trabalho vivo e em ato, para a produção do cuidado contextualizado com as demandas territoriais, levando em consideração os determinantes sociais de saúde, sobretudo, reconhecendo o racismo como o principal vetor de adoecimento das pessoas pretas em todas as suas dimensões (biológicas, psicológicas e sociais). Porém, destacamos que, como o SUS é fruto de disputas de projetos políticos, vem sofrendo alterações constantes em seu *modus operandi*. Dentre as alterações que impactaram sobretudo o acesso aos serviços, destacamos a mudança de financiamento com a

[3] O trabalho em saúde é tecnológico, construído com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras são aquelas centradas em máquinas, normas e estruturas organizacionais, as tecnologias leve-duras são indicadas pelos conhecimentos técnicos e pelo modo como o trabalhador aplica o conhecimento e; as tecnologias leves são relacionais, portanto, são definidas pelas relações interpessoais, como o vínculo e o acolhimento, referem-se às atitudes próprias do profissional que é guiado por uma intencionalidade ligada ao campo cuidador. Os distintos modos de articular essas tecnologias determinam os atos em saúde, produzindo cuidado ou não (Baduy *et al*., 2017).

proposta denominada Programa Previne Brasil (PPB), instituída em 2019 (Brasil, 2019) o que impactou diretamente no acesso e a produção do cuidado das pessoas negras no SUS, uma vez que 80% da população negra é usuária-dependente do sistema (Bittencourt; Santana; Santos, 2023).

O PPB tem como principal aposta o atendimento às necessidades e demandas da população para o alcance das metas e indicadores na qual ficaria a cargo da gestão municipal por repassar os recursos de pagamento por desempenho via gratificação individual o que implicaria em mudanças bastante importantes no processo de trabalho das equipes de AB (Brasil, 2019). Com isso, o alcance das metas estabelecidas no PPB estabelece um planejamento centralizado, com prioridades para as seguintes ações: pré-natal, gestantes, crianças, pessoas com hipertensão e diabetes, podendo ou não corresponder com os problemas de saúde, enfrentados no âmbito local (Brasil, 2019; Costa, Silva, Jatobá, 2022). Trataremos na próxima seção o que cada indicador determina como objetivo a ser cumprido.

O viés produtivista é a grande marca do PPB, especialmente no componente de avaliação de desempenho, em que é avaliada a performance das equipes no alcance da produtividade exigida, por meio de indicadores de resultado – proporção da população-alvo atingida pelas ações em saúde medido por métodos puramente quantitativos o que não considera as singularidades territoriais do processo de trabalho na AB, suprimindo uma série de atividades que não se encaixam nos critérios avaliados, embora sejam relevantes no contexto da atenção integral à saúde no território. Portanto, o PPB e sua implementação não privilegia a perspectiva do cuidado integral em saúde (Rodrigues; Eberhardt, 2024). A seguir trataremos das desigualdades raciais apresentadas de acesso à saúde no cuidado em saúde.

Racializando as desigualdades de acesso aos serviços de saúde na atenção básica

As estruturas sociais racializadas permitem que o grupo privilegiado branco acesse direitos fundamentais devido ao controle monopolizado dos recursos globais. Esse controle garante melhores condições de trabalho, moradia, alimentação, lazer e outros aspectos essenciais para uma vida digna. O projeto de domínio, subalternização e invisibilidade é, em grande parte, perpetuado através da educação e se reproduz nas diversas instituições do Estado, onde a saúde não estaria fora deste contexto (Rosa *et al*., 2020).

Como dito, no Brasil, negros e negras são expostos a vulnerabilidades epidemiológicas e sociais, que implicam em barreiras de acesso aos serviços de saúde. Essas situações geram comprometimento à vida dos indivíduos, no tocante às condições de sobrevivência e saúde desvelando um SUS insuficiente na oferta de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e, sobretudo, o exercício da equidade para o enfrentamento das iniquidades raciais/sociais (Rego; Silva, 2024).

Dentre os fatores que interferem na análise de situação de saúde da população, destacamos o nicho epidemiológico que privilegia os dados quantitativos em detrimento dos dados qualitativos na qual as relações podem ser marcadas pela manutenção de estereótipos de algumas populações e perpetuar as desigualdades na oferta de serviços. É sabido que a população negra enfrenta taxas mais elevadas de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além de maiores índices de mortalidade prematura por condições preveníves (Jornal da USP, 2024). Porém, o SUS, que hoje está posto, não garante a essas pessoas ofertas de serviços que proporcionem a melhora da qualidade de vida, que tire a população negra dos piores índices epidemiológicos (IBGE, 2019).

Como o retrato da sociedade brasileira demonstra a realidade racial do país: dos 150 milhões de usuários que dependem exclusivamente do SUS, 67% são pessoas negras (Menezes, 2020).

Esse mesmo sistema não consegue garantir o acesso de qualidade a esta população por estar imerso numa lógica neoliberal, mercadológica onde a saúde é vista como um pacote de serviços que devem ser endereçados ao cumprimento de metas e escores que, imediatamente são traduzidos como "acesso", "cuidado", "equidade" para cuidar de pessoas, onde não incluem as especificidades da população negra na agenda de saúde como pauta crucial para se garantir equidade (Souza *et al.,* 2024).

Podemos exemplificar este efeito pela mudança de financiamento do SUS, em 2019, através do PPB. Este programa do Ministério da Saúde (MS) transformou a organização e o financiamento da APS no país pautando-se em sete indicadores de saúde para monitorar a qualidade de serviços e desempenho das equipes. Este modelo de financiamento, além de não levar em consideração a premissa básica da territorialização para organização do atendimento nas USF/UBS, também negligencia solenemente as especificidades da população negra em todos os seus ciclos de vida.

Diante disso, o PPB, estabelecido pelo MS por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, reformulou as formas de repasse financeiro para os municípios que passaram a ser distribuídos com base em critérios como captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019). O objetivo desse programa foi criar um novo modelo de financiamento que ampliasse o acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde e que fortalecesse o vínculo entre os cidadãos e as equipes de saúde (Brasil, 2021). Porém, o conjunto de dispositivos que a política pôs como necessários mostram uma certa contradição, uma vez que o processo de trabalho, a produção do cuidado e as relações territoriais são endossados pela concepção produtivista com foco curativista. O quadro abaixo apresenta os indicadores estabelecidos pelo MS.

Quadro 1 – Indicadores do Programa Previne Brasil, sugeridos pelo Ministério da Saúde, 2019.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADOR	
PRÉ-NATAL	Indicador 1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
	Indicador 2	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Indicador.
	Indicador 3	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Indicador.
SAÚDE DA MULHER	Indicador 4	Cobertura de exame citopatológico.
SAÚDE DA CRIANÇA	Indicador 5	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente.
DOENÇAS CRÔNICAS	Indicador 6	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.
	Indicador 7	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Fonte: Brasil, 2019**.**

Estes indicadores impactam diretamente a saúde da população negra. Por exemplo, ao se cobrar a realização do número mínimo de consultas do pré-natal, conforme o indicador 1 do PPB, sem dialogar com o fato de que as mulheres negras são aquelas que tem menos acompanhamento correto na gestação. O estudo de Santos *et al*. (2024) revela que a relação entre o nível de escolaridade e o número de consultas realizadas varia entre diferentes grupos sociais. Mulheres negras, por exemplo, enfrentam um acesso significativamente menor aos serviços de saúde em comparação às mulheres brancas, independentemente do nível de escolaridade, inclusive entre aquelas

com formação mais elevada. Essa disparidade se reflete também nos desfechos negativos, relacionados ao parto, mesmo quando comparadas às mulheres brancas com menor escolaridade, as negras apresentam taxas mais altas de violência obstétrica. Assim, fica claro que não é suficiente apenas quantificar as consultas realizadas. É fundamental investigar e superar as barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde.

Em relação às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no Brasil, no período de 2000 até junho de 2023, foram notificadas 158.429 gestantes/parturientes/puérperas com infecção pelo HIV, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, havendo um predomínio de gestantes negras (pretas e pardas) com HIV, representando 66,1% dos casos, em comparação com as gestantes brancas com 28,5% dos casos (Brasil, 2022). Mulheres negras enfrentam um risco maior de contágio por ISTs e AIDS, além de apresentarem taxas mais elevadas de adoecimento e mortalidade. Esses dados ressaltam as disparidades e a maior vulnerabilidade social enfrentada pelas mulheres negras (Teixeira *et al.*, 2022).

O pré-natal odontológico é uma parte crucial do cuidado integral durante a gestação e sua importância é particularmente significativa para as mulheres negras, que podem enfrentar desafios específicos relacionados à saúde bucal. As dificuldades perpassam por fatores de acesso a bens de consumo e a serviços de saúde comprovados pela evidência de iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior exposição em pessoas negras comparado aos brancos (Gomes, 2021).

Crianças nascidas de mães negras apresentam uma taxa mais elevada de atrasos na vacinação e suas famílias frequentemente relatam enfrentar barreiras significativas para acessar os serviços de imunização. Para uma em cada três crianças de mães negras, houve relatos de episódios de não vacinação, mesmo quando a criança foi levada as unidades para realizar o procedimento (Boing *et al.*, 2024). As falhas estruturais e organizacionais que resultam em perdas de oportunidades de vacinação impactam de forma mais

acentuada as crianças pretas e pardas, já que essas têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde no Brasil e menor realização de testes diagnósticos, essa constatação deve ser levada em conta ao planejar ações de aprimoramento do SUS.

No tocante às doenças oncológicas, o câncer de colo de útero é a terceira principal causa de mortalidade feminina no mundo. Entre 2002 e 2021, o Brasil registrou 133.429 óbitos por esse tipo de câncer, dos quais 51,3% ocorreram em mulheres negras (pretas e pardas) (Luiz *et al*., 2024). Fatores socioeconômicos relacionados à moradia das mulheres negras revelam uma lentidão no processo de realização de exames e no acompanhamento por profissionais de saúde. Essas mulheres enfrentam dificuldades significativas no acesso a consultas na AB, além de obstáculos no agendamento de exames citopatológicos, frequentemente não recebendo convocações para a realização desses exames e não participando de atividades educativas sobre o tema (Galvão *et al*., 2019).

A coleta do exame citopatológico é de extrema importância, pois o câncer de colo uterino é prevenível. No entanto, como o indicador do PPB é cobrado, revela mais uma vez que o acesso a cuidados de saúde, particularmente para as mulheres negras, que são as mais afetadas por esse tipo de câncer não é levado em consideração. A dificuldade no acesso a um diagnóstico básico e simples para mulheres negras evidencia uma desigualdade significativa, já que muitas dessas enfrentam barreiras que tornam o exame, embora essencial, difícil de obter. Ao enfrentarem essas dificuldades, acabam sendo mais vulneráveis à progressão da doença e a desfechos mais graves como apontam os dados epidemiológicos (Oliveira *et al.,* 2024).

Existem algumas especificidades clínicas para a população negra, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, cujos quadros evoluem com maior gravidade e resistência aos protocolos terapêuticos em uso (Varga; Cardoso, 2016; Brasil, 2021). Se a epidemiologia nos garante que tais doenças atingem primeiramente, e de forma mais grave, pessoas negras, podemos afirmar que o SUS acentua o processo discriminatório pelo não

reconhecimento das especificidades da população negra, no seu processo de financiamento excludente.

Dado essa breve explanação, observamos que esse conjunto de indicadores do PPB, quando avaliados e monitorados pretendem garantir que os serviços da AB estejam alinhados as necessidades da população. Entretanto, no cotidiano, é notório que o recorte idealizado por este financiamento mais uma vez produz violências para pessoas negras e cerceamento do direito ao acesso à saúde em todos os ciclos de vida (desde o nascimento até o envelhecimento). Já que a forma que é cobrado a produção por quantidade deixa de lado a qualificação desses indicadores que, neste caso, não se leva em consideração o determinante social raça em nenhum momento.

Nossas análises indicam que, ao perder a dimensão territorial para se limitar à adscrição de clientela, a singularidade desses espaços pode ser perdida ao não dar visibilidade às ações comunitárias produzidas pelas populações (e por consequência, não entra na agenda de saúde para promover maior acesso e proporcionar mais espaços de trocas e educação em saúde). Assim como não dialoga com a realidade que emerge do território, que é majoritariamente preto, ou seja, a política de financiamento do SUS não atende à demanda daquelas pessoas que mais precisam de uma assistência qualificada.

Ao apostar que acesso pode ser traduzido em número de consultas ofertadas nas unidades de saúde, compreendemos que o cuidado é compreendido pela oferta de procedimentos exclusivamente, remetendo àquele conjunto de tecnologias duras que não abre espaço para outras formas de produção de vínculos e maiores investigações das necessidades de saúde extramuros. Todos os ciclos de vida da população negra são afetados uma vez que a intersetorialidade (capacidade de articular rede) também pode ser comprometida, implicando em maiores cisões com diversos outros equipamentos sociais territoriais como creches, escolas, espaços de convivências com idosos, centros comunitários, serviços da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo.

Nesse ínterim, a mudança de financiamento impacta diretamente na produção das relações de cuidado na AB, uma vez que o PPB ao tratar todos os indivíduos como se fossem iguais e expostos aos mesmos riscos de saúde, ignora as realidades distintas e as desigualdades específicas que afetam a população negra. Essa abordagem uniforme pode resultar em políticas e práticas desconectadas das necessidades reais dessa população, exacerbando as disparidades existentes e perpetuando o racismo em todas as suas dimensões.

Produção do cuidado, processo de trabalho e as relações étnico-raciais no âmbito da atenção básica

O PPB traz para a cena uma série de desafios para a produção do cuidado no SUS, sobretudo para contemplar o acesso, acolhimento e resolutividade nas práticas de saúde. Nossa pesquisa, endereça o foco para o cuidado da população negra que corresponde a aproximadamente 70% dos usuários. O cuidado em saúde, ao longo da trajetória do sistema, tem sido amplamente debatido nas produções do campo da Saúde Coletiva e as discussões perpassam por várias interpretações que contemplam críticas importantes, tais como: a captura tecnicista dos processos de trabalho, os atravessamentos do capitalismo na produção das políticas e os efeitos dele na orientação de agenda nos serviços (Barbosa; Oliveira; Corrêa, 2023). Entretanto, as relações étnico-raciais em saúde necessitam de maior visibilidade e profundidade analítica, uma vez que decorrente do processo de colonização e escravização, a sociedade brasileira é marcada por efeitos que repercutem em desigualdades em que brancos, negros e indígenas ocupam diferentes espaços sociais, como dito anteriormente (Oliveira, 2021).

Segundo os princípios do SUS, o cuidado em saúde deveria contemplar a equidade, integralidade e humanização, mas, a depender para quem é dirigido o cuidado, tais dispositivos são mais ou menos acionados (Reinehr, 2019). Nessa direção, nos indagamos de que modo as políticas públicas de saúde organizam

suas linhas de cuidado para problematizar ou levar em consideração as questões étnico-raciais? Logo, reconhecemos que "as linhas de cuidado [...] são formuladas a partir da noção de corpo único, universal, sem considerar a produção historicizada do lugar de corpos e sujeitos de base colonial-racial, o que é revelador de uma dada dinâmica social e se traduz em valores sociais e práticas racistas" (Barbosa; Oliveira; Corrêa, 2023, p. 2473).

Nossos questionamentos continuam. Qual deve ser o sentido das práticas no mundo do cuidado para que abarquem as especificidades da produção do cuidado dos corpos pretos? Aqui, partimos do pressuposto que cuidado é a produção das relações que contemplam as três tecnologias em saúde (leve, leve-duras e duras), sobretudo, a tecnologia leve que é a produção de vínculos e escutas, o que possibilita a abertura de espaços para as melhores ofertas de serviços, procedimentos, articulações de rede, apoio às necessidades de saúde por meio da interação franca e coerente com a realidade do usuário.

Barreira (2022) faz importantes ponderações sobre o cuidado e a pessoa negra, destacando que na formação em saúde, pouco ou nada se vê sobre centrar o cuidado nas narrativas das pessoas negras que são atendidas todos os dias. Ela questiona que se não conseguimos centrar o cuidado de uma pessoa negra e em especial periférica, levando em consideração suas narrativas, trajetórias, sofrimentos, histórias e adoecimentos, como podemos dizer que prestamos um cuidado integral, equânime e continuado dessas pessoas, como nos propõem os princípios do SUS? O corpo negro que provoca medo na rua, do lado de fora, pode provocar afetividade e conexão no encontro clínico? Se não, como esse cuidado compassivo se constrói?

Apesar da Política de Saúde da População Negra estar em voga desde 2009, as desigualdades de acesso, de cuidado e práticas racistas permanecem no SUS nas dimensões macro e micropolíticas. Nas dimensões macropolíticas dizemos respeito à formulação das políticas (e toda as disputas de projetos e interesses) como o PPB, por exemplo, e nas dimensões

micropolíticas, reiteramos o desfavorecimento do acesso e as violências produzidas pelos trabalhadores nas práticas cotidianas, a exemplo os altos índices de violência obstétrica, retardamento nos diagnósticos, insegurança alimentar, a prevalência de doenças e as taxas de mortalidade (Oliveira; Magalhães, 2022).

Em suma, reconhecer que no Brasil o racismo impacta o acesso às políticas públicas, os processos de subjetivação, de adoecimento e morte, os processos terapêuticos e as relações de cuidado, para citar alguns aspectos, é fundamental para assumirmos a necessidade de uma outra produção de saúde e uma real busca por um sistema mais equânime. Para tanto, deve-se estimular o debate e dar visibilidade às iniquidades para a produção de possibilidades de enfrentamento às iniquidades raciais (Kalkmann, 2007).Também reforçamos que é urgente resgatar a AB de lógica territorial na qual a aposta é fazer chegar o cuidado contextualizado que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada lugar, em função de relações que ampliam ou constrangem a potência das vidas, articulando o individual e o coletivo, sendo saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e seus adoecimentos (Merhy *et al*., 2019).

PROPOSTA DIDÁTICA

As relações étnico-raciais podem ser debatidas de inúmeras maneiras, com diferentes enfoques e abordagens. Aqui, propomos inserir este debate para que os discentes reconheçam que a política de saúde da população negra não está restrita a um ciclo de vida já que a negritude, a ancestralidade e suas particularidades sociais e biológicas estão presentes em todas as idades e circunstâncias. Assim, elencamos que a transversalidade é um princípio que deve ser caracterizado pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde que contemplem um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito (Brasil, 2009).

O primeiro passo dessa proposta didática é promover a sensibilização sobre os indicadores de saúde, utilizados no financiamento da AB, destacando a importância de compreender não apenas sua estrutura e funcionamento, mas também seus impactos sobre diferentes grupos populacionais, especialmente a população negra. Essa etapa deve incluir a apresentação didática do modelo vigente, detalhando os sete indicadores do PPB, como consultas de pré-natal, monitoramento de condições crônicas e cobertura vacinal, por exemplo.

No entanto, é essencial ir além da técnica, sendo assim, é necessário construir espaços que fomentem reflexão com análise crítica de como esses parâmetros podem influenciar positivamente ou perpetuar desigualdades em saúde, considerando as barreiras históricas e estruturais que dificultam o acesso e a qualidade do cuidado para a população negra. Essa abordagem visa despertar nos discentes uma visão ampliada e equitativa, certificada ao compromisso com a justiça. A PNSIPN pode contribuir para o exercício da equidade que pressupõe a priorização da atenção em saúde "em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população" (Chehuen-Neto *et al*., 2015, s.p).

O segundo momento da proposta é organizar uma oficina em um laboratório de informática com as ferramentas do Tabwin, e-SUS APS e SISAB, tendo como atividade a simulação do preenchimento de fichas e análise de relatórios gerados a fim de produzir a discussão sobre as lacunas observadas e possíveis estratégias para corrigi-las. Nesse contexto, será incentivada a análise crítica dos dados, incluindo a reflexão sobre quais grupos populacionais estão mais afetados pelas comorbidades e barreiras no acesso aos serviços de saúde. Mesmo que o dado de raça/cor não seja explicitamente considerado para os indicadores do MS, os estudantes devem identificar padrões e desigualdades que, interseccionadas, possam evidenciar disparidades nos cuidados prestados à população.

O uso de ferramentas de gestão, como o Tabwin, e-SUS APS e SISAB, deve ser integrado a uma compreensão sobre suas limitações e potenciais efeitos negativos. Por exemplo: ao focar em metas e nos dados puramente quantitativos (como número de consultas ou exames realizados), sem considerar a qualidade do atendimento ou as condições socioeconômicas dos usuários, pode fortalecer desigualdades, como a exclusão de indivíduos que enfrentam dificuldades de acesso seja pelo transporte precário, horários incompatíveis com o trabalho ou desconfiança no sistema de saúde. Portanto, o docente deve incentivar aos estudantes ampliar as análises, trazendo para a cena como a raça/cor pode atravessar este dado de maneira qualitativa. Sendo assim, esses debates são necessários para que os discentes compreendam que as ferramentas de gestão não são neutras e que sua implementação deve ser pautada pela atenção às realidades locais e pelo reconhecimento das especificidades culturais e sociais da população atendida. Desta maneira, neste momento é importante conectar ao debate conceitos de territórios em saúde, territorialidades e modos de vida, reconhecendo que estes espaços podem ser constituídos ou não como barreiras de acesso a serviços (incluindo saúde) bem como instigar os discentes a reconhecerem os determinantes sociais, as desigualdades raciais e os fatores sócio-históricos que compõe tais cenários e que refletem nos dados quantitativos.

Com o objetivo de ampliar a discussão gerada pelos relatórios elaborados durante a oficina, o próximo passo é a recomendação da leitura de dois textos fundamentais. O primeiro é o artigo intitulado "Racismo institucional e saúde da população negra" (Werneck, 2016) e o segundo é "Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?" (Seta *et al.*, 2021), ambos fornecerão subsídios teóricos e críticos para os discentes, permitindo-lhes avaliar os indicadores à luz das disparidades enfrentadas por grupos vulnerabilizados, especialmente a população negra e, questionar se/como o PPB pode ou não promover uma AB equitativa e real de acordo com o que emerge

dos territórios. A leitura será ponto de partida para reflexões fundamentadas, enriquecendo as análises já acumuladas.

Após a problematização dos artigos e a análise dos relatórios, gerados pelos sistemas de informação, a proposta avança para a elaboração de um plano de ação estratégico, dividindo a turma em grupos menores. Assim, o intuito é fazer com que os estudantes sejam protagonistas do seu próprio processo de ensino-aprendizagem por meio de metodologias ativas que favoreçam aprendizagens por diferentes abordagens, a exemplo de situações-problemas, como um estímulo para solucionar desafios advindos das atividades da prática social, proporcionando, assim, conhecimentos e habilidades (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004). Para tanto, os discentes serão inseridos em um cenário prático, simulando o cotidiano do trabalho da AB. A atividade é a construção de uma reunião de equipe cujo objetivo é planejar e implementar estratégias que melhorem os indicadores de desempenho, diretamente relacionados ao financiamento do PPB. Os discentes, representando diferentes categorias profissionais que compõe as equipes que atuam na AB, serão desafiados a analisar os dados conectando com as realidades locais de cada unidade de saúde para, enfim, propor encaminhamentos que possam ser aplicados no cotidiano da USF onde estão inseridas.

Esse processo incluirá a análise situacional onde os grupos deverão revisar os principais problemas identificados nos relatórios, a exemplo da baixa adesão a consultas de pré-natal, defasagens no monitoramento de hipertensos e diabéticos ou dificuldades na cobertura vacinal. Ao final da atividade, será realizada uma sistematização das principais propostas apresentadas pelos grupos, destacando os comuns (em termos de territorialidades, dados, indicadores) e apontando os possíveis encaminhamentos que possam ser aplicados às realidades das diferentes USF. Destacamos que apesar das UBS trabalharem com uma certa regularidade na oferta de serviços, o destaque dos pontos em comum pode auxiliar os discentes a ampliarem a maneira de trabalhar os dados em cada realidade simulada. Mas,

ao inserir as realidades locais nas cenas, os discentes serão instigados a considerarem as singularidades e os modos de vida que desafiam a produção do cuidado. Essa etapa também incluirá o levantamento de desafios percebidos durante a elaboração do plano de ação e a troca de experiências entre os discentes, promovendo um aprendizado colaborativo.

Na avaliação dos planos de ação revisados pelos discentes, o docente deverá observar atentamente se as estratégias propostas podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços e como os negros são atravessados por inúmeros fatores que estão para além dos dados quantitativos. Essa atenção é crucial, considerando que este grupo populacional está frequentemente mais exposto às comorbidades e situações de vulnerabilidade contempladas pelos indicadores exigidos para o financiamento do PPB.

É interessante que os discentes estejam cientes de que as populações produzem os seus cuidados para além dos serviços de saúde em seus territórios (sejam pelos usos dos conhecimentos ancestrais de ervas e chás, seja por meio da religiosidade e espiritualidade). Por isso, faz-se necessário instigar importância dos discentes reconhecerem essas possibilidades apesar disso não entrar como um qualificador de acesso pelo PPB mas, pode ser importante para refletir sobre as procuras mais pontuais nas unidades de saúde. A reflexão é a seguinte: como os profissionais de saúde podem se aproximar mais da vida que existe nestes territórios para dialogar com a realidade local e ampliar o acesso? Os modos de vida, as epistemologias e as cosmologias negras devem ser levadas em consideração visto que na diáspora parte das populações negras podem encontrar outras formas de se tratar e de se relacionar com as doenças.

O objetivo central da atividade é garantir que todos os discentes compreendam a importância do uso de dados e indicadores como ferramentas indispensáveis para a gestão e o planejamento estratégico na AB e como o quesito raça/cor deve ser levado em consideração como determinante nos processos de produção do cuidado.

Quando fatores que afetam diretamente a população negra são interrogados no cotidiano dos serviços, a mudança pode ser alcançada a partir de um processo crítico que emerge do próprio trabalho, como foi o caso da simulação da reunião de equipe entre os discentes. Como vivemos sob o mito da democracia racial, tratar a questão racial nos serviços de saúde (e também na formação) é uma tarefa difícil uma vez que os mecanismos que fomentam o racismo além de serem altamente tecnológicos produz alienação. Assim, faz-se necessário disputar outras narrativas e atitudes na formação de profissionais de saúde e no cotidiano do trabalho para produzir cuidado (Brasil, 2017).

Para que os graduandos desenvolvam uma compreensão profunda do impacto das ferramentas de gestão e cuidado na AB, é essencial que se aproximem do uso dessas ferramentas de modo crítico e com reflexão constante sobre seu efeito real no acesso e na qualidade do atendimento aos usuários do SUS, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social. Uma simples aplicação de indicadores e ferramentas sem uma análise crítica pode, inadvertidamente, se tornar mais uma barreira, perpetuando desigualdades e dificultando ainda mais o acesso da população negra e de outros grupos vulnerabilizados aos cuidados de saúde.

Partindo dessa asserção, reconhecendo a necessidade de inclusão da temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde, defendemos que os currículos e projetos pedagógicos precisam dar visibilidade a outros modos de ser e estar no mundo para além de um corpo, tido como universal, que sempre é o corpo branco. Portanto, a necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde se faz necessária diante da inadequação das graduações em responder às demandas sociais de saúde das diferentes populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a questão da saúde da população negra na AB no Brasil é urgente e exige um compromisso coletivo para a

transformação. As desigualdades existentes além dos dados estatísticos refletem vidas impactadas, comunidades vulnerabilizadas e um sistema de saúde que ainda precisa se reconciliar com seu papel social. A construção de um SUS verdadeiramente equitativo exige a inclusão e valorização da diversidade racial, confirmando que a saúde é um direito de todos. Nessa perspectiva, faz-se necessário vivenciar experiências curriculares que permitam elaborar e debater outras interrogações, sobretudo, como esses indicadores em saúde atravessam as relações étnico-raciais na produção do cuidado confluindo com análises sócio-históricas, para assim produzir cuidado contextualizado pertinente às realidades locais.

Para que o SUS se torne realmente equitativo, é fundamental que ele reconheça e inclua a diversidade racial em todas as suas práticas, políticas e planejamentos. Esse reconhecimento implica em ações concretas que consideram as especificidades da população negra e incluem a análise das condições de vida, do acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos atendimentos recebidos. Como condições de saúde, o acesso e o direito ao tratamento digno devem ser garantidos de forma justa, considerando que a saúde é um direito humano fundamental e que o racismo, quando ignorado, compromete a dignidade e a qualidade de vida de milhões de brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.S. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 131-154, 2014. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article//15086/0 Acesso em: 08 out. 2024.

ALMEIDA, M.S. Diversidade humana e racismo: notas para um debate radical no Serviço Social. **Argumentum**, Espírito Santo, v. 9,

n. 1, p. 32-45, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15764. Acesso em: 08 out. 2024.

BADUY, R.S. *et al*. Trabalho em saúde. *In*: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017, p. 247-259.

BARBOSA, A.C.; OLIVEIRA, R.G. de; CORRÊA, R.M. Cuidado em Saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet], v. 28, n. 9, set. 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023289.13312022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023289.13312022. Acesso em: 14 set. 2024.

BARBOSA, R.R. da S.; SILVA, C.S. da; SOUSA, A.A.P. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 353-363, maio 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/hXJ4fmwcWnNfqvv35xD9Kfw/?lang=pt#. Acesso em: 14 set. 2024.

BARREIRA, G.P. **Por um Cuidado Integral em Saúde das Mulheres Negras**: As Narrativas das Mulheres Negras que o Método Clínico Centrado na Pessoa Não (dá) Conta. Appris Editora. 187p.

BITTENCOURT, L. de J.; SANTANA, K. de S.O.; SANTOS, D.S.O. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 31-41, abr. 2023. DOI:10.1590/0103-1104202313702. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NszVqdfZyFcskYdCr9F5qqQ/. Acesso em: 14 set. 2024.

BOING, A.F. *et al*. Desigualdades raciais na vacinação infantil e nossos obstáculos à vacinação no Brasil entre nascidos vivos em 2017 e 2018: análise de uma coorte retrospectiva dos dois primeiros anos de vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. v. 33, n. 2, 2024. DOI: 10.1590/s2237-96222024v33e20231216.especial2.pt. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231216.especial2.pt. Acesso em: 14 set. 2024.

BORRET, R.H. *et al*. "A sua consulta tem cor?" Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade. **Revista**

Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. v. 15, n. 42, nov. 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2255. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2255. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino e cultura afro-brasileira e africana. **Diário Oficial da União,** Brasília/DF, jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV e AIDS 2023**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view. Acesso em: 8 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481. Acesso em: 4 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 7 dez. 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou//-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-202-528577869. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da

Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, nov. 2019.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, dez. 2019.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 15**: hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2021.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Consulta pública**: Tratamento odontológico para gestantes na Atenção Primária. Brasília, 2021.
BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União,** Brasília/DF, dez. 1996.
BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.639/03, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília/DF, jan. 2003.
CHEHUEN-NETO, J.A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-16, 2015. DOI:10.1590/1413-81232015206.17212014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014. Acesso em: 08 out. 2024.
COSTA, N.R.; SILVA, P.R.F. da; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate** [Internet]. v. 46, n. 8, dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022e801. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022E801. Acesso em: 14 set. 2024.
CYRINO, E.G. Apresentação: raça, etnia, gênero: experiências na formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.

25, p. e210409, 2021. DOI:10.1590/interface.210409. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/GbmcL
TQvfDXKnrNMJVPX5Gm/?lang=pt. Acesso em: 14 set. 2024.
CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 780-788, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/mrrzr85SM93thZzwGFBm56q/.
Acesso em: 24 dez. 2024.
FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 2012. Tese (Livre Docência em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.6.2019.tde-16092019-101111. Acesso em: 14 set. 2024.
OLIVEIRA, L.G.F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População** [Internet]. v. 39, set. 2022. DOI: 10.20947/s0102-3098a0214. Disponível em: http:// dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0214. Acesso em: 14 set. 2024.
GALVÃO, J.R. *et al*. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva [Internet]. v. 29, n. 4, 2019. DOI: 10.1590/s0103-73312019290404. Disponível em: http://dx.
doi.org/10.1590/s0103-73312019290404. Acesso em: 14 set. 2024.
GARAEIS, V.H. **História da escravidão negra no Brasil**. Geledés - Instituto da Mulher Negra. Disponível em: https://www. geledes.org.br/historia-da-escravidao-negra-brasil/. Acesso em: 13 set. 2024.
GOES, E.F.; NASCIMENTO, E.R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 571-579, 2013.
GOMES, L.B.S. **Saúde bucal da população negra no Brasil**: uma análise sobre iniquidades raciais nos serviços de saúde. 2021. 42 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia),

Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível: https://bdm.unb.br/handle/10483/31399. Acesso em: 28 de out. 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informativo IBGE sobre Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**. n. 41, nov. 2019.

JORNAL DA USP. Negros sofrem mais com doenças crônicas e adversidades na vida, explicam parte desse adoecimento. **Jornal da USP**, São Paulo, set. 2023. Disponível em: https://jornal.usp.br/ciencias/negros-sofrem-mais-com-doencas-cronicas-e-adversidades-na-vida-explicam-parte-desse-adoecimento/. Acesso em: 13 set. 2024.

KALCKMANN, S. *et al*. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade** [Internet]. v. 16, n. 2, ago. 2007. DOI: 10.1590/s0104-12902007000200014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014. Acesso em: 14 set. 2024.

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

LUIZ, O.C. *et al*. Iniquidade racial na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: estudo de séries temporais de 2002 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. v. 29, n. 3, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.05202023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024293.05202023. Acesso em: 14 set. 2024.

LUSSAC, R.M.P; DO MONTI, E.M.G. Repressão à Capoeiragem do Rio de Janeiro nos séculos XIX e XX: a infância criminalizada. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 33, p. 69-84, 2021.

MENEZES, T. **SUS:** um sistema universal que tem cor e raça. Publicação eletrônica do Centro de Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CT-UFRJ).23 de nov de 2020. Disponível em: https://ct.ufrj.br/sus-um-sistema-universal-que-tem-cor-e-raca/#:~:text=No%20entanto%2C%20como%20retrato%20da,%2C%2067%25%20s%C3%A3o%20pessoas%20negras. Acesso em: 13 set. 2024.

MERHY, E.E. *et al*. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate** [Internet]. v. 43, n. 6, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019s606. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S606. Acesso em: 14 set. 2024.

MOYA, J. Migration and the historical formation of Latin America in a global perspective. **Sociologias**, v. 20, n. 49, p. 24-68, 2018. DOI:10.1590/15174522-02004902. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/cJm7cNVCCgBmqNxgwbDkw4b/?lang=en. Acesso em: 14 set. 2024.

OLIVEIRA, N.P.D. de *et al*. Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet]. v. 29, n. 6, jun. 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.03872023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024296.03872023. Acesso em: 14 set. 2024.

OLIVEIRA, R.G. **Vidas em exclusão e a reinvenção do cuidado**. SciELO-Editora Fiocruz, 2021.

PAULINO, S.C.; OLIVEIRA, R. Vadiagem e as novas formas de controle da população negra urbana pós-abolição. **Direito em Movimento**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 94-110, 2019. Disponível em: https://ojs.emerj.com.br/index.php/direitoemmovimento/article/view/195. Acesso em: 13 set. 2024.

PÔRTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [Internet]. v. 13, n. 4, dez. 2006. DOI: 10.1590/s0104-59702006000400013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000400013. Acesso em: 13 set. 2024.

REGO, V.T.S.M; SILVA, A.L.A da. O racismo institucional como barreira ao cuidado humanizado e equitativo em saúde. **Contribuciones a las Ciencias Sociales** [Internet], v. 17, n. 3, mar. 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.3-141. Disponível em: http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.3-141. Acesso em: 14 set. 2024.

REINEHR, J. **Silêncios e confrontos:** a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro:

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.
RODRIGUES, E.C.; EBERHARDT, L.D. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. **Saúde em Debate** [Internet]. v. 48, n. 140, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241408385p. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2358-289820241408385P. Acesso em: 14 set. 2024.
ROSA, K.; ALVES-BRITO, A.; PINHEIRO, B.C.S. Pós-verdade para quem? Fatos produzidos por uma ciência racista. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física** [Internet]. v. 37, n. 3, dez. 2020. DOI: 10.5007/2175-7941.2020v37n3p1440. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5007/2175-7941.2020v37n3p1440. Acesso em: 13 set. 2024.
SANTANA, R.A.R. *et al*. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, n. e170039, 2019. DOI: 10.1590/Interface.170039Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170039. Acesso em: 08 nov. 2024.
SANTOS, L.K.R. dos; OLIVEIRA, F. de; BASTOS, J.L. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34004, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt. Acesso em: 28 jan. 2025.
SETA, M.H. de; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**. [S. l.]: FapUNIFESP (SciELO), 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Acesso em: 23 de dez. 2024.
SOUZA, I.M. de *et al*. Saúde da População Negra: desafios para a construção da equidade em saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [Internet]. v. 29, n. 3, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.00142024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024293.00142024. Acesso em: 14 set. 2024.
TEIXEIRA, J.V; DE OLIVEIRA, M.M.; STRADA, C.F.O. A vulnerabilidade feminina às infecções sexualmente transmissíveis sífilis e HIV/aids no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 9, p. e391890-e391890, 2022.

VARGA, I.V.D.; CARDOSO, R.L.S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Sociedade** [Internet]. v. 25, n. 3, set. 2016. DOI: 10.1590/s0104-129020162616. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020162616. Acesso em: 13 set. 2024.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade** [Internet]. v. 25, n. 3, set. 2016. DOI: 10.1590/s0104-129020162610. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020162610. Acesso em: 14 set. 2024.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E O CORPO NEGRO

Aline Silva dos Santos [1]
Ariele Souza Lima Melo[2]
Camila Santana Andrade[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

O peso corporal e a altura são medidas importantes na avaliação antropométrica. Essas variáveis são imprescindíveis para a construção de indicadores que participam no estabelecimento do diagnóstico nutricional, além de serem fundamentais para a prescrição dietética e farmacológica. A partir do peso e altura pode também ser calculado o índice de massa corporal (IMC), que segundo Monteiro *et al.* (2009), constitui-se como um indicador simples do estado nutricional que, apesar de não indicar a composição corporal, possui estreita relação com taxas de

[1] Graduanda em nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e da Liga Acadêmica de Nutrição Comportamental e Transtornos Alimentares (UNEB). E-mail: aline.uneb2019@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8753126251094405

[2] Nutricionista graduada pela Universidade do Estado da Bahia, Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu, Nutricionista Hospitalar no Instituto de Perinatologia da Bahia, Ex-membra do Centro Acadêmico de Nutrição - Tereza de Benguela e da Liga de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (UNEB). E-mail: arielenutri@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/2017548470442233.

[3] Graduanda em nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e da Liga Acadêmica de Nutrição Comportamental e Transtornos Alimentares (UNEB). E-mail: andrade-mila02@hotmail.com. Lattes http://lattes.cnpq.br/9026873410241476

[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Comunidades Virtuais e do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702

morbimortalidade e possui validade clínica. Este capítulo se propõe, então, a pensar a partir desta afirmação generalizada e universalizante acerca do IMC, porque apesar da existência atual de medições mais precisas, o mesmo persistir como um critério apropriado de análise.

Para Brasil (2011), as medidas antropométricas são métodos de investigação que medem as variações físicas de segmentos corporais ou a composição corporal como um todo. Essas medidas são amplamente utilizadas para avaliar as características físicas dos seres humanos e desempenham um papel crucial nas ciências humanas e biológicas, contribuindo para a compreensão da variabilidade e das particularidades de determinados indivíduos. No entanto, seu uso não está isento de controvérsias ou de racismo. Historicamente, a antropometria foi frequentemente instrumentalizada e manipulada para apoiar e justificar visões racistas e desigualdades sociais, perpetuando estereótipos prejudiciais e divisões artificiais entre grupos.

A desigualdade racial entre os seres humanos existe há milhares de anos. Desde os tempos antigos, diversos povos escravizavam outros, não apenas com base em fatores biológicos, mas também alegando o "direito" do mais forte sobre o mais fraco. Essa ideia perdurou até o século XV, quando a escravidão moderna começou, desta vez com uma ênfase racial, onde a população de pele preta e parda se tornou a principal vítima da opressão (Vilar, 2015), pois eram entendidos como inferiores, atrasados e anormais. À medida que a escravidão se intensificou nos séculos XVII e XVIII, começaram a emergir estudiosos que buscavam justificar essa prática desumana com argumentos científicos.

No século XVIII, especialmente no século XIX, surgiram as chamadas "teorias raciais", que se apoiaram em premissas pseudocientíficas para classificar os seres humanos em hierarquias raciais. O racismo científico ganhou destaque nesse período, sustentando a ideia de que "raças superiores" poderiam dominar e governar as "raças inferiores" (Vilar, 2015). Essas teorias eram fundamentadas em interpretações distorcidas de dados

observacionais, muitas vezes ignorando a rica diversidade cultural e biológica da humanidade. Os defensores desse racismo científico utilizaram medidas antropométricas, entre outros métodos, para reforçar suas argumentações, alegando que as diferenças físicas eram sinônimo de diferenças intelectuais e morais. Esse uso inadequado da ciência teve consequências devastadoras, legitimando práticas de exploração, opressão e desigualdade que ainda perduraram. Segundo Maciel (1999, p.126), "foi medindo o corpo humano e comparando, estas medidas que cientistas do século passado chegaram à conclusão de que o negro era inferior ao branco porque seu cérebro era menor, ou pesava menos, a mesma razão utilizada para comprovar a inferioridade da mulher".

Em 1855, Joseph Arthur, Conde de Gobineau (1816-1882), publicou a obra *Ensaio sobre a desigualdade das raças humanas* (*Essai sur l'inégalité des races humaines*), composta por quatro volumes. Essa obra se tornou um marco para as teorias raciais do século XIX, influenciando diversos autores até o final daquele período. Gobineau defendia de forma clara a superioridade da raça branca (caucasoide), a qual ele considerava fundamental para o desenvolvimento das grandes civilizações da humanidade. Em sua perspectiva, o homem branco era naturalmente dotado de um intelecto superior em comparação ao homem amarelo, pardo e negro, que ele categorizava como pertencentes a raças inferiores. Além disso, Gobineau argumentava que a miscigenação racial representava um grande mal para a humanidade. Em sua visão, nações compostas por indivíduos oriundos do cruzamento entre brancos, amarelos, negros e pardos estariam condenadas ao atraso civilizatório, cultural, social e moral. Para ele, a mistura racial gerava indivíduos considerados fracos e geneticamente inferiores, especialmente em aspectos cognitivos e morais (Sousa, 2013). Esse tipo de raciocínio não apenas reforçou preconceitos e estereótipos, mas também influenciou práticas de discriminação e opressão que se perpetuaram ao longo da história, afetando a maneira como as medidas antropométricas são interpretadas e aplicadas.

Durante o século XIX, as ideias evolucionistas de Charles Darwin foram apropriadas para dar origem ao darwinismo social, uma corrente de pensamento que aplicava o conceito de evolução às sociedades humanas. Essa interpretação distorcida dos princípios darwinianos defendia que, assim como na natureza, existiria uma seleção natural entre grupos humanos, onde os mais aptos prosperariam enquanto os menos aptos estariam destinados à extinção ou à subordinação. Defensores dessa teoria viam as raças como fenômenos imutáveis, acreditando que algumas seriam naturalmente superiores, enquanto outras estariam biologicamente predispostas à inferioridade. A miscigenação, nesse contexto, era considerada degenerativa, tanto social quanto racial, pois era vista como uma diluição da pureza racial e cultural (Schwarcz, 1993). Essas crenças reforçaram a discriminação racial e legitimação de desigualdades, influenciando também a interpretação das medidas antropométricas. Assim, a pseudociência do darwinismo social contribuiu para a perpetuação de estereótipos prejudiciais e a marginalização de grupos considerados não puros.

Estudos como os de Cesare Lombroso, que associavam características físicas a comportamentos criminosos, ilustram como a antropometria foi utilizada para estigmatizar e desumanizar grupos inteiros. Lombroso, em sua principal obra, reafirma os princípios positivistas ao compor sua teoria com base nos aspectos evolucionistas do ser humano, afirmando que criminosos possuíam características físicas, biológicas e psíquicas em comum, as quais poderiam ser designadas a padrões de delinquentes (Rabuffetti, 1999). Sua teoria alegava que o formato do crânio era um indicador de traços de personalidade, onde o que revelava o caráter criminoso de um indivíduo era o seu biotipo. Esses exemplos reforçam como a ciência pode ser distorcida para atender a agendas políticas e sociais prejudiciais.

As abordagens pseudocientíficas afirmavam que variações físicas, como o tamanho do crânio, a cor da pele e a forma dos cabelos, eram evidências concretas da existência de raças distintas, surgindo desse contexto a antropometria, que estuda as proporções

das partes do corpo humano. Embora suas raízes remontem à Antiguidade, com civilizações como os gregos, egípcios, indianos e chineses, aplicando-a em campos como anatomia, medicina e estética, no século XIX a antropometria foi distorcida para sustentar argumentos sobre as diferenças corporais entre homens brancos, pardos, amarelos, negros e mestiços. Esses argumentos não se baseavam na genética, mas em uma suposta condição racial que, segundo os defensores dessas ideias, determinava características físicas específicas. A adoção da antropometria como ferramenta para justificar desigualdades raciais refletiu uma visão reducionista e superficial das complexidades da diversidade humana (Vilar, 2015).

Ainda no século XIX, em 1832, o astrônomo e matemático belga Adolphe Quételet iniciou o desenvolvimento da antropometria, pois estava interessado em identificar os valores do "homem ideal". Ele não estava procurando diagnosticar problemas de saúde em relação ao peso corporal de indivíduos, mas sim projetando um censo populacional na Holanda e os cálculos serviriam para o governo alocar recursos. Ele baseou esses cálculos em um grupo de homens brancos da Europa Ocidental. Ao calcular as amostras, ele descobriu que o peso normalmente aumentava em relação à altura quadrada de uma pessoa, denominando essa proporção de Índice de Quételet (Aguas-Ayesa *et al.*, 2024). A ideia de peso “normal” foi promovida nos Estados Unidos por Louis I. Dublin, um estatístico e vice-presidente da Metropolitan Life Insurance Company, na década de 1950. A empresa viu que pessoas mais pesadas estavam entrando com mais pedidos de indenização de seguro e, assim, estabeleceu tabelas de peso para clientes, colocando-os em categorias pequenas, médias e grandes (Encyclopaedia Britannica, 2024).

Ancel Keys, um fisiologista, cunhou o “índice de massa corporal” em 1972. Nesse contexto, ele e um grupo de colegas promoveram o Índice de Quetelet como a melhor maneira disponível de detectar rapidamente a obesidade. Contudo, eles também não levaram em conta todos os tipos de corpos, pois mediram apenas 7.426 homens "saudáveis" de 12 grupos de

amostra. Eles incluíam estudantes e profissionais americanos, ferroviários italianos, homens do leste e oeste da Finlândia, fazendeiros e pescadores japoneses e homens bantu da África do Sul (que o próprio estudo diz que não poderiam ser sugeridos como uma amostra representativa). O teste não levou em conta a diferença entre massa muscular, densidade óssea e gordura corporal. Ele analisou homens "saudáveis" e divulgou um estudo enfatizando a facilidade de usar o IMC em estudos populacionais. Keys, no entanto, como Quetelet não promoveu a ideia de usar o IMC como um marcador de saúde individual (Encyclopaedia Britannica, 2024).

Em 1985, a Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (NHANES) combinou tabelas de peso de seguro saúde e IMC para produzir os cálculos que todos conhecemos hoje. O IMC é usado por profissionais de saúde para determinar se uma pessoa com mais de 20 anos está abaixo do peso (um IMC abaixo de 18,5), um peso saudável (entre 18,5 e 24,9), acima do peso (entre 25,0 e 29,0) ou obesa (30,0 e mais) (Encyclopaedia Britannica, 2024). Assim, uma fórmula baseada em corpos europeus brancos passou a ser utilizada como parâmetro para todas as pessoas (Sousa, 2022), influenciando dramaticamente as agendas de saúde pública. O IMC não leva em consideração, por exemplo, que as mulheres negras tendem a ter uma reserva maior de gordura ao redor dos quadris e pernas, enquanto as brancas acumulam mais gordura na barriga, representando maior risco à saúde.

A nova política de recomendações da Associação Médica Americana (AMA), apresentada na reunião anual em 2023, declara que a forma relativa do corpo e a heterogeneidade da composição entre raças e grupos étnicos, sexos, gêneros e faixa etária são essenciais para se considerar ao aplicar o IMC como uma medida de adiposidade, diz. Por isso, orienta que os profissionais abandonem o IMC como principal medida para definir se uma pessoa está com o peso saudável. Rubino *et al.* (2025) afirmam que as medidas atuais do IMC podem subestimar e superestimar a adiposidade e fornecer informações inadequadas sobre a saúde no

nível individual, o que prejudica abordagens clinicamente sólidas para cuidados e políticas de saúde.

A aplicação inadequada da antropometria não apenas reforçou estereótipos prejudiciais, mas também legitimou práticas discriminatórias e a marginalização de grupos racializados. Assim, a antropometria, que poderia servir como uma ferramenta neutra de estudo, acabou por se tornar um instrumento de opressão e reforçar a crença em hierarquias raciais fictícias, distribuindo as pessoas em normais e anormais, saudáveis e patológicas.

Um estudo realizado por Davis, Juarez e Hodges (2013) avaliou a relação do IMC com o risco de doenças cardiovasculares em 54.418 habitantes do Havaí de diferentes origens. Foi observado que o risco de desenvolver hipertensão e hiperlipidemia era diferente entre asiáticos, brancos e nativos havaianos, ainda que os indivíduos tivessem um IMC semelhante. Por isso, é necessário usar tabelas para otimização das faixas de normalidade de acordo com as etnias.

Para Aguas-Ayesa *et al.* (2024), embora seja um método simples, fácil, útil e barato, o IMC é apenas uma medida substituta da adiposidade total. Evidências incontestáveis para o diagnóstico incorreto do IMC em oposição à avaliação real da gordura corporal mostram que 29% das pessoas dentro da faixa normal de IMC e 80% daquelas dentro da categoria de sobrepeso realmente exibem adiposidade no domínio da obesidade. Além disso, a classificação do excesso de peso baseada no IMC não considera os diversos subtipos de obesidade. Na verdade, uma série de outras determinações antropométricas que capturam mais precisamente a adiposidade, a distribuição de gordura, o sistema musculoesquelético e a hidratação podem fornecer melhores meios para avaliar o estado de saúde. Inúmeros caminhos que implicam influências morfológicas, estruturais, mecânicas, funcionais, neurais, endócrinas e hemodinâmicas, entre outros, impactam direta e indiretamente no início e desenvolvimento da doença, com características de composição corporal em seu cerne.

Hudda *et al.* (2017) afirma em seu estudo que a validade do IMC é limitada, especialmente em crianças de origem sul-asiática e negra africana. Os autores desenvolveram um estudo com o objetivo de quantificar os ajustes de IMC necessários para crianças do Reino Unido de origem negro-africana e sul-asiática para que o IMC ajustado se relacionasse com a gordura corporal da mesma forma que para crianças brancas europeias. De acordo com os autores supracitados, o IMC subestima sistematicamente a gordura corporal total em crianças sul-asiáticas do Reino Unido e superestima sistematicamente a gordura corporal total em crianças negro-africanas do Reino Unido. Esses erros são motivo de preocupação em ambos os grupos étnicos. Ajustes étnicos específicos, aumentando o IMC em sul-asiáticos e reduzindo o IMC em negros africanos, podem melhorar a precisão da avaliação da gordura corporal nessas crianças (Hudda *et al.*, 2017).

O National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III foi um estudo realizado de 1988 a 1994 para coletar informações sobre a saúde e o estado nutricional da população dos Estados Unidos. Segundo Wagner e Heyward (2000), a atualização da NHANES III indicou que 52% das mulheres negras estavam acima do peso. Entretanto, os dados do NHANES III usaram um indicador bruto de obesidade, o IMC, como critério para sobrepeso. Como resultado, o IMC identificou corretamente a obesidade em apenas 50,6% de uma amostra racialmente mista de 230 mulheres e 150 homens, e houve 49,4% de resultados falso-negativos (classificados incorretamente como magros) quando comparados com os critérios de percentual de gordura corporal obtidos por hidrodensitometria.

Em uma reportagem escrita por Truu (2022), intitulada The really old, racist and non-medical origins of the BMI, ela afirma que se você estiver olhando para toda a população, o IMC é bom, mas em um nível individual, ele realmente não dá conta das diversidades. Ele só dá uma medida muito aproximada de como a saúde de alguém poderia ser com base nesse número. O exemplo mais comum dado contra a eficácia do IMC são os atletas. Usando

o IMC, a maioria dos atletas de elite seria classificada como acima do peso. Isso porque o teste não leva em conta a diferença entre massa muscular, densidade óssea e gordura corporal. Embora poucos de nós sejamos fisiculturistas ou levantadores de peso profissionais, uma falha maior são as diferenças naturais nos tipos de corpo entre pessoas de várias etnias, gêneros e idades. Outro exemplo são os polinésios que são geralmente mais saudáveis em uma faixa de peso mais alta, enquanto para pessoas de ascendência asiática, um IMC mais baixo é visto como ideal. Há também pessoas que são saudáveis enquanto estão clinicamente acima do peso, assim como algumas pessoas que se enquadram na faixa "saudável" têm problemas metabólicos.

Wagner e Heyward (2000) destacam também as diferenças biológicas na composição corporal de negros e brancos. A partir de uma revisão de literatura sobre as diferenças e similaridades entre as duas raças em relação à massa corporal livre de gordura (água, mineral e proteína), padrão de gordura e dimensões e proporções corporais, encontraram que, em geral, os negros têm maior densidade mineral óssea e conteúdo de proteína corporal do que os brancos, resultando em maior densidade corporal livre de gordura. Além disso, há diferenças raciais na distribuição de gordura subcutânea e no comprimento dos membros em relação ao tronco. Como a maioria das equações que preveem a gordura corporal relativa foram derivadas de amostras predominantemente brancas, a variação biológica entre as raças nesses índices de composição corporal tem significado prático. O erro sistemático pode resultar na estimativa imprecisa da gordura corporal relativa dos negros e, portanto, das definições de obesidade, se essas diferenças inerentes forem ignoradas.

Apesar das controvérsias e limitações, Truu (2022) aponta que o IMC segue ainda bastante presente, seja quando as pessoas inserem suas dimensões em calculadoras on-line, na determinação da elegibilidade para a vacina da COVID-19, no consultório médico ou na definição de obesidade da Organização Mundial da Saúde. Quando políticas de saúde pública estão sendo estabelecidas ou

pesquisas estão sendo conduzidas sobre a prevalência de obesidade ou doenças relacionadas à obesidade, uma avaliação imprecisa da gordura corporal pode afetar os resultados da pesquisa e ter implicações de longo alcance. Isso é especialmente importante para a população negra, porque os negros têm uma alta prevalência de doenças relacionadas à obesidade.

A implementação de medidas diretas de adiposidade tem sido sugerida há décadas para quantificar a gordura corporal de forma mais verdadeira. Outras determinações antropométricas, como medidas de espessura de dobras cutâneas, circunferências da cintura e do quadril, bem como combinações delas, como a relação cintura-quadril ou cintura-altura, já foram propostas (Aguas-Ayesa *et al.*, 2024). Mas todos esses números devem ser analisados juntamente com outros vários fatores para construir um panorama da composição corporal do indivíduo, pois ao categorizar indivíduos com base em medições físicas, ignorou-se a influência de fatores sociais, ambientais e culturais.

A *The Lancet Diabetes & Endocrinology* publicou, no início de 2025, recomendações onde o IMC seja usado apenas como uma medida substituta de risco à saúde em nível populacional, para estudos epidemiológicos ou para fins de triagem, em vez de uma medida individual de saúde. O excesso de adiposidade deve ser confirmado por medição direta da gordura corporal, quando disponível, ou pelo menos um critério antropométrico (por exemplo, circunferência da cintura, razão cintura-quadril ou razão cintura-altura) além do IMC, usando métodos validados e pontos de corte apropriados para idade, gênero e etnia. Em pessoas com IMC muito alto (ou seja > 40 kg/m^2), no entanto, o excesso de adiposidade pode ser assumido pragmaticamente, e nenhuma confirmação adicional é necessária (Rubino *et al.*, 2025).

Desse modo, com base nessas discussões, apresentamos a seguir uma proposta didática com o objetivo de criar um ambiente de aprendizado inclusivo, focado na saúde da população negra. Essa reflexão visa garantir que os cuidados de saúde sejam mais justos, precisos e sensíveis às necessidades de toda a população.

Além disso, a proposta busca incentivar os estudantes a questionarem a ausência dessas questões nos currículos acadêmicos atuais, promovendo uma compreensão mais profunda da história da saúde e das desigualdades raciais. O objetivo final é reduzir os impactos das iniquidades raciais na saúde da população negra, formando profissionais críticos e preparados para enfrentar os desafios impostos pelo racismo estrutural.

PROPOSTA DIDÁTICA

Para enfrentar as desigualdades sociais e de saúde, é fundamental que os currículos acadêmicos abordem, desde o início, questões relacionadas ao racismo e as disparidades sociais. Essas reflexões se tornam essenciais para entender as vulnerabilidades enfrentadas pela população negra, que sofre com indicadores sociais negativos, como baixa escolaridade, renda reduzida, difícil acesso à saúde e condições de moradia precárias. No entanto, o racismo muitas vezes é negligenciado, com as desigualdades sendo explicadas predominantemente por fatores econômicos, sem considerar de maneira adequada as dimensões raciais dessa problemática (Barbosa, Silva, Sousa, 2021).

No contexto educacional, a Constituição Federal destaca como objetivos principais o "pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania" e "sua qualificação para o trabalho" (Art. 205) (Brasil, 2016). Assim, espera-se que a formação acadêmica vá além da simples transmissão de conhecimentos técnicos, abrangendo questões que favoreçam a emancipação do ser humano e promovam uma vivência crítica da realidade. Essa perspectiva deve possibilitar aos estudantes a capacidade de ação transformadora e a construção de uma consciência cidadã, que considere as desigualdades sociais, culturais e raciais presentes na sociedade.

No campo da Nutrição, isso implica em um processo de formação que capacite os futuros profissionais a atuar com uma visão holística e crítica, considerando as especificidades das populações, como a população negra, e refletindo sobre os

impactos do racismo na saúde e no estado nutricional. Levar em consideração as características específicas de cada grupo populacional é fundamental para garantir a efetividade das intervenções em saúde, conforme orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014).

Uma abordagem nutricional que considere as dimensões culturais, genéticas e socioeconômicas dos diversos grupos pode contribuir de maneira significativa para a melhoria dos resultados em saúde.

Um dispositivo pedagógico que pode ser utilizado como sugestão para esse debate em sala de aula, é a leitura e a discussão de artigos científicos em pequenos grupos, a fim de que compartilhem suas impressões e seus destaques, associadas à visualização de vídeos curtos. Como sugestão, trazemos o vídeo "Como o IMC reforça um padrão branco e gordofóbico" (5min30s), disponível no *YouTube*. Este vídeo examina como o IMC pode ser insuficiente e até prejudicial ao desconsiderar a diversidade corporal e a ancestralidade de diferentes grupos raciais, especialmente ao reforçar padrões eurocêntricos e gordofóbicos. Este conteúdo é essencial para uma compreensão mais crítica do IMC e pode fomentar debates importantes em sala sobre os impactos dessas ferramentas nos cuidados de saúde da população negra.

Como sugestão de artigos científicos temos: *Patterns of body size and adiposity among UK children of South Asian, black African-Caribbean and white European origin: Child Heart and Health Study in England (CHASE Study)* (Nightingale *et al.*, 2011), onde destaca-se que o IMC tende a fornecer comparações imprecisas de adiposidade entre grupos, subestimando a gordura corporal em sul-asiáticos e sendo influenciado pela maior estatura de afrodescendentes caribenhos, o que pode levar a avaliações equivocadas. Além disso, o estudo mostra que os níveis de adiposidade, medidos por meio da espessura das dobras cutâneas e bioimpedância, são mais elevados em crianças sul-asiáticas no Reino Unido e semelhantes ou até mais baixos em crianças

afrodescendentes caribenhas, quando comparados com crianças europeias brancas. Dessa forma, o IMC se revela uma ferramenta inadequada para comparar com precisão a adiposidade entre esses grupos, uma vez que não considera as particularidades biológicas e culturais que influenciam a composição corporal; e "Racial/ethnic differences in body fatness among children and adolescents" (Freedman *et al*., 2008), que evidencia as diferenças na composição corporal entre diversos grupos étnicos, ressaltando que o IMC pode não refletir de maneira adequada os riscos à saúde em populações de origens étnicas variadas, como a população negra.

De acordo com Costa, Schottz e Lisbôa (2024), as ações pedagógicas devem superar a visão tradicional da educação, que foca apenas no acúmulo de conteúdos e no preparo para o mercado de trabalho. Deve-se, sim, promover o diálogo entre diversas epistemologias e realidades socioculturais, políticas e econômicas, permitindo uma compreensão mais profunda das desigualdades que estruturam a sociedade. Dessa forma, é possível propor um novo projeto de sociedade que seja fundamentado na promoção da justiça, da equidade e da inclusão.

Após as leituras e trocas sobre as novas informações que os estudantes acessaram, sugerimos a realização de uma atividade de ensino articulado à pesquisa. Com a pesquisa no ensino, rompe-se com a falta de articulação na formação do profissional com a realidade, deixando-o mais seguro e capaz alterar as situações do cotidiano (Lampert, 2008). Nessa perspectiva, o ensino com pesquisa emerge como uma estratégia de ensino e representa uma ação pedagógica com foco na investigação participativa de modo que se possa beneficiar a aprendizagem dos estudantes (Barros, Silva, Barros, 2016). Assim, sugerimos a realização de uma pesquisa detalhada junto com os estudantes sobre o uso do IMC e suas limitações na avaliação nutricional, além dos métodos complementares sugeridos pela American Medical Association. A pesquisa, conduzida em bases científicas, tem como objetivo promover uma visão mais ampla e crítica em relação ao IMC e sugere o uso de métodos complementares de avaliação, como a

análise da gordura visceral, índice de adiposidade corporal, composição corporal, massa de gordura relativa e circunferência da cintura, além da consideração de fatores genéticos e metabólicos. Esses elementos são fundamentais para que os estudantes entendam a importância de uma abordagem nutricional mais individualizada e culturalmente sensível (American Medical Association, 2023).

Lampert (2008) destaca três etapas do ensino com pesquisa: questionamento, fase inicial da pesquisa que leva os estudantes à existência de dúvidas permanentes em relação aos conhecimentos; argumentação, relação entre teoria e prática para a construção de argumentos que respondam aos questionamentos; comunicação, difusão dos resultados. Aqui indicamos apresentações na sala de aula.

Espera-se que nesse processo os estudantes adquiram atitude de questionar, construir argumentos e comunicar resultados. Aprendam a vivenciar os principais passos de pesquisa; coletar, interpretar e inferir sobre dados; produzir textos. Além de favorecer o desenvolvimento da autonomia do estudante; a trabalhar, de forma individual e grupal; a trabalhar de forma cooperativa e com outros; a dialogar com seus colegas e professores; a discutir e argumentar, defender ideias; aprender a aprender; a refletir sobre sua aprendizagem; a navegar no desconhecido; a aprofundar conhecimentos; a ter a capacidade de enfrentar desafios; e a construir, de forma contextualizada, um saber (Lampert, 2008).

Para finalizar esse processo de refletir sobre a vivência prática dos estudantes de nutrição, outra sugestão voltada para a desconstrução do uso do IMC como principal indicador de saúde, pode ser a implementação de um portfólio crítico-reflexivo nos componentes curriculares que envolvem avaliações antropométricas e atendimento clínico/ambulatorial. Nesse portfólio, os alunos registrariam suas reflexões sobre as limitações do IMC, especialmente ao lidar com populações negras e outras populações minorizadas. Além disso, os estudantes seriam incentivados a explorar alternativas à avaliação do IMC, como

bioimpedância, circunferência da cintura e avaliação de composição corporal e a analisar como esses métodos podem ser mais adequados para avaliações mais precisas e sensíveis.

Como destaca Grada Kilomba (2021), acionar e valorizar a subjetividade é parte fundamental do processo de descolonização da ciência. Nessa perspectiva, o portfólio pode se constituir como uma ferramenta de reflexão contínua, permitindo que os estudantes identifiquem desafios e avanços na aplicação de diferentes métodos de avaliação nutricional. Ao final do componente, os estudantes apresentariam seus portfólios, compartilhando suas conclusões em um relato de experiência coletivo, discutindo como aplicar as alternativas ao IMC em contextos reais de atendimento clínico e ambulatorial. Essa abordagem estimularia os futuros nutricionistas a adotarem uma visão mais crítica e inclusiva nas práticas de avaliação e cuidado nutricional, considerando as diferenças étnicas, culturais e fisiológicas dos pacientes.

Essas abordagens devem ser transversalizadas ao longo do curso, incorporando discussões sobre diversidade corporal e racismo em diversas disciplinas e práticas, garantindo que os futuros profissionais de saúde estejam preparados para lidar com as realidades culturais e sociais das populações que atendem.

A avaliação antropométrica é uma ferramenta fundamental na prática da nutrição, pois permite analisar a composição corporal do indivíduo, orientando um atendimento mais assertivo. Nesse contexto, é crucial que os estudantes desempenhem um papel ativo no desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas às técnicas antropométricas e que compreendam a necessidade de adaptar as técnicas antropométricas de forma inclusiva e consciente, respeitando as variações individuais.

Os profissionais precisam levar em consideração o perigo da universalização para que o atendimento seja eficaz de reduzir ou prevenir doenças como obesidade, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia e síndrome metabólica. Levando em consideração que a população negra e de baixa renda têm maior prevalência dessas

doenças é necessário profissionais capacitados a realizar essa avaliação de forma detalhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática em saúde é importante que o debate racial faça parte da formação dos novos profissionais, para se alcançar uma capacitação que olhe os indivíduos com equidade entendendo suas diferenças físicas e raciais e assim se construa um atendimento eficiente para desenvolver prevenção ou progressão de doenças a partir de suas particularidades. Diante disso, reafirmamos a importância de estudos sobre medidas antropométricas para pessoas negras, criando parâmetros que estejam conforme essa população.

Nas grades curriculares dos cursos de saúde, o racismo precisa ser incluído e debatido como uma das vulnerabilidades na saúde, e os estudantes devem ter não só uma bagagem teórica clínica, mas precisam ter um olhar crítico e apurado para as ocorrências complexas e reais que são permeadas por iniquidades sociais e étnico-raciais, compreendendo que deveria ser dever de todo profissional de saúde combater na sua prática clínica as negligências dos direitos e demandas à saúde do corpo preto.

Uma ferramenta muito didática e importante a ser desenvolvida na área da Nutrição são os protocolos de criação de guias práticos de antropometria para populações negras, com pontos de cortes e referência de valores com base em evidências científicas e revisão das normas internacionais de avaliação antropométrica para encontrar lacunas e realizar mudanças.

Para que se possa alcançar uma educação que desenvolva processos criativos críticos de ensino e aprendizagem é necessário que os dispositivos se aproximem ao máximo da vida real. É relevante utilizar metodologias ativas como um laboratório antropométrico que proporciona aos estudantes a experiência da prática em diferentes tipos físicos, essa capacitação leva ao profissional um olhar mais inclusivo e humano sobre as diferenças

raciais e físicas. É importante que todo esse aprendizado ocorra fundamentando na problematização no cotidiano das práticas em saúde e nas iniquidades geradas pelo racismo.

REFERÊNCIAS

ÁGUAS-AYESA, M. *et al.* Revisiting the beyond BMI paradigm in excess weight diagnosis and management: A call to action. **European Journal of Clinical Investigation**, v. 54, n. 7, 2024. e14218. DOI: 10.1111/eci.14218.

American Medical Association. Report 07 of the Council on Science and Public Health (A-23): Support Removal of BMI as a Standard Measure in Medicine and Recognizing Culturally-Diverse and Varied Presentations of Eating Disorders and Indications for Metabolic and Bariatric Surgery (Reference Committee D). American Medical Association, 2023.

AZMINA. Índice de Massa Corporal (IMC) e suas implicações raciais e culturais é "Como o IMC reforça um padrão branco e gordofóbico". Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Zkl2ggUQ3zo. Acesso em: 10 fev. 2025.

BARBOSA, R. R. DA S.; SILVA, C. S. DA.; SOUSA, A. A. P. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 353–363, maio de 2021.

BARROS, C.M.P.; SILVA, J.S.; BARROS, A.P.C.H. Ensino com pesquisa: contribuições para a cientificidade na formação em secretariado executivo. **Revista de Gestão e Secretariado - GeSec**, v. 7, n. 1, p. 67-84, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS); 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população

brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2ed., 1reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
COSTA, R.R. da S.; SCHOTTZ, V.; LISBÔA, C.M.P. Educação Alimentar e Nutricional na formação de nutricionistas: espaço de reflexão crítica sobre as desigualdades raciais. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 19, p. e77417, 2024. DOI: 10.12957/demetra.2024.77417.
DAVIS, J.; JUAREZ, D.; HODGES, K. Relationship of ethnicity and body mass index with the development of hypertension and hyperlipidemia. **Ethnicity & Disease**, v. 23, n. 1, p. 65-70, 2013.
ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. Body Mass Index. Britannica.com, 3 jan. 2024. Disponível em: https://obesity. procon.org/find-your-body-mass-index-bmi/.
FREEDMAN, D. S. *et al.* Racial/ethnic differences in body fatness among children and adolescents. **Obesity**, v. 16, n. 5, p. 1105–1111, 2008.
HUDDA, M. T. *et al*. Body mass index adjustments to increase the validity of body fatness assessment in UK Black African and South Asian children. **International Journal of Obesity**, v. 41, n. 7, p. 1048-1055, 2017. DOI: https://doi.org/10.1038/ijo.2017.75.
KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jesus Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
LAMPERT, E. **O ensino com pesquisa**: realidade, desafios e perspectivas na Universidade Brasileira Linhas Críticas, v. 14, n. 26, enero-junio, 2008, pp. 5-24.
MACIEL, M.E. de S. A eugenia no Brasil. **Anos 90**, v. 7, n. 11, p. 121–130, 1999. DOI: 10.22456/1983-201X.6545.

MONTEIRO, R.S.C. *et al*. Estimativa de peso, altura e índice de massa corporal em adultos e idosos americanos: revisão. **Comunicação Ciências Saúde**, v. 20, n. 4, p. 341-350, 2009.
NIGHTINGALE, C. M. *et al.* Patterns of body size and adiposity among UK children of South Asian, black African-Caribbean and white European origin: Child Heart and Health Study in England (CHASE Study). **International Journal of Epidemiology**, v. 40, n. 1, p. 33-44, 2011.
RABUFFETTI, M. Breve ensaio acerca das principais escolas criminológicas. São Paulo, 1999.
RUBINO F. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. **Lancet Diabetes Endocrinology** 2025 Jan 9:S2213-8587(24)00316-4. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
SCHWARCZ, L.M. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo, Companhia das Letras, 1993.
SOUSA, N. **Saúde**? O IMC é um cálculo machista e racista. AzMina, 22 nov. 2022. Disponível em: https://azmina.com.br/reportagens/sal de-o-imc-e-um-calculo-machista-e-racista/. Acesso em: 31 jul. 2024.
SOUSA, R.A.S. de. A extinção dos brasileiros segundo o Conde de Gobineau. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./jun. 2013, p. 21-34.
TRUU, M. **The really old, racist and non-medical origins of the BMI**. ABC News, 1 jan. 2022. Disponível em: https://www.abc. net.au/news/2022-01-02/the-problem-with-the-body-mass-index-bmi/100728416.
VILAR, L. **O racismo científico**: da teoria a prática. 2015. Disponível em: https://seguindopassoshistoria.blogspot.com/2015/07/o-racismo-cientifico-da-teoriapratica.html. Acesso em: 31 jul. 2024.
WAGNER, D. R.; HEYWARD, V. H. Measures of body composition in blacks and whites: a comparative review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.71, n.6, pp:1392-1402, 2000.

DENDÊ E A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Camila Santana Andrade[1]
Jaiane Cardoso de Souza e Souza [2]
Letícia Aragão Santos[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

Nós não fomos somente desconectados de
nossa herança, em termos de riquezas do nosso
continente, minerais, cultura,
e todo o legado ancestral do qual fomos
separados. Fomos separados também de nossa
comida.- Dr. Aris Latham

Este capítulo se propõe a estudar sobre a potência dos valores nutricionais do azeite de dendê e a refletir sobre seu apagamento nos cursos que formam nutricionistas em todo o país, especialmente na Bahia, território que além de ser o Estado mais

[1] Graduanda em nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e da Liga Acadêmica de Nutrição Comportamental e Transtornos Alimentares (UNEB). E-mail: andrade-mila02@hotmail.com. Lattes http://lattes.cnpq.br/9026873410241476.

[2] Graduanda de nutrição pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e da Liga acadêmica de nutrição comportamental e transtornos alimentares (LANCTA/UNEB). E-mail: jaiane.128@gmail.com. Lattes-http://lattes.cnpq.br/5332157646869520.

[3] Nutricionista graduada pela Universidade do Estado da Bahia. Pós-graduanda em Nutrição e Neuropsiquiatria pela Unyleya. Estudante bolsista do PET - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Saúde, Gestão e Assistência 2022-2023. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu (UNEB). Tecnológa em Gastronomia pela Universidade Vila Velha. E-mail: anutrileticiaaragao@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/9911275553933567.

[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

negro do Brasil, possui a forte presença do dendê no seu cotidiano alimentar e religioso.

O dendezeiro é conhecido cientificamente como *Elaeis guineensis* e tem suas origens no continente africano. Nosso conhecimento sobre a história inicial do cultivo do dendezeiro é escasso e baseado principalmente em registros de viagens e explorações na África. A exploração e o comércio portugueses na costa da África Ocidental começaram em 1434, seguidos pelos holandeses e ingleses cerca de 150 anos depois. O primeiro registro do que pode ser o dendezeiro é o de Cadamosto (1435-1460), que escreveu: "Há para ser encontrada neste país uma espécie de árvore que produz nozes vermelhas com olhos pretos em grande quantidade, mas elas são pequenas". Com relação a um óleo usado para alimentação, ele escreveu "[Ele] tem três propriedades, o aroma de violetas, o sabor do nosso azeite de oliva e uma cor que tinge a comida como açafrão, mas é mais atraente". Duarte Pacheco Pereira menciona palmeirais perto da Libéria durante sua viagem de 1506-1508 e o comércio do óleo de palma na Nigéria. Registros posteriores também mencionam vinho de palma (Forster *et al.*, 2017).

Hayati *et al.* (2004) descrevem que o dendezeiro cresce em áreas selvagens, semi-selvagens e cultivadas dos trópicos, a mais ou menos 10° de latitude do equador, na África, no Sudeste Asiático e nas Américas do Sul e Central. No entanto, ela é endêmica nas planícies tropicais da África Ocidental e Central, estendendo-se do Senegal a Angola. Absalome *et al*. (2020) apontam que o dendê é cultivado na maior parte da África Subsaariana, principalmente na Nigéria, Camarões, África do Sul, Gana e Costa do Marfim. Segundo Mota *et al*. (2019), a acelerada expansão da dendeicultura (atividade de cultivo do dendê) nas últimas décadas, tanto como alternativa energética quanto alimentar, corresponde a um movimento internacional, no qual os plantios de dendê ocupam 20% dos cultivos permanentes do mundo. A previsão de crescimento é da ordem de duas a três vezes até 2050. Na América do Sul, Colômbia, Equador e Brasil despontam como os principais produtores. Em todos os casos, as corporações dominam a cadeia produtiva e têm grandes áreas de

monoculturas, que coexistem com os cultivos de médios e pequenos produtores segundo diferentes formatos e contratos para fornecimento de matéria-prima.

A árvore *Elaeis guineense* tem frutos e sementes ricos em óleo, muito usado na alimentação e na indústria (Absalome *et al.*, 2020). O principal produto é o óleo que costuma ser extraído do coco, por prensagem a quente da polpa, porém a palmeira pode ser aproveitada integralmente. A madeira pode ser usada para a construção de casas e as fibras que podem ser utilizadas na cobertura, as folhas fornecem matéria-prima para fazer cestos, peneiras, chapéus, abanos e outros utensílios, o bagaço é colocado para secar e servir como combustível. Há ainda o bambá, a borra do azeite com o qual se prepara deliciosa farinha e fornece base para o sabão em barra e para alimentação de animais. A planta foi trazida no século XVII ao Brasil e se adaptou bem ao clima tropical úmido do litoral baiano (Santos, 2020). Aqui no Brasil, o óleo de palma ficou popularmente conhecido como azeite de dendê, ingrediente simbólico da cozinha ancestral africana, muito praticada no estado da Bahia.

> Em 1759, na Bahia, Antônio Caldas informava que o comércio frequente do dendê, entre a Costa da Mina e o Brasil, era intenso, provando a falta de dendezeiros que atendessem às necessidades do consumo. Vilhena afirma que, no ano de 1798, entraram na Bahia mil canadas de azeite de dendê, oriundas da Costa da Mina e quinhentas canadas da Ilha de São Tomé, perfazendo, aproximadamente, quatro mil litros (Carneiro, 1980, p.173).

De acordo com Teixeira (2020), o nome dendê é decorrente da língua kimbundu *ndende*, língua do macrogrupo banto e assim ficou popularmente conhecido no Brasil. Portanto, o termo azeite de dendê constitui um elemento da memória social da população africana da diáspora brasileira, oriunda de um longo processo histórico-social, ao passo que a denominação óleo de palma (em inglês *palm oil*) tem origem nos países de língua inglesa e é utilizado

nas transações comerciais internacionais. Especificamente na Bahia, o dendê é utilizado amplamente como ingrediente em diversos pratos da culinária local. Esse óleo na forma refinada é um dos óleos mais consumidos mundialmente, ocupando em 2013 o primeiro lugar em produção mundial de óleos e gorduras, com 55,8 milhões de toneladas (Conceição, 2016).

O fruto do dendezeiro dá origem a dois tipos de óleo, o de palmiste (extraído da semente) e o de dendê (extraído da polpa), este último sendo bastante utilizado na culinária tradicional e na culinária sagrada das religiões de matriz africana no Brasil (Teixeira, 2020). O azeite de dendê é responsável por proporcionar características próprias como colorido forte, odor penetrante e o sabor especial (Radel, 2006). Ainda hoje, muitos territórios agrários ou comunidades tradicionais seguem produzindo o azeite de dendê como uma atividade comunitária, caracterizada pelo maceramento manual no pilão e pelo cozimento (Santos, 2020). Além da África, somente na Bahia existe o hábito de consumo de maneira regular do azeite de dendê no seu estado natural, graças à influência do negro africano na cultura brasileira (Teixeira, 2020).

O azeite de dendê é o óleo vegetal comestível mais amplamente produzido no mundo e possui excelentes propriedades funcionais (Mozzon *et al.*, 2013). Em razão de sua alta capacidade em resistir a oxidação, assim como o de possuir o elevado ponto de fusão, e associado ao seu baixo custo, o azeite de dendê tornou-se bastante utilizado pela indústria alimentícia. A forma bruta do óleo possui uma coloração vermelha intensa, devido aos níveis elevados de concentrações de α- e β-carotenoides. Os carotenoides melhoram a função imunológica por uma variedade de mecanismos e podem melhorar a saúde cardiovascular. Os carotenoides também desempenham um papel importante ao atuar como antioxidantes biológicos, protegendo células e tecidos do efeito prejudicial dos radicais livres (Mukherjee, Mitra, 2009). Dentre os óleos vegetais mundialmente consumidos, o azeite de dendê é o que contém a maior concentração de carotenoides com atividade de vitamina, de 500-

2000ppm em geral, variando com a espécie da palmeira, região de plantio, e, em alguns casos, de acordo com a proporção de carotenoides pró-vitamínicos A como o α-caroteno e o β-caroteno (Conceição, 2016).

Além disso, a forma nativa é rica em outros antioxidantes, incluindo fitoesterol e vitamina E (na forma de α-tocoferol e tocotrienol), que protegem a membrana celular e influenciam a agregação plaquetária, modulando a síntese de tromboxano (Di Genova *et al*., 2018). Mukherjee e Mitra (2009) apontam que o azeite de dendê possui um forte apelo mundial como um auxiliar da cozinha, porque é livre de gorduras trans que obstruem as artérias. Sua ação acontece pelo sequestro de espécies reativas de oxigênio, estabilizando o elétron desemparelhado do radical por ressonância, e atuando na proteção de células contra danos oxidativos. Aprisionam os radicais livres, neutralizando-os e quelam os radicais peróxidos, sendo os próprios carotenoides oxidados antes do ataque oxidativo aos triacilglicerois do óleo. Por isso sua ação funcional contra doenças, atuando na modulação do metabolismo de substâncias carcinogênicas e na proteção contra doenças cardiovasculares (Conceição, 2016).

Teixeira (2020) também descreve que o fruto do dendê apresenta valores nutricionais, considerados importantes, principalmente, em relação ao consumo de gorduras na dieta humana. Sua composição apresenta uma mistura de gorduras saturadas, monoinsaturadas e polinsaturadas que inclui a palmitina, oleína, linolina, estearina e o ácido palmítico. É uma fonte natural de vitamina E, tocoferóis e tecotrienois, que atuam como antioxidantes, além de ser rico em betacaroteno, que é fonte de vitamina A.

Josué de Castro, autor de "Geografia da Fome" (1984), também aborda sobre a riqueza de vitaminas e betacaroteno contidos no azeite de dendê e seu papel para corrigir o déficit em vitamina A, podendo esse déficit ser combatido pelo uso de certos óleos vegetais como o de buriti ou dendê, enriquecendo as gorduras que fazem parte da alimentação habitual. O autor cita ainda que

durante o sistema escravocrata, os negros escravizados, com sua alimentação fornecida pelo senhor de engenho, alimentação quase que exclusiva de feijão com farinha e angu de milho com toucinho, ficavam muito expostos às avitaminoses A. Após a extinção desse sistema escravocrata, os negros orientaram sua dieta, se não para uma maior abundância, pelo menos mais para as suas predileções, para seu gosto acentuado pelos azeites vegetais, principalmente de dendê, e assim foram escapando da hemeralopia (cegueira diurna, é a incapacidade de ver claramente em luz forte), da xeroftalmia (doença que causa olhos secos e irritados e pode levar à cegueira) e da queratomalácia (doença ocular que causa o amolecimento da córnea, podendo levar à perfuração do globo ocular), todas causadas por deficiência de vitamina A.

Diante de uma dieta insuficiente em carotenoides e vitamina A, a deficiência de vitamina A afeta grupos vulnerabilizados, a exemplo da comunidade negra, crianças de até cinco anos de idade e puérperas. E, pelas sérias consequências que traz à saúde, é mundialmente conhecida pelo impacto negativo que provoca na Saúde Pública, com destaque para os países em desenvolvimento. A prevenção da hipovitaminose A tem sido realizada por meio da fortificação de alimentos, como um recurso de baixo custo, principalmente em países em desenvolvimento. Diversos alimentos têm sido utilizados para fins de fortificação, mostrando-se eficientes e bem tolerados, sendo que a adição de fortificantes deve ocorrer em alimentos que participem efetivamente da rotina alimentar regional (Conceição, 2016). O estudo de Rodrigues, Pinto-e-Silva e Szarfarc (2011) demonstrou como o azeite de dendê pode ser utilizado no enriquecimento de alimentos de consumo habitual da população brasileira pela sua contribuição em retinol visando o controle da hipovitaminose A. Conceição (2016) apresenta uma pesquisa de fortificação de alimentos de amplo consumo (ex. iogurte) com carotenoides pró-vitamínicos A, provenientes de azeite de dendê microencapsulado, pois o encapsulamento preserva os bioativos e melhora a aplicabilidade em matrizes hidrofílicas. Nos resultados, foi possível utilizar azeite

de dendê microencapsulado para fortificação de iogurtes com próvitamínicos de forma a atender de 15 a 30% das recomendações de vitamina A.

Loganathan *et al.* (2017) apresentam evidências que apoiam a eficácia potencial do azeite de dendê para superar a deficiência de vitamina A em crianças e mulheres grávidas, melhorar as complicações oculares da deficiência de vitamina A, proteger contra doença cardíaca isquêmica, auxiliar no controle do diabetes, amenizar os efeitos adversos da quimioterapia e auxiliar no controle de condições hipobáricas.

Mesquita (2002) ratifica importantes vantagens no uso do azeite de dendê por conta das suas qualidades excepcionais para a alimentação humana, tais como ser livre de colesterol e possuir composição balanceada de ácidos graxos, conter triglicérides, compostos por ácido linoléico, que são benéficos para o organismo e a presença da oleína vermelha de palma inibe alguns tipos de câncer. Na Costa do Marfim, estudos *in vitro* foram realizados para mostrar os benefícios do consumo do dendê e entre eles estão suas propriedades antioxidantes e a proteção de mulheres na pós-menopausa (Absalome *et al.*, 2020).

Por possuir maior concentração de ácidos graxos saturados de cadeia longa, comparado com outros óleos de origem vegetal, essa característica química acabou contribuindo com a imagem de que seu consumo pode trazer diversos prejuízos a saúde por ser considerado hipercolesterolêmico. Além disso, devido a uma restrição do consumo, criada por diversas organizações internacionais, que não possuem consenso algum entre elas, geram diversas controvérsias e recomendações superficiais, desconsiderando todos os outros benefícios, portanto, colaboram em desencorajar o consumo do dendê (Gesteiro, Galera-Gordo e González-Gross, 2018; Absalome *et al.*, 2020). No entanto, muitos estudos provam o contrário.

Estudos epidemiológicos geralmente atribuem um risco aumentado de doença cardíaca coronária a níveis elevados de colesterol sérico, que por sua vez são considerados derivados de

uma ingestão alimentar de gorduras saturadas e colesterol. No passado, o dendê era atacado como óleo "saturado", pois contém 44% de ácido palmítico e 5% de ácido esteárico e, portanto, aumenta supostamente o colesterol no sangue e o risco de doenças cardiovasculares. No entanto, um corpo considerável e crescente de evidências científicas indica que o efeito do azeite de dendê no colesterol sanguíneo é relativamente neutro quando comparado a outras gorduras e óleos. O dendê aumenta o colesterol plasmático somente quando um excesso de colesterol dietético é apresentado na dieta. Ele estimula a síntese do colesterol HDL protetor e a remoção do colesterol LDL prejudicial. Ele também é rico em vitamina E (particularmente tocotrienóis), que parecem reduzir as concentrações de colesterol sérico e têm efeitos antioxidantes potentes (Mukherjee, Mitra, 2009).

Absalome *et al.* (2020) também esclarecem que estudos epidemiológicos mostraram que o dendê e sua fração líquida, a oleína, não aumenta os níveis de colesterol no sangue em comparação com azeite de oliva ou óleo de amendoim; que o ácido palmítico, embora saturado, é neutro e não aumenta os níveis de colesterol.

O dendê, assim como os demais óleos vegetais durante o processo de fritura está exposto a três fatores que contribuem para sua oxidação e consequente perda da qualidade: elevada temperatura, que causa alteração térmica; a umidade proveniente dos alimentos, que ocasiona alteração hidrolítica; e o oxigênio do ar, que entra na massa do óleo e leva à alteração oxidativa. Estas reações ocasionam mudanças no sabor e na qualidade, cor e textura do alimento frito, bem como sua qualidade nutricional (Sampaio *et al*., 2021). Almeida (2009) ratifica que durante o processo de fritura, quando aquecidos repetidas vezes, sob elevadas temperaturas e por períodos prolongados, os óleos e gorduras podem sofrer uma série de alterações, formando compostos de degradação. Contudo, a autora ressalta que o dendê é a gordura de fritura mais utilizada em nível industrial, pois a presença de significativas quantidades de carotenoides, vitamina E, baixas quantidades de ácido linoleico

e linolênico, além da ausência de ácido láurico formador de espuma, faz do azeite de dendê um dos mais estáveis à oxidação. Além da estabilidade oxidativa, o emprego do dendê eleva a vida útil dos produtos fritos.

Loganathan *et al.* (2017) descrevem o dendê como razoavelmente estável ao calor sem quaisquer efeitos adversos. Para Sampaio *et al*. (2021), o dendê apresenta elevada estabilidade ao processo de fritura devido sua composição química, no entanto, mudanças físicas que ocorrem no óleo durante o aquecimento incluem escurecimento, atribuído à presença de compostos carbonílicos ou de natureza não polar, aumento da viscosidade, em consequência das reações de polimerização, formação de espuma devido aos polímeros e diminuição do ponto de fumaça. Como resultado das alterações químicas ocorre o aumento dos ácidos graxos livres, compostos carbonílicos, produtos de alto peso molecular e diminuição das insaturações. Além disso, o aquecimento excessivo dos óleos, leva a formação de compostos tóxicos ou carcinogênicos, como a acroleína e peróxidos. Isso ocorre porque temperaturas elevadas aceleram os processos oxidativos e de degradação dos lipídios.

Por exemplo, após a fritura do acarajé (bolinho de origem africana, feito de massa de feijão-fradinho, cebola e sal), o azeite de dendê torna-se impróprio para consumo, constituindo-se em um resíduo com potencial para causar impactos ambientais quando o descarte é feito de forma incorreta, sendo imperativo a sua reciclagem como uma forma de gerenciamento deste resíduo. Os resíduos do azeite de dendê gerados durante a fritura podem ser utilizados como matéria-prima para fabricar sabão (Nunes *et al*., 2022).

Além dos benefícios orgânicos, segundo o discurso oficial e do mercado, a dendeicultura é uma alternativa energética para combater as mudanças climáticas pelo seu potencial de reflorestamento, de diminuição do uso de combustíveis fósseis pela agregação ao biodiesel e da redução dos preços do petróleo (Mota *et al*., 2019).

Teixeira (2020) observa que nos discursos veiculados sobre alimentação saudável as comidas feitas com azeite de dendê são vistas, de maneira geral, como muito calóricas e potencialmente danosas à saúde. No entanto, é importante destacar que não há estudos substanciais sobre o dendê, sobretudo em relação às implicações do seu uso culinário para a saúde, destacando que a ciência não é neutra e está impregnada de preconceito e racismo, o que inclui como vemos e pensamos uma comida ligada a África e a negritude. Para Machado (2012), ainda que grande parte dos relatos aponte para a predominância da influência da cozinha africana na formação de uma culinária baiana, e da presença dos pratos nas casas dos nobres da cidade, é preciso lembrar que sempre existiu uma hierarquização do valor dos alimentos. Quando se tratavam dos pratos de declarada influência africana, é certo que estavam em desvantagem em uma escala de alimentos valorizados. É preciso levar em consideração a valorização do gosto europeu que marcou toda história brasileira e influenciou os hábitos de consumo dos brasileiros.

A crença metafísica na superioridade da existência europeia, e de seus alimentos e práticas alimentares, é compreendida como eurocentrismo. Para Asante (2014), o eurocentrismo apresenta a história particular e a realidade dos europeus como o conjunto de toda a experiência humana, impõe suas realidades e sua cultura como universal, isto é, adaptável a todos os povos independentemente de sua origem geográfica, formação histórica, econômica, social e política e hierarquicamente superior às demais. Esse mito fundacional da versão eurocêntrica da modernidade se assenta na ideia do estado de natureza como ponto de partida do curso civilizatório, cuja culminação é a sociedade europeia ou ocidental, relegando para a periferia toda a cultura não-branca.

Machado (2012) descreve uma entrevista, sobre o azeite dendê, onde a cozinheira Dadá (famosa por possuir restaurantes a partir da culinária baiana) no programa televisivo do apresentador Jô Soares, responde: "Eu uso um pouco de azeite de oliva, que agora eu fiquei chique, claro, né, negão (gargalhada) [...] que agora tô

podendo [...] e uso muito pouco dendê [...] só pra dar aquele toque, aquele charme, porque você sabe, o dendê tem charme". O azeite doce, de terras europeias, é considerado luxo. O azeite de dendê, um produto inferior. O apresentador questiona se seria pelas possíveis indisposições intestinais causadas pelo ingrediente, o que chama de "maldição da Bahia", e Dadá concorda, falando da importância de não se colocar o azeite em demasia. É só um pouquinho, pra dar a cor, o charme, insiste. A pesquisadora Ama Mazama (2001) aponta que o principal problema do povo africano é a adoção geralmente inconsciente da visão de mundo e perspectiva ocidentais e suas estruturas conceituais concomitantes.

O dendê é um dos caminhos da ancestralidade africana em forma de alimento. E no Brasil, está bastante presente no preparo de comidas votivas nas religiões de matriz africana. Os Orixás "quentes" incluem azeite de dendê em seus pratos, ao passo que os Orixás "frios" não o permitem: "o dendê é um marco discriminatório na cultura religiosa, gerando tipos e diferenças no ser de cada Orixá e, consequentemente, por parte daqueles que fazem o Candomblé [...]" (Lody, 1992, p. 60). Iansã ou Oyá, cuja comida votiva principal é o acarajé frito no azeite de dendê, tem profunda relação com o elemento fogo. Outro alimento votivo é a farofa de azeite de dendê, ela está presente na cerimônia do Padê, que é dedicado a Exu e principia todas as demais cerimônias, pois Exu deve ser sempre o primeiro orixá a ser alimentado (Ribeiro, 2013). Em África, o dendezeiro se tornou conhecido como a árvore do paraíso. Inclusive o povo Iorubá, residentes do Benin e da Nigéria, consideram o dendezeiro "igi-opé", ou seja, uma árvore sagrada que representa o Orixá Ogum, conhecido pela capacidade de dominar tecnologias (Lody, 2018; Teixeira, 2020).

Manuel Querino, em seu livro "A arte culinária na Bahia" (2011), descreve técnicas e ingredientes da culinária baiana, evidenciando adaptações de muitos dos pratos africanos. O azeite de dendê é referido por ele como o ingrediente que, utilizado pelo africano em muitas iguarias, marca a culinária baiana, dourando as preparações e conferindo-lhe sabor. Destaca pratos que ele chama

de ‘puramente africanos’, reproduzidos nas terras da diáspora, dentre os quais muitos desses fazem parte das comidas próprias dos cultos afro-brasileiros, produzidas para ofertar aos orixás, inquices e voduns.

O azeite de dendê é um dos símbolos mais emblemáticos da identidade negro-africana reconstruída na diáspora. Diante disso, existe a desvalorização desse alimento, não só por sua composição nutricional, que geralmente é baseada somente na quantidade de ácidos graxos saturados, como também por sua origem, o que tem sido responsável por causar o apagamento, assim como diminuição do seu consumo, sobre uma falsa moral de uma ciência colonial e ocidental.

Para Anin Urasse (2021), se é verdade que uma infinidade de elementos externos influencia o corpo, os alimentos ocupam uma posição central. A relação de povos africanos com o alimento é tal que eles não só nutrem, sanam problemas espirituais e físicos, homenageiam os ancestrais, representam linhagens, conduzem pedidos. Na tradição africana, as comidas possuem histórias e músicas. São cantadas, encantadas e sagradas. Assim, se em um cosmosentido africano uma alimentação balanceada é fundamental para a saúde física, mental e espiritual, o descarrilhamento provocado pelo colonialismo deturpou esta noção, obrigando o povo negro à adoção de padrões alimentares alheios à sua cultura e genética, impactando sobremaneira na qualidade e expectativa de vida desse povo.

A Educação Alimentar e Nutricional é compreendida como um “campo de conhecimento e de prática contínuos e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis” (Brasil, 2012, p. 23) e deve considerar a complexidade dos sistemas alimentares e os significados que compõem as práticas alimentares. Para Lima *et al*. (2024), no contexto da promoção da alimentação adequada e saudável os saberes e a cultura afroancestrais são meios potentes no processo educativo para pensar a alimentação contextualizada à realidade da população.

Assim, a alimentação tradicional e a utilização de alimentos regionais se constituem como um arcabouço de padrões desenvolvidos e transmitidos ao longo das gerações e são fontes essenciais de conhecimentos para a formulação de recomendações que visam promover a alimentação adequada e saudável. Um bom exemplo é a presença do dendê em comunidades quilombolas.

O estudo de Santos (2008) descreve o cotidiano alimentar de uma população de pescadores remanescente de quilombo na região do município de Salvador, a Ilha de Maré, onde o dendê se faz presente no cotidiano da vida. "Um dia ou outro se vai ao mato catar dendê para fazer azeite. Dendê é quente e se come com receios. O idoso teme o dendê, pois acredita que seu fígado está gasto e não aguenta mais comer algo tão forte. As crianças menores de um ano também não o experimentam. Entretanto, tudo depende da "natureza da pessoa". A valorização e utilização de alimentos regionais na alimentação das comunidades quilombolas emerge como um pilar fundamental na promoção da saúde, se revelando como uma estratégia essencial na preservação da cultura e sustentabilidade ambiental (Lima *et al*., 2024). As práticas alimentares se constituem a partir dos alimentos disponíveis onde se vive e, no caso da ilha, preparações com dendê e pimenta confirmam a influência africana e indígena caracterizadas historicamente (Andrade, 2017).

Contudo, Andrade (2017) descreve em sua pesquisa realizada na comunidade quilombola Bananeiras, Ilha de Maré/Salvador, sobre o modo higienizador e racista como a educação alimentar e nutricional vem sendo produzida nesses territórios tradicionais. A autora descreve que algumas marisqueiras pediram orientação nutricional individualizada e durante o atendimento indagaram: 'Pode colocar azeite na moqueca?' 'Azeite de dendê é saudável?' 'Pode comer farinha, porque o médico mandou parar de comer', colocou em cena o impacto que as orientações higienizadas desencadeiam na comunidade. A autora descreve ainda um outro momento que exemplifica essa educação descontextualizada.

> Numa das atividades de campo, no período que estávamos realizando orientação nutricional individualizada (as estudantes exercitando a prescrição de dieta), combinamos para almoçar na ilha. Uma das estudantes nunca havia comido moqueca, pois veio de uma região do interior da Bahia que não tinha esse hábito (...) A pessoa que sempre faz as preparações não estava disponível (...) e uma de suas netas, que já havia sido atendida pelas estudantes, se disponibilizou para fazer a comida. Pedimos que fizesse moqueca de marisco sem pimenta, e subimos para a creche, que era o local utilizado por nós para os atendimentos. Na volta nos deparamos com uma moqueca sem dendê e sem sal! Ela cozinhou para as futuras nutricionistas, como tem feito para sua família, por ser mais saudável, segundo sua compreensão das orientações da equipe de nutrição e informações veiculadas pela televisão. A comida sem sal e a moqueca sem dendê representou muito para nós" (Almeida, 2017, p. 136).

Para o desenvolvimento das ações de Educação Alimentar e Nutricional é essencial que a construção das ações seja realizada junto à comunidade, rompendo a barreira de práticas descontextualizadas e que não dialoguem com o modo de vida do território. Desta forma, as técnicas educativas precisam ser ativas, considerando os sujeitos, seu território e suas vivências. É necessário que as ações sejam pautadas: no reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas; na valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar; nas necessidades dos indivíduos e coletividades; e no vínculo e monitoramento das ações desenvolvidas (Lima *et al*., 2024). Para Almeida (2017), a vivência da cena descrita acima constituiu-se como uma oportunidade para várias lições, quanto à formação do nutricionista para recomendar uma alimentação 'correta', 'sem excessos', sem dimensão do impacto disso na vida das pessoas; um conhecimento que só a experiência oportuniza. Ainda que houvesse discussão sobre o limiar entre o respeito aos hábitos alimentares e a necessidade de adaptações de acordo às doenças associadas, encontrar o equilíbrio entre a saúde e o prazer de comer

é exigente. A autora destaca ainda a responsabilidade dos nutricionistas para com a vida dos que acolhem as dietas recomendadas por eles.

De acordo com Lima *et al.* (2024), algumas experiências de Educação Alimentar e Nutricional afrorreferenciadas vividas em escolas quilombolas são sugestões de caminhos possíveis. Na realidade das comunidades quilombolas, por exemplo, é fundamental elaborar o cardápio ou sugerir refeições com os usuários dos serviços de saúde a partir da produção em quintais, da comida local, das histórias alimentares e da valorização da culinária doméstica. Um exemplo foi o que aconteceu na Escola Municipal Nossa Senhora das Candeias, em Ilha de Maré/Salvador, onde a merendeira Dejanira de Souza foi a vencedora do 1º Concurso Nacional das Melhores Receitas da Alimentação Escolar, lançado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (2018). Ela ganhou o primeiro lugar por ter criado uma nova receita a partir da tradicional receita de abará, usando massa de aipim em vez de feijão-fradinho, e mantendo o azeite de dendê rico em vitaminas e importantes para fortalecer o sistema imunológico e agir no processo de coagulação sanguínea.

Indo na contramão desse debate, o Guia Básico de Orientação Nutricional para as Equipes de Saúde da Atenção Básica (2024), organizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), coloca o dendê na lista de alimentos fontes de gorduras saturadas e trans que devem ser evitados, sem nenhuma reflexão a mais sobre o alimento.

Todo esse estudo sobre as potencialidades nutricionais do dendê, seus limites e modos de uso, sua história e cultura, precisam estar presentes na formação do nutricionista, assumindo uma postura contracolonial, ao entender que em uma sociedade marcada pela colonialidade e pelo eurocentrismo, o currículo será também marcado a partir deste lugar, apagando, silenciando ou estereotipando as culturas marginalizadas, pois os processos educativos estão intrinsecamente relacionados aos contextos sociais nos quais se desenvolvem. Escolas são reflexos da

sociedade que as produz, uma sociedade dominada pelo supremacismo branco criará um sistema educacional, baseado na hegemonia branca (Asante, 2014). Nesse contexto, a Educação Alimentar e Nutricional se organiza como importante ferramenta para apoiar o autocuidado e a autonomia desses sujeitos se romper com o modo vertical e eurocêntrico que vem sendo desenvolvida. Essa quebra de paradigma é fundamental, uma vez que tradicionalmente a linguagem biomédica é colocada como soberana em detrimento das práticas tradicionais e saberes ancestrais (Lima *et al*., 2024). Essa perspectiva pautada exclusivamente na biomedicina reforça que as comidas com azeite de dendê são não saudáveis, pesadas ou gordurosas.

Araújo (2022) descreve que a decolonização do prato não é feita só na hora que a gente vai teorizar sobre isso ou conversar sobre isso. Na verdade, são movimentos que podem estar no nosso dia a dia, incutidos nas nossas práticas e escolhas diárias, sendo fundamental, também, que haja, cada vez mais, movimentos tanto de pesquisa, que são muito importantes, quanto de difusão dessas comidas e da cultura alimentar como uma forma possível de se alimentar.

Perante exposto anteriormente, será apresentada, a seguir, uma proposta didática com o intuito de construir e contribuir com o aprendizado sobre a importância do azeite de dendê para a nutrição, na qual o propósito seja o de destacar as propriedades nutricionais assim como a importância no papel histórico-cultural da alimentação. Essa proposta também possui o objetivo de estimular os estudantes a refletirem sobre as razões pelas quais conhecimentos e as contribuições provenientes da cultura diaspórica africana, como o uso do azeite de dendê, são frequentemente negligenciados nas disciplinas e nos cursos de nutrição, assim como nas produções científicas.

PROPOSTA DIDÁTICA

Reconhecer a importância da utilização do dendê na alimentação é um meio capaz de contribuir na valorização da

história, cultura e saberes do povo negro, assim como entender os benefícios que este alimento traz para saúde principalmente entre as pessoas marginalizadas pelo racismo cotidiano, que em muitas situações encontram-se em insegurança alimentar. Para isso é necessário iniciar a discussão com os estudantes e profissionais de nutrição, principalmente na sua prática de elaboração dietética, a fim de levantar quais as percepções a respeito da utilização do dendê na prescrição de um plano alimentar. Além disso, é preciso combater os mitos de que a utilização desse alimento é prejudicial à saúde assim como os estereótipos racistas ligados à culinária afrodiaspórica, que historicamente sofre com sua desvalorização e apagamentos, principalmente, porque a nutrição segue modelos ocidentalizados do que é saudável.

A visão estigmatizada sobre o dendê desconsidera seus componentes benéficos, como os carotenoides e a vitamina E, e o define apenas a partir da concentração de gorduras saturadas. A percepção negativa em torno do dendê é reforçada pelo desconhecimento acerca de sua produção e origem sustentável. Enquanto os óleos industrializados de produção em larga escala são muitas vezes valorizados, o dendê, que em muitos casos é produzido de forma artesanal e em comunidades tradicionais, é desvalorizado, mesmo quando seu impacto ambiental pode ser inferior ao de outros óleos e legitimador da cultura tradicional ajudando as comunidades na sua economia e visibilidade.

A ausência do ensino em relação ao azeite de dendê nos cursos de nutrição reflete a desvalorização dos alimentos tradicionais, onde se precisa criar caminhos para a desmistificação do uso, utilizando estratégias de reconhecimento dos benefícios nutricionais, explicando o valor nutricional, os efeitos antioxidantes e a importância na culinária. Incentivando assim o consumo consciente, que, em uma dieta balanceada, contribui para uma diversidade de ácidos graxos e compostos bioativos.

Outro ponto a ser discutido é como o racismo alimentar está presente na prática do curso que desconsidera alimentos de origem africana ou indígena em favor de dietas “importadas” ou alinhadas

aos padrões estéticos e padrões alimentares eurocêntricos, marginalizando alimentos e práticas alimentares de culturas não brancas. Tal exclusão reflete o racismo que mantém a ideia de que a cultura e a dieta ocidental são superiores, desconsiderando o valor nutricional e cultural dos alimentos, como o azeite de dendê.

É necessário durante a discussão compreender que o racismo está presente em todas as esferas da vida, incluindo a alimentar, e, afeta as estruturas educacionais, sendo responsável pela desvalorização dos saberes e pelo epistemicídio dos saberes dos povos tradicionais, estabelecendo um currículo eurocêntrico. Sendo assim, é importante gerar questionamentos críticos de como as instituições educacionais não abordam e nem contribuem no desenvolvimento de práticas pedagógicas contracoloniais, que compreendam e se posicionem a partir das pluralidades de mundo.

Uma das metodologias ativas que sugerimos é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL), que se baseia por meio da apresentação de um problema com o objetivo de estimular a aprendizagem. Esta é uma metodologia onde os estudantes buscam construir o seu conhecimento por meio de práticas autônomas e o professor atua como mediador do processo de aprendizagem, e não mais como a fonte de todos os saberes com os quais os discentes possuem contato (Borges *et al.*, 2022). A valorização dessa metodologia tem se dado por diversos aspectos positivos, em contraponto com as metodologias tradicionais e emprega problemas do cotidiano (fictícios ou verídicos) para introduzir, evidenciar, aguçar a aprendizagem de teorias, competências e condutas (Sousa, 2023).

Atualmente, as sistemáticas propostas utilizadas para a organização das atividades dos estudantes no PBL na área da saúde baseiam-se na discussão em grupos tutoriais. Esses grupos são compostos por um tutor (docente) e um grupo de oito a dez estudantes (Gonçalves, Gonçalves e Gonçalves, 2020). Após organizado o grupo, deve-se eleger entre os estudantes um coordenador e um secretário, de modo que cada estudante exerça estas funções pelo menos uma vez a cada situação-problema. O

papel do coordenador inclui: Orientar os colegas na discussão do problema, segundo o método dos sete passos; Manter a dinâmica do grupo; Encorajar a participação de todos, desestimulando a polarização da discussão entre somente parte do grupo; Controlar o tempo; Assegurar que o secretário possa anotar adequadamente os pontos de vista do grupo; e Solicitar auxílio do tutor quando pertinente. Enquanto destacam-se como papel do secretário: anotar no quadro de forma legível e compreensível as discussões e os eventos ocorridos no grupo tutorial; Ajudar o grupo a ordenar o seu raciocínio; e Registrar com rigor os objetivos de aprendizagem apontados pelo grupo (Gonçalves, Gonçalves e Gonçalves, 2020).

O método utilizado pelo grupo tutorial segue uma sequência conhecida como "sete passos". Os passos um a cinco são realizados na primeira etapa ("abertura"), o passo seis na segunda etapa que ocorre fora do grupo, e o sete na terceira etapa ("fechamento"). Seguem os "sete passos" propostos para esta prática pedagógica sobre o dendê a prescrição dietética.

1. Leitura da situação-problema e esclarecimento de termos desconhecidos; 2. Identificar os problemas, levantando os pontos de dúvida que vão suscitar a discussão; 3. Levantamento de hipóteses explicativas, retomando conhecimentos prévios *(Brain storm*); 4. Resumir a discussão, relembrando os problemas listados, as hipóteses diagnósticas levantadas, e as contribuições dos conhecimentos prévios, prós e contras (realizado pelo coordenador). Isso auxilia na identificação dos objetivos de estudo; 5. Formulação dos objetivos de aprendizado com o fito de nortear o estudo, identificando os pontos de relevância; 6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado, buscando embasamento científico, validar/invalidar as hipóteses, preencher as lacunas do conhecimento; 7. Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo individual; integração das informações para resolução do caso Gonçalves. (Gonçalves e Gonçalves, 2020; Borges *et al*., 2022).

O uso da situação-problema no PBL, além de aumentar a motivação intrínseca dos estudantes, contribui para a retenção de conhecimento em longo prazo por meio de redes de memória específica que se desenvolvem a partir do contexto em que um determinado conjunto de informações foi aplicado. Por isso, é desejável que a construção do conhecimento seja fortemente ligada ao seu contexto de aplicação e que as situações-problema utilizadas nas sessões de abertura do PBL sejam os mais autênticos possíveis (Gustavo, Salata, Romão, 2020).

Acrescentar o ensino do uso do azeite de dendê no curso de nutrição é uma ação que se faz necessária a fim de proporcionar uma formação inclusiva associada às realidades culturais e alimentares brasileiras. Essa prática pode ser implementada, como sugerido anteriormente, por meio de metodologias de ensino ativas, envolvendo os estudantes em seu processo de aprendizagem. A criação de projetos de extensão e de oficinas educativas também podem contribuir de maneira longitudinal na construção desses saberes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário contracolonizar o currículo de nutrição e promover a inclusão do debate a respeito das práticas alimentares tradicionais. Valorizar a cultura alimentar da população, a partir dos alimentos que estão presentes no cotidiano, torna-se fundamental ao nutricionista, para ter uma conduta dietética assertiva. Logo a integração dos alimentos que já estão presentes na rotina, como o azeite de dendê, irá permitir que a comunidade reconheça seus benefícios em uma alimentação equilibrada, reforçando a importância da culinária tradicional, assim como sua história.

O reconhecimento a respeito da utilização e da inclusão do dendê nas práticas e na formação de nutrição pode contribuir com o resgate de práticas alimentares que têm sofrido apagamento e preconceito por conta do racismo, assim como na promoção de uma alimentação mais saudável. Visto que o dendê sempre teve

seu uso estigmatizado por meio de narrativas que desvalorizam seu valor nutricional e enfatizam equivocadamente apenas seus aspectos negativos. É essencial a atualização curricular e a incorporação desse debate nas práticas pedagógicas nos cursos de nutrição, não apenas com a intenção da valorização de um alimento e seus componentes nutricionais, mas na perspectiva contracolonial que reconhece sua importância histórica procedente da influência africana na diáspora brasileira.

REFERÊNCIAS

ABSALOME, M. A. *et al*. Biochemical properties, nutritional values, health benefits and sustainability of palm oil. **Biochimie**, v. 178, p. 81-95, nov. 2020.

ALMEIDA, D. T. Aspectos tecnológicos e nutricionais do dendê ou óleo de palma (Elaeis guineensis). In: LODY, R. **Dendê**: símbolo e sabor da Bahia. São Paulo: Senac, 2009, p. 53-79.

ALVES, M.; CUNHA, D. Universidade Federal da Bahia Faculdade de Farmácia Programa de Pós-Graduação em Ciência de Alimentos Composição Química e Nutricional de Preparações de Origem Africana, Típicas da Culinária Baiana. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8800/1/Manuela%20Alves%20da%20Cunha.pdf>. Acesso: jan 2025.

ANDRADE, L. L. **Consciência Alimentar**: memórias e práticas alimentares em Bananeiras, Ilha de Maré. 157f. Tese. Programa de Doutorado MultiInstitucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento. Salvador, 2017.

ARAUJO, M. Cozinhas ancestrais. In: KRENAK, A.; PIÚBA, F. (orgs.) **Desnaturada**: cultura e natureza. Fortaleza: Secult/Ce, 2022.

ASANTE, Molefi Kete. **Afrocentricidade**: A teoria da mudança social. Afrocentricidade Internacional, Rio de Janeiro, 2014.

BORGES, I.R. *et al*. Metodologia ativa: um paralelo entre o método PBL e o tradicional para os cursos de medicina. **Conjecturas**, v. 22, n.15, p: 876-883, 2022.

CARNEIRO, É. **Ladinos e crioulos**. Rio de Janeiro: Vozes, 1980.
CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.
CAVALCANTE, A.N. *et al*. Análise da Produção Bibliográfica sobre Problem-Based Learning (PBL) em Quatro Periódicos Selecionados. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v.42, n.1, pp.15-26, 2018.
CONCEIÇÃO, E.J.L. **Azeite de dendê microencapsulado**: uma alternativa para fortificação de iogurtes. 91f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2016.
DI GENOVA, L. *et al*. Pediatric age palm oil consumption. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 4, 2018.
FORSTER, B. P., SITEPU, B., SETIAWATI, U., Kelanaputra, E. S., Nur, F., Rusfiandi, H., Rahmah, S., Ciomas, J., Anwar, Y., Bahri, S., & Caligari, P. D. Oil palm (Elaeis guineensis). In **Genetic improvement of tropical crops** (pp. 241-290), 2017.
GESTEIRO E, GALERA-GORDO J, GONZÁLEZ-GROSS M. Aceite de palma y salud cardiovascular: consideraciones para valorar la literatura. **NutrHosp** 2018;35(5):1229-1242.
GESTEIRO, E.; GALERA-GORDO, J.; GONZÁLEZ-GROSS, M. **Palm oil and cardiovascular health: considerations to evaluate the literature critically**. Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral, v. 35, n. 5, p. 1229–1242, 2018.
GONÇALVES, MF; GONÇALVES, AM; GONÇALVES, IMF. Aprendizagem baseada em problemas: uma abordagem no ensino superior na área da saúde. **Rev. Práticas Educativas, Memórias e Oralidades**, v. 2, n. 1, p. 1-12, 2020.
HIDAYATI, S.; NURAINY, F.; SUROSO, E.; SUBEKi, S.; SARTIKA, Dewi; HADI, S. Effect of heating time on changes in

physicochemical properties and fatty acid composition of red palm oil. **African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development**. 24. 25628-25644. 10.18697/ajfand.127.23005. 2024.
LIMA, D.S.N. *et al*. A cozinha como espaço para o cuidado: o protagonismo das mulheres negras e das comunidades quilombolas. In: BRANDÃO, A.L.; COUTINHO, C.O.; CASEMIRO, J.P. (Organizadoras). **Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024.
LODY, R. Dendê: com a África à boca. **RBG - Revista Brasileira de Gastronomia**, Florianópolis, SC; v. 1, n. 1, jul./dez. 2018, p. 18-33.
LODY, R. **Tem dendê, tem axé**: etnografia do dendezeiro. Rio de Janeiro: Pallas, 1992.
MACHADO, T.S. **De dendê e baianidade**. A mercadoria de restaurantes de comida baiana em Salvador. 182f. Dissertação. Universidade de Brasília/UnB. Brasília, 2012.
MESQUITA, A.S. Do azeite de dendê de ogum ao palm oil commodity: uma oportunidade que a Bahia não pode perder. **Bahia Agrícola**, Salvador, v. 5, n. 1. 2002, p. 22-27.
MOTA, D.V. *et al*. Dendê, mandioca, outras culturas: agriculturas em disputa no Nordeste Paraense. In: CASTRO, E. (org). **Pensamento crítico latino-americano**. São Paulo: Annablume: 2019.
NUNES, E. M.; CONCEIÇÃO, V. S. da; ROCHA, A. M.; PEREIRA, N. de P. Economia circular no reaproveitamento dos resíduos do azeite de dendê pelas Baianas (os) de Acarajé/ Economia circular no reaproveitamento de óleo residual de dendê pelas Baianas (os) de Acarajé. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, *[S. l.]*, v. 4, p. 26122–26140, 2022.
PURNAMA, K.O. *et al*. Processamento, características e potencial aplicação do óleo de palma vermelho - Uma revisão. **International Journal of Oil Palm**, v. 3, n. 2, p. 40–55, 2020.
QUERINO, M. **A arte culinária na Bahia**. 3ed. São Paulo: Editora VWF Martins Fontes, 2011.

RIBEIRO, D.A. **Concepções e Estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional entre os Terreiros de Candomblé de Novos Alagados/BA.** 173f. Tese. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

ROMÃO, G.S.; BESTETTI, R.B.; COUTO, L.B. Aplicação do PBL Clínico na Atenção Primária em Cursos de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, 44 (4): e143; 2020.

SANTOS, A. B. A. *et al*. Repercussões do racismo na alimentação e nutrição da população negra brasileira. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 30, p. e023027, 2023.

SANTOS, F. R. Práticas alimentares em Ilha de Maré, Salvador, Bahia. In: FREITAS, M. C. S., FONTES, GAV., OLIVEIRA, N. (orgs). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008.

Secretaria de Educação municipal de Salvador. Após vencer concurso, merendeira da rede municipal vira inspiração para novo reality. 2018. Disponível em: http://educacao3.salvador.ba.gov.br/apos-vencer-concurso-merendeira-da-rede-municipal-vira-inspiracao-para-novo-reality/

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Guia básico de orientação nutricional para as equipes de saúde da atenção básica. 5. ed. Salvador: Sesab/Cedeba, 2024.

SOUSA, C.E.G.C. PBL, TBL E ABP na formação de profissionais da saúde: revisão de literatura. **JNT - Facit Business and Technology Journal**. ed. 40. v. 01 p. 35-52, 2023.

SULAIMAN, N. S. *et al*. Balancing functional and health benefits of food products formulated with palm oil as oil sources. **Heliyon**, v. 8, n. 10, p. e11041, 2022.

TEIXEIRA, A.S. **O Azeite da Costa do Dendê**: um produto do território. 2020.

URASSE, A. Seneb, universo e natureza. In: Alimentação saudável Uma Afro Perspectiva. **Canal Afrofitness** (org). Salvador, 2021.

INTOLERÂNCIA À LACTOSE E HERANÇA GENÉTICA: DESAFIOS E REALIDADES PARA A POPULAÇÃO NEGRA

Carine de Jesus Almeida[1]
Cassia Cecilio Bispo da Silva[2]
Stefane Miranda Santos[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

Nesse texto buscamos contribuir para a compreensão sobre a intolerância à lactose (IL) e sua prevalência na população negra, junto aos silenciamentos na formação em nutrição sobre esta temática.

De forma inicial, é importante apresentarmos algumas definições. A lactose (galactose β-1,4 glucose) é o principal carboidrato do leite e seus derivados. É um dissacarídeo formado por dois carboidratos menores, a glicose e a galactose, sendo

[1] Graduanda em Nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Liga Acadêmica de Nutrição Comportamental e Transtornos Alimentares (LANCTA/UNEB). E-mail: carine.almeida01@outlook.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1903705552159965.

[2] Graduanda em Nutrição pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Pesquisadora voluntária do Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Doenças Crônicas (NUPEN/UNEB). Diretora da Liga Acadêmica de Nutrição Comportamental e Transtornos Alimentares (LANCTA/UNEB). E-mail: cassiacecilio.uneb@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/5391515179793867.

[3] Graduanda em nutrição pela UNEB. Bolsista do PET- Saúde Equidade 2024; Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e Diretora da Liga Acadêmica de Gerontologia Aplicada à Nutrição (LAGAN/UNEB). E-mail: stefanemiranda02@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/5032549981661540.

[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

portanto, uma molécula grande, incapaz de ser absorvida pela mucosa intestinal (Sukow, Beltrame, 2023). A lactose sofre hidrólise pela enzima lactase (enzima β-galactosidase), que libera os seus monossacarídeos para serem absorvidos na corrente sanguínea. O local onde a lactase é encontrada em maior quantidade é no intestino delgado, mais precisamente no jejuno, entre o duodeno e o íleo (Silva, 2017). Vale ressaltar que quando o assunto é leite, por ser mais consumido pela população, ocorre uma associação com o leite de vaca, mas há também leite de outros animais e também o leite humano, que possui maior teor de lactose em comparação com o leite de vaca (Fao, 2013; Feitosa, Habeck, Santos, 2022).

Como a lactose não pode ser absorvida diretamente, a enzima lactase é necessária para a digestão e utilização metabólica do lactato. Na maioria das espécies de mamíferos, a produção de lactase é alta no nascimento e começa a diminuir por volta da época do desmame. Esse declínio da produção de lactase em relação ao crescimento humano é regulado geneticamente e há variação individual e populacional nesta característica. Existem dois padrões facilmente distinguidos (fenótipos): (1) populações nas quais mesmos adultos continuam a produzir altos níveis de lactase e (2) populações nas quais a produção de lactase diminui para níveis baixos na idade adulta (Wiley, 2020). Sukow e Beltrame (2023) salientam que lactase não persistente se constitui no fenótipo ancestral, ou seja, a característica de todos os humanos no passado, ao passo que o aparecimento da lactase persistente ocorreu a partir de mutações na região reguladora do gene da lactase, sendo, portanto, o fenótipo derivado, isto é, aquele que surgiu posteriormente na espécie humana.

A IL pode ser classificada como congênita, primária ou secundária. Segundo Palácios e Herkenhoff (2015), a IL congênita é uma condição hereditária e autossômica recessiva, o gene em questão está localizado nos cromossomos autossômicos e não nos sexuais, sendo considerada grave. Consiste na ausência total da enzima, onde a criança nasce com a falta da enzima e após a amamentação ou ao receber fórmulas que contenham lactose sofre

com episódios de diarreias consecutivas que acaba gerando desidratação e um grave risco de vida para o recém-nascido. Na IL primária ocorre uma redução irreversível e geneticamente programada da atividade da enzima lactase no adulto, podendo chegar a um nível de função fisiológica abaixo de 10% durante o envelhecimento. É a forma mais frequente de intolerância à lactose e é mais encontrada em algumas populações, como a negra, e menos comum em outras, como a branca. IL secundária ocorre após alguma alteração na mucosa intestinal, em função de causas externas que propiciem a perda das células epiteliais que produzem lactase, o que pode ser ocasionado por algumas parasitoses intestinais (como giardíases e ascaridíases), pela administração de alguns medicamentos ou por quadros clínicos como doenças inflamatórias intestinais, doença de Crohn, retocolite e enterites infecciosas. É, portanto, reversível.

É amplamente aceito que as origens da domesticação animal prepararam o cenário para a seleção que favoreceu a capacidade de digerir lactose na idade adulta, pois sem exposição ao leite de mamíferos na idade adulta, não haveria motivo para produção contínua de lactase. Na verdade, todas as populações com altas taxas de persistência da lactase têm longas histórias de produção de laticínios (Wiley, 2020). Acredita-se que os produtos lácteos foram incorporados à dieta humana por volta de 10.000-5.000 a.C., a partir da domesticação de animais produtores de leite, como vacas, ovelhas e cabras, além de iaques, cavalos, búfalos e camelos (Decker *et al.*, 2022).

Mattar e Mazo (2010) também trazem que o surgimento desse alelo de persistência da lactase era raro até surgir o hábito de consumir leite e derivados no período Neolítico, aumentando a frequência por seleção natural. As populações que historicamente viviam do pastoreio de animais, sendo assim sua primeira fonte de alimentação, eram principalmente os europeus do norte, africanos do leste e nômades do Oriente Médio. Antes da invasão dos europeus às Américas, não havia evidências do consumo de produtos laticínios nesse território (Alves *et al*., 2021).

Nas Américas, evidências arqueozoológicas apoiam a ocorrência de domesticação de mamíferos por volta de 7.000–6.000 anos atrás e incluíram os ancestrais das lhamas, alpacas, vicunhas e guanacos modernos. Apesar da criação desses animais, não há evidências arqueológicas ou culturais do consumo de laticínios por populações nativas americanas até a chegada dos europeus no final do século XV, pois o gado não foi introduzido nas Américas até 1493 (Alves *et al*., 2021).

Kaufman e Tan (2022) lembram que os humanos são únicos entre os mamíferos que continuam usando leite de outros animais como uma fonte significativa de nutrição muito além da infância e afirmam que essa inovação cultural ocorreu independentemente em grupos na Europa, África e Oriente Médio, usando leite derivado de gado, cabras e camelos.

Segundo Sukow e Beltrame (2023), as evidências mais antigas do consumo de leite foram encontradas a partir de resquícios da bebida em vasos de cerâmicas pertencentes a populações pastoralistas que habitavam a região do Oriente Médio em aproximadamente 8.000 AC. Indícios mais recentes (datados de 7.150 a 1.450 AC) desse consumo foram também encontrados em outras populações da Europa, Ásia e África. Para todas as evidências de consumo de leite encontradas, as moléculas observadas nas cerâmicas remanescentes sugerem que, possivelmente, o leite teria sido processado através de fermentação antes de seu consumo. Processos de fermentação utilizados para produção de iogurtes, coalhadas, alguns tipos de queijos e demais laticínios podem diminuir a concentração de lactose no alimento. Isso explicaria a ocorrência desses hábitos alimentares mesmo em períodos nos quais as variantes genéticas associadas à lactase persistente não haviam surgido ou ainda eram raras nessas populações.

É importante ter em mente que grande parte das pessoas no mundo não é capaz de digerir lactose (prevalência de 65% mundialmente), apresentando uma prevalência diferenciada entre as populações com 80 a 100% dos índios americanos e asiáticos, 60 a 80% dos negros e latinos e 2 a 15% dos descendentes de norte

europeus (Barbosa *et al.*, 2020; Decker *et al.*, 2022). Sukow e Beltrame (2023) completam o cenário descrevendo que o fenótipo lactase persistente é observado em altas frequências em populações da África (como nos Beja e Maasai, que habitam regiões do leste africano), Oriente Médio (como nos Beduínos) e Europa (principalmente em populações escandinavas, mas também comumente identificado nas demais regiões do continente). Como esperado, observam-se elevadas frequências da lactase persistente também em populações derivadas a partir das mencionadas. No Brasil, devido à ancestralidade diversa das suas populações (formadas principalmente por contribuições ameríndias, africanas e europeias), a distribuição dos fenótipos lactase persistente e não persistente varia bastante de acordo com a população, de modo que é possível observar o fenótipo lactase persistente mais frequentemente em euro-brasileiros, quando comparados aos afro-brasileiros e populações ameríndias.

Pesquisadores do Departamento de Genética da Universidade Federal do Paraná analisaram a presença do alelo responsável pela persistência da lactase nas populações negras e quilombolas das Américas. A conclusão foi de que a tendência à intolerância à lactose, já alta entre povos americanos, é particularmente sensível para essas populações. O alelo da persistência se desenvolveu de forma independente por toda a Europa e em populações pastorais da África, dependentes de rebanhos para subsistência, por isso existem diferentes mutações africanas e apenas uma europeia (Alves *et al.*, 2021). Desse modo, a evolução do fenótipo lactase persistente é considerada um exemplo de coevolução gene-cultura, pois os hábitos culturais associados às sociedades pastoralistas, referentes principalmente ao consumo regular de laticínios, favoreceram o aumento das frequências alélicas nas populações (Sukow, Beltrame, 2023).

A distribuição dos fenótipos pelo planeta motivou o desenvolvimento de diferentes hipóteses para justificar a prevalência da lactase persistente em alguns lugares e a sua completa ausência em outros. Atualmente, a explicação que possui

a maior quantidade de evidências a favor é a chamada hipótese cultural-histórica. De acordo com tal hipótese, em populações consumidoras de leite e derivados, os indivíduos adultos, capazes de digerir a lactose, teriam vantagem sobre os indivíduos que não conseguissem digeri-la, uma vez que contariam com uma fonte nutricional adicional. Consequentemente, o fenótipo lactase persistente teria passado por seleção positiva nesse contexto, isto é, os indivíduos que o possuíssem teriam maiores chances de sobreviverem e gerarem prole, de modo que a frequência da lactase persistente se tornasse cada vez maior nessas populações ao longo das gerações. Por outro lado, em populações que não consumiam leite, a capacidade de digerir a lactose não traria benefícios e, portanto, não teria aumentado de frequência por não ser vantajosa (Sukow, Beltrame, 2023).

Alves *et al*. (2021), considerando o uso extensivo de laticínios e a ancestralidade complexa das populações pan-americanas mestiças, estudaram a distribuição dos genótipos de persistência da lactase – 13910C > T e seus haplótipos flanqueadores de origem europeia em 7.428 indivíduos de várias populações pan-americanas mestiças. Descobriram que a frequência do alelo –13910*T em populações pan-americanas mestiças está diretamente correlacionada com a frequência do alelo das fontes europeias. Além disso, não foi observado nenhuma super-representação de haplótipos europeus na região flanqueadora –13910C > T, sugerindo nenhuma pressão seletiva após a mistura nas Américas. Assim, a presença do alelo 13910*T no gene *MCM6* é o indicativo mais característico da persistência da lactase e está diretamente relacionado com a ancestralidade europeia. Finalmente, considerando o efeito dominante do alelo –13910*T, os resultados indicam que as populações pan-americanas mestiças provavelmente têm maior frequência de intolerância à lactose, sugerindo que as diretrizes dietéticas gerais merecem uma avaliação mais aprofundada em todo o continente (Alves *et al*., 2021).

A intolerância à lactose é a repercussão clínica da diminuição dos níveis da enzima lactase na mucosa intestinal, dificultando a

hidrólise da lactose, causando sintomas mal absortivos, como diarreia, plenitude pós-prandial, eructação, náuseas, distensão, dor e desconforto abdominal. A gravidade dos sintomas depende de fatores como a concentração de lactase intestinal e a sensibilidade individual aos sintomas (Oliveira *et al*., 2019; Decker *et al*., 2022). Sukow e Beltrame (2023) descrevem que devido à lactose não ser digerida no intestino delgado segue para o intestino grosso, onde será degradada pela microbiota lá existente. Como as espécies que compõem a microbiota podem variar de acordo com a idade, com os hábitos de vida e com a população da qual fazem parte, os sintomas gerados (e sua intensidade) a partir de tal degradação também podem ser diferentes entre os indivíduos sem lactase persistente, podendo até não existir, em alguns casos. Assim, nem sempre a presença do fenótipo lactase não persistente, resultará obrigatoriamente na intolerância à lactose, visto que esta se relaciona especificamente aos sintomas originados a partir do consumo da lactose.

A maioria das pessoas nas Américas não consegue digerir adequadamente a lactose. Esse número é ainda mais expressivo nas populações negras e indígenas, a exemplo do sul do Brasil, onde mais de 66% das pessoas negras apresentam essa característica (Alves *et al*., 2021). Nesse contexto, Kaufman e Tan (2022) destacam que quando a digestão do leite é enquadrada culturalmente como a norma, como um hábito saudável, isso implica concomitantemente que a incapacidade de digerir o leite é anormal e prejudicial à saúde. Como a persistência da lactase é mais prevalente entre os europeus do norte, a normalização da digestão do leite é racializada. Além disso, como a dieta cultural americana é rica em laticínios, as recomendações universais de saúde privilegiam os corpos e as experiências de saúde dos brancos. A intolerância à lactose, que tende a impactar pessoas negras e indígenas, é descrita como uma deficiência ou distúrbio. Recentemente, grupos supremacistas brancos citaram a alta porcentagem de persistência da lactase entre os europeus do norte como evidência de sua superioridade genética, ilustrando como as

informações biológicas e genéticas foram transformadas em armas na atual política racial.

O modo universalizante de ter o sujeito branco como modelo universal do cuidado colocou a intolerância à lactose como um problema médico ou deficiência, embora afete a maioria da população global. O discurso em torno da intolerância à lactose normaliza as experiências europeias de persistência da lactase, que é mais prevalente entre os europeus e alguns grupos africanos, do Oriente Médio e do sul da Ásia, cujos ancestrais pertenciam a comunidades leiteiras. Se apenas uma minoria da população mundial mantém enzima lactase, então por que a persistência da lactase não é chamada de hiperlactasia ou tolerância à lactose? Como outros acadêmicos argumentaram, a intolerância à lactose é um exemplo de viés racista centrado no corpo branco (Kaufman, Tan 2022).

Alves *et al.* (2021) acreditam ser necessário termos novas diretrizes nutricionais, pois ter uma dieta rica em laticínios não deveria ser o padrão nas populações do continente americano. Os guias alimentares precisam ser reformulados conforme as características das populações latino-americanas, principalmente em países de maioria negra ou indígena. E o quanto desse debate está presente na formação do nutricionista?

Apesar do descrito, no início da década de 1980 nos Estados Unidos (EUA), os produtores de leite estavam produzindo mais leite e produtos lácteos do que os americanos estavam consumindo, então o governo promoveu fortemente o consumo de leite e laticínios para reduzir os excedentes e melhorar a economia. Parte do excedente era devido aos altos preços, outra parte do declínio no consumo de laticínios, particularmente o leite, foi devido à intensa competição de refrigerantes, sucos de frutas e outras bebidas não carbonatadas destinadas a adolescentes e jovens adultos. Para conter o declínio contínuo no consumo de produtos lácteos, muitos produtores de leite participaram de campanhas publicitárias locais para promover os benefícios positivos dos produtos lácteos (Blisard, 1998).

“O alimento perfeito da natureza! O pontapé inicial da saúde americana! Faz bem ao corpo!”. Esses foram alguns dos *slogans* utilizados na promoção de produtos lácteos mais populares nos Estados Unidos. O primeiro remonta ao século XIX, enquanto os dois últimos são inovações contemporâneas. “Got Milk?” (Quer leite?) é a pergunta feita nas influentes e onipresentes propagandas de leite que apresentam várias celebridades ostentando bigode de leite (Veri, 2016). O *slogan* "Got Milk?" foi licenciado para o National Milk Processor Education Program (MilkPEP) em 1995 para uso em seus anúncios impressos, que, desde então, incluíram celebridades como Beyoncé, Rihanna, Naomi Campbell , Whoopi Goldberg, Serena e Venus Williams, Chris Brown, Usher, o jogador de basquete Chris Bosh, o boxeador Muhammad Ali, bem como personagens fictícios de TV, videogames e filmes como os Vingadores, os Simpsons , Batman , Mario Bros, as Meninas Superpoderosas e Bob Esponja (Cross, 2002; Freeman, 2013). Muitas celebridades negras contratadas para influenciar deliberadamente uma população intolerante à lactose para consumir mais leite e derivados.

Quando o diretor de cinema Spike Lee apareceu em um anúncio de revista com um bigode de leite, ele foi rotulado de traidor da raça. Em julho de 2012, um anúncio em um ponto de ônibus em Berkeley, Califórnia/EUA, que mostrava um pai e uma criança afro-americanos tomando leite em copos com canudos sob a legenda: “Pule o suco e o refrigerante. Leite e água são as bebidas mais saudáveis” também provocou críticas (Freeman, 2013).

Os anúncios promovem o leite como uma fonte essencial de cálcio e outros nutrientes e seu consumo como importante para manter os ossos saudáveis e diminuir o risco de osteoporose. No entanto, uma revisão sistemática de 2018 não encontrou diminuição do risco de fraturas de quadril naqueles que consomem mais laticínios. Em outro estudo, pesquisadores descobriram que, em vez de laticínios, o consumo de frutas e vegetais foi associado a uma maior densidade mineral óssea em americanos mais velhos. O crescimento do mercado global de leite trouxe esse "problema de

saúde" para outros países, como a China, onde a maioria das pessoas é intolerante à lactose, mas o leite é promovido como essencial para lidar com "déficits de saúde" (Kaufman, Tan, 2022).

Os laticínios, em comparação com outros grupos alimentares, estão entre as fontes mais acessíveis e econômicas de nutrientes essenciais, como vitamina A, vitamina D, vitamina B12, cálcio, magnésio, potássio, selênio e zinco (Comerford *et al*., 2024). Por isso, há o discurso falso de atribuir os déficits de saúde entre as populações minorizadas ao seu "fracasso" em beber leite. Mas Wiley (2020) aponta que leite não é o elixir da vida, cujo consumo certamente evitará doenças crônicas. Mas, um público cada vez mais diversificado está sendo levado a acreditar que precisa consumir leite para ser saudável e a culinária tradicional e as fontes alternativas de cálcio são amplamente desacreditados. Principalmente porque o *slogan* é que o leite tem cálcio e precisamos do cálcio para ter ossos fortes.

O leite é uma importante fonte de cálcio para o corpo humano, mas não a única. Segundo o Guia completo sobre cálcio (2022), vemos a quantidade aproximada de cálcio que está presente em 100g/100ml de cada alimento: Leite Integral – 123mg de cálcio; Iogurte natural – 143mg de cálcio; Queijo ricota – 253mg de cálcio; Sardinha – 438mg de cálcio; Mexilhão – 56mg de cálcio; Ostra – 66mg de cálcio; Amêndoa – 237mg de cálcio; Semente de linhaça – 250mg de cálcio ; Tofu – 130mg de cálcio; Nozes – 105mg de cálcio; Amendoim – 62mg de cálcio; Uva Passa – 50mg de cálcio; Brócolis – 42mg de cálcio. Contudo, sendo a população negra a mais pauperizada e a mais afetada pelos altos preços dos alimentos in natura, comprovada em inúmeros estudos onde a insegurança alimentar tem cor, classe e gênero, fica evidente como o racismo atua nas sociedades, contribuindo para um aumento do consumo dos laticínios industrializados (Cabral *et al*. 2024).

No contexto voltado para a população negra e a intolerância à lactose, muitos são os desafios que os mesmos enfrentam. A começar por leis dietéticas que não visam as especificidades de cada grupo social, a exemplo da Dietary Reference Intakes (DRI),

que representa a revisão mais atualizada dos valores recomendados de nutrientes e energia, adotados pelos Estados Unidos e Canadá. Desde 1997, essas diretrizes têm sido publicadas em relatórios parciais, elaborados por comitês de especialistas formados por uma parceria entre o Institute of Medicine dos Estados Unidos e a agência Health Canada. Essas publicações substituem as versões anteriores das Recommended Dietary Allowances (RDA), cuja última revisão ocorreu em 1989. Nas DRIs não é evidenciada a singularidade étnica-racial, apenas a distinção entre gênero, fases da vida e idade (Padovani *et al.*, 2006).

Outro grande exemplo de formador de leis dietéticas em potencial é o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), que influencia referências em nutrição ao redor do mundo. O mesmo aconselha que os americanos evitem produtos lácteos de alto teor de gordura, entretanto, essa mesma entidade criou uma corporação de marketing que colabora com empresas de fast food e outras do setor. Nos Estados Unidos, essa questão é particularmente importante, já que a população afro-americana que vive em áreas urbanas próximas a esses estabelecimentos está frequentemente exposta a uma intensa pressão publicitária para consumir esses produtos (Freeman, 2013). Nesse sentido, a autora afirma que a política do USDA de promover o consumo de leite em determinadas comunidades, ao mesmo tempo em que alerta a população, também exerce pressão para a compra deste produto. Isso acaba configurando um exemplo de opressão alimentar:

> A opressão alimentar é uma ação ou política institucional, sistêmica e relacionada com a alimentação que debilita fisicamente um grupo socialmente subordinado. As comunidades política e financeiramente fracas absorvem os custos externos da opressão alimentar, tornando estes custos em grande parte invisíveis para a população dominante. Os efeitos da opressão também aumentam a vulnerabilidade dos grupos prejudicados, restringindo as suas vozes políticas, reduzindo a sua capacidade de trabalho e esgotando a energia dos membros das famílias e da comunidade que devem cuidar dos doentes e assumir as responsabilidades que os membros

> doentes não podem cumprir. A longo prazo, a opressão alimentar diminui as populações já vulneráveis em número e em poder. As doenças decorrentes da opressão alimentar também levam à invisibilidade social, à diminuição do status social, à depressão e ao desespero (Freeman, 2013, p. 3).

O problema dos papéis conflitantes do USDA em relação à indústria de laticínios tem dois aspectos principais. O primeiro é de natureza estrutural, onde as limitações e os mecanismos institucionais adotados resultam em estratégias que prejudicam grupos socialmente marginalizados, levando à opressão alimentar. Esse tipo de dano não decorre de intenções maliciosas por parte dos agentes governamentais. O segundo componente, o racismo nutricional, envolve um preconceito explícito. As ações do USDA e da indústria de laticínios refletem e reforçam um viés historicamente racializado na comercialização do leite, associando seu consumo à superioridade física e mental dos que o consumiam, remetendo à ideia de uma "raça pura", tal qual a cor branca do leite, como defendida pelos nazistas (Freeman, 2013).

Os produtos lácteos são parte essencial dos Guias Alimentares de todo o mundo. No Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), atualizado em 2014, vemos a descrição de que no Brasil o leite de vaca é consumido frequentemente na primeira refeição do dia, puro, com frutas ou com café. Também usado como ingrediente de preparações culinárias doces ou salgadas. Queijos são consumidos, sobretudo, como parte de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados. Leite e iogurtes naturais são ricos em proteínas, em algumas vitaminas (em especial, a vitamina A) e, principalmente, em cálcio. Quando na forma integral, são também ricos em gorduras, em particular em gorduras não saudáveis (gorduras saturadas). Versões sem gordura ou com menos gordura (desnatadas ou semidesnatadas) podem ser mais adequadas para os adultos. Assim, considerando que o Guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a

população brasileira, notamos mais uma vez a universalização do cuidado alimentar, sem considerar as particularidades da maioria da população brasileira, que é negra.

Wiley (2020) questiona como podemos construir uma política alimentar razoável com base em nosso entendimento atual da variação populacional na produção de lactase em adultos? Seguir caracterizando as populações negras e indígenas como impersistentes à lactase (ou intolerantes à lactose) é se envolver em estereótipos raciais e exigir o consumo de leite para todos os cidadãos é discriminatório contra aqueles com intolerância à lactose. Apesar das mensagens sobre a universalidade saudável do leite, ele realmente beneficia todos os humanos? Com certeza não.

PROPOSTA DIDÁTICA

Pensar na proposta pedagógica para o ensino em relação a Intolerância à Lactose nos cursos de nutrição é pensar em estratégias que visem a melhor saúde da população negra, distanciando-nos da exclusão social e do racismo alimentar que a indústria láctea produz.

Não somente o profissional nutricionista, mas todos os profissionais da saúde devem estar aptos para falar de alimentação saudável. Dessa forma, compartilhar informações a respeito dos prejuízos à saúde quando um sujeito intolerante à lactose consome laticínios é de extrema importância.

Para que seja feito o diagnóstico de Intolerância à Lactose é necessário investigar a história familiar clínica, bem como exame físico e a coleta detalhada da história do paciente, incluindo seu histórico gestacional, alimentação e fatores desencadeantes que são essenciais. Pode-se sugerir a restrição de lactose na dieta para avaliar os sintomas, utilizando-se como uma abordagem terapêutica diagnóstica. No entanto, tais avaliações são subjetivas, fazendo-se necessário realizar um teste confirmatório mais específico (Barbosa *et al*., 2020).

Embora existam diversos métodos diagnósticos específicos e altamente sensíveis, a maioria é invasiva e de custo elevado, o que os torna pouco acessíveis para a população em geral. Entre os principais métodos utilizados, destacam-se: O teste do pH fecal, a pesquisa de substâncias redutoras nas fezes e o teste de tolerância à lactose. Na prática clínica, usa-se mais comumente o teste de absorção da lactose que é realizado através de medidas da glicemia do paciente em diferentes momentos: glicemia basal após jejum de pelo menos 8 horas e glicemia 30, 60 e 120 minutos após a administração, por via oral, de lactose dissolvida em água – 50 g em adultos e 2 g/kg em crianças. Esse teste apresenta uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 96% (Barbosa *et al*., 2020).

Quando se trata do acesso à saúde pela população negra, sabe-se que pessoas brancas possuem mais acesso aos serviços públicos de saúde (74, 8%) em relação às pessoas negras — pretas e pardas (71,2%) —, sendo abaixo da média nacional (Brasil, 2017). O acesso à saúde é prejudicado e dificulta o diagnóstico e tratamento da comunidade negra frente à intolerância à lactose.

O leite é um dos alimentos mais presentes na alimentação de várias populações espalhadas pelo mundo e a maior parte desses indivíduos não é capaz de digerir a lactose. Portanto, é importante que haja um espaço de diálogo para discutir possíveis impactos no perfil nutricional, cultural e de saúde desse público em questão, não esquecendo de levar em conta os aspectos sociais e políticos que rondam essa temática.

O diálogo é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão por que a roda de conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo e significado (Moura, Lima, 2015). Assim propomos inicialmente uma roda de conversa para debater essa temática com os nutricionistas em formação. Indicamos a leitura dos artigos intitulados "Tracing the Distribution of European Lactase Persistence Genotypes Along the Americas", Alves *et al*. (2021) e "O que a (in)tolerância à lactose nos conta sobre a evolução humana?", Sukow e Beltrame (2023), e o

vídeo "Dairy + Racism" with Dr. Milton Mills (8min), disponível gratuitamente no *Youtube*, para auxiliar nas discussões. Sugerimos ainda que nessa roda de conversa possam estar presentes profissionais nutricionistas que já discutam a produção de saúde de modo contracolonial e/ou líderes negros militantes na área da alimentação e saúde da população negra.

Atualmente, a maioria dos profissionais que ingressam no mercado de trabalho vem sendo formada a partir de um sistema educacional tradicional e racista, cujo foco não é integrar os processos educativos com a realidade dos serviços de saúde nem da diversidade populacional. Consequente a isso, há um espaço entre a teoria e a prática, onde os profissionais não conseguem resolver situações das quais não foram ensinados sobre (Nascimento; Baduy, 2021). Nesse sentido, não é diferente quando se refere à saúde da população negra, o que interfere também na intolerância à lactose, onde já se sabe que pessoas negras têm maiores índices de IL.

Com isso, sugerimos como um segundo momento da prática pedagógica, a realização de uma oficina como uma estratégia de ensino para pensar a nutrição e a saúde do povo negro. Essa abordagem deve ser conduzida por um especialista que ofereça um ambiente de aprendizado propício à (re)construção do conhecimento e à materialização da produção dos participantes. Durante essa atividade, ocorre uma interação intensa entre os participantes, em um espaço e tempo dedicados à construção coletiva do saber. A proposta é que o conhecimento seja adquirido por meio da análise da realidade, do confronto de ideias e da troca de experiências (Anastasiou, Alves, 2015; Nascimento; Baduy, 2021). Pensando na IL e saúde da população negra, é importante trazer à tona o conceito de nutricídio, cunhado por Llaila Afrika, aliado às situações vivenciadas pelos estudantes durante atendimento no Sistema Único de Saúde.

Autor de mais de 80 trabalhos sobre os mais diversos tópicos referentes à nutrição, saúde e história do povo negro, Dr. Llaila Afrika foi enfermeiro, professor de Yoga, acupunturista,

massagista, psicoterapeuta, historiador, conselheiro familiar e nutricionista certificado, entre outras qualificações adquiridas em décadas de estudos continuados nos mais diversos continentes, onde também ensinou e praticou medicina holística. O conceito de "nutricídio" é empregado por ele para elucidar a vulnerabilidade alimentar e sanitária da população negra, originada a partir do processo de colonização europeia nas Américas. A partir da denúncia da adoção da alimentação e outros hábitos culturais euroamericanos, o que considerava como um grave nutricídio, o Dr. Llaila apregoava a reflexão crítica em busca do retorno a uma forma africana de viver, o que deveria inevitavelmente incluir a renovação alimentar e mudanças comportamentais. Nesse sentido, ele não se limitava à denúncia contra o mundo branco, mas priorizava a "auto-responsabilização" individual e comunitária do povo negro (Canal Afrofitness, 2021), incluindo na alimentação.

As oficinas podem ainda ser de natureza gastronômicas ou sensoriais, de forma a: ensinar receitas tradicionais e alternativas sem lactose, respeitando a cultura alimentar da População Negra, priorizando pratos típicos para ocasiões comemorativas; Oferecer amostras de produtos sem lactose, permitindo que os estudantes, professores, profissionais da saúde e usuários identifiquem suas preferências e discutam como reagem a esses alimentos; pensar em como o custo de produtos sem lactose pode afetar a renda de pessoas intolerantes, dessa forma, lançar mão de estratégias para substituição em preparações que utilizam comumente o leite e derivados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar e pesquisar sobre a intolerância à lactose na população negra e capacitar profissionais de saúde para cuidar melhor dessa comunidade são fundamentais por várias razões. Primeiramente, a intolerância à lactose é mais prevalente em populações não caucasianas, incluindo a população negra, devido a fatores genéticos que influenciam a persistência da lactase após a infância.

Apesar disso, a compreensão desse quadro clínico e seus impactos na saúde ainda é limitada tanto entre os pacientes quanto entre alguns profissionais de saúde. A capacitação dos profissionais de saúde é essencial para garantir diagnósticos precisos, recomendações de manejo dietético e realizar uma educação alimentar mais ética e equânime para os pacientes negros. Profissionais informados sobre as variações étnico-genéticas da intolerância à lactose podem ajudar a reduzir a desinformação e os estigmas que cercam essa condição, promovendo um atendimento mais individualizado a partir do quesito raça/cor e alinhado com as necessidades dos pacientes, especialmente condições sociodemográficas.

Além disso, educar a população negra sobre a intolerância à lactose e suas alternativas alimentares pode melhorar a qualidade de vida e reduzir sintomas gastrointestinais, que muitas vezes são normalizados. Conscientizar e informar também abre espaço para lutar por políticas de saúde que levem em conta a diversidade genética da população e suas necessidades nutricionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.C.G. *et al*. Tracing the Distribution of European Lactase Persistence Genotypes Along the Americas. **Frontiers in Genetics.** 22;12:671079, 2022.

ANASTASIOU, L. G. C; ALVES, L. P. **Processos de Ensinagem na Universidade**: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. Santa Catarina: Editora Univille, 2015.

BARBOSA, N. E. A. *et al*. Intolerância a lactose: revisão sistemática. **Res. Med. J.** v.4:e33, 2020.

BLISARD, N. Advertising's Influence: The Case of Dairy Products. Food Review/ National Food Review, **United States Department of Agriculture, Economic Research Service**, vol. 21(2), pages 1-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
CABRAL, *et al.* Nutricídio e racismo alimentar na crise neoliberal e sociossanitária da pandemia de covid-19 no Brasil. **Saúde Soc**., v.33, n.2, e220740pt, 2024.
CANAL AFROFITNESS. **Alimentação saudável**: Uma AfroPerspectiva. Salvador, 2021.
COMERFORD, K. *et al.* The role of dairy food intake for improving health among Black Americans across the life continuum. **J. Natl. Med. Assoc**.; 116(2 Pt 2): 211-218, 2024.
CROSS, M. **Um século de ícones americanos**: 100 produtos e slogans da cultura de consumo do século XX . Greenwood Press. pp. 202–204, 2002.
DECKER, D.G. *et al*. Intolerância à lactose: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica das Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Veterinária e Educação Física**, v. 4, n. 8, 2022.
FEITOSA, K. F.; HABECK C. N. R.; SANTOS J. S. Prevalência do desenvolvimento de intolerância à lactose em adultos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e45011730200, 2022.
FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2013. Milk and Dairy Products in Human Nutrition. Rome. Disponível em: http://www.fao.org/3/i3396e/i3396e.pdf.
FREEMAN, A. The Unbearable Whiteness of Milk: Food Oppression and the USDA. **UC Irvine Law Review**, v. 3, p. 1251, 2013.
Guia completo sobre cálcio. 2022. Disponível em https:// www.essentialnutrition.com.br/conteudos/calcio/

KAUFMAN, E.J.; TAN, C. White as milk: Biocentric bias in the framing of lactose intolerance and lactase persistence. **Sociology of Health and Illness**, v. 44, n. 9, 2022.
MATTAR, R.; MAZO, D. F. C.. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 230–236, 2010.
MOURA, A. B. F; LIMA, M. G. S. B. A Reinvenção Da Roda: Roda De Conversa, Um Instrumento Metodológico Possível. **Interfaces da Educ**ação, Paranaíba, v.5, n.15, p. 24-35, 2004.
NASCIMENTO, A. K. C; BADUY, R. S. Simulação, Oficina e Roda de Conversa: estratégias de Aprendizagem Ativa na Saúde. **Educação em Debate**, Fortaleza, ano 43, nº 84 - jan./abr. 2021.
OLIVEIRA, J. F. *et al*.. Diagnosis and management of lactose intolerance. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**. v. 29, n. 1,pp.111-115, 2019.
PADOVANI, R.M. *et al*. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Rev. Nutr**., Campinas, 19(6):741-760, nov./dez., 2006.
PALACIOS, R.; HERKENHOFF, M. E. O gene da intolerância à lactose. **Genética na Escola**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 149-153, abr. 2015.
SILVA, C. M. E. A intolerância a lactose e as consequências na absorção de cálcio. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde** | Salvador, v. 6, n. 6, p. 29-35, jul./dez. 2017.
SUKOW, N.M.; BELTRAME, M.H. O que a (in)tolerância à lactose nos conta sobre a evolução humana? **Genética na Escola**, v. 18, n.2, p.100-108, 2023.
VERI, M.J. Got Athletes? The Use of Male Athlete Celebrity Endorsers in Early Twentieth-Century Dairy-Industry Promotions. **Journal of Sport History**, v. 43, n. 3, pp. 290-305, 2016.
WILEY, A.S. Lactose intolerance. **Evolution, Medicine, and Public Health**, v.1, pp. 47- 48, 2020.

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Aliane Neves de Carvalho[1]
Ana Carolina Moreira Oliveira Ventura[2]
Janaina Ribeiro da Purificação[3]
Keila Fernanda Araujo de Jesus[4]
Láila Lavínea Santos da Silva[5]

A maneira como as populações acessam os serviços de saúde podem trazer muitas informações sobre a qualidade e eficácia dos sistemas sanitários. De acordo com Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento desses sistemas, sendo esta utilização todo contato direto das populações com profissionais de saúde para consultas, exames, hospitalizações, entre outros procedimentos e atendimentos.

[1] Graduanda em Psicologia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: Annycrvlh07@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/5888511874035531.

[2] Enfermeira, Especialista em Saúde Mental, Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: carolmoreoli@hotmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6985010618085171.

[3] Enfermeira graduada pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: jana.ribeiro6899@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/1309335320650297.

[4] Enfermeira, Especialista em Saúde Mental e em Saúde do Trabalhador, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e do grupo de pesquisa Saúde, Ambiente e Trabalho dos Pescadores Artesanais Quilombolas da Bahia de Todos os Santos. E-mail: keila_ajesus@hotmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/5374664695876318.

[5] Graduanda em Psicologia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e da Liga Acadêmica de Relações Raciais, Psicologia e Sociedade - LARRPS. E-mail: lailalavinea.acad@gmail.com.

São muitos os fatores que podem determinar a utilização dos serviços de saúde por determinada população: a necessidade de saúde, morbidade, gravidade e urgência da doença, características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais, psíquicas. Também são determinantes, diversas características dos prestadores de serviços, como o tipo de prática e oferta, recursos disponíveis, graduações e especialidades profissionais disponíveis, entre outros. O acesso aos serviços especializados, a exemplo dos serviços de saúde mental, podem ser determinados por estes e outros fatores, como o desconhecimento, estigma e preconceito (Travassos; Martins, 2004).

Sendo assim, diante da diversidade de territórios e de populações em um país de dimensões continentais como o Brasil, pode-se afirmar que, apesar dos princípios do Sistema Único de Saúde — universalidade, equidade e integralidade — o acesso aos serviços de saúde não se dá de forma equitativa para todas as populações, principalmente quando abordado o acesso a esses serviços por populações historicamente marginalizadas, como as comunidades quilombolas.

As comunidades quilombolas, grupos étnico-raciais com histórico de resistência e lutas, e dotados de relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra referente à resistência ao processo de escravidão sofrido (Brasil, 2003), vivenciam cotidianamente diversas barreiras no acesso às políticas públicas fundamentais, como saúde, educação, transporte, saneamento e regularização territorial. Esta vulnerabilização das comunidades quilombolas, reproduzida há gerações, é um retrato do racismo sofrido por esta população no Brasil (Madureira; Barsaglini, 2024).

Com comunidades situadas em cerca de 1.696 municípios brasileiros, quilombos são grupos compostos por descendentes de africanos e, segundo o Censo IBGE de 2022, no Brasil, essa população é de 1,3 milhão de pessoas, estando em sua maioria (68,19%) na região Nordeste, especialmente nos estados da Bahia (29,90%) e Maranhão (20,26%) (IBGE, 2023). Os quilombolas têm a cultura, crenças e valores como características próprias e carregam

em seu histórico a força ancestral, além da resistência contra a opressão (Batista; Rocha, 2019).

Em seus estudos, Batista e Rocha (2019) apontam que essas comunidades estão localizadas principalmente nas áreas rurais e vivem em um relativo grau de isolamento geográfico, onde as oportunidades somem na medida desse afastamento. Sendo assim, os moradores enfrentam uma ampla precariedade de acesso ao trabalho, alfabetismo, aos cuidados em saúde e vivem, por vezes, em situação de extrema pobreza, restando utilizar apenas os seus saberes ancestrais como forma de sobrevivência. Além disso, Nascimento *et al*. (2024) destacam que pessoas negras apresentam maior propensão a desenvolver depressão, além de terem níveis reduzidos de bem-estar psicológico e autoestima, estando mais sujeitos a enfrentar estresse crônico e uma maior incidência de transtornos adaptativos. O racismo sistêmico, a violência racial e as desigualdades sociais são a causa da maior incidência de negros com transtornos mentais como a depressão e a ansiedade, podendo ser um ativador potente da resposta ao estresse.

Em pesquisa realizada em território quilombola da região de Guanambi-BA, Pereira *et al*. (2020) identificaram importante restrição de acesso aos serviços de saúde nos quilombos. Entre as comunidades estudadas pelos autores, nenhuma possuía unidade de atenção primária à saúde, tendo que buscar assistência fora dos territórios, enfrentando diversas barreiras de acesso, incluindo a barreira geográfica, o que implica em custos com deslocamento, medicamentos, estadia, além de outras dificuldades, como a falta de serviços que proporcionem acesso por via fluvial e terrestre.

Sendo a Atenção Primária um importante componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ordenador do cuidado e fundamental porta de entrada para o cuidado em saúde mental, a ausência ou escassez do equipamento de saúde limita consubstancialmente o acesso ao cuidado em saúde mental no serviço público (Brasil, 2011). Diante disso, neste texto buscamos dialogar sobre o cuidado em saúde mental acessado pelas comunidades quilombolas a partir dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Apesar da existência de quilombos urbanos, sua grande maioria está situada em zonas rurais, geralmente de difícil acesso. Além da localização geográfica dos quilombos, elemento gerador de isolamento e sensação de marginalização, o acesso das comunidades quilombolas aos serviços de saúde pública e de qualidade é dificultado por uma série de fatores, como racismo e preconceito, transporte e deslocamento, pobreza, descaso e negligência do poder público (Batista; Rocha, 2020). Segundo os autores, a desigualdade social tem efeitos diretos no acesso aos cuidados e no agravo dos problemas de saúde desta população.

Para Neto e Dimenstein (2021), o processo saúde-doença-cuidado está imerso em uma complexa teia de elementos micro e macrossociais, onde as experiências cotidianas estão envolvidas. Dessa forma, as desigualdades sociais, a exaustão causada pelo alto esforço no trabalho, a falta de oportunidades, o estresse, a fragilidade do acesso à saúde e entre outras variáveis enfrentadas por esse coletivo, favorecem o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas. Para Silva *et al*. (2024), o sofrimento social e a saúde mental das comunidades quilombolas devem ser compreendidos na sua estreita relação com os processos de vulnerabilização estrutural, ou seja, a inexistência de suportes estatais, a ausência de proteções formais que garantam a vida digna deste grupo populacional historicamente marginalizado, como ausência de saneamento básico, acesso restrito à água, acúmulos de resíduos sólidos e por projetos de desenvolvimento econômico que afetam o meio ambiente e seus modos de vida. Assim, é possível que sintomas físicos e emocionais de sofrimento, como ansiedade, depressão, insônia, sentimentos de desesperança e raiva estejam relacionados a essa exposição a um território sem qualidade ambiental.

Araújo *et al*. (2021) realizaram um estudo para estimar a prevalência de doenças e agravos em saúde mental em quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia, e analisar possíveis fatores associados. As doenças mais prevalentes: coluna (38,4%); parasitárias (25,0%); hipertensão arterial (22,3%); ossos (15,8%), estando associadas aos seguintes fatores: casas não de alvenaria;

ausência de instalações sanitárias; baixa escolaridade, avaliação de saúde ruim. Agravos mais prevalentes em saúde mental: ansiedade (26,7%); transtornos mentais comuns (18,4%) e fobias (12,3%). Fatores associados: não acesso aos programas sociais, casas não de alvenaria, sem coleta de lixo, sem banheiro, autoavaliação de saúde ruim e ter cáries/canal.

Queiroz *et al*. (2023) realizaram um estudo que avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em 1.004 quilombolas de 12 comunidades rurais no norte de Minas Gerais. Os resultados mostraram que 35,9% dos participantes apresentaram TMC, sendo as mulheres, os idosos, os analfabetos e os que relataram discriminação racial os mais afetados. Um dos fatores relevantes de adoecimento é a persistência do racismo no cotidiano dessas comunidades quilombolas. Segundo Dimenstein *et al*. (2020), as populações quilombolas sofrem de transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade e estresse, devido às condições sociais adversas que enfrentam como pobreza, discriminação, violência e falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação.

Queiroz *et al*. (2023) salientam que a saúde mental é uma dimensão intrínseca e menos valorizada da saúde e do bem-estar do indivíduo. Diante das comunidades quilombolas, esse pensamento pode ser relacionado a duas dimensões: De um lado, a busca dos direitos básicos diminui a prioridade das demais preocupações já que a necessidade maior é manter a sobrevivência. Do outro, essa priorização se dá também pela falta de acesso a informações sobre as consequências psicológicas geradas pelos problemas cotidianos. Ademais, o estigma acerca dos processos de saúde e doença psíquica pode se apresentar como uma barreira na busca por ajuda profissional nos serviços de saúde, posto que a ideia ainda predominante socialmente é que esses serviços são exclusivamente para pessoas tidas como loucas, fracas e sem controle, e o medo da discriminação ou a ideia de não precisar do serviço, por não se encaixar nesse estereótipo, deixa o indivíduo suscetível ao declínio da saúde mental pelo agravamento dos sintomas (Pires, 2023).

Ao mapear o acesso a políticas públicas existentes para a população quilombola, Macedo *et al*. (2021) expõem que não basta a criação de ações afirmativas, posto que o acesso e efetivação delas se mostra um caminho permeado por barreiras e que desconsideram as demandas das comunidades quilombolas por parte do poder público.

Vale destacar que o quesito étnico-racial também é visto como critério de segregação no âmbito da saúde, posto que desigualdades raciais permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países (Freitas *et al.*, 2011), visto que o racismo é um problema de saúde pública global. À vista disso, não é possível dissociar cuidados em saúde mental do contexto em que o sujeito está inserido. As comunidades quilombolas, portanto, necessitam de uma assistência em saúde singularizada, com estratégias específicas para lidar com as necessidades do território, considerando sua cultura, a dinâmica social e os determinantes que as impactam. Aponta-se ainda para a necessidade de se ampliar a infraestrutura e dispor de profissionais qualificados e dispostos a realizarem um cuidado direcionado, respeitando as especificidades da comunidade, para que, assim, sejam mais efetivos (Dimenstein *et al*., 2020).

No contexto de precariedade da infraestrutura específica para tal, o cuidado em saúde mental nas comunidades quilombolas é realizado por meio de estratégias que perpassam por sistemas formais e informais, numa tentativa de suprir suas necessidades fazendo uso dos meios de que dispõem, num diálogo com os recursos sociais disponíveis e as vulnerabilidades existentes nos territórios. Nesse processo, o itinerário terapêutico dessa população tem início na própria comunidade, com estratégias ancestrais de cuidado, como benzeduras e chás, recorridos antes do agravamento dos sintomas (Batista; Rocha, 2019). Os saberes tradicionais e as práticas comunitárias de saúde são basilares para a sobrevivência dessas comunidades, cooperando para o delineamento de maneiras singulares de se relacionar com o ambiente. Assim, grupos quilombolas do nordeste brasileiro têm mantido viva suas tradições e

demonstrado saberes práticos dos aspectos do ecossistema que se relacionam com o seu bem-estar (Silva *et al*., 2024).

Quanto a busca por dispositivos formais de cuidado em saúde mental, geralmente, acontece por duas vias: na atenção terciária, com as internações em hospitais gerais ou psiquiátrico, como saída para lidar com o momento de crise, após recorrer a outros métodos informais; e através do nível secundário, em consultas médicas de diversas especialidades, comumente iniciado no setor privado, em seguida migrando para o SUS em virtude da limitação de recurso financeiro. Essa situação evidencia como o nível primário de atenção acaba falhando em ser um promotor e cuidador da saúde mental e servir de porta de entrada para esses usuários (Batista; Rocha, 2019; Aciole; Silva, 2021).

A partir do sistema formal, a medicação surge como uma das principais estratégias de enfrentamento das consequências do sofrimento mental, sendo pouco considerado pelos profissionais as práticas de cuidado que emanam do território, ainda que esses mecanismos já sejam utilizados no cotidiano, mas perde força quando desconsiderada pelo saber biomédico (Lima; Ferreira, 2018). Essas ferramentas de saber ancestral se apresentam como potência para a promoção e tratamento em saúde mental, especialmente nas comunidades quilombolas, já que a sua relação com a terra transcende a lógica laboral e de moradia, carregando um sentido de pertença e uma ligação com a ancestralidade. Tal cenário aponta para um modelo de assistência predominantemente biomédico, que desconsidera as crenças, valores e atividades diárias de bem-estar desenvolvidas nesses territórios, que poderiam servir como um potencializador de uma assistência integral e equânime, além de se apresentar como tecnologias leves para o cuidado em saúde mental (Aciole; Silva, 2021).

Historicamente, até as últimas décadas do século XX, a assistência em saúde mental se restringia a um modelo hospitalocêntrico, formado basicamente pelas instituições totais e manicômios, nas quais eram segregados os "loucos e insensatos", que estavam em desacordo com a sociedade (Amarante; Nunes, 2018).

Habitavam nos manicômios, portanto, os corpos indesejáveis da sociedade. Entre os grupos-alvo do cárcere manicomial estava a população negra, vítima das ideias eugenistas que utilizavam argumentos biológicos da psiquiatria em desenvolvimento para justificar a manutenção da segregação e opressão racial após o período escravista legalizado (David; Vicentin, 2020). Intelectuais da época, destacando os médicos Nina Rodrigues e Renato Kehl, defendiam a superioridade da raça branca em detrimento dos "não brancos", abordando como teoria nas escolas de medicina, que a raça e o cruzamento racial eram a causa da criminalidade, da loucura e da degeneração (Edelstein; Schwarcz, 2023).

A partir da Reforma Psiquiátrica, esse modelo de "cuidado" vem dando lugar ao modelo comunitário e ao cuidado em liberdade (Amarante; Nunes, 2018). Apesar de ter início na década de 70, o marco do movimento de reforma psiquiátrica foi registrado na Lei nº 10.216 de abril de 2001, que visa proteção dos direitos de pessoas que possuem transtornos mentais (Brasil, 2001); e também na implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria GM n° 3.088 de dezembro de 2011, de caráter comunitário, e não isolador, com ênfase na reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

A RAPS, no âmbito do SUS, tem como proposta um modelo de atenção à saúde mental com serviços conectados com o território, a dinâmica comunitária e as necessidades da população, atuando de forma coordenada com outros serviços de saúde, visando assegurar que todos possuam acesso equitativo a serviços de saúde mental de alta qualidade e promova o cuidado psicossocial, fundamentado nos princípios do SUS (Brasil, 2024).

Esta rede está organizada em sete componentes de atenção, trazendo uma gama de serviços de diversos níveis de complexidade, organizados de forma articulada, que substituem o hospital psiquiátrico/manicômio, prestando um cuidado não segregador, em serviços de base territorial. Destaca-se entre seus componentes a Atenção Primária, composta pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família; e a Atenção Especializada, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) em suas diversas modalidades para o atendimento a públicos específicos (adulto, infância e adolescência, pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas) (Brasil, 2011). A criação do CAPS possibilitou que o indivíduo, que antes era excluído socialmente, seja aproximado da sociedade e também das famílias (Passos, Aires, 2013), além de ter serviços com o intuito de atender pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes em um dado território de abrangência (Medrado *et al*., 2018).

A RAPS, no entanto, ainda não está completamente consolidada, uma vez que ainda coexistem os dois modelos, fato que é reforçado pela existência, ainda, de diversos hospitais psiquiátricos pelo país. Na prática, presenciamos um cenário de baixa cobertura da RAPS em diversas regiões do país e impedimentos para o acesso aos serviços de saúde mental. Este modelo de atenção é relativamente novo e sua implementação tem sido realizada às custas de muitos entraves e desafios, o que contribui para que o acesso ao cuidado em saúde mental na RAPS não seja realizado de forma equitativa (Fernandes *et al.*,2020).

De acordo com o Atlas da Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), as condições de saúde mental são severamente mal atendidas em todo o mundo. A rede de serviços é marcada por importantes lacunas no que diz respeito a recursos, serviços, informações e tecnologias para a saúde mental (OMS, 2022). Sampaio e Bispo Júnior (2021) exibem em seus estudos dados que demonstram a insuficiência de profissionais e serviços de assistência em saúde mental, o que resulta em sobrecarga das unidades existentes e dificuldade de acesso, expressa por longas filas para atendimento.

Corroborando com esses achados, Fernandes *et al.* (2020) nos apresentam um panorama da cobertura da RAPS no país no ano de 2017, utilizando o Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os autores mostram que, dos 5.570 municípios pesquisados, apenas 439 poderiam ser classificados como tendo uma cobertura do serviço de 100% com relação à população da

área. Em contrapartida, contabilizou-se 1.283 municípios que não possuíam nenhum serviço específico de assistência à saúde mental, sendo assim classificados como RAPS Inexistente.

Ao analisar por regiões do país, em todas elas, mais de 60% das cidades apresentam a classificação RAPS Inexistente ou RAPS Baixa Efetividade (cobertura do serviço inferior a 50% com relação à população da área), com exceção do Nordeste que apresenta 53% das cidades nessas classificações, ainda que em número absoluto seja um quantitativo expressivo de 946 municípios nesta situação de cobertura, estando atrás apenas da região sudeste (com 1.155 cidades) (Fernandes *et al.*,2020).

Diante deste panorama, em que a rede de cuidados em saúde mental se mostra ainda insuficiente, pouco se sabe sobre o acesso de populações específicas aos serviços de saúde mental. Pereira *et al*. (2020) explicitam a escassez de pesquisas relacionadas às necessidades e especificidades das comunidades quilombolas, o que dificulta a compreensão das condições de acesso à saúde e aos serviços de saúde mental por essa população.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental encontra bases também no racismo institucional, tão presente entre os problemas enfrentados pelas populações que vivem nos quilombos. Segundo Madureira e Barsaglini (2024), o racismo institucional está presente na forma como as instituições estão organizadas, operando sob um recorte racial que dificulta ou impede o acesso de pessoas negras a direitos como saúde de qualidade, educação, e o efetivo exercício da cidadania. Para Werneck (2013), se constitui como mecanismo performativo ou produtivo e conta com estratégias seletivas de privilegiamento e barreiras capazes de gerar e legitimar condutas excludentes, de constituição de sujeitos e de produção de subjetividades. Para a referida autora, o conjunto de políticas fragmentadas ofertadas pelo Estado, na tentativa de estabelecer padrões mínimos de igualdade e estabilidade social, não tem conseguido superar outro conjunto de iniquidades que também se apresentam estruturais à sociedade brasileira.

De acordo com Madureira e Barsaglini (2024), para a superação de problemas enfrentados pela população negra quilombola, a exemplo do parco acesso aos serviços formais de saúde e saúde mental, é importante se pensar em uma proposta contracolonial na política de saúde. Trata-se de uma necessidade de reparar a dívida histórica do Estado e superar a ausência de diálogos com os povos quilombolas. Os autores dizem ainda que é imprescindível o investimento em estratégias de cuidado para esses povos que considerem e respeitem suas formas coletivas de organização do cotidiano da vida, seus conhecimentos médicos e práticas ancestrais, bem como sua relação singular com o território onde vivem.

Neste sentido, e no intuito de criar pontes para o fortalecimento e efetivação de ações já existentes como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Estatuto da Igualdade Racial, apresentamos a proposta didática a seguir.

PROPOSTA DIDÁTICA

Entendendo que, de acordo com Fittipaldi *et al*. (2021), a educação em saúde é uma ferramenta importante na construção do conhecimento, estímulo à autonomia e participação popular, e também no protagonismo dos sujeitos no seu próprio cuidado, este trabalho traz uma proposta didática para formação de estudantes e profissionais de saúde.

Esta proposta tem por objetivo pensar estratégias para reduzir os impactos da segregação que afasta os quilombolas dos cuidados em saúde mental no SUS, além de atender à necessidade da discussão dessa temática na formação em saúde, possibilitando o aprimoramento das práticas profissionais com o olhar que envolve as particularidades dessas comunidades.

Trata-se de uma proposta de cunho contracolonial e que, baseado nas ideias de Madureira e Barsaglini (2024), pretende dirimir precariedades e vulnerabilização da população quilombola, valorizando suas experiências, modo de vida, e valores civilizatórios ancestrais afrorreferenciados.

Para o direcionamento de propostas e ações de saúde, bem como políticas públicas efetivas, faz-se necessário conhecer as características e realidade das populações-alvo. Para tanto, pensou-se em um trabalho de formação com as equipes de saúde mental, trazendo como protagonistas e formadores os próprios quilombolas, abordando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), os princípios da clínica ampliada, trabalho de equipes itinerantes nos territórios.

De acordo com os pressupostos da Política Nacional de Humanização, o cuidado em saúde deve ser centrado no sujeito, e a oferta é construída a partir da sua demanda (Brasil, 2013). Para a oferta do cuidado, deve-se levar em consideração as características do seu território, suas crenças e valores, seus costumes e tradições. Em saúde mental, a proposta de uma rede de atenção que dê conta dos diversos níveis de complexidade das necessidades de saúde, deve atender aos indivíduos, mesmo aqueles que residem em localidades geográficas mais afastadas, em seu território de moradia.

Sendo assim, a proposta didática deste trabalho traz a formação de profissionais de saúde para que possam atuar de forma itinerante em territórios quilombolas, a fim de prestar o cuidado em saúde mental a essa população. Nos moldes do apoio matricial em saúde, as equipes serão formadas tanto para atuar junto aos profissionais da atenção primária, prestando-lhes apoio, quanto para atuar no atendimento às questões de saúde mental da população quilombola, a fim de identificar e direcionar o cuidado especializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades quilombolas sofrem com o forte impacto do racismo e da desigualdade social no Brasil. Assim, é preciso incorporar as questões étnicas, raciais, culturais e discriminatórias na formação dos profissionais da saúde, inclusive no debate sobre saúde mental, a fim de atuar poder na desconstrução das desigualdades e na construção do respeito às diferenças e

especificidades, além de formar uma competência ética essencial para o trabalho em saúde, livre de qualquer ato discriminatório e não equitativo.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, D. C. de A. M.; SILVA, J. da.. Concepções e Itinerários Terapêuticos De Pessoas Em Sofrimento Psíquico Em Contextos Quilombolas. **Psicologia & Sociedade**. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33229558.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciências & Saúde Coletiva**, 23(6): 2067-2074, 2018.

ARAUJO, R.M.L.S. *et al*.. Doenças e agravos em saúde mental autorrelatados e fatores associados em quilombolas do semiárido baiano, em 2016, Bahia, Brasil. **International Journal of Development Research** v. 11, Issue, 11, pp. 51394-51400, 2021 https://doi.org/10.37118/ijdr.22956.11.2021.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B.. Sentidos e Práticas em Saúde Mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2019. Disponível em: https:// doi.org/10.1590/1982-3703003222123. Acesso em: 01 nov. 2024.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. Saúde Mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020.

BRASIL. (2003). Decreto N° 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**. http://www.planalto.gov. br/ ccivil_03/decreto/ 2003/D4887.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 09 de set. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 1a Edição. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 09 de set. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sus e saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/sus-e-a-saude-mental.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G.. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322. Acesso em: 01 nov. 2024.

DIMENSTEIN, M.; *et al.* Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. São Paulo: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**., p. 162-186, mar., 2022.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. Amazônica - **Revista de Antropologia**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 205-229, out. 2020.

EDELSTEIN, D. B.; SCHWARCZ, L. M.. A "Revolta Dos Loucos" De 1920: Agência E Insubordinação No Hospital Nacional De Alienados. **Sociologia & Antropologia**, 2023. Disponível em: https://.org/10.1590/2238-38752023v1335. Acesso em: 01 nov. 2024.

FERNANDES, C. J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 set. 2024.

FITTIPALDI A.L.M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200806 https://doi.org/10.1590/interface.200806.

FRANCHI, E. P. L. P.; *et al*. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: Um relato de experiência. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade**, Jan-Dez, p. 1-11, 2018.

FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, Stout, p. 937-943, 2011.

LIMA, M. F.; FERREIRA, C. B. Estratégias de enfrentamento de pacientes com transtornos mentais. **Pesqui. prát. psicossociais**. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2024.

MACEDO, J.P. *et al*. Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas, Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 14(1), 2021. e15488.

MADUREIRA, K. G.; BARSAGLINI, R. O quilombo Mata Cavalo/Brasil e a sindemia da COVID-19: 1 o racismo e o direito de (r)existir em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29(3):1-10, 2024.

MEDRADO, A. C. C., *et al.* Os Laços e Nós de uma rede de Atenção Psicossocial. Florianópolis: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.10, n.27, p. 53-70, 2018.

NASCIMENTO, M.L.O. *et al*. Saúde mental da população negra remanescente de quilombos: revisão integrativa de literatura https://doi.org/10.56238/arev6n4-046. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 4, p. 11689-11698, 2024.

NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 14(1), 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e15627.

OMS. Relatório mundial sobre saúde mental: Transformando a saúde mental para todos. 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338.

PASSOS, F. P.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 13-31, 2013.

PEREIRA, R. das N.; MUSSI, R. F. de F.; ROCHA, R. M. Acesso e utilização dos serviços de Saúde por Quilombolas Contemporâneos Baianos. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/As (ABPN)**, 2020. Disponível em: https://abpnrevista.org.br/site/article/view/739g.

PIRES, R. R. *et al.* O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333038.

QUEIROZ, P. S. F.; *et al.* Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, p. 1831-1841, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SILVA A.F. *et al*. Quilombos, saúde mental e sofrimento social: a desigualdade em saúde como expressão da qualidade ambiental do território. **ACENO**, 11 (27): 37-52, setembro a dezembro de 2024. ISSN: 2358-5587 Dossiê Temático: Neoliberalismo e sofrimento psíquico

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

A RAÇA E OS INTERVALOS DE REFERÊNCIA PARA EXAMES LABORATORIAIS

Grazielly Silva dos Santos[1]
Ian Silva de Vasconcellos[2]
Suiane Costa Ferreira[3]

No passado, existia a crença de que os fenótipos (características físicas observáveis) derivavam de raças humanas distintas com diferenças biológicas substanciais, o que contribuiu para justificar a discriminação, exploração e violências de uma raça lida como superior sobre as demais. Porém, os avanços da genética molecular e o sequenciamento do genoma humano permitiram um exame detalhado da correlação entre a variação genômica humana, a ancestralidade biogeográfica e a aparência física das pessoas, e

[1] Graduanda em nutrição pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisadora do projeto de pesquisa "Site atlas de anatomia humana: conectando arte e tecnologia para formação na área das ciências morfológicas" (2022 - 2023). Integrante do projeto de pesquisa "Estudo das características tecnológicas, físico-químicas e efeitos medicinais de produtos agrícolas regionais e cogumelos comestíveis". E-mail: graziellyssantos20@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6894761592639629.

[2] Graduando em nutrição pela UNEB. Membro fundador da Nutrindo Jr - Empresa Júnior de Nutrição da UNEB, Monitor de Extensão do Núcleo de Assistência Nutricional e Pesquisa em Hipercolesterolemia Familiar (2018/2021), Monitor de extensão do projeto Análise e desenvolvimento de modelo padronizado para aplicação de fator de correção para relação resto-ingesta em preparações cárneas e vegetais (2023). E-mail: ianvasconcellos99@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9233726925633763.

[3] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Comunidades Virtuais e do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

mostraram que os rótulos previamente usados para distinguir raças não têm significado biológico (Pena, Birchal, 2006).

Embora existam variações genéticas entre diferentes grupos étnicos, a ciência já demonstrou que a raça humana não pode ser dividida em subcategorias biologicamente distintas. Fazemos todos parte de uma única raça humana. Mas é importante destacar que a noção de diversidade do ponto de vista genético diz respeito à variabilidade dentro de uma mesma espécie e entre espécies. Por exemplo, o Homo sapiens sapiens compartilha mais de 99% dos genes, entretanto pode haver distinções na codificação destes genes que alterem a sua expressão, o que pode se associar a algumas vantagens e desvantagens adaptativas ou a algumas doenças, mas não necessariamente ser uma variação patológica (Muniz, 2021).

Pereira *et al*. (2024) descrevem que a população brasileira tem uma das constituições genéticas mais heterogêneas do mundo, com uma extensa mistura recente, resultado de quase 500 anos de interação entre três raízes ancestrais primárias, populações da África Subsaariana, europeias e nativas americanas, refletindo sua história de colonização, escravidão e migração. Nesse contexto, este capítulo irá refletir sobre intervalos de referência (IRs) nos exames laboratoriais e a variabilidade étnica e genética da população.

Os IRs são dados estatísticos que orientam a interpretação dos resultados de exames laboratoriais e têm um papel importante na prática clínica na triagem de doenças, avaliando a progressão da doença e a resposta ao tratamento. O uso de IRs precisos pode reduzir diagnósticos incorretos de doenças e melhorar o atendimento ao paciente. Os IRs são calculados a partir da média dos resultados de estudos realizados em uma população aparentemente saudável. Um estudo demonstrou que pelo menos 70% das decisões clínicas no ambiente hospitalar implicando, por exemplo, a conduta de admissão ou não, alta e modificação no esquema terapêutico são altamente dependentes dos resultados dos testes laboratoriais e, consequentemente, da interpretação dos intervalos de significância (Ferreira, Andriolo, 2008).

Os intervalos de referência padronizados foram introduzidos pela primeira vez no final da década de 1960 para descrever as flutuações de analitos sanguíneos em uma população de referência e, em geral, são definidos com uma distribuição normal (gaussiana) para identificar os 95% médios dos valores da população de referência (Weyand, McGann, 2021). A International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) define uma população de referência como um grupo composto por "indivíduos de referência", que são indivíduos que foram selecionados com base em um conjunto de critérios, como histórico médico, exames físicos ou investigações laboratoriais. Essas definições também foram aprovadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Clinical & Laboratory Standards Institute e International Council for Standardization in Hematology. Uma população de referência é selecionada porque não é possível medir uma população inteira. Para Tamboril (2024), essencialmente, o IR permite transformar um número derivado de uma medição analítica em informações clinicamente significativas. O IR evoluiu ao longo dos anos devido à identificação de limitações e à introdução de novos indicadores e padrões de qualidade.

Tamboril (2024) destaca ainda que o ideal é que os indivíduos selecionados como parte de uma população de referência devem representar a população que o laboratório está atendendo. A seleção de uma população de referência composta principalmente por homens e mulheres brancos de 25 a 60 anos, quando a população atendida é composta de várias etnias e uma faixa etária mais ampla, seria inadequada. Por exemplo, sabe-se que as pessoas de origem étnica negra têm maiores concentrações de vitamina B12 do que outras etnias, mas os IRs são derivados principalmente de populações brancas.

Em 2018, o estudo de Abebe *et al*. (2018) apontaram que para muitas populações africanas, os resultados de testes de laboratório clínico são interpretados com base em IRs derivados de uma população ocidental. Assim, considerando os hábitos alimentares, a localização geográfica e a diversidade étnica como uma fonte de

variabilidade, os autores buscaram estabelecer IRs para parâmetros de química clínica de rotina para a população da Etiópia. Do mesmo modo, Maphephu e Kasvosve (2011) estabeleceram intervalos de referência para as concentrações séricas de colesterol total, colesterol HDL e colesterol não HDL em adultos de Botswana, na África Austral.

Lim, Miyamura e Chen (2015) descrevem que vários estudos reconheceram diferenças raciais/étnicas em IRs de vários exames laboratoriais, principalmente entre negros e brancos. Em comparação com os brancos, os negros apresentam valores significativamente mais baixos de tirotropina (TSH), contagem total de leucócitos, contagem de neutrófilos, contagem de plaquetas, hematócrito, hemoglobina celular média e hemoglobina, e uma porcentagem significativamente maior de mononucleares e linfócitos. Por exemplo, os valores de referência hematológicos (hemoglobina, volume médio de células, plaquetas, leucócitos) para a população da Gâmbia (país africano) abrangem limites mais baixos em comparação com os padrões ocidentais. Essas descobertas levaram muitos pesquisadores a defender o uso de IRs específicos para raças/etnias para exames laboratoriais.

Weyand e McGann (2021) apontam que fontes de referência, como a Cruz Vermelha Americana e a Clínica Mayo (um centro médico acadêmico norte-americano focado em assistência médica integrada, educação e pesquisa), afirmam claramente em seus materiais educativos para pacientes que os valores normais de hematócrito variam de acordo com a raça. Além disso, uma publicação oficial da OMS também inclui uma tabela com ajustes sugeridos para o limite das concentrações de hemoglobina para definir anemia com base na etnia, com o maior ajuste para pacientes de origem africana, vietnamita e jamaicana.

Smit *et al*. (2019) descrevem que a maioria dos países africanos não gerou IRs locais e usam faixas estabelecidas na Europa, no Reino Unido ou nos Estados Unidos da América. Entretanto, estudos sugerem que os indivíduos de ascendência africana têm contagens mais baixas de glóbulos brancos, neutrófilos e plaquetas

em comparação com os caucasianos. Dados da *National Health and Nutrition Examination Survey* mostram que indivíduos afro-americanos têm uma contagem de glóbulos brancos que é em média 700 células/μL menor do que em indivíduos brancos americanos (Merz, Achebe, 2021). Esses resultados foram corroborados por estudos locais sul-africanos nos quais foi relatado que os africanos têm contagens mais baixas de neutrófilos e essas diferenças podem potencialmente levar a interpretações errôneas, decisões clínicas incorretas e o desperdício de recursos de saúde. Além disso, também foi documentado que as contagens mais baixas de glóbulos brancos e neutrófilos em africanos resultaram na exclusão desses grupos populacionais de ensaios clínicos nacionais de oncologia que exigem uma contagem de neutrófilos >1,5 × 109/L (Smit *et al*., 2019).

Considerando que a região de Western Cape, na África do Sul, é singularmente diversificada, incluindo caucasianos, mestiços e descendentes de africanos, Smit *et al*. (2019) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de comparar o hemograma completo e as contagens diferenciais entre os três principais grupos étnicos residentes nessa área e propor IRs apropriados. Como resultados, encontraram que os intervalos de referência para indivíduos caucasianos e de ascendência mista foram semelhantes, enquanto os índices de glóbulos brancos, monócitos, neutrófilos e hemácias foram significativamente diferentes entre os três grupos populacionais. As contagens mais baixas de glóbulos brancos e neutrófilos nos africanos foram confirmadas.

Em uma revisão de literatura, Gonzalez *et al.* (2010) descrevem a neutropenia benigna étnica, uma condição que foi primeiramente descrita por Kyle e Linman em 1968 no artigo 'Chronic idiopathic neutropenia: a newly recognized entity?', publicado em *The New England Journal of Medicine* e revisada posteriormente pelo primeiro autor em 1980 e publicada na mesma revista com o título *Natural History of Chronic Idiopathic Neutropenia*. O termo neutropenia étnica benigna é uma condição caracterizada pela redução da contagem de neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ na circulação sanguínea na

ausência de causas secundárias, não entrando na categoria de neutropenias crônicas de causas adquiridas, congênitas severas, congênitas raras ou erros inatos do metabolismo. Ocorre em populações negras e seus descendentes. Em contraste com outras causas de neutropenia, não ocorre um aumento do risco de infecção oral ou sistêmica, sendo uma condição assintomática (Lakhotiaa *et al*., 2019). Esta condição pode apresentar-se como neutropenia isolada ou combinada com trombocitopenia e/ou anemia predominantemente em mulheres (Gonzalez *et al*., 2010).

Lakhotiaa *et al*. (2019) analisaram idade, sexo e características étnicas da contagem de neutrófilos, usando dados do *National Health and Nutritional Examination Survey* (Nhanes, *Centers for Disease Control and Prevention*) de 1999 a 2004. Afro-americanos apresentaram contagens médias de leucócitos mais baixas de 3,5 k/μL, em comparação com 4,3 k/μL em europeus-americanos e 4,4 k/μL em mexicano-americanos. Usando o ponto de corte da contagem de neutrófilos de <1,5 k/μL, os afro-americanos tinham uma prevalência de neutropenia de 4,5%, em comparação com 0,74% em europeus-americanos e 0,48% em mexicano-americanos. Além disso, idade mais jovem e homens apresentaram prevalência ainda maior.

Borinstein *et al.* (2022) trazem que em estudos populacionais nos Estados Unidos descobriram que, em média, populações identificadas como raça negra têm contagens de neutrófilos mais baixas em comparação com populações de raça branca. Essa diferença é atribuída em grande parte à homozigose para a variante genética benigna rs2814778-C no promotor do gene Atypical Chemokine Receptor 1 (ACKR1). Até 65% dos afro-americanos nos Estados Unidos são homozigotos para a variante rs2814778-C (fenótipo Duffy Nulo). Em contraste, a homozigose para essa variante é rara entre indivíduos brancos.

Além de ser uma glicoproteína de membrana que atua como um receptor de quimiocina para citocinas pró-inflamatórias, os antígenos Duffy são usados por merozoítos da malária para penetrar e invadir células vermelhas do sangue. Na ausência de

antígenos Duffy, os merozoítos *do Plasmodium vivax* se ligam às células vermelhas do sangue, mas são incapazes de invadir as células. Assim, o fenótipo Duffy Nulo é protetor contra a malária e enriquecido em indivíduos de ascendência africana subsaariana e árabe, pois essa era uma característica evolutiva vantajosa (Merz, Achebe, 2021).

Merz e Achebe (2021) sugerem uma redefinição urgente dos parâmetros de diagnóstico para pacientes com o fenótipo Duffy-nulo, substituindo o termo "neutropenia étnica benigna" por "contagem de neutrófilos associada ao fenótipo Duffy-nulo". Esta é uma descrição mais precisa e evita a sugestão de que a etnia por si só é causal ou que esta variante comum é anormal. Tal mudança não apenas alinha os diagnósticos com as diferenças biológicas observadas, mas também ajuda a combater a medicalização excessiva e os preconceitos estruturais presentes na prática médica, respeitando as particularidades genéticas e fenotípicas de cada grupo étnico. Rejeitar o termo "neutropenia étnica benigna" também deve ser assumida como uma prática de luta antirracista na saúde.

Zhou *et al*. (2023) conduziram uma análise de regressão logística multivariável para examinar a tendência de prevalência de neutropenia ajustando para idade, sexo e etnia. Os resultados revelaram que os participantes negros tinham contagens mais baixas de leucócitos e neutrófilos e eram mais propensos a desenvolver neutropenia. Por isso, para avaliar a neutropenia, não apenas os sintomas clínicos, mas também vários fatores, incluindo etnia, idade e sexo, precisam ser considerados. Profissionais de saúde podem precisar desses fatores e incorporá-los em sua avaliação de pacientes neutropênicos.

Shoenfeld *et al*. (1988) apontam que essa condição é frequentemente observada em vários grupos étnicos, incluindo judeus iemenitas, negros de origem sul-africana, indianos ocidentais e árabes jordanianos. Os indivíduos com neutropenia benigna não apresentam incidência aumentada de infecções e sua resposta à infecção não diferiu de indivíduos com contagens

normais de glóbulos brancos. Muniz (2021) descreveu uma entrevista com uma profissional que trabalhava há mais de 30 anos em um hospital público de Porto Alegre (Brasil) e desempenhava funções no laboratório de análises clínicas, onde se vê a presença dessa neutropenia étnica benigna no cotidiano da assistência.

> Uma coisa que é bem interessante é que, em geral, as pessoas negras têm leucopenia... Leucopenia, não! A taxa de leucócitos normal em pessoas negras é menor do que nas pessoas brancas, e então muitos são tratados como leucopenia. Tratados sem necessidade nenhuma, porque aquilo ali é o normal dele e inclusive muitos trabalhadores já usaram isso pra se beneficiar na indústria química: "Ah, trabalhei lá e agora fiquei com leucopenia pro resto da vida". Inclusive no Brasil tem inúmeros processos coletivos até, e simplesmente é porque tem o número de leucócitos menor. [...] No hemograma, a taxa de leucócitos é o que diz [se] tá com infecção ou não, tá? Tem quais infecções ou não, né. Leucócitos aumentados... vai procurar! Só que na pessoa negra o aumentado pra valores de referência de hemograma é dentro do normal. Então ele pode tá num processo inflamatório importante (Muniz, 2021, p. 344).

Nesse relato, observam-se três lógicas de interpretação, a preocupação de que um paciente negro seja tratado de uma doença que não possui, já que sua baixa contagem de leucócitos seria considerada normal, apesar de as taxas de referência indicarem valores mais altos para a normalidade; a denúncia do suposto uso pernicioso de uma característica considerada normal para a obtenção de ganhos trabalhistas pela via judicial; e o fato de os números do exame não fazerem sentido em uma interpretação generalista, isto é, o resultado do exame, estando dentro das taxas de referências comumente empregadas, pode significar, para o paciente negro, que ele esteja com as taxas aumentadas, já que o seu normal seria apresentar sempre menor contagem de leucócitos. Assim, o paciente pode indicar um processo inflamatório importante e seu exame ser lido como estando dentro da normalidade (Muniz, 2021).

Borinstein *et al*. (2022) reforçam a importância da conscientização sobre a neutropenia étnica benigna entre indivíduos afrodescendentes, condição que frequentemente leva a avaliações diagnósticas desnecessárias, como a biópsia de medula óssea. Valores de referência inadequados podem impedir o tratamento apropriado com quimioterapia no cenário de malignidade.

Este exemplo evidencia um cenário onde indivíduos negros são submetidos a procedimentos invasivos e desnecessários por conta de valores de referência inadequados, ilustrando o impacto direto da falta de estudos que considerem a diversidade étnica e genética. Segundo Borinstein *et al*. (2022), enquanto 60% dos afro-americanos avaliados receberam um diagnóstico final de neutropenia clinicamente insignificante, esse número foi significativamente menor entre brancos (9%). Para os autores supracitados, estabelecer intervalos de referência com base neste fenótipo/genótipo subjacente pode evitar disparidades de assistência médica atribuíveis às contagens mais baixas de neutrófilos entre os negros.

No Brasil, ainda hoje, o estudo que envolve a epidemiologia da neutropenia étnica é praticamente inexistente e a sua prevalência é desconhecida. Por outro lado, tampouco se conhece sobre a eventual ocorrência da suscetibilidade aumentada para exposições ocupacionais "leucopenizantes" ou "neutropenizantes" dos indivíduos que apresentam a contagem de leucócitos no sangue periférico abaixo de 4.000 por mm^3. Este desconhecimento dificulta a definição de estratégias ou condutas frente aos casos encontrados na prática diária. Por isso, recomenda-se o desenvolvimento de estudos mais aprofundados tanto da epidemiologia da neutropenia e/ou leucopenia étnica no Brasil (Gonzalez *et al*., 2010).

Beutler e West (2005) apontam que embora seja costume aplicar os mesmos intervalos de referência a pacientes com origens ancestrais diversas, sabe-se há algum tempo que há diferenças, particularmente entre valores "normais" obtidos de indivíduos

com ascendência europeia ou africana. Por exemplo, em comparação com os brancos, os afro-americanos parecem ter menor saturação de transferrina sérica (TS), maiores níveis de ferritina sérica, níveis mais baixos de bilirrubina e contagens mais baixas de leucócitos. Talvez o mais importante seja que o nível médio de hemoglobina, hematócrito e volume corpuscular médio (VCM) são menores em afro-americanos do que em brancos.

As autoras supracitadas descrevem que em estudos anteriores que documentaram a diferença nos níveis normais de hemoglobina em homens, mulheres e crianças afro-americanos em comparação com seus equivalentes brancos foram revisados em detalhes em 1992 e estudos adicionais surgiram desde então, sendo sugerido que diferentes intervalos de referência precisam ser considerados para esses diferentes grupos, mas a validade de alguns dos estudos foi contestada. Assim, Beutler e West (2005) estenderem esses estudos a uma coorte de pacientes ainda maior e se concentraram em possíveis explicações para o baixo nível de hemoglobina e VCM de afro-americanos em comparação com brancos. Nos resultados, o hematócrito, a hemoglobina, o VCM, a transferrina sérica e a contagem de glóbulos brancos dos afro-americanos foram menores do que os dos brancos; os níveis de ferritina sérica foram maiores. Entre todos os indivíduos, 19,8% das mulheres afro-americanas teriam sido classificadas como "anêmicas", em comparação com 5,3% dos brancos. Entre os homens, os números foram 17,7% e 7,6%. Sem os indivíduos com deficiência de ferro ou talassêmicos, a diferença diminuiu para 6,1% e 2,77% e para 4,29% e 3,6%, respectivamente. Para as autoras, os médicos precisam levar em conta que os mesmos padrões de referência para hemoglobina, hematócrito, VCM e transferrina sérica e a contagem de glóbulos brancos não se aplicam a todos os grupos étnicos.

Coates *et al*. (2020) apontam que a maioria dos hospitais, laboratórios e instituições de pesquisa do Reino Unido também usa IRs uniformes que não levam em conta a conhecida variação diurna e racial na contagem total de leucócitos e seus parâmetros constituintes. Esses riscos de exclusão de voluntários de minorias

étnicas potencialmente adequados da participação em estudos clínicos de fase I podem questionar a validade dos resultados de um estudo ou limitar suas aplicações científicas e a capacidade de observar com precisão os efeitos dos medicamentos sobre os parâmetros de leucócitos. Diante desse fato, os autores realizaram um estudo que analisou dados agrupados de 35 estudos clínicos, realizados entre 2010 e 2017, reunindo dados de vários estudos de fase I, avaliando os efeitos da raça e da hora do dia sobre a contagem de leucócitos e os comparando com a literatura existente para estabelecer IRs específicos de raça e hora.

Esse estudo conduzido por Coates e colaboradores (2020) indicou que os indivíduos negros, em média, apresentaram contagens totais de leucócitos, neutrófilos, monócitos, eosinófilos e basófilos mais baixas do que os indivíduos de grupos raciais não negros. Os voluntários negros apresentaram contagens médias mais altas de linfócitos em relação a seus colegas não negros. Essas diferenças foram consideradas estatisticamente significativas. Esse estudo de alta potência acrescenta um peso significativo às evidências conhecidas de variação diurna e racial nos parâmetros de leucócitos. É importante ressaltar que ele propõe IRs específicos que refletem com mais precisão a raça e a hora do dia. Isso poderia garantir uma maior participação de voluntários negros em estudos clínicos para melhorar a representação da população.

Kang *et al*. (2021) afirmam que a maioria das pesquisas até o momento tem sido conduzida em europeus, que são frequentemente usados como grupo de referência em comparações com outros grupos étnicos. Os europeus têm consistentemente demonstrado ter um menor risco de deficiência de ferro e anemia, e maiores concentrações de hemoglobina. Além disso, a saturação de transferrina em europeus foi encontrada significativamente maior do que os valores médios observados em afro-americanos e hispânicos. Dados existentes de grupos populacionais indicam que a distribuição de hemoglobina observada entre afro-americanos é deslocada para a esquerda em aproximadamente 0,8 g/dL. Essa diferença foi destacada pelo *Centers for Disease Control and*

Prevention (CDC) e pela OMS para promover pontos de corte específicos de etnia para hemoglobina no diagnóstico de anemia. As diferenças étnicas na distribuição da hemoglobina permanecem significativas mesmo após o controle do estado do ferro e/ou ingestão alimentar de ferro, sugerindo que a variação na concentração de hemoglobina não é totalmente impulsionada por fatores relacionados ao metabolismo do ferro.

Os autores supracitados concluem em seu estudo que os afro-americanos exibiram concentrações significativamente menores de hemoglobina em comparação com outros grupos étnicos. Mais estudos sobre a base genética para diferenças étnicas no metabolismo do ferro e sobre como isso afeta a suscetibilidade a doenças entre diferentes grupos étnicos são necessários para informar recomendações específicas da população e intervenções nutricionais personalizadas para distúrbios relacionados ao ferro.

Na literatura também se encontram diferenças com relação ao IR para a vitamina B12 sérica, um marcador laboratorial comumente usado para o diagnóstico de deficiência de vitamina B12. Na maioria dos casos, baixas concentrações séricas de B12 sugerem deficiência que leva à anemia e/ou comprometimento neurológico, enquanto altas concentrações nem sempre são uma consequência inócua da alta ingestão de B12, mas podem estar associadas a alguns tipos de câncer, doenças autoimunes, hepáticas e renais. Isso é relevante, pois altas concentrações séricas ocorrem duas vezes mais frequentemente do que baixas concentrações. Segundo Sobczynska-Malefora *et al.* (2023), vários fatores afetam a concentração sérica de vitamina B12 independentemente da ingestão e/ou absorção, mas raramente são considerados ou investigados ao interpretar resultados laboratoriais devido à pouca conscientização. Isso inclui idade e etnia.

Contudo, os IRs não são normalmente particionados por subpopulações e são universalmente aplicados a todas as idades, gêneros e grupos étnicos na maioria dos cenários de diagnóstico. Além disso, os IRs usados em cenários de diagnóstico são

frequentemente derivados de um pequeno número de adultos de origem étnica branca. Isso leva a dilemas diagnósticos frequentes, especialmente em áreas geográficas com uma população étnica diversa. Sobczynska-Malefora *et al*. (2023) buscaram estabelecer IRs relacionados à idade e etnia para vitamina B12 sérica da clínica geral do sudeste de Londres, que faz parte da região etnicamente mais diversa da Inglaterra, para melhorar a precisão diagnóstica deste teste. Como resultado, encontraram que a vitamina B12 foi significativamente maior em adultos negros em comparação com adultos asiáticos e brancos. Não houve diferenças em B12 entre adultos asiáticos e brancos. Os IRs para pessoas negras e brancas/asiáticas com mais de 13 anos de idade foram de 166 a 805 pmol/L e 134 a 511 pmol/L, respectivamente. Estas diferenças na B12 sérica não são exclusivamente explicáveis pela ingestão de vitamina.

Chen *et al*. (2024) realizaram uma revisão sistemática para explorar evidências de diferenças étnicas na distribuição de resultados de exames de sangue selecionados entre populações saudáveis/gerais para informar pesquisas futuras destinadas a abordar desigualdades no diagnóstico de câncer. Um total de 47 artigos foram incluídos na revisão. Homens e mulheres negros têm valores médios mais baixos de hemoglobina, VCM e albumina, e valores médios mais altos de PCR em relação aos seus equivalentes brancos. Além disso, homens negros têm hemoglobina média mais baixa do que homens asiáticos, enquanto mulheres asiáticas têm valores médios mais baixos de PCR quando comparadas a mulheres brancas.

O estudo de Randolph *et al*. (2021) fornece uma análise aprofundada sobre como a ancestralidade genética influencia a resposta imunológica a infecções virais, destacando a importância de considerar a diversidade genética nas práticas médicas. Utilizando sequenciamento de RNA de célula única, os pesquisadores quantificaram a variação na resposta à infecção pelo vírus da gripe em células mononucleares do sangue periférico de indivíduos de ascendência europeia e africana. Eles descobriram

que os efeitos da ancestralidade genética na resposta à infecção são comuns, mas altamente específicos ao tipo de célula, e que níveis mais elevados de ancestralidade europeia estão associados a uma maior atividade da via do interferon tipo I na infecção inicial, o que prevê títulos virais reduzidos em pontos posteriores. Este estudo revela que a ancestralidade genética pode prever a magnitude da resposta à infecção viral, indicando que as variações genéticas entre populações diferentes têm um impacto significativo na resposta imunológica.

Para Merz e Achebe (2021), há uma longa história na medicina de usar homens brancos saudáveis como padrão para o normal, atribuindo qualquer coisa diferente como anormal, diferente ou que exija ajustes. Muitos algoritmos clínicos incluem correções baseadas em raça com a suposição implícita de que aqueles com pele não branca são inerentemente "diferentes". Muniz (2021) reitera a ideia de que as tecnologias biomédicas operam sob uma normatização racial, onde o corpo branco é tomado como o ideal regulatório, o que leva à medicalização excessiva ou insuficiente de corpos não brancos.

A normatização do corpo branco é tratada como uma constante no campo biomédico. O uso de parâmetros biomédicos que não consideram a diversidade racial, fenotípica e genética é uma questão central no racismo estrutural presente nas práticas de saúde. A tecnologia médica, quando aplicada sem ajustes para a diversidade étnica e racial, torna-se uma ferramenta de exclusão. As tecnologias de diagnóstico devem ser reavaliadas para incluir parâmetros adequados que representem as diferentes realidades biológicas. Assim, a análise da intersecção entre raça e saúde deve avançar para além das estatísticas epidemiológicas, integrando a biotecnologia e a prática clínica com uma abordagem mais inclusiva e consciente das especificidades genéticas.

Os IRs têm várias limitações das quais os profissionais de saúde devem estar cientes. Timbrell (2024) assevera que a metodologia estatística associada ao estabelecimento de IRs significa que aproximadamente 5% dos indivíduos "livres de doença" ficarão fora

do IR. Além disso, o viés do método e as diferenças nas populações podem influenciar muito os IRs e impedir que sejam transferíveis entre alguns laboratórios. Diferenças em características individuais, como idade, etnia e sexo, podem resultar em grande variação em alguns analitos. Alguns pacientes, como aqueles cujo gênero difere daquele que foi presumido para eles no nascimento, podem exigir seus próprios IRs. Alternativamente, uma decisão precisará ser tomada sobre qual usar. No geral, a questão comum a esses fatores está na interpretação. Como tal, os IRs podem ser melhorados com melhor treinamento em seu uso, combinado com uma melhor compreensão das influências que os afetam e uma comunicação mais transparente dos laboratórios sobre como os IRs foram derivados.

As diretrizes da *International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* recomendam que todos os países estabeleçam intervalos de referência específicos para suas populações. Esta abordagem é crucial, mas frequentemente ignorada, resultando em práticas que podem ser negligentes e arriscadas. Outras organizações internacionais também recomendam que IRs de laboratório clínico específicos para a população sejam estabelecidos porque gênero, idade, etnia, raça, dieta, localização geográfica e outros fatores podem afetar o valor fisiológico dos parâmetros bioquímicos (Maphephu, Kasvosve, 2011).

PROPOSTA DIDÁTICA

Para Ghilardi (1998) é fundamental que as atividades desenvolvidas numa profissão sejam essencialmente de natureza intelectual pautadas pelo conhecimento, contudo, também é essencial que sejam práticas e dinâmicas, estando abertas continuamente a novas ideias. Logo, o conhecimento não é estático, sendo fruto da indagação e do questionamento. Nesse contexto, é preciso fomentar no estudante em formação a capacidade de saber fazer boas perguntas e procurar respostas apropriadas.

De acordo com Ventura (2007), o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa a qual promove o conhecimento do

fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso. Sabe-se que, dentro da avaliação de um profissional de saúde vários aspectos compõem a anamnese, um desses aspectos refere-se aos exames laboratoriais, que são comumente utilizados na área de saúde para prevenção, diagnóstico, prognóstico e avaliação da eficácia terapêutica implementada (Barros *et al*., 2023). Contudo, falhas na interpretação dos exames laboratoriais podem interferir na qualidade da assistência ofertada. Diante desse contexto, a prática pedagógica a ser desenvolvida deve se pautar inicialmente em um estudo de caso, que é uma investigação usada para gerar uma compreensão multifacetada e em profundidade de uma questão complexa no seu contexto de vida real (Ribeiro, Brandão, Costa, 2016).

O professor pode apresentar um caso clínico que relacione o cotidiano de atendimento no SUS, onde quase 80% da população brasileira que depende desse sistema se autodeclara negra (Nações Unidas Brasil, 2017), com conhecimentos entre as diversas disciplinas do curso de graduação, sejam profissionalizantes ou do ciclo básico, envolvendo aspectos dos exames laboratoriais. Indicamos ainda a leitura prévia dos artigos "Absolute neutrophil count by Duffy status among healthy Black and African American adults" (Merz *et al*., 2023), "When non-Whiteness becomes a condition" (Merz, L; Achebe, M, 2021) e "De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas" (Muniz, 2021) para dar suporte ao debate. Após a leitura, algumas questões podem ser colocadas para que os estudantes discutam sem grupos menores:

- Como esse debate sobre IRs se relaciona com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

- Este debate esteve presente na sua formação em saúde até este momento? Caso não, por que a ausência?

- Vocês consideram relevante incluir esse debate na formação? Onde seria possível?

- Como, de modo prático, acessar esse conhecimento pode contribuir na sua atuação profissional?

- Considerando a III diretriz Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que incentiva à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, e as questões apresentadas pelos artigos científicos lidos, o que vocês propõem de ações a serem realizadas no âmbito desta universidade?

Após o momento inicial de debate nos subgrupos, ampliamos a discussão para o grupo geral. Destacamos que nessa metodologia o estudante é incentivado a utilizar conhecimentos que vão além do campo técnico da sua profissão, a fim de realizar o estudo, incluindo investigações de problemas sociais e fisiológicos. O estudo de caso vai além de uma estratégia para integrar saberes adquiridos anteriormente, haja vista ser também uma oportunidade de aprimorar o raciocínio clínico, auxiliando na tomada de decisão de forma mais consciente e por fim ajudando o graduando a perceber a complexidade do cuidado. Além disso, o estudo de caso possibilita a aproximação entre teoria e prática. O graduando participa ativamente da construção do conhecimento e consequentemente adquire uma postura crítico-reflexiva, de modo a adquirir conhecimentos e experiências para tomada de decisões e resolução dos problemas identificados (Silva *et al*., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de estudos populacionais robustos que incluam a diversidade populacional permitirá a criação de valores de referência que sejam mais representativos e precisos. Isso não só melhorará a precisão dos diagnósticos e tratamentos, mas também ajudará que os profissionais de saúde fortaleçam a busca pela redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade, promovendo uma prática em saúde mais inclusiva e equitativa.

REFERÊNCIAS

ABEBE, M. *et al*. Reference intervals of routine clinical chemistry parameters among apparently healthy young adults in Amhara National Regional State, Ethiopia. **PLoS ONE**, 13(8): e0201782, 2018. https://doi.org/10.1371/journal. pone.0201782.

BARROS, R.E. *et al*. A importância dos exames laboratoriais para a saúde. **Estudos Avançados Sobre Saúde E Natureza**, v. 3. 2023. Disponível em: https://periodicojs.com.br/index.php/easn/article /view/1110.

BEUTLER, E.; WEST, C. Hematologic differences between African-Americans and whites: the roles of iron deficiency and a-thalassemia on hemoglobin levels and mean corpuscular volume. **Blood**, v.106, n. 2, 2005.

BORINSTEIN, S.C. *et al*.. Frequency of benign neutropenia among Black versus White individuals undergoing a bone marrow assessment. **J. Cell. Mol. Med.**; 26, p:3628–3635, 2022.

CHEN, G. et al.. Exploring ethnic differences in the distribution of blood test results in healthy adult populations to inform earlier cancer detection: a systematic review. **Family Practice**, v.41, p:638–648, 2024, https://doi.org/10.1093/fampra/cmae021.

COATES S., WANG D., PIERSCIONEK T., FERNANDES S., DJUMANOV, D.; LORCH, U.; TÄUBEL, J. (2020) Time- and RaceSpecific Haematological Reference Intervals for Healthy Volunteer Trials: A Retrospective Analysis of Pooled Data From Multiple Phase I Trials. Front. **Pharmacol**. 11:314. doi: 10.3389/fphar.2020.00314.

FERREIRA, C.E.S.; ANDRIOLO, A. Intervalos de referência no laboratório clínico. **Bras. Patol. Med. Lab**., v. 44, n. 1, p:11-16, 2008.

GHILARDI, R. Formação profissional em educação física: a relação teoria e prática. M**otriz**, v. 4, n. 1, 1998.

GONZALEZ, L.R. *et al*. Neutropenia étnica na prática da Medicina do Trabalho: revisão. **Revista Bras. Med. Trab**., v. 8, n.1, 2010.

KANG, W. *et al*. Ethnic Differences in Iron Status. **Adv. Nutr**., v.1;12(5), p:1838-1853, 2021. doi: 10.1093/advances/nmab035.

LAKHOTIA, R. *et al*. Natural history of benign ethnic neutropenia in individuals of African ancestry. **Blood Cells, Molecules and Diseases**, 77, p:12–1, 2019.
LIM, E.; MIYAMURA, J.; CHEN, J.J. Racial/Ethnic-Specific Reference Intervals for Common Laboratory Tests: A Comparison among Asians, Blacks, Hispanics, and White. **Hawai'i journal of medicine & public health**, v. 74, n. 9, 2015.
MAPHEPHU, S.M.; KASVOSVE, I. Reference intervals for serum total cholesterol, HDL cholesterol and non-HDL cholesterol in Batswana adults. **SAMJ**, v. 101, n. 8, 2011.
MERZ, L.E.; ACHEBE, M. When non-Whiteness becomes a condition. **Blood**, v. 7;137(1), pp:13-15, 2021, doi: 10.1182/blood. 2020008600.
MUNIZ, T.P. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra. (org). **Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas**: saberes, práticas e desigualdades/ Organização. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. 362 p.
Nações Unidas Brasil. Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. 2017. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C 3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra.
Acesso em: 05 jan. 2025.
PENA, S.D.J.; BIRCHAL, T.S. A inexistência biológica versus a existência social de raças humanas: pode a ciência instruir o etos social? **REVISTA USP**, n.68, p. 10-21, 2006.
PEREIRA, J.L. *et al.* Genetic Ancestry and Self-Reported "Skin Color/Race" in the Urban Admixed Population of São Paulo City, Brazil. **Genes** 2024, 15, 917. https://doi.org/10.3390/ genes15070917.
RANDOLPH, H.E. *et al*.. Genetic ancestry effects on the response to viral infection are pervasive but cell type-specific. **Science**. 26; 374(6571): 1127–1133. 2021. doi:10.1126/science.abg0928.
RIBEIRO, J.M.; BRANDÃO, C.; COSTA, A.P.. Metodologia de estudo de caso em saúde: contributos para a sua qualidade. In:

CATRIB, A.M.F. *et al*.. (org). Investigação Qualitativa em Saúde: conhecimento e aplicabilidade. **RealBase**. 2016.
SHOENFELD,Y. *et al*.. Benign familial leukopenia and neutropenia in different ethnic groups. **European Journal of Haematology**, 41(3), p: 273–277, 1988.
SILVA, R.S. *et al*.. Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem. **Rev. Cuid**., v. 5, n. 1, p. 606-612, 2014.
SMIT, F.C. *et al*. Full blood count and white cell differential count reference ranges obtained from a healthy urban South African population residing in the Western Cape of South Africa., **Int J Lab Hematol**.;41(5):635-641, 2019. doi: 10.1111/ijlh.13076.
SOBCZYŃSKA-MALEFORA, A. *et al*. Age- and ethnicity-related reference intervals for serum vitamin B12. **Clinical Biochemistry**, v.11, pp:66-71, 2023.
TIMBRELL, N.E.. The Role and Limitations of the Reference Interval Within Clinical Chemistry and Its Reliability for Disease Detection. **Br. J. Biomed. Sci.** 81:12339, 2024. doi: 10.3389/bjbs.2024.12339.
VENTURA, M.M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev. SOCERJ**. 20(5), p: 383-386, 2007.
WEYAND, A.C.; MCGANN, P.T.. Eliminating race-based reference ranges in haematology: a call to action. **Lancet Haematol**., 8: e462–66 2021.
ZHOU, J. *et al*. Prevalence of neutropenia in US residents: a population based analysis of NHANES 2011– 2018. **BMC Public Health**, 23:1254, 2023, https://doi.org/10.1186/s12889-023-16141-5.

AVALIAÇÃO DA PELE NEGRA E O FAZER/ CUIDAR EM ENFERMAGEM

Alisson Jones Cazumbá Cerqueira Pinto[1]
Paloma Almeida Fonseca[2]
Paloma dos Santos Borges[3]
Rayane Reis de Souza[4]
Suiane Costa Ferreira[5]

A pele é o maior órgão do corpo, recobre e resguarda a superfície corporal, tendo funções como controlar a perda de água e proteger o corpo contra atritos. A pele desempenha também um papel importante na manutenção da temperatura geral do corpo,

[1] Enfermeiro graduado pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pós-graduando em Enfermagem do Trabalho e em Vigilância em Saúde. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu, da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN) e da Afrocentricidade Internacional. E-mail: alissonjones10@hotmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/2436220998468049.

[2] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e do grupo de Pesquisa Comunidades Virtuais/UNEB. Membro Ligante da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Patologia da Bahiana (LAIP). E-mail: pamfonseca0811@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7163228181549911.

[3] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: paloma124santos@gmail.com Lattes: https://lattes.cnpq.br/9204033114494288.

[4] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Membro do Diretório Acadêmico Gestão Maria Stella de Oxóssi 2024-2025/UNEB. Diretora de Pesquisa da Liga Acadêmica Interdisciplinar em Saúde Mental e Psiquiatria/UNEB. E-mail: rayane.reis12@outlook.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/0391566328960598.

[5] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

devido à ação das glândulas sudoríparas e dos capilares sanguíneos nela encontrados (Brasil, 2012).

A avaliação da pele constitui uma etapa fundamental no exame físico, realizado pela enfermagem durante suas práticas diárias de cuidado. E é através do exame físico que os profissionais de enfermagem obtêm uma visão detalhada do estado de saúde do paciente (Santos; Veiga; Andrade, 2011). Durante a avaliação da pele é possível identificar sinais de alterações patológicas, como erupções, lesões ou alterações na coloração, que podem indicar condições de saúde subjacentes (Mittag *et al*., 2017). Entretanto, a avaliação da pele segue sendo pensada e sistematizada a partir das características de um sujeito universal do cuidado, que invariavelmente é branco.

Em nossa sociedade racista, o sujeito branco é visto como algo natural, a norma, o modelo paradigmático de aparência e de condição humana (Schucman, 2012), universalizando assim as suas particularidades. Segundo Cida Bento (2022), foi no bojo do processo de colonização que se constituiu esse parâmetro. Os europeus, brancos, foram criando uma identidade comum que usou os africanos, negros, como principal contraste. A natureza desigual dessa relação permitiu que os brancos estipulassem e disseminassem o significado de si próprios e do outro através de projeções, exclusões, negações e atos de repressão. Frutos desse mundo racializado e hierarquizante, os cursos da saúde seguem produzindo práticas de cuidado universalizantes, onde, se um método de avaliar a pele serve para o corpo branco servirá também para todos os demais sujeitos que compõem a sociedade. Tudo o que se produz no campo biomédico, de modo aparentemente desracializado, na verdade é racializado, na medida em que se direciona para a população branca, tomada como universal, ou "população em geral", como é mais recorrentemente referida na área da saúde (Muniz, 2021). Desse modo, esse texto se propõe a apresentar as particularidades da pele negra e possíveis caminhos para sua avaliação.

A pele, também chamada de tegumento, é formada por três camadas distintas, a epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo). A epiderme, camada mais externa da pele, é fina, não vascularizada e costuma se regenerar em quatro semanas. Sua função básica é manter a integridade das demais camadas da pele e atuar como barreira física. A epiderme possui quatro camadas distintas: a camada basal, a granulosa, a espinhosa e a camada córnea. Apresenta também melanócitos, células de Langerhans, células de Merckel e anexos cutâneos como os folículos pilosos, glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas e as unhas. A derme é a camada que sustenta a epiderme e é constituída por anexos cutâneos como vasos, nervos e músculos eretores do pelo. Mas ela não é um simples envoltório, ela participa ativamente da nutrição cutânea, da atuação do sistema imune pelo tráfego seletivo de células inflamatórias e regula o tônus muscular. Na derme, encontram-se elementos como: fibroblastos e colágeno, fibras elásticas, substância de fundo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, células inflamatórias, nervos, músculo liso e esquelético. A hipoderme é composta por tecido adiposo e conjuntivo, além de grandes vasos sanguíneos, nervos e vasos linfáticos. Ela está envolvida na termorregulação, provisão de energia, reserva nutricional e também papel cosmético (Van de Graaff, 2003; Toniollo, Bertolin, 2012).

A complexidade estrutural da pele com especificidades funcionais, confere a capacidade da mesma de executar: Funções metabólicas e de proteção contra agentes nocivos químicos, físicos ou biológicos; Regulação da temperatura; Síntese de vitamina D; Percepção sensorial; Identificação fenotípica de pessoas: características faciais e cor da pele; Comunicação, através de expressões faciais e emissão de sinais emocionais; Processo de cicatrização de feridas; Mostra de sinais que indicam o estado clínico da pessoa; Sofre modificações ao longo do desenvolvimento: sua aparência difere entre as faixas etárias, são influenciadas pelos hábitos de vida, ambiente e cultura (Jarvis, 2012).

A melanina (produzida por organelas especializadas chamadas melanossomos, que são produzidas pelos melanócitos) é o principal fator determinante da coloração da pele. São classificados dois tipos principais de pigmentos melânicos, sendo este eumelanina e feomelanina. A eumelanina é um pigmento insolúvel de cor preto/marrom e caracteriza a cor escura da pele, dos olhos e cabelos. Pessoas com pele clara têm uma quantidade baixa de eumelanina. A feomelanina apresenta coloração variando do vermelho escuro ao amarelo e é encontrado em pessoas ruivas (Oliveira, 2023). A presença em maior ou menor quantidade de melanina está relacionada a fatores evolutivos, onde os corpos de indivíduos que ocupavam regiões mais ensolaradas (África) produziam mais melanina para sua própria proteção, em comparação àqueles que ocupavam regiões mais frias e menos ensolaradas (Eurásia). Essa diferença passou a constituir parte da identidade desses indivíduos e a influenciar o modo como construíram suas sociedades, culturas e conjunto de símbolos e significados (Diop, 2023).

Não há diferença no número de melanócitos na pele negra, mas sim nas características dos melanossomos (estes são maiores, não agregados e degradados mais lentamente quando comparados aos da pele branca). Sua distribuição também difere, estando em toda a epiderme. A pele negra possui níveis menores de ceramidas e maior perda transepidérmica de água, além de um índice de 2,5 vezes maior de descamação espontânea que a branca, justificando maior surgimento de xerose nessa população. Os fibroblastos também são maiores, mais numerosos, bi ou multinucleados e hiper-reativos, o que, associado à diminuição constitucional da colagenase, explica a maior predisposição a queloides. Essas características protegem a pele negra dos efeitos da idade, retardando a atrofia da derme. Não há diferenças no tecido elástico (Alchorne *et al*., 2024).

Há também maior melanogênese nos negros e o conteúdo de melanina confere naturalmente fator de proteção solar (FPS) de 13,4 em comparação com 3,4 nos brancos. A melanina absorve a

radiação UV e a transforma em calor. Assim, além de promover coloração cutânea e capilar, a melanina age como filtro solar, difratando ou refletindo a radiação solar (Mota; Barja, 2006). A pele escura transmite 7,4% de raios ultravioleta B em comparação com 29,4% na pele clara, ou seja, aproximadamente quatro vezes menos raios UV atingem a derme superior, minimizando o fotoenvelhecimento e a propensão aos tumores cutâneos. Porém, como os raios UV deterioram o sistema de defesa, a pele negra também requer fotoproteção (Alchorne *et al*., 2024). A melanina protege a pele do envelhecimento precoce causado pela exposição ao sol também porque os indivíduos de pele negra apresentam maior número de camadas de células cornificadas e maior teor lipídico em comparação com as peles claras. Demonstrando possuir número maior e mais ativo de fibroblastos, feixes menores de fibras de colágeno e um maior número de macrófagos em relação à pele branca. Também na pele escura, o pH é mais baixo e com isso a pele se apresenta com o aspecto mais seco (Oliveira, 2023), indicando maior necessidade de hidratação.

Foi reconhecido que a variação do tom da pele pode afetar a detecção de lesões cutâneas. Muitos dos sinais e sintomas que os médicos e enfermeiros são educados a procurar durante o exame físico podem se apresentar de forma diferente dependendo do tom de pele do paciente (Oozageer Gunowa *et al*., 2018). O rubor (vermelhidão ou eritema) é um dos sinais clássicos de inflamação. Ocorre quando os vasos sanguíneos se dilatam, aumentando o fluxo sanguíneo e resultando na coloração avermelhada da pele. Mas será que todos os tons de pele ficam vermelhos a olho nu? O padrão vermelho clássico é universal?

Lester, Taylor e Chren (2019) descrevem uma situação de um paciente com uma erupção cutânea que foi subsequentemente diagnosticada como necrose epidérmica tóxica mas que esperou na sala de emergência por várias horas porque a vermelhidão "característica" que os dermatologistas buscam para fazer o diagnóstico pode ser sutil em pele negra. A falta de familiaridade com pele mais escura pode ter contribuído para o atraso no diagnóstico e

tratamento desse paciente. Este exemplo de disparidade no atendimento é alarmante, mas infelizmente não é raro.

O reconhecimento do eritema é algo complexo de ser realizado na pele muito pigmentada, especialmente se for um eritema discreto, sendo, portanto, imprescindível que os estudantes e profissionais da saúde sejam treinados para o reconhecimento dessas lesões em pele escura para que todos os pacientes possam receber o melhor atendimento possível. Em seu estudo, Britto (2022) investigou se os graduandos de medicina da maior universidade estadual da Bahia sabiam reconhecer lesões elementares de pele em pacientes de pele escura. Como resultado, dos quinze tipos de lesões apresentadas aos estudantes, apenas a hipocrômica, a placa e a pústula foram melhor identificadas na pele preta ou parda. Portanto, é necessário e premente repensar o ensino na saúde.

Em pessoas negras, a lesão ou inflamação da pele não aparece como o eritema igual à da pele mais clara. Em vez disso, em pessoas com tons de pele mais escuros, a lesão ou inflamação pode ocorrer como hiperpigmentação ou ligeiramente mais escura do que a pele ao redor. Alchorne *et al.* (2024) descrevem que na dermatite atópica, os indivíduos negros têm sete vezes mais chances de procurar atendimento que os brancos, e clinicamente, os memos possuem expressões diferenciadas de eritema em virtude da melanina de fundo, manifestando-se com placas marrom-avermelhadas, violáceas, cinzas ou intensamente hipercrômicas, em vez de vermelho vivo.

Oozageer Gunowa *et al.* (2018) apontam que pacientes com pele escura têm maior probabilidade de serem diagnosticados com lesões por pressão de categoria mais alta, independentemente do tipo de ambiente de assistência médica, devido à falta de avaliação precisa e identificação precoce. Somos treinados para buscar a "vermelhidão", mas ela pode não estar presente na pele escura e, portanto, não ser detectada na avaliação inicial.

De acordo com as diretrizes, uma lesão por pressão de estágio 1 é definida como pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável. Uma lesão por pressão de estágio 2 apresenta

perda parcial da espessura da pele, enquanto os estágios 3 e 4 apresentam perda total da espessura da pele. Em meados da década de 1990, os médicos e os membros da diretoria da *National Pressure Injury Advisory Panel* (organização profissional independente sem fins lucrativos dedicada à prevenção e ao gerenciamento de lesões por pressão) reconheceram a necessidade de que a definição do estágio 1 incluísse a aparência dessas lesões por pressão em pessoas com tons de pele escuros. Eles observaram que as avaliações que identificam uma lesão por pressão de estágio 1, como eritema e eritema não branqueável, nem sempre eram visíveis em pacientes com tons de pele escuros e, portanto, eram necessários outros indicadores (Black *et al*., 2023).

Na enfermagem, somos treinados para avaliar a pele testando a resposta de branqueamento da pele à leve pressão dos dedos. Ao avaliar uma lesão por pressão em estágio 1, você aplica uma leve pressão na pele; isso empurra temporariamente o sangue para fora da área subjacente, reduzindo o volume sanguíneo local e causando uma área de branqueamento ou clareamento. Se a pele parecer vermelha, azul ou arroxeada e não branquear, você pode classificar a área como uma lesão de pressão em estágio 1. Mas em pacientes de pele escura, o teste de branqueamento tem valor limitado. As maiores quantidades de melanina na pele podem tornar a mudança de cor invisível, apesar da mudança local no volume sanguíneo. Segundo Oozageer Gunowa *et al*. (2017), pessoas negras raramente apresentam a resposta de branqueamento, e o eritema pode ser difícil de detectar. Além disso, a irritação da pele de pessoas negras pode causar hiperpigmentação ou hipopigmentação, sem que a vermelhidão seja visível. Portanto, é importante reconhecer que existem diferenças e que a lesão por pressão de estágio 1 têm maior probabilidade de passar despercebida e se deteriorar para lesões graves (Oozageer Gunowa *et al*., 2018).

Até que se observe a evolução da condição para o estágio 2 (perda parcial da espessura da pele), a prevenção e/ou o tratamento geralmente não são implementados e as lesões que se instalam têm

um custo, não apenas um custo financeiro para as organizações, mas também custos associados à dor, debilitação e trauma psicológico para os pacientes e sua família. As consequências de as lesões por pressão em estágio inicial não serem detectadas e de as lesões por pressão piorarem sem as medidas preventivas usuais em pessoas de pele escura expõem a desigualdade racial profundamente arraigada nos serviços de saúde.

É importante destacar que não estamos falando de uma minoria populacional. Campbell-Stephens (2020) aponta que este debate engloba pessoas negras, asiáticas, pardas, de dupla herança, indígenas do sul global e/ ou que foram racializadas como "minorias étnicas"; globalmente, esses grupos representam atualmente aproximadamente 80% da população mundial. No Brasil, de acordo com o Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 55,5% da população brasileira se identifica como preta ou parda. Ou seja, estamos usando parâmetros de uma minoria para avaliar e cuidar de uma maioria populacional. Isso é um produto direto do eurocentrismo, supremacia branca e racismo, pois colocam a história particular e a realidade dos brancos como o conjunto de toda experiência humana, impondo suas realidades como sendo "universal" e hierarquicamente superior às demais. Apresenta o branco como se fosse a condição humana, enquanto todo não-branco é visto como um grupo específico, consequentemente, como um não-humano (Asante, 2014).

Oozageer Gunowa, Kwame e Debra (2024) apontam que para superar o desafio visual no reconhecimento precoce de eritema em populações com tons de pele escuros deve-se saber que o mesmo pode apresentar-se de modo marrom escuro, cinza ou com um tom violeta. Black, Dhoonmoon e Oozageer Gunowa (2023) também apontam que as avaliações clínicas precisam englobar outros indicadores de lesão e usar pistas visuais e táteis, como: a) Alterações na cor, que podem se apresentar como vermelhidão, escurecimento, clareamento ou descoloração cinza/azul/roxa; b) A pele pode parecer apertada, esponjosa ou brilhante; c) Mudança na

temperatura, por exemplo, calor inicial — que pode se tornar mais frio à medida que ocorre a morte do tecido; d) Mudança na consistência do tecido, por exemplo, endurecimento ou dureza; e) Dor, desconforto ou dormência na área afetada. É necessário ainda adicionar a audição como um dos sentidos valiosos na avaliação da pele. É preciso perguntar ao paciente sobre sua pele e ouvir sua perspectiva sobre o que eles consideram ser uma mudança em sua pele, por exemplo, rigidez, dor, inchaço e mudanças na sensação.

Danos não reconhecidos precocemente na pele de pessoas negras podem levar a períodos prolongados de internação hospitalar; deterioração do bem-estar físico e psicológico dos pacientes; aumento do risco de sepse e morte; e custos elevados para serviços de saúde. Portanto, há uma necessidade de melhorar as habilidades de avaliação da pele entre os profissionais da saúde, bem como orientações sobre a integração das melhores práticas de prevenção de lesão por pressão em todos os ambientes de atendimento onde os pacientes apresentam tons de pele diversos (Black *et al.*, 2023). Para Dhoonmoon *et al.* (2021), as desigualdades na saúde e as disparidades raciais ocorrem quando os profissionais de saúde, seja por meio de preconceitos explícitos ou implícitos, não avaliam, identificam e previnem adequadamente as lesões em uma pessoa negra.

É fundamental que a avaliação e qualquer tratamento subsequente sejam adaptados ao paciente e às suas necessidades desde o início. Uma avaliação adequada deve incluir a pele do paciente, incluindo seu tom de pele (Dhoonmoon *et al.*, 2023). Segundo Black, Dhoonmoon e Oozageer Gunowa (2023), estabelecer o tom de pele basal é uma parte importante da inspeção inicial da pele e da avaliação holística da ferida. Como as alterações da pele em pessoas negras não são observadas com rapidez suficiente, o uso de uma ferramenta de classificação validada, como a Skin tone tool (Dhoonmoon *et al.*, 2023), deve ser usada para promover uma avaliação precisa e identificação precoce de danos. O tom da pele pode ser determinado selecionando o tom que mais se aproxima da parte interna do braço do paciente, uma vez que

essa área geralmente recebe pouca luz solar e, portanto, representa a cor basal. A ferramenta abrange uma gama de tons de pele mais do que generalizações binárias de 'claro' e 'escuro', portanto, é mais útil para uso na prática. Isso é vital para que quaisquer alterações na pele do paciente possam ser monitoradas e identificadas precocemente.

Usar uma ferramenta para avaliar o tom de pele é mais eficaz do que pedir ao paciente para descrever seu próprio tom de pele. Particularmente em uma sociedade racista, onde se busca negar a negritude, ou onde o colorismo é um fato, por conta da miscigenação das raças, a autodescrição do tom de pele pode ser afetada. Também é importante notar que o tom de pele pode diferir em diferentes áreas do corpo. Lesões como queimaduras também podem afetar o tom de pele visível assim como as cicatrizações podem levar a mudanças na pigmentação, com a pele ficando em tons de bronzeado, marrom e roxo (Dhoonmoon *et al*., 2023).

Como a inspeção visual da pele por si só não é confiável, Black *et al*. (2023) e Black, Dhoonmoon e Oozageer Gunowa (2023) fornecem informações importantes para auxiliar na identificação de alterações cutâneas precoces, como: a) O tom de pele de referência deve ser estabelecido em uma área não frequentemente exposta à radiação ultravioleta; b) Use boa iluminação para ver a pele, colocando o paciente em uma posição em que a luz natural incida sobre a pele. Use uma lanterna para ver a pele. Evite luzes fluorescentes, pois elas podem emitir um tom azulado em tons de pele escuros; c) Limpe completamente a área a ser avaliada, e remova os fluidos corporais e os produtos de cuidados com a pele; d) Faça uso total dos sentidos - visão, tato, audição e até mesmo olfato; e) Compare a área da pele a ser avaliada com a área circundante não afetada; f) Compare a mesma área a ser avaliada com a lateralidade oposta quando possível; g) Compare a área da pele a ser avaliada com uma área alternativa não afetada; h) Para melhorar a avaliação visual, umedeça a pele com água para reidratar a epiderme e melhorar a inspeção (a pele escura geralmente é mais espessa e seca do que a pele clara); i) Pergunte

ao paciente sobre quaisquer alterações na pele, como dor, calor, inchaço, sensibilidade e coceira; j) Descreva as variações de cor usando um sistema objetivo e use uma tabela de cores, como a Skin tone tool (Dhoonmoon *et al*., 2023); l) A inspeção visual deve ser acompanhada de avaliação da temperatura, remova as luvas e apalpe a pele em áreas que possam ter sido expostas a pressão ou cisalhamento; m) A inspeção visual deve ser acompanhada de tecnologia visual aumentada quando possível, com a tecnologia de avaliação de umidade subepidérmica e a tecnologia de infravermelho de onda longa.

Waidley, Taylor e Shever-Doletzky (2024) desenvolveram um projeto de melhoria da qualidade para identificar lesões por pressão de estágio 1 em pacientes com tons de pele mais escuros. Os autores desenvolveram uma técnica que envolveu o uso de iluminação halógena (que produz luz branca nítida e com uma reprodução de cor excelente) e documentação de descobertas. Após a implementação da avaliação, as unidades participantes experimentaram uma redução de 6% no número total de lesão por pressão adquiridos nas unidades durante o período de implementação.

Dhoonmoon *et al.* (2023) acrescentam que não é incomum que a pele escura apresente manchas escuras relacionadas à idade nas palmas e solas dos pés, o que pode ser relevante ao examinar pacientes com pés diabéticos. A hiperpigmentação está associada ao processo de envelhecimento e, portanto, sabe-se que piora com o tempo. Portanto, estabelecer o tom de pele basal do paciente e monitorar quaisquer alterações é o mais indicado. Os autores supracitados destacam ainda ser importante que o profissional de saúde use a fotografia para registro e monitoramento de uma lesão, em vez de como uma ferramenta de diagnóstico, sempre que possível.

A escala de Braden é uma das ferramentas mais amplamente usadas para prever o risco de lesão por pressão. Lyder e colegas (1998) e Bergstrom e Braden (2002) forneceram dados de que a pontuação 18 na Escala de Braden é válida para analisar diversos

tons de pele, incluindo adultos negros e latinos/hispânicos. Mas é importante observar que as ferramentas padrão de avaliação de risco para lesão por pressão geralmente dependem da inspeção visual e da categorização do tom de pele. No entanto, essas ferramentas podem não capturar adequadamente os fatores de risco e as características específicas da pele escura. Como resultado, a precisão da avaliação de risco pode ser comprometida, levando a medidas preventivas insuficientes em pacientes com tons de pele escuros.

Black *et al*. (2023) também chamam a atenção para o processo de cura de uma lesão por pressão, que inclui hemostasia, inflamação, proliferação e maturação envolvendo vários mecanismos moleculares. Em pacientes com tons de pele escuros, as lesões em cura e especialmente a pele ao redor podem parecer diferentes do que em pacientes com tons de pele mais claros. Por exemplo, a hipopigmentação de tecido recém reepitelizado pode ser visível nas margens da ferida de uma lesão por pressão de espessura total em cicatrização em pacientes com tons de pele escuros.

Outra dificuldade de avaliação da pele escura diz respeito à cianose periférica, que se torna aparente quando a demanda de oxigênio excede o suprimento nos tecidos. Como a cianose periférica pode representar os sinais iniciais de condições médicas graves, sua detecção eficaz por profissionais de saúde desempenha um papel importante na prevenção do pior do quadro. Em pacientes de pele clara, a cianose se apresenta como uma tonalidade azulada escura na pele e nas membranas mucosas, mas em pacientes de pele escura, a cianose pode se apresentar como pele acinzentada ou esbranquiçada ao redor da boca, e as conjuntivas podem parecer cinza ou azuladas. Em pacientes com pele amarelada, a cianose pode causar um tom de pele acinzentado-esverdeado (Sommers *et al*., 2008). Baranoski, Leeuwen e Chen (2017) apontam que o grau de dificuldade de detecção imposto pela pigmentação cutânea pode ser consideravelmente atenuado pela seleção do local apropriado da pele para realizar as observações, sendo recomendado observar a cianose periférica nas membranas mucosas (lábios, gengivas, ao redor dos olhos) e leitos ungueais.

Outro debate ausente na formação em saúde dentro da avaliação da pele negra relaciona-se à análise dos hematomas. Sommers *et al*. (2008) relata que em exames forenses de agressão sexual sugerem que mulheres negras tem uma prevalência menor de lesões genitais após estupro do que mulheres brancas. A prevalência de lesões genitais em mulheres de pele escura provavelmente é subnotificada devido à dificuldade de ter as lesões identificadas em suas peles, produzindo uma disparidade em saúde. Essas descobertas são particularmente importantes, dado o papel das evidências forenses no sistema de justiça criminal. Mulheres cujos ferimentos são documentados durante o exame forense têm melhores resultados judiciais em todas as etapas dos procedimentos de justiça criminal do que mulheres sem ferimentos documentados. Aquelas com ferimentos documentados têm mais probabilidade de denunciar estupro à polícia, mais probabilidade de registrar acusações, mais probabilidade de ter seus casos processados e mais probabilidade de ter os acusados condenados.

Scafide *et al*. (2021) discutem sobre como identificar na pele negra os hematomas em seus vários estágios durante a assistência em saúde. Nesse contexto, os enfermeiros se beneficiariam de uma ferramenta válida e confiável para dar suporte à documentação de hematomas no ambiente clínico. Os padrões recomendados para avaliar e documentar clinicamente um hematoma incluem registrar seu tamanho (ou seja, comprimento e largura), aparência (ou seja, forma, padrão, localização, cor, margens) e presença de dor ou endurecimento. No entanto, documentar a aparência variável desses ferimentos usando descritores qualitativos é subjetivo. Até o momento, documentar a visibilidade do hematoma é tipicamente limitado a termos descritivos, como "fraco", "difícil de ver", "perceptível" ou "óbvio". Embora exista um conjunto de pesquisas sobre instrumentação usada para medir com precisão o tamanho e a cor de hematomas, faltam escalas quantitativas para avaliar a visibilidade de hematomas in vivo.

Para Pusey-Reid *et al.* (2023), no caso de lesão e trauma, à medida que a equimose (hematoma) se desenvolve no tom de pele

escuro, a área se torna mais escura do que o tecido circundante, e a palpação pode revelar desconforto e edema que devem levar a um exame mais aprofundado.

Em seu trabalho inicial, a enfermeira Katherine Scafide identificou os melhores comprimentos de onda de luz para visualizar hematomas em diversos pacientes, usando uma fonte de luz alternativa, ou uma fonte de luz que emite uma largura de banda ou cor de luz específica. Por exemplo, Scafide descobriu que a luz violeta e azul, usada com óculos amarelos pode detectar hematomas em pele mais escura até cinco vezes mais facilmente do que a luz branca tradicional, usada em salas de exame. Esta tecnologia foi desenvolvida originalmente para investigações forenses de cena de crime para identificar evidências difíceis de ver. Scafide também criou e testou uma escala para permitir que enfermeiros classifiquem a visibilidade de hematomas. No futuro, ela espera explorar a melhoria de ferramentas de luz alternativas disponíveis para torná-las mais leves e mais facilmente portáteis. Ela também vê aplicações potenciais para tecnologia de luz alternativa para melhorar a identificação de lesões por pressão (Benjamin, Giuliano, 2023).

Alchorne *et al*. (2024) afirmam haver variações na pele negra que podem ser confundidas com anormalidades. Por outro lado, algumas dermatoses são mais frequentes ou praticamente exclusivas dos negros e outras apresentam-se de maneira particular, com características inerentes à intensa pigmentação e à tendência a padrões peculiares de reação. Essas particularidades requerem habilidade para o reconhecimento e o manuseio apropriado. Por isso, estudar sobre a pele negra nos cursos de formação é uma condição essencial para ofertar um cuidado equânime em saúde.

Há uma escassez na literatura sobre a avaliação e o reconhecimento precoce de problemas tegumentares comuns e sérios em pessoas com tons de pele escuros (Alchorne *et al*., 2024). Os livros da área médica geralmente não têm imagens de pessoas com tons de pele escuros, especialmente em seções sobre avaliação

da pele. Em um estudo de imagens de livros didáticos, os pesquisadores relataram que as imagens não se aproximavam da distribuição do tom de pele da população dos EUA, citando uma estimativa de 2012 de que 63,4% da população tinha tom de pele claro e 11% tinha tom de pele escuro. Os pesquisadores notaram que a porcentagem de indivíduos por tom de pele em imagens de livros didáticos médicos era de 4,5% para tom de pele escuro e 74% para tom de pele claro. Não foi encontrado tais estudos na literatura de enfermagem (Pusey-Reid *et al.*, 2023). A falta de representação de pessoas negras em recursos educacionais e de aprendizagem de saúde exacerba ainda mais as desigualdades existentes no cuidado em saúde.

Lester, Taylor e Chren (2019) afirmam que se há uma escassez de material ensinado, então estereótipos podem dominar. Dessa forma, a falta de diversidade em imagens pode contribuir para disparidades.

Pessoas negras enfrentam desigualdades nos serviços e cuidados de saúde, essas disparidades têm diversas origens, muitas das quais estão profundamente enraizadas nas políticas e estruturas da sociedade, incluindo os sistemas de educação e os serviços de saúde. A formação dos profissionais de saúde frequentemente está marcada pela falta de treinamento adequado sobre as variações na aparência da pele, incluindo a pele negra (Ferreira *et al*., 2013). Isso é evidente nos currículos de enfermagem que não abordam suficientemente como as condições de saúde se manifestam em diferentes tipos de pele, partindo sempre de um sujeito universal do cuidado, que é branco. Conforme destacado por Pusey-Reid *et al*. (2023), a ausência dessa perspectiva na formação pode limitar a capacidade dos profissionais de reconhecer e tratar de forma eficaz as condições de saúde em pacientes negros.

A pele negra possui particularidades que podem influenciar a apresentação e a progressão de condições de saúde, reconhecer e entender essas diferenças é essencial para fazer diagnósticos mais precisos e oferecer um cuidado adequado. De acordo com

Oozageer Gunowa *et al*. (2021), durante a graduação em enfermagem, é essencial que o currículo inclua a formação sobre as especificidades da pele negra para preparar os futuros profissionais de saúde e oferecer um atendimento de qualidade, integral e equânime. Dessa forma, a formação contínua e o acesso a recursos educativos sobre essas questões são essenciais para que os profissionais desenvolvam planos de cuidado mais eficazes e adaptados às necessidades individuais dos pacientes (Pusey-Reid *et al*., 2023).

PROPOSTA DIDÁTICA

Segundo Dhoonmoon *et al*. (2021), a educação fornecida aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, com relação à avaliação de pele das pessoas com cores diferentes do branco, infelizmente, não existe. Por isso, essa prática pedagógica propõe a vivência da aprendizagem, baseada em simulação, onde os estudantes exploram a interação, observação e ação com pacientes em ambientes realísticos. Para Rohrs *et al.* (2017), a simulação possibilita ao estudante experiências formativas nas diversas situações clínicas baseadas em fatos reais e em ambiente seguro, possibilitando ao mesmo um raciocínio clínico, desempenho prático, aquisição de habilidades e melhoria na comunicação entre a equipe multiprofissional e o paciente.

A atividade deve iniciar com uma abordagem teórica sobre pele, definição de lesão por pressão, fisiopatologia, fatores para o desenvolvimento, estadiamento, realização de curativos e acompanhamento de cicatrização, através de aula expositiva. Em seguida, o professor deve apresentar aos estudantes imagens de lesão por pressão em estágio 1 em pessoas brancas e negras e fomentar o debate em sala de aula, pedindo que analisem semelhanças e diferenças das imagens, facilidades e dificuldades na avaliação, guiando-se pelos sinais cardinais clássicos da inflamação (Calor, Rubor, Edema, Dor). Em seguida, o professor pode apresentar a Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023,

sobre Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão, onde se lê um único parágrafo sobre a pele negra:

> Avaliação criteriosa e específica para peles negras, levando em consideração a pluralidade de cores de pele associada aos níveis de melanina, pois o eritema inicial (lesão por pressão estágio 1) da lesão por pressão pode não ser tão facilmente identificado. Nestes casos, acionar medidas adicionais como a avaliação de mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) da pele (Anvisa, 2023, p. 12).

Outro material que pode ser discutido é a reportagem intitulada "A pele negra não deve ser vista como um desafio na prática assistencial", de novembro de 2024, divulgada pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Essa associação foi fundada em 1992, mas só possui em seu site oficial essa única reportagem sobre a pele negra. O professor deve então fomentar os estudantes a refletirem sobre essas ausências de informações sobre o cuidado da pele negra em um país de maioria preta e parda, e como isso se reflete nos processos de cuidar.

Posteriormente, o professor pode apresentar iniciativas que tentam suprir essas lacunas de materiais didáticos sobre a pele negra. Em 2012, foi lançado o livro "VisualDx: Essential Dermatology in Pigmented Skin", que apresenta mais de 700 ilustrações coloridas, retratando as apresentações distintas de doenças de pele em adultos e crianças com pele escura pigmentada. Em 2024, foi lançado no Brasil o livro "Dermatologia para Pele Negra" sob a liderança da Dra. Katleen da Cruz Conceição. Recentemente, Malone Mukwende, um estudante de medicina da Universidade de Londres, criou um guia intitulado "Mind the Gap" (2019/2020), que compara imagens de doenças cutâneas e sistêmicas lado a lado em tons de pele escuros e claros. Ele também contém um guia que elucida maneiras de descrever fenótipos em diferentes tons de pele de uma forma antirracista. No Instagram, é

possível acompanhar a página "Brown Skin Matters", que se dedica a postar fotos de várias condições de pele em pessoas de cor, e a página "Ebereillustrate" onde Chidiebere Ibe, um estudante de medicina nigeriano e também ilustrador, disponibiliza ilustrações médicas com pessoas negras em resposta ao uso de pessoas brancas na grande maioria dessas ilustrações e na esperança de promover a diversidade no treinamento médico. Por fim, há ainda a *Skin of Color Society* (SOCS), uma organização dermatológica dedicada e comprometida com a educação de profissionais de saúde e do público em geral em questões de saúde dermatológica relacionadas à pele negra.

Posteriormente, deve ser apresentada aos estudantes um caso clínico, sendo descrita a situação hipotética de pacientes negros em estágios diferentes de lesão por pressão, durante internamento hospitalar. Em seguida, as maquiagens realísticas são apresentadas a fim de estimulá-los a desenvolver o pensamento clínico diante das lesões em pele negra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente a necessidade de se avançar na formação de profissionais capacitados para reconhecer as particularidades da pele negra, evitando que vieses e a falta de preparo resultem em diagnósticos tardios ou imprecisos. A integração de práticas de avaliação inclusivas e aulas expositivas com o uso de metodologias ativas são passos importantes para o processo de formação. É fundamental que as instituições de saúde invistam em capacitações contínuas e recursos adequados, como imagens e ilustrações de pele negra em materiais didáticos e ferramentas de avaliação. Isso contribui para que enfermeiros e outros profissionais estejam aptos a identificar sinais clínicos com precisão em diferentes tons de pele, melhorando o diagnóstico e as intervenções precoces.

A adoção de uma abordagem centrada na diversidade na avaliação da pele também auxilia na construção de uma relação de confiança com o paciente, valorizando sua individualidade e

promovendo um ambiente de cuidado acolhedor e respeitoso. Esse cuidado adaptado reforça o compromisso com a equidade em saúde, uma vez que garante o atendimento de qualidade a pessoas de todos os grupos raciais e étnicos.

Em última análise, o fortalecimento de práticas específicas para a pele negra beneficia não só o paciente individualmente, mas também o sistema de saúde como um todo, ao reduzir complicações decorrentes de avaliações imprecisas e promover um modelo de atendimento mais inclusivo e eficaz. Esse movimento é essencial para garantir que as diferenças biológicas e culturais sejam respeitadas e que todos os pacientes recebam um cuidado igualitário e de alta qualidade, livre de desigualdades históricas e preconceitos.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa n. 05/2023. Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao/view.

ALCHORNE, M.M.A. *et al*. Dermatology in black skin. **An. Bras. Dermatol.,** 99, p:327–41, 2024.

ASANTE, M.K. **Afrocentricidade**: A teoria da mudança social. Afrocentricidade Internacional, Rio de Janeiro, 2014.

BARANOSKI, G.V.G.; LEEUWEN, S.R.V.; CHEN, T.F. On the Detection of Peripheral Cyanosis in Individuals with Distinct Levels of Cutaneous Pigmentation. **Annu Int. Conf. IEEE Eng. Med. Biol. Soc.**, p:4260-4264, 2017.

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

BENJAMIN, E.; GIULIANO, K.K. Improving Bruise Detection in Patients with Dark Skin Tone. **AJN, American Journal of Nursing**. v. 123, n. 7, p:46 – 47, 2023.
BERGSTROM, N.; BRADEN, B.J. Predictive validity of the Braden Scale among Black and White subjects. **Comparative Study**. 51(6):398-403, 2012.
BLACK, J.; DHOONMOON, L.; OOZAGEER GUNOWA, N.. Pressure ulcers and skin tone. 2023. Disponível em: https://woundsinternational.com/made-easy/pressure-ulcers-and-skin-tone/.
BLACK, J. *et al*. Current perspectives on pressure injuries in persons with dark skin tones from the National Pressure Injury Advisory Panel. **WCET® Journal**;43(3):18-29, 2023.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
BRITTO, M.T.S.L. **Identificação de lesões elementares na pele negra por estudantes de medicina**. 43p. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Ciências da Vida. Universidade do Estado da Bahia. Salvador, 2022.
CAMPBELL-STEPHENS, R.. **Global Majority**: Decolonising the language and reframing the conversation about race. 2020.
CONCEIÇÃO, K.C.; BARRAZA, L.L.; ARAUJO, A.C.G. **Dermatologia para Pele Negra**. Editora Manole Saúde, 2024.
DHOONMOON, L. *et al*. International Consensus Document: Wound care and skin tone signs, symptoms and terminology for all skin tones. 2023. **Wounds International**. Disponível em: https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-care-and-skin-tone-signs-symptoms-and-terminology-for-all-skin-tones/ Acesso em dez 2024.
DIOP, A. **A unidade Cultural da África Negra**: Esferas do Patriarcado e do Matriarcado na Antiguidade Clássica, Editora Ananse. 2023.

DHOONMOON, L. *et al*. **Best Practice Statement**: Addressing Skin Tone Bias in Wound Care: Assessing Signs and Symptoms in People with Dark Skin Tones. London: Wounds UK, 2021.
FERREIRA, A.M. *et al*. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 211-219, 2013.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -. Cor ou raça. [Online] 2022. Disponível em: https://educa.ibge.
gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html. Acesso em: 17 mar. 2023.
JARVIS, C. **Exame Físico e Avaliação de Saúde para Enfermagem**. 6. ed. Trad.: Denise Costa Rodrigues. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
LESTER, J. C.; TAYLOR, S. C.; CHREN, M. M. Under-representation of skin of colour in dermatology images: not just an educational issue. **British Journal of Dermatology**. 180, pp. 1521-1522, 2019.
LUGO-SOMOLINOS, A. *et al*. **VisualDx**: Essential Dermatology in Pigmented Skin. Editora: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
LYDER, C. H. *et al*. Validating the Braden Scale for the prediction of pressure ulcer risks in blacks and Latino/Hispanic elders: A pilot study. **Ostomy Wound Management**, v. 44, n. 3A, suppl., p. 42S-49S, 1998.
Mind the Gap. Black & brown skin. S.d. Disponível em: https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap. Acesso em dez 2024.
MITTAG, B.F. *et al*. Cuidados com lesão de pele: ações da enfermagem. **Estima** [Internet], v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017.
MOTA, J.P.; BARJA, P.R.. Classificação de fototipos de pele: Análise fotoacústica versus análise clínica. **X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba. 2006.
MUNIZ, T. P.. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; ROCA, Alejandra (org). **Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas**: saberes,

práticas e desigualdades/ Organização. Brasília, DF: ABA Publicações, 2021. 362 p.
OLIVEIRA, A.C. **Revisão Bibliográfica**: A eficácia do potencial fotoprotetor em diferentes tipos de pele com ênfase na pele negra. 82p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2023.
OOZAGEER GUNOWA, N. *et al*. Pressure injuries and skin tone diversity in undergraduate nurse education: qualitative perspectives from a mixed methods study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, n. 11, p. 4511-4524, 2021.
OOZAGEER GUNOWA, N. *et al*. Pressure injuries in people with darker skin tones: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 17-18, p. 3266-3275, 2018.
OOZAGEER GUNOWA, N. *et al*. Pressure injuries in people with darker skin tones: A literature Review. **J. Clin. Nurs**., p:1–10, 2017.
PUSEY-REID, E. *et al*.. Skin assessment in patients with dark skin tone. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 123, n. 3, p. 36-43, 2023.
ROHRS, R.M.S. *et al*. Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** UFPE on line., v. 11(Supl. 12), p: 5269-74, 2017.
SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R.. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 355-358, 2011.
SCAFIDE, N.K. *et al*. Development and Pilot Analysis of the Bruise Visibility Scale. **SAGE Open Nurs**, v. 7, p:1-6, 2021.
SCHUCMAN, L.V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana (tese). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012. 122p.
SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia. A pele negra não deve ser vista como um desafio na prática assistencial. 2024. Disponível em: https://sobest.com.br/a-pele-negra-nao-deve-ser-vista-como-um-desafio/
SOMMERS, M.S. *et al*. Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin color a source of health disparity?

The American Journal of Emergency Medicine, v. 26, n.8, p:857-866, 2008.
TONIOLLO, C.L.; BERTOLIN, T.E. Úlcera venosa crônica: um relato de caso. **RBCEH**. Passo Fundo, v.9, n.3, p. 417-425, set/dez. 2012.
VAN DE GRAAFF, K.M. **Anatomia Humana**. Barueri: Manole, 2003.
WAIDLEY, M.; TAYLOR, N.; SHEVER-DOLETZKY, L.L. Detecting Early-Stage Pressure Injury in Patients With Dark Skin Tones Using an Enhanced Physical Assessment Technique and Halogen Lighting. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**, 51(1):26-31, 2024.

A INSEGURANÇA TEM COR? DEBATE SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE E AS QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS

Emanoelle Silva Santos[1]
Estefane de Souza da Silva[2]
Jaiana Nascimento Souza Santos[3]
Lorena Fortuna Santos Rastely[4]
Mábia Sousa Neves Trindade[5]
Suiane Costa Ferreira[6]

Este capítulo busca fomentar o debate sobre o cenário da segurança do paciente e seu imbricamento com as questões raciais, sendo esta uma temática pouco explorada dentro da saúde.

[1] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: emanoellesantos7077@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/5601427293199644.
[2] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Bolsista de Iniciação Científica do Programa Afirmativa-Fiocruz/Ba. Estudante-Pesquisadora do Grupo de Estudos dos Riscos, Segurança e Qualidade em Saúde (RISQUES). E-mail: souzaestefane24@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1806626585777170.
[3] Enfermeira, Pós-graduanda em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: jaiananascimento@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8793808458770747.
[4] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Pesquisadora no Grupo de Estudo dos Riscos, Segurança e Qualidade em Saúde da UNEB (RISQUES). E-mail: enf.lorenarastely@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8915844564670601.
[5] Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNEB. Especialista em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente e em Auditoria dos Serviços de Saúde. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: mabianeves.27@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5481085569819719.
[6] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

A segurança do paciente se refere à prevenção de eventos adversos (EA) associados aos cuidados de saúde. É um aspecto crítico da qualidade na assistência em saúde, que se concentra em garantir que os pacientes recebam cuidados seguros, eficazes e de alta qualidade (Brasil, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o movimento mundial em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século 20, após a publicação do relatório 'Errar é Humano' do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais vítimas de eventos adversos naquele período no país. O documento do IOM apontou ainda que, a ocorrência de EA, representava também um grave prejuízo financeiro. Os gastos anuais decorrentes de eventos adversos foram estimados entre 17 a 29 bilhões de dólares anuais. Nesse mesmo período, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta (Brasil, 2014). A partir de então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o tema da segurança do paciente como assunto de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros (Olinda *et al.*, 2019).

No ano de 2004, foi criada pela OMS, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, programa esse que tinha entre os seus objetivos o desenvolvimento de uma conscientização e a conquista de um compromisso político, através do lançamento de programas e campanhas internacionais que reunissem recomendações destinadas a garantir à segurança dos pacientes ao redor do mundo.

No Brasil, a partir dos anos 2000, várias ações específicas no campo da segurança do paciente foram desenvolvidas, como por exemplo, a rede sentinela, que de acordo com a Portaria nº 777/2004, é composta de instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Na forma de projeto, foi inicialmente voltada

para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós), funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde do trabalhador e consequentemente dos pacientes (Brasil, 2013).

Porém, o grande marco para a segurança do paciente no Brasil se deu através da promulgação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP é uma iniciativa que visa garantir a segurança dos pacientes durante a prestação de cuidados de saúde em todas as instituições em território brasileiro. Este programa estabelece protocolos e guias com base em seis metas principais, que são conhecidas como as metas internacionais de segurança do paciente, sendo elas: realizar a identificação correta do paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; maximizar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; assegurar a realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e de lesão por pressão (Brasil, 2013).

Em continuidade às diretrizes do PNSP, várias ações foram sendo desdobradas, entre elas, a regulamentação da RDC nº 36/2013, que tem como objetivo instituir ações que promovam a segurança do paciente nos serviços de saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada (Brasil, 2013). Nesse sentido, a RDC descreve ações para nortear sua implementação, como o fortalecimento de uma cultura de segurança, visto que este deve ser um processo contínuo e não apenas de práticas pontuais. Além disso, estabelece a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por promover e executar ações do Plano de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, a partir de um funcionamento sistemático, no qual são estabelecidos

protocolos, monitoramentos e avaliações contínuas para garantir a eficácia das ações implantadas (Brasil, 2013).

Contudo, apesar dos inúmeros esforços e ações estratégicas voltadas à segurança dos pacientes implementadas ao longo dos anos, persistem lacunas significativas e questões fundamentais a serem abordadas. Segundo os dados do relatório de incidentes relacionados à assistência à saúde, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre os meses de janeiro a dezembro de 2023 no Brasil, foram notificados 368.895 mil incidentes no sistema NOTIVISA, um sistema desenvolvido pela ANVISA, para receber notificações de incidentes e queixas técnicas, relacionados à assistência em saúde. Desses dados, quando estratificados a níveis regionais, o Nordeste registrou um total de 90.786 mil incidentes notificados nesse mesmo ano. A Bahia registrou 16.256 mil notificações entre os meses de janeiro a dezembro do mesmo ano, ocupando o segundo maior número de notificações da região nordeste e representando 4,4% dos incidentes notificados a nível Brasil. Deste modo, considerando que a Bahia possui uma população de 14.850.513 milhões de pessoas das quais 80,8% se autodeclararam pretas ou pardas (IBGE, 2022), é preocupante que, apesar do expressivo número de incidentes notificados ao NOTIVISA, inexista um recorte racial nos dados oficiais.

Souza, Araújo e Silva Filho (2024) lembram que o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos sistemas de informação implica a construção de uma base de dados de qualidade, com possibilidade de estratificação e análise aproximada da realidade.

Em relação ao número de notificações de complicações dos cuidados médicos e cirúrgicos (CID-10, Y60-Y69) e dispositivos médicos de uso terapêutico e diagnóstico (CID-10, Y70-Y82), registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período de 2010 a 2023, observa-se um crescimento desde o início do período até atingir seu pico em 2014, com 7.892 casos (Brasil, 2024). Após esse pico, há uma

tendência de queda nos registros, o que pode indicar uma melhora no planejamento e nas ações das instituições de saúde para a prevenção desses acidentes/incidentes. Alternativamente, essa tendência pode refletir também um aumento nas subnotificações (Coelho; Rosa, 2023).

Ao analisar separadamente as notificações relacionadas a complicações decorrentes de cuidados médicos e cirúrgicos, bem como de dispositivos médicos de uso terapêutico e diagnóstico, segregadas por raça/cor, observamos que, até 2014, com 3.441 casos, a maioria dos eventos relacionados a cuidados médicos e cirúrgicos envolvia predominantemente a população branca (39,78%). Após essa data, a população negra passou a ser a principal vítima, representando 55,73% dos 2.867 casos em 2023. É importante destacar que a frequência de registros com a informação "sem informação" também diminuiu após 2014, o que indica que a falta de coleta do quesito raça/cor pode ter distorcido o perfil real do período anterior a 2014 (Brasil, 2024). Já em relação aos eventos com dispositivos médicos de uso terapêutico e diagnóstico, para todo o período, a população branca é a principal vítima. Contudo, à medida que os dados se tornam mais qualificados, a diferença entre a população negra e branca diminui (Brasil, 2024).

Nesse contexto, Chauhan *et al.* (2020) e VanGompel *et al.* (2022) confirmam que a disparidade nos cuidados de saúde entre pacientes negros é uma questão alarmante, impactando tanto a qualidade, quanto a segurança desses cuidados, incluindo o preenchimento de dados relacionados a raça/cor nos formulários de notificações de eventos adversos das instituições de saúde. Essa informação quando negligenciada culmina na escassez de dados oficiais, pois como afirmam Burton *et al.* (2022), a implementação de sistemas de relatórios de segurança do paciente dependem de relatórios humanos, o que pode interferir na sua eficácia e na clareza das informações.

Flores e Ngui (2006) realizaram uma pesquisa de revisão no Medline, de 1966 até 2006, sobre as disparidades raciais/étnicas na

segurança do paciente pediátrico e encontraram taxas mais altas de traumas e infecções de recém-nascidos atribuíveis a cuidados médicos negligentes.

Chang *et al*. (2008) afirmam em seu estudo que a ocorrência de eventos adversos deve ser aleatória e não deve ter um padrão identificável entre grupos de idade, gênero e raça em trauma, porque os serviços de trauma são projetados para ser um sistema de acesso igualitário. Contudo, os autores descobriram que pacientes negros tinham aproximadamente 20% mais probabilidade do que pacientes brancos de vivenciar um evento de segurança do paciente, mesmo depois de controlar a gravidade da lesão e a comorbidade da doença.

Em 2017, pesquisadores do Urban Institute — um centro de estudos em Washington/EUA —, analisaram pacientes em 26 estados, buscando compreender as disparidades raciais na qualidade do atendimento hospitalar, usando 11 indicadores de qualidade de segurança do paciente que medem as taxas de eventos adversos de segurança do paciente ou doenças ou lesões adquiridas em hospitais. Quatro dessas medidas tratavam de questões gerais de segurança assistencial, como taxas de lesão por pressão e quedas hospitalares com fraturas de quadril. Os outros sete envolveram segurança cirúrgica, incluindo hemorragia, infecções pós-operatórias e taxas de insuficiência respiratória. Como resultado, para 6 de 11 indicadores de segurança do paciente os pacientes negros experimentaram uma qualidade de atendimento significativamente pior em relação aos pacientes brancos (Gango Padhyaya, 2021).

Piccardi *et al*. (2018), Sockwell *et al*. (2019) e Chauhan *et al*. (2020) expõem nas suas pesquisas que pacientes negros são mais suscetíveis a disparidades raciais nos quantitativos de eventos adversos, tanto na atenção primária, quanto na hospitalar e nas unidades pediátricas. Assim como Becker *et al*. (2011), Fleming-Dutra *et al*. (2014) e Metersky *et al*. (2011) abordam em seus estudos que os pacientes negros sofrem com desigualdades nos atendimentos e ameaças à sua segurança devido a administração

de medicamentos e procedimentos de saúde como diagnósticos e monitoramentos inadequados, incidentes, considerados evitáveis. Becker *et al.* (2011) também pontuam que pacientes negros recebem tratamento menos adequado para dor em comparação com pacientes brancos.

Fleming *et al.* (2014) similarmente descreveram que as crianças negras com diagnóstico de otite média têm menor probabilidade de receber antibióticos de amplo espectro em comparação às crianças brancas, além de relatar que crianças negras têm maior dificuldade de serem diagnosticadas com otite média, em confrontação com suas contrapartes brancas, ainda que apresente os mesmos sintomas.

O estudo realizado por Metersky *et al.* (2024) destaca uma questão importante sobre a desigualdade no diagnóstico, assistência em saúde e análise proativa de um possível evento adverso, exemplificando os casos das lesões por pressão em pessoas negras. Devido à tonalidade mais escura da pele, e olhar direcionado dos profissionais envolvidos no cuidar para os sinais clássicos da pele branca, como o eritema, essas lesões podem ser mais difíceis de detectar nas fases iniciais, quando ainda podem ser tratadas de forma mais eficaz (Li Y *et al.*, 2011). Essas condições aumentam o risco de agravamento das lesões, o que contraria a sexta meta internacional de segurança do paciente, que visa reduzir a incidência de lesão por pressão. Esse exemplo reflete uma lacuna no sistema de saúde, que frequentemente baseia suas diretrizes de diagnóstico e tratamento em características observadas em pacientes de pele branca, negligenciando as necessidades específicas de grupos raciais e étnicos. Essa indiferença resulta em um maior risco de complicações e eventos adversos (Li Y *et al.*, 2011).

Williams e Priest (2015) discutem que os modelos que buscam explicar os fatores que impactam a saúde e segurança desses pacientes apresentam lacunas ao não considerar o racismo em todo o processo e, assim, não captam todas as complexas interações. Os pesquisadores defendem que aspectos socioeconômicos e o racismo representam causas fundamentais da saúde e que tais condições são

moldadas por forças macrossociais. Estas variáveis influenciam fortemente a experiência do paciente no sistema de saúde, porém, são constantemente negligenciadas na formulação de políticas de saúde e nas práticas de segurança (Myrtede *et al*., 2024). Deste modo, discutir a intersecção entre segurança do paciente e raça se torna imprescindível, pois, os estudos demonstram que pacientes negros enfrentam desigualdades na qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Chauhan *et al*., 2020).

Ao refletir sobre o impacto do racismo na segurança do paciente, é possível compreender que ele se manifesta na invisibilização das desigualdades raciais nos sistemas de saúde, reforçando barreiras no acesso a cuidados de qualidade e perpetuando danos à saúde da população negra. A falta de informações raciais nos relatórios de segurança do paciente limita a compreensão da dimensão das desigualdades raciais nesse contexto, ocultando os impactos desproporcionais sobre a população negra.

Para Howel e Zeitlin (2017) e Myrtede *et al.* (2024), a integração de variáveis como raça, etnia e cultura nas estratégias de segurança e qualidade permitiria um cuidado mais personalizado, focado nas necessidades específicas de cada grupo. Além disso, ajudaria a identificar e mitigar os riscos de segurança que afetam de maneira desproporcional determinados grupos, promovendo um sistema de saúde mais inclusivo e justo. Portanto, apesar dos esforços mundiais para prevenir eventos adversos, observa-se uma falta de atenção às disparidades raciais que ocorrem na segurança da prestação de serviços de saúde a pacientes negros, que se refletem também na escassez de estudos e dados sobre o tema (Burton *et al*.,2022).

PROPOSTA DIDÁTICA

Para Bohomol (2019), a formação dos estudantes de saúde envolve um processo complexo, composto por diversas variáveis que incluem diferentes abordagens pedagógicas, uma variedade de

conteúdo, a constante reflexão sobre as informações do mundo real e a análise crítica dos métodos de ensino, indo além dos recursos estruturais presentes em cada instituição. Contudo, diante da complexidade que o tema segurança do paciente se insere, Wegner *et al*. (2018) defendem que a segurança do paciente deve ser discutida e, sobretudo, compreendida desde o período formativo, e para tal devem ser utilizadas metodologias capazes de suscitar o pensamento crítico e reflexivo dos estudantes.

Importante lembrar que essa perspectiva é abordada pelo Ministério da Saúde (MS) desde o lançamento da Portaria n.529 de 2013, que institui o PNSP, ao orientar, em um dos seus objetivos específicos, a relevância da inclusão do tema "segurança do paciente" no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde.

Porém, para atingir o objetivo proposto pelo MS, Gomes *et al.* (2018) ressaltam que é imprescindível que se façam revisões críticas dos currículos e metodologias dos educadores para incluir nos procedimentos aplicados ao ensino-aprendizagem, atividades, desenvolvimento de competências e habilidades voltadas à segurança do paciente, que nesse capítulo vêm sendo discutida pelo viés étnico-racial, com ênfase na adoção de estratégias que colaborem para a construção de um raciocínio crítico para as especificidades e vulnerabilidades que estão expostas as pessoas negras usuárias dos serviços de saúde no Brasil.

Por isso, diante desse panorama trazemos sugestões didáticas adaptadas a partir da diretriz proposta pelo Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CPSI) intitulada: "The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions" (2020), que se estrutura de maneira simples e flexível, projetada para ser um roteiro para educadores de profissionais de saúde criarem currículos contextuais de segurança do paciente para seus planos educacionais de desenvolvimento profissional, buscando atrelar a temática da segurança do paciente com o viés étnico-racial.

Paranaguá e Freitas (2023) resumem que essa diretriz apresenta uma estrutura interprofissional e está organizada em seis domínios, sinérgicos e relacionados, que podem orientar o ensino,

a aprendizagem, a pesquisa e a prática, a saber: i) cultura de segurança do paciente; ii) trabalho em equipe; iii) comunicação; iv) segurança do paciente, risco e melhoria da qualidade; v) otimizar fatores humanos e sistêmicos; vi) reconhecer, responder e revelar incidentes de segurança do paciente.

As sugestões a seguir foram divididas entre os seis domínios propostos pelo CPSI. Competências-chaves também foram selecionadas, levando em conta o manual da diretriz adotada. Foram propostas ações para os educadores de futuros e ou profissionais da área da saúde. Como exemplos práticos foram descritas atividades a serem realizadas em sala de aula e elencados os resultados esperados a partir da aplicabilidade das estratégias, descritos abaixo:

1. Domínio Cultura de Segurança

Competências-chave: Contribuir para o estabelecimento e manutenção de uma cultura de segurança.

Ações Propostas:

a) Buscar compreender o entendimento dos estudantes quanto ao conceito de segurança do paciente, identificando suas percepções a respeito do tema, assim como entender como os estudantes interpretam quais são os atributos de uma cultura ideal de segurança do paciente;

b) Discutir os modelos dominantes de saúde no Brasil, correlacionando com a construção social de uma cultura de insegurança, especialmente para a população negra;

c) Abordar como uma cultura de segurança do paciente deficiente aliado ao racismo podem impactar negativamente na saúde da população negra, apresentando dados epidemiológicos decorrentes de cuidados inseguros em saúde. Recomenda-se apresentar também quem são as pessoas mais atingidas por esses cuidados inseguros, com base em dados transversais, devido à escassez de estudos sobre eventos adversos e a população negra. Deste modo, sugere-se a apresentação dos números de violência

obstétrica, iatrogenias e eventos adversos veiculados nos meios de comunicação, correlacionando ao quesito raça/cor desses pacientes.

Resultados esperados/ exemplos práticos:

Espera-se que o educador possa avaliar o entendimento dos estudantes sobre o conceito de segurança do paciente e cultura de segurança. Dessa forma, será possível propor atividades reflexivas, como correlacionar o modelo de saúde dominante no Brasil com o favorecimento da construção de padrões e comportamentos racistas que são direcionados a população negra usuária dos serviços de saúde, identificando como esses padrões e atitudes favorecem ocorrência de eventos adversos e afetam à saúde da população negra. A partir desse entendimento, busca-se que os estudantes pensem coletivamente e proponham ações e estratégias que possam melhorar a cultura de segurança, desenvolvendo um olhar ampliado para a sua própria prática profissional e para os comportamentos e atitudes racistas que são reproduzidas no cenário da saúde. Assim, busca-se construir uma prática atenta às especificidades da população negra.

2. Domínio Trabalho em equipe

Competências-chave: Trabalhar efetivamente com todos os estudantes para promover o respeito às diferenças e a comunicação de maneira respeitosa e receptiva.

Ações Propostas:

a) Capacitar os estudantes para identificar riscos à segurança do paciente que estejam relacionadas a questões étnico-raciais e adotar práticas junto a sua equipe e pacientes que mitiguem esses riscos;

b) Enfatizar a importância de uma prática assistencial pautada nas necessidades individuais dos pacientes, principalmente, relacionadas às crenças, práticas religiosas, culturais e pessoais de saúde, a fim de fortalecer a experiência do paciente e a sua expressão de fé no seu processo de saúde-doença-cuidado.

3. Domínio Comunicação

Competências-chave: Incentivar a comunicação para evitar ameaças de alto risco à segurança dos pacientes

Ações Propostas:

a)Trabalhar a prática de uma comunicação respeitosa às diversidades culturais, utilizando abordagens de comunicação que garantam que informações claras e abrangentes sejam fornecidas em solicitações e respostas de consulta, relatórios clínicos, operacionais e em todo processo assistencial.

4. Domínio Segurança, Risco e Melhoria da Qualidade

Competências-chave: Antecipar, identificar, reduzir e mitigar situações e cenários perigosos e rotineiros, nos quais podem surgir problemas de segurança.

Ações Propostas:

a)Realizar discussões de casos clínicos que possibilitem aos estudantes o reconhecimento dos riscos e das vulnerabilidades de segurança a que estão expostos os pacientes negros em tempo real e responder para corrigi-los, evitando que afetem diretamente o paciente.

Resultados esperados/ exemplos práticos para os Domínios 2, 3 e 4:

Espera-se que os educadores consigam desenvolver estratégias, utilizando situações reais ou simuladas em que a segurança do paciente foi ou pode ser comprometida por questões étnico-raciais. Essas estratégias podem ser atreladas as seis metas internacionais de segurança do paciente, conforme exemplos práticos abaixo:

Meta 1- Identificar corretamente o paciente: Trabalhar em sala de aula que, para além das estratégias de identificação do paciente propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA (como pulseira de identificação, placas à beira leito, etiquetas, entre outros), o preenchimento correto do campo

raça/cor nas fichas admissionais e nos registros de anamnese dos pacientes negros é um passo crucial para assistência, pois essa prática permite uma melhor compreensão do perfil do usuário do serviço de saúde, gerando dados importantes para o conhecimento do cenário e desenvolvimento de estratégias de melhoria, mas também reconhece e respeita a identidade, a descendência e a história do paciente.

Meta 2 - Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde: Produzir materiais educativos, baseados em evidências, destinados aos futuros e ou profissionais de saúde, trabalhando a comunicação não apenas entre os profissionais, mas incorporando também a importância do envolvimento do paciente e da família no seu cuidado, considerando uma comunicação sensível às necessidades de alfabetização em saúde e empoderando a família a promover o seu papel na garantia da segurança do paciente na instituição de saúde.

Meta 3 - Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos: Discutir durante a formação as questões fisiológicas relacionadas aos corpos negros e suas repercussões na prestação do cuidado. Por exemplo, a eficácia de medicamentos anti-hipertensivos em pessoas negras, considerando que a absorção de sódio é diferente nessa população devido a fatores genéticos. Além disso, desmistificar a concepção racista de que as prescrições de analgésicos em doses menores para pessoas negras se justificariam pelo discurso de que elas seriam mais tolerantes à dor.

Meta 4 - Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos: Apresentar dados e relatórios que comprovem a vulnerabilidade da população negra quando exposta a um procedimento cirúrgico e levantar hipóteses causadoras dos incidentes apresentados, permitindo assim, que os estudantes visualizem por conta própria as consequências que o racismo propicia aos cuidados inseguros em saúde para a população negra.

Exemplo da literatura: Segundo o boletim divulgado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e pelo Instituto Çarê (2023), entre 2010 e 2021, foram registradas 66.496 complicações por causa de "eventos adversos", relacionados a procedimentos cirúrgicos, que variaram entre incisões acidentais, perfurações, assepsia insuficiente de uma ferida operatória, objetos estranhos deixados no corpo do paciente durante procedimentos cirúrgicos, erros de dosagem e administração de medicamentos, infecções de sítio cirúrgico, entre outros.

Meta 5 - Higienizar as mãos para evitar infecções: Em uma roda de conversa explique como a higienização das mãos é uma prática simples, mas fundamental para a prevenção de infecções, tanto na comunidade quanto em ambientes de saúde. Apresente a técnica dos onze passos para higienização das mãos proposta pela ANVISA, explicando a importância de cada etapa. Discuta como os estudantes podem contribuir para uma saúde mais equitativa por meio da promoção e do exemplo na prática de higienização das mãos. Encerre reforçando a importância de entender como as desigualdades estruturais impactam a saúde pública e como práticas preventivas, como a higienização das mãos, devem ser acessíveis a todos.

Meta 6 - Reduzir o risco de quedas: Provocar os estudantes a investigar na literatura a prevalência de quedas entre pacientes negros e não negros, tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial, e analisar se essa ocorrência está relacionada à falta de orientações, considerando o histórico de negligência sofrida por essa população. Exemplo da literatura: Segundo Silva *et al*. (2012) na população negra, a redução da capacidade funcional juntamente com a influência de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais contribuem diretamente para a ocorrência de eventos incapacitantes, como quedas, que se destacam por apresentarem graves consequências.

Meta 6 - Prevenção de Lesão Por Pressão: Trabalhar em sala de aula as especificidades dermatológicas das feridas na pele negra e as estratégias para prevenção da Lesão por Pressão, principalmente nos

pacientes que estão hospitalizados, assim como os cuidados para manutenção da integridade cutânea da população negra.

5. Domínio otimizar fatores humanos e de Sistema

Competências-chave: Reconhecer e gerenciar incidentes de segurança do paciente.

Ações Propostas:

a) Aplicar técnicas de pensamento crítico para melhorar a tomada de decisões seguras, levando em consideração as especificidades da população negra;

b) Considerar que os cuidados em saúde que serão realizados na prática clínica, quando se trata da assistência à população negra, poderão se distanciar dos mesmos retratados na literatura, uma vez que esta discute o cuidado a partir de uma perspectiva eurocêntrica, com a visão do homem branco como modelo de todos os processos.

Resultados esperados/ exemplos práticos: Espera-se que as estratégias sugeridas despertem nos estudantes o interesse por um aprofundamento nos temas de saúde, com foco nas especificidades da saúde da população negra, promovam a construção e o fortalecimento desses saberes. Além disso, espera-se que os educadores incentivem e apoiem a produção e publicação de trabalhos relacionados a esses temas, de modo a possibilitar o desenvolvimento de protocolos e processos para a detecção precoce e em tempo real de riscos à segurança dos pacientes negros em todos os níveis de assistência à saúde.

6. Domínio reconhecer, responder e revelar incidentes de segurança do paciente.

Competências-chave: Reconhecer e gerenciar incidentes de segurança do paciente.

Ações Propostas:

a) Reconhecer que todos os membros da equipe de saúde são responsáveis por contribuir para uma cultura justa e segura.

b) Estabelecer a necessidade de rastrear os incidentes de segurança do paciente com base no quesito raça/cor para nortear as condutas que deverão ser adotadas.

Resultados esperados/ exemplos práticos: Espera-se que, ao final do processo de ensino e aprendizagem, os estudantes tenham desenvolvido o conhecimento básico sobre os conceitos de segurança do paciente e sejam capazes de reconhecer que os eventos adversos afetam em maior número a população negra, porque o racismo está presente no cotidiano da assistência, mesmo em meio a diretrizes e protocolos. Espera-se que os estudantes sejam capazes de se situar na realidade em que vivem, tornando-se agentes de mudança, aprendendo com os erros e propondo estratégias que garantam uma assistência livre de danos à população negra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo trouxe à tona uma questão crucial e pouco discutida, a intersecção entre segurança do paciente e raça. Embora a segurança do paciente seja uma prioridade nas políticas de saúde globais e nacionais, conforme demonstrado pelas várias iniciativas e regulamentos mencionados no texto, fica evidente que o racismo coordena grande parte das práticas de saúde voltadas à população negra.

Portanto, é imperativo que a discussão da segurança do paciente, incluindo o viés étnico-racial, esteja de maneira transversal incluída na matriz curricular dos cursos formativos da área da saúde, sejam eles de nível técnico, graduação e pós-graduação. Essa abordagem não apenas enriquecerá a formação dos profissionais de saúde, mas também promoverá uma prática mais equitativa e sensível às necessidades das populações vulneráveis que são assistidas pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BECKER, W. *et al*. Racial differences in primary care opioid risk reduction strategies. **Annals of family medicine**, vol. 9, 3 (2011): 219-25. doi:10.1370/afm.1242. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21555749/.

BOHOMOL E. Ensino sobre Segurança do Paciente em curso de graduação em Enfermagem na perspectiva docente. Universidade Federal de São Paulo. **Esc. Anna Nery** 2019;23(2): e2018036 São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/dHqcHNphv8BGMynFGd5xjSm/?lang=pt.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília, 2014. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html.

BURTON, É. *et al*. Assessment of bias in patient safety reporting systems categorized by physician gender, race and ethnicity, and faculty rank: A qualitative study. **JAMA Network Open**. 2022.

DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.13234. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39089742/.
CPSI - Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Second Edition. 2020 Disponível em: https://www.healthcare excellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf.
CHANG, D.C. *et al*.. The Occurrence of Potential Patient Safety Events Among Trauma Patients. Are They Random? **Annals of Surgery**, v. 247, n. 2, 2008.
CHAUHAN, A. *et al*. The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. **International journal for equity in health**, v. 19,1 118. 8 Jul. 2020, doi:10.1186/s12939-020-01223-2. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC7346414/.
COELHO, R.; ROSA, D. Saúde da População Negra: Acidentes e incidentes adversos no período de internação segundo raça/cor. **Boletim Çarê-IEPS**, n. 3, 2023. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/boletim-care-ieps-03-2023/.
FLEMING D.K. *et al*. Race, otitis media, and antibiotic selection. **Pediatrics**, v. 134,6 (2014): 1059-66. doi:10.1542/peds.2014-1781. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25404720/.
FLORES, G; NGUI, E. Racial/Ethnic Disparities and Patient Safety. **Pediatr. Clin. N. Am.**, 53, 1197–1215, 2006.
GANGOPADHYAY. Study indicates racial diferences in Patient Safety in Hospitals, URBAN INSTITUTE ANNUAL REPORT. 2021. Disponível em: https://docmode.org/study-indicates-racial-differences-in-patient-safety-in-hospitals/ Acesso dez 2024
GOMES A.T.L. *et al*. Innovative Methodologies to Teach Patient Safety in Undergraduate Nursing: Scoping Review. **Aquichan** 2020;20(1):e2018. DOI: https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.8 Disponível em: Metodologias inovadoras para o ensino da segurança do paciente na graduação em Enfermagem scoping review.pdf.

HOWEL, E.; ZEITLIN, J. Quality of Care and Disparities in Obstetrics. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**,v. 44, n.1, 2017, p:13-25, ISSN 0889-8545,ISBN 9780323509824. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.10.002. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088985451630081X.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística..Cidade e Estados. Censo, ano 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/.html.

IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (). No Brasil, pessoas negras são mais vítimas de erro médico e acidentes em cirurgias, diz boletim. Dados analisados são do período de 2010 a 2021. Estudo foi divulgado pelo (IEPS) e pelo Instituto Çarê, ano 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/no-brasil-pessoas-negras-sao-mais-vitimas-de-erro-medico-e-acidentes-em-cirurgias-diz-boletim/#:~:text=Desigualdade%20Racial-,No%20Brasil

KOHN L.T.; CORRIGAN J.M.; DONALDSON S.M.. To err is human: building a safer health system. Medical errors—Prevention. I. KOHN, Linda T. II. CORRIGAN, Janet. III. DONALDSON, Molla S. R729.8.T6 2000 362.1—dc21. Disponível em: https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system#toc.

LI Y, Y. Association of Race and Sites of Care With Pressure Ulcers in High-Risk Nursing Home Residents. **JAMA**. 2011;306(2):179–186. doi:10.1001/jama.2011.942. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1104089.

METERSKY, M. *et al*. Racial disparities in the frequency of patient safety events: results from the National Medicare Patient Safety Monitoring System. **Medical care**, v. 49,5 (2011): 504-10. doi:10.1097/MLR.0b013e31820fc218. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494115/.

MYRTEDE, A. *et al*. Investigating Racial and Ethnic Disparities in Maternal Care at the System Level Using Patient Safety Incident Reports. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 50, Issue 1, 2024, pages 6-15. Doi: https://doi.org/10.101

6/j.jcjq.2023.06.007. Disponível em https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023001319.
OLINDA G.A; *et al.* Segurança do Paciente: A Evolução do Cuidar. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. 1, p. 243-259, 2019. Disponível em:https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2274.
OMS - Organização Mundial da Saúde. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: Programa de futuro 2005. 1.Atendimento ao paciente- padrões-2.Erros médicos-3. Qualidade da assistência médica-4.Gerenciamento de riscos- 5. Organização Mundial da Saúde. 2004. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1.
PARANAGUÁ B.T.T.; FREITAS S.J. **Ensino da segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde no Brasil**. Eixo 1 Ferramentas Educacionais Para Inclusão Da Temática Nas Grades Curriculares De Graduação E Pós-Graduação Dos Cursos De Saúde. Leiass – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2021/12/L8-Cap2.pdf
PICCARDI, C. *et al*. Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. **International Journal for Equity in Health**. 2018. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-018-0828-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32641040/.
SILVA A. *et al*. **Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia**. Departamento de Fisioterapia, Universidade Cruzeiro do Sul. Campus São Miguel Paulista, São Paulo/SP. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/xdVXHc6PnYHwPWNZ3SRwXdx/#
SOUZA, I. M. DE., ARAÚJO, E. M. DE., SILVA FILHO, A. M. da. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29(3), e05092023, 2024.
STOCKWELL, D.C.; *et al*. Racial, ethnic, and socioeconomic disparities in patient safety events for hospitalized children.

Hospital Pediatric. 2019. DOI: 10.1542/hpeds.2018-0131. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30509900/

VANGOMPEL, E. *et al*. Psychometric validation of a patient-reported experience measure of obstetric racism (PREM-OB Scale™). **The Annals of Family Medicine**, 2022, 20 (Supplement 1) 2813; DOI: https://doi.org/10.1370/afm.20.s1.2813. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35301757/.

WEGNER, W. *et al*. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2016, 20(3): e20160068. Available. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/DjhJ6pBJ6JYjtKZZ6LHjByz/?lang=en

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A Segurança do Paciente nas Circunstâncias de Cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**/maio-jun. 2012.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, [S.L.], v. 17, n. 40, p. 124-174, dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/TdR6VjTkrwxhqWcHf9VM9Fp/abstract/?lang=pt.

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL PARA UM MELHOR CUIDADO NA ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA

Élida de Fátima Ramos Delgado[1]
Luciane Cristina dos Santos Evangelista Sousa[2]
Suiane Costa Ferreira[3]

O processo de profissionalização da Fonoaudiologia surgiu atrelado a um contexto racista que objetivava uniformizar a língua brasileira, produzindo uma identidade nacional. Entretanto, essa seria alcançada a partir do apagamento histórico das línguas africanas e indígenas (Vasconcelos, 2022), pois a norma, o padrão, o falar correto, estava diretamente ligada à língua do branco colonizador, eliminando assim toda a diversidade que conformava a sociedade brasileira. Nesse processo, se buscou apagar algumas

[1] Fonoaudióloga graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pós-graduanda em Fonoaudiologia no Transtorno do Espectro Autismo e em Terapia Intensiva Pediatra Neonatal - Abordagem Multiprofissional. Integrante no Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. EX-membro da Liga Interprofissional em Neonatologia – LAINEO, Liga Acadêmica De Voz da Bahia (LAVOZ- BA) e Liga Acadêmica de Fonoaudiologia Hospitalar (LAFH). E-mail: delgadosveli@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/4956410674044190.

[2] Fonoaudióloga graduada pela UNEB. Pós-graduanda em Fala e Linguagem e aprimoranda em Transtornos Motores de Fala. Integrante no Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Possui formação Internacional em Seletividade Alimentar e em Neurologia aplicada à Fonoaudiologia. Foi membro integrante das ligas acadêmicas LASAC (Liga acadêmica de saúde coletiva), LAEPS (Liga acadêmica de emergência e primeiros socorros) e LAVOZ (Liga Acadêmica de Voz da Bahia). E-mail: fonolulysousa@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4235553359257264.

[3] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

tradições culturais e algumas línguas para que se alcançasse uma padronização. Como já dito por Frantz Fanon, a língua é uma tecnologia de poder.

A profissão da Fonoaudiologia, então, foi se instituindo através de relações de atuações médicas e escolares que combatiam os diferentes usos da fala e da escrita da população, tornando possível fixar e sistematizar os "defeitos" da língua e ditar uma forma padrão de comunicação. Ou seja, a Fonoaudiologia originou-se como forma de intervenção social com o objetivo de superar as diferenças linguísticas em nome de uma unidade brancocentrada tida como civilizada e de um progresso nacional, sendo escolhida uma pronúncia dentre as diversas existentes para que a unificação da língua fosse alcançada (Vasconcelos, 2022). Para Keil (2021), a fonoaudiologia cumpriu um papel central na garantia e construção dessa higienização e homogeneização da língua que se perpetua até os dias atuais.

Berberian (1997), fonoaudióloga brasileira, também aborda sobre o processo social em que se deu a constituição da fonoaudiologia e discorre acerca do surgimento da profissão, atrelada ao processo educacional, em uma época em que ocorreu o controle sistemático da língua-pátria branca para neutralizar a influência dos imigrantes, povos nativos e pessoas negras escravizadas. É importante lembrar que, no Brasil, a extinção das línguas indígenas foi iniciada desde o período colonial com a imposição do colonizador pela língua portuguesa a fim de subjugar os povos nativos, sendo a língua do branco, caracterizada como de prestígio social, tornando-se em meados do século XVIII, a língua oficial do país. Havia a proibição de que se falasse qualquer outro idioma que não esse. Estima-se que eram faladas no Brasil entre 1.100 e 1.500 línguas. Desse amplo universo, conseguiram sobreviver apenas 190. Em 2016, identificou-se que 12 dessas línguas estavam extintas (Hexag, 2022). Do mesmo modo, os africanos que foram traficados para o Brasil, também tiveram suas línguas apagadas e a imposição do português como língua oficial de comunicação. De acordo com o *site* História do Ensino de

Línguas no Brasil (HELB), as principais línguas africanas eram o iorubá, falado pelos negros vindos da Nigéria, e o quimbundo angolano.

Ao longo da história, a profissão da Fonoaudiologia sempre foi dominada por mulheres brancas de classe média. Uma reportagem da Tactus Therapy (s.d.) descreve que a profissão de fonoaudiólogo nos Estados Unidos, em 2020, era 96% feminina e 92% branca. Apenas 3,2% se identificam como negros. Por isso, esse capítulo se dedica a discutir como essa profissão necessita desvencilhar-se do cuidado universal centrado nas particularidades do corpo branco, desenvolver uma competência cultural e ofertar um cuidado culturalmente relevante para a população negra, que é maioria no Brasil.

Campinha-Bacote (2002) define competência cultural como o processo pelo qual um profissional de saúde se empenha para se tornar capaz de trabalhar adequadamente/efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de seus cuidados. A competência cultural permite que os pacientes se sintam confortáveis com o profissional de saúde e os leva a continuar buscando assistência e cuidado. Para isso, é preciso que o profissional seja sensível e esteja ciente das diferenças culturais, que podem criar barreiras devido a preconceitos não intencionais e/ou insensibilidade durante as interações interpessoais (Rice, Harris, 2021).

Várias revisões sistemáticas realizadas na última década destacam um padrão de preconceito explícito e implícito contra a população negra na área médica e em outras profissões da saúde. FitzGerald e Hurst (2017) analisaram 42 estudos revisados por pares que investigaram o possível preconceito implícito entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Os resultados sugerem que os profissionais apresentam níveis de preconceito implícito comparáveis aos da população em geral. Muitos estudos avaliados relataram alguma forma de viés em uma variedade de contextos, incluindo diagnóstico, recomendações de

tratamento, o número de perguntas feitas ao paciente e o número de exames solicitados.

Com relação aos fonoaudiólogos, Clark, Easton e Verdon (2020) utilizaram uma pesquisa on-line para avaliar o preconceito implícito de 129 fonoaudiólogos australianos. Os fonoaudiólogos foram instruídos a classificar 28 afirmações referentes a frases faladas por crianças no ensino fundamental e médio em uma escala Likert de 5 pontos com base na concordância em termos de sua atitude positiva ou negativa em relação à variação dialetal da criança (por exemplo, um item da pesquisa que avaliava a "impureza" da linguagem). Os dados indicaram que as atitudes negativas em relação a uma pessoa com um dialeto diferente do padrão hegemônico podem afetar seu julgamento clínico ao distinguir se o paciente tem uma diferença dialetal ou um distúrbio patológico. Se esse for o caso, tais julgamentos podem resultar em uma prestação de serviços desigual, diagnóstico diferencial, definição de metas clínicas e diminuição da qualidade geral dos serviços para aqueles que falam de algum modo não padronizado.

Há muitos grupos cultural e linguisticamente diversos que compõem a sociedade. No entanto, existe uma cultura "dominante" (branca) que não leva em conta as diferenças dos grupos cultural e linguisticamente diversos e que é considerada como funcional e padrão para todas as pessoas. Por exemplo, as culturas nativas americanas usam canções e histórias tradicionais como métodos de ensino e embora a sequência de eventos e a causa e efeito estejam incorporadas nas histórias compartilhadas, a ênfase maior é colocada em uma "ideia maior" em vez de detalhes específicos. Isso deve ser levado em consideração quando os fonoaudiólogos avaliarem as habilidades narrativas, pois se trata de uma diferença, e não de um distúrbio, em termos de estilo de contar histórias e interpretação (Robinson-Zañartu *et al*., 2011).

Robinson-Zañartu *et al*. (2011) também apontam outra diferença cultural entre a cultura norte-americana branca-dominante e os povos nativos americanos com relação à adequação do tempo linguístico. Por exemplo, na cultura dominante dos EUA,

a pergunta e a resposta para entrevistar ou avaliar são totalmente apropriadas. Entretanto, na cultura nativa americana, o tempo rápido de perguntas sucessivas pode ser um motivo de se fechar. Esse estilo de questionamento para obter informações não deve ser usado com pacientes nativos americanos ou suas famílias. Os fonoaudiólogos também não devem interpretar erroneamente as práticas culturais de respeito aos mais velhos, que diferem entre a cultura dos nativos americanos e a cultura convencional dos EUA. Em particular, em ambientes escolares, um aluno nativo americano pode demonstrar respeito pela autoridade e pelos mais velhos ao não olhar seus professores nos olhos ou ao não se envolver em conversas recíprocas, evitando fazer perguntas diretas. Um profissional sem conhecimento pode presumir erroneamente que a criança é tímida, retraída ou não tem autoconfiança. Em vez disso, o fonoaudiólogo deve reconhecer que a falta de contato visual é apenas um sinal de respeito (Robinson-Zañartu *et al.*, 2011).

Em uma entrevista entre as fonoaudiólogas Davetrina Gadson e Megan Sutton, elas destacam que é preciso ter em mente que a dinâmica racial, experiências passadas e características dialetais são coisas que podem influenciar a avaliação clínica. Por exemplo, em uma avaliação, pode-se observar contato visual ruim, mas se o paciente for um homem negro mais velho, deve-se considerar o racismo que ele pode ter sofrido ao longo de muitos anos por exibir seu comportamento natural. A linguagem que os profissionais usam em seus relatórios deve ser objetiva, não crítica, pois não se quer atribuir um erro a um transtorno quando é simplesmente uma diferença. As fonoaudiólogas afirmam ainda que poucos testes padronizados são normalizados em populações negras. Por exemplo, há uma frase na *Western Aphasia Battery* (teste de linguagem que permite classificar pacientes afásicos de acordo com síndromes de afasia e determinar a normalidade da linguagem) onde se pede aos pacientes para repetir: “no ifs, ands, or buts". Uma pessoa negra norte-americana pode omitir os "s" finais como uma característica dialetal do inglês negro (Tactus Therapy, s.d.).

Seguindo essa mesma linha de análise, no artigo de Yu *et al.* (2022), percebemos que noções preconceituosas estão produzindo cuidados inadequados na terapia fonoaudiológica, levando ao super ou subdiagnóstico de grupos minorizados, como negros e indígenas. Por exemplo, crianças que falam inglês negro nos EUA são superdiagnosticadas para deficiência de linguagem porque os terapeutas brancos têm conhecimento limitado desse sistema linguístico e as normas incorporadas nos testes padronizados são baseadas nas expectativas do inglês padrão, que é o inglês branco. Para Keil (2021), na área da saúde, mais especificamente na fonoaudiologia, a variação linguística é compreendida como um desvio, como algo que precisa ser "suavizado", "neutralizado", sempre nos remetendo ao processo de surgimento da profissão.

No Brasil, Lélia Gonzalez, antropóloga negra brasileira, estudou a relação da linguagem e as diferentes culturas que formaram a sociedade brasileira, especialmente a marca de africanização do português brasileiro, definido por ela como 'pretoguês'. "O caráter tonal e rítmico das línguas africanas trazidas para o Novo Mundo, além da ausência de certas consoantes [...] apontam para um aspecto pouco explorado da influência negra na formação histórico-cultural do continente como um todo" (González, 1988, p. 70). Embora tenha havido a tentativa de silenciamento pela norma-padrão branca amplamente ensinada nas escolas, o pretoguês continua vivo, mas infelizmente não obtém a devida análise pela academia científica (incluindo a Fonoaudiologia).

Um elemento de identificação da africanização do português falado no Brasil é a substituição da letra L pela letra R na maioria das palavras. Bantu era o tronco linguístico de onde derivavam todas as línguas mais faladas na região de África de onde veio grande parte dos negros traficados para o Brasil, durante o longo período da escravidão colonial brasileira. Na região da África subsaariana de onde vieram os africanos, havia o predomínio de línguas de caráter mais tonal e rítmico, que desconhecem tanto o fonema associado à letra L, como também o fonema R. Porém, no

processo de aprendizagem da língua portuguesa no Brasil, o que foi apropriado de modo mais forte foi o som do R, quando no meio da sílaba, desconsiderando o L. Diante da dificuldade de aprender ambos os fonemas, sons tão distintos daqueles com os quais estavam acostumados a se relacionar cotidianamente, mas diante da urgência em se comunicar, os africanos aprenderam o fonema R e o ampliaram para outros casos. Assim, introjetaram o som vibracional do R na ponta da língua e o expandiram também para a pronúncia do L no meio da sílaba. Desse modo, surgiu a pronúncia 'brusa', 'praca', 'framengo' (para as palavras blu-sa, pla-ca, fla-mengo), entre tantas outras pronunciadas oralmente substituindo o L pelo R no meio da sílaba, no pretoguês que aqui no Brasil se fala (Tolentino, 2018).

> É engraçado como eles gozam a gente quando a gente diz que é Framengo. Chamam a gente de ignorante dizendo que a gente fala errado. E de repente ignoram que a presença desse R no lugar do L, nada mais é que a marca linguística de um idioma africano, no qual o L inexiste. Afinal, quem é o ignorante? Ao mesmo tempo, acham o maior barato a fala dita brasileira, que corta os erres dos infinitivos verbais, que condensa você em cê, o está em tá e por aí afora. Não sacam que estão falando pretoguês (Gonzalez, 1984, p. 238)

Outra característica das línguas africanas faladas na região e que contribuíram para o pretoguês falado em solo brasileiro é a retirada do R gutural do final das palavras (dos verbos no infinitivo, por exemplo), assim como outras contrações, falando a sílaba tônica em substituição à palavra toda, como cê ou tá para, respectivamente, você ou está. Mais um elemento que pode ser citado como proveniente da influência das línguas africanas caracterizando o pretoguês são as concordâncias não operadas nos substantivos, quando na formação dos plurais: os menino, as casa, os fio, as perna. Isso se deve ao fato de que, nas línguas africanas dessa região, o plural é dado apenas pelo artigo, não impondo a declinação do substantivo (Tolentino, 2018).

Para Nascimento (2019), o pretoguês não apenas foi fundamental na trajetória de Lélia González, como passou a ser objeto de pesquisa da linguista Yeda Pessoa de Castro. Segundo a pesquisadora, as vozes dos negros escravizados se fazem perceptíveis na pronúncia rica em vogais da nossa fala (ri.ti.mo, pi.néu, a.di.vo.ga.do), na nossa sintaxe (tendência a não marcar o plural do substantivo no sintagma nominal (os menino(s), as casa(s)), na dupla negação (não quero não), no emprego preferencial pela próclise (eu lhe disse, me dê) e também se revelam de maneira inequívoca nas centenas de palavras que foram e ainda são apropriadas como patrimônio linguístico do português do Brasil.

bell hooks (2013) também descreve sobre este processo nos EUA, onde os africanos sequestrados abruptamente para o país em contexto linguístico nunca visto antes se viram forçados a construir um novo modo de falar para a consolidação de uma solidariedade política necessária para resistir.

Apesar da identificação desse rico legado africano no Brasil, que gerou a língua viva do pretoguês aqui falado, não tem havido seu reconhecimento e o devido respeito a essa herança afro-brasileira (Tolentino, 2018), nem este debate nos cursos de formação em fonoaudiologia, o que acaba por evidenciar o racismo em nossos país. Nascimento (2021) expõe sobre a falácia de que a língua não tem cor e que nesse quesito somos todos iguais. Para o autor, o racismo linguístico é a relação interdependente de língua e racismo na expansão de seus elementos.

> O racismo linguístico não se atém a termos que são racistas (como lado negro da vida, escravo-mudo), mas à própria língua em si. Por isso, não se trata de se fazer um estudo lexicográfico (do qual realmente estamos carentes) sobre esses termos, mas identificar que a língua não para de produzir racialização. Por isso, eu identificaria de maneira didática o racismo linguístico como a racialização que acontece na, pela e através da língua. Expressões como lado negro ou ovelha negra são exemplos dessa racialização que já não se pode esconder na superfície da língua. O racismo proferido em metáforas

> ou com o uso da própria palavra negro é exemplo do racismo pela língua. O último racismo linguístico que eu destacaria é aquele através da língua, que se difere do racismo "pela" língua porque é fomentado nas chamadas políticas linguísticas, que são, na maioria das vezes, políticas diretas ou indiretas do Estado que selecionam os falares de povos brancos como mais adequados e dignos de serem falados ou ensinados. No entanto, mais do que isso, aqui estou identificado a própria formação, isto é, essa relação interdependente de língua e racismo, como racismo linguístico, porque, ao identificar essa formação, será possível entender como as demais formas de racismo se retroalimentam (Nascimento, 2021, p.8).

Bagno (2006) assevera que por mais que os linguistas relativizem a norma-padrão, por nem de longe corresponder inteiramente às realidades de uso efetivo da língua, é sabido que enquanto bem simbólico, existe demanda social por uma "língua correta", identificada como instrumento necessário para o acesso ao círculo dos que gozam de prestígio na sociedade. Falcão e Souza (2021) descrevem que falantes de variações linguísticas, supondo ter algum distúrbio de fala, procuraram o serviço de saúde com a queixa de sofrer discriminação por preconceito linguístico, por preconceitos étnicos e/ou de classe, externalizados pela desqualificação aos seus modos de falar. Esses falantes experimentaram desde sensação de inferioridade social, retraimento social em ambientes escolares e profissionais, até rebaixamento da autoestima; dimensões que podem levar a crises de ansiedade ou a episódios depressivos.

Scarpa (1991) e Falcão e Souza (2021) afirmam que a "patologização" de certas variedades linguísticas é uma estratégia, ao mesmo tempo, cruel e eficaz para culpabilizar e responsabilizar as pessoas pelos preconceitos linguísticos que sofrem. Os chamados "erros" na aquisição da fala, em geral, são processos constitutivos da apropriação das convenções linguísticas e as variações de fala não correspondem a distúrbios de comunicação. A estigmatização dos "erros" seria, portanto, uma questão de juízo de valor e não um problema de aquisição e desenvolvimento de linguagem. Nesse

ponto, Falcão e Souza (2021) indagam se as políticas de promoção da saúde (da formação dos profissionais às práticas dos serviços de saúde) estão mesmo promovendo ações sistemáticas que, de fato, resultam em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades para afirmarem as diferenças e a diversidade social em seus modos de comunicação, como formas de produzir saúde.

Desde os anos 2000, o Brasil vem vivendo também uma intensa onda migratória que vem trazendo sírios, venezuelanos, haitianos, chineses, congoleses, colombianos, além da intensificação das migrações já estabelecidas, de países como Peru, Paraguai e Bolívia. Essa nova onda migratória envolve, especialmente, pessoas não brancas, negras e indígenas, com diferentes culturas e línguas. A presença desses imigrantes nas cidades, e nos serviços de saúde, vem reafirmando as barreiras no acesso aos direitos e às profundas desigualdades incrustradas na sociedade brasileira (Joia, 2021). Essas pessoas também precisam ser consideradas nos processos formativos na saúde.

Importante destacar que a partir do pensamento biomédico, nos sistemas de saúde ocidentais, a cultura é vista como um fator de risco, um elemento negativo, ou a razão pela qual os pacientes ou comunidades não são aderentes a terapêuticas, ou seja, não seguem as indicações ou certas práticas sanitárias. Nesse sentido, os serviços e as equipes de saúde adquirem um papel hegemônico que representa o que é verdadeiro e o que é correto, e as diferentes práticas e visões de mundo representam o que é falso ou perigoso (Veliz-Rojas; Bianchetti-Saavedra; Silva-Fernández, 2019). Nesse sentido, surge a importância de uma formação em saúde que incorpore transversalmente a dimensão cultural em suas práticas ao trabalhar com as pessoas e comunidades que atendem. O desenvolvimento desta sensibilidade cultural traduz-se de forma imponderável no ensino e aprendizagem de competência cultural na saúde.

Existem evidências que confirmam o fato da cultura ter uma influência decisiva sobre a forma como os sintomas são vividos e interpretados tanto subjetivamente como socialmente. As explicações que damos aos nossos sintomas estão estreitamente

relacionados às nossas crenças e podem nos conduzir a processos terapêuticos muitas vezes antagônicos em relação aos métodos e às técnicas que os profissionais usam. Os profissionais da saúde que não estejam familiarizados com a diversidade de conceitos, práticas e saberes, correm o risco de interpretá-las erroneamente ou inclusive descartá-las, dando lugar a quebra na comunicação e na confiança do sistema de saúde e do profissional (Bustamante, 2023). Por isso, toda uma diversidade cultural precisa ser debatida durante a formação do profissional de saúde.

De acordo com Rice e Harris (2021), para que os fonoaudiólogos sejam culturalmente competentes, é importante considerar as diferenças que existem entre os grupos cultural e linguisticamente diversos. Levar em consideração as diferenças culturais ao atender grupos diversos permite que os profissionais criem relacionamentos mais fortes entre os pacientes e seus familiares. Os terapeutas estabelecem um local sensível e seguro que leva em conta os valores de uma cultura que permite uma melhor criação de metas e aumenta a funcionalidade da terapia.

Gouveia, Silva e Pessoa (2019) apontam que uma prática de saúde culturalmente segura é caracterizada por ações que reconhecem, respeitam e alimentam a identidade cultural única de um povo e atendem às suas necessidades, expectativas e direitos. Ela acontece quando um profissional de saúde desenvolve sensibilidade cultural e é capaz de identificar e refletir sobre sua própria cultura e a influência que ela exerce sobre sua prática. Alertam ainda que não se trata de uma lista de verificação ou memorização de normas diferentes, baseadas no grupo cultural, mas de entender a pessoa à sua frente e estabelecer uma relação de confiança, considerando a interferência das opressões históricas e das relações de poder nesses relacionamentos.

Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra e Silva-Fernández (2019) descrevem que essa competência cultural implica em uma postura epistemológica que considera a diversidade como um aspecto positivo, como fonte de desenvolvimento pessoal e social, apostando na construção de sociedades mais equitativas e

participativas. Na saúde, aponta-se para uma transformação que busca a transição de uma dinâmica social, movida pela dominação e negação das diferenças culturais, para uma dinâmica promotora de estratégias de saúde que facilitem a afirmação identitária, a aproximação e a interação efetiva entre comunidades e equipes de saúde em igualdade de condições. Para Bustamante (2023), a competência cultural é fundamental, porque permite que todos, independente das origens culturais, tenham acesso a cuidados de saúde equitativos e de qualidade. Possibilita, ao mesmo tempo, que os profissionais possam entender e respeitar as crenças e as práticas culturais, e desta forma, melhorar não somente a comunicação e a confiança entre profissionais e usuários, mas principalmente, melhorar os resultados de saúde, tendo um impacto importante na redução das disparidades nos cuidados à saúde em geral das pessoas culturalmente e linguisticamente diversas.

O psicólogo Joseph White descreve em um artigo de 1970, sobre como é difícil, senão impossível, entender os estilos de vida das pessoas pretas, usando as teorias tradicionais desenvolvidas por psicólogos brancos para explicar as pessoas brancas. Além disso, quando essas teorias tradicionais são aplicadas às vidas de gente preta, muitas conclusões incorretas, direcionadas para a fraqueza e inferioridade podem surgir, como mostra o excerto a seguir:

> Uma simples jornada com um pesquisador branco em um lar negro pode nos dar uma visão sobre como são tiradas conclusões tão importantes, mas um tanto errôneas. Durante uma visita ao lar negro, o pesquisador pode não encontrar aspectos familiares da cultura branca como a Revista Seleções, gravações de peças da Broadway, clássicos, revistas como a New York Review of Books. Ele também poderá observar um nível de barulho alto, continuamente reforçado por entradas de blues e estações de rádio tocando músicas, programas de TV e alguns conjuntos de conversas acontecendo ao mesmo tempo. Este tipo de observação leva ele a presumir que os lares de crianças negras são muito fracos em conteúdo intelectual, desinteressantes e lugares geralmente confusos para se crescer. De alguma forma ele falha em ver a estimulação intelectual que pode ser

> fornecida pelos jornais pretos locais, os raps informativos, as revistas Jet, Ebony e as músicas da Motown e da Sepia. Crianças negras nestes mesmos lares que supostamente não podem ler (até pré-escolares) podem cantar algumas músicas de rock e blues a partir da própria memória e identificar corretamente músicas de entretenimento popular. Estes mesmos pesquisadores ou psicólogos educacionais, ouvindo o jeito preto de falar, assumem que nosso uso de um Inglês oral não padronizado é um exemplo de má gramática, sem reconhecimento da possibilidade de termos um dialeto alternativo válido e legítimo. Como o psicólogo educacional branco continua com o que para ele se tornou uma análise padrão, o próximo passo se torna um dos programas que ofertam às crianças negras com o tipo de reforço que ele acredita ser necessário para superar e compensar sua privação cultural (White, 1970, p. 45).

Esses exemplos descritos acima servem para nos lembrar da necessidade de uma explicação psicológica e análise dos estilos de vida negros que emergem da estrutura da experiência negra, da sua cultura e linguagem. Para Joseph White (1970), não apenas a compreensão dos padrões negros de referência nos permitirá fornecer explicações mais precisas e abrangentes, mas também nos permitirá criar os tipos de programas no mundo negro que potencializam os pontos fortes dos negros.

Bagno (1999) aponta como essencial tratar a língua como tema político, visto que é uma das formas mais sutis e perversas de exclusão social. Nesse contexto, Keil (2021) afirma que a Fonoaudiologia ainda está a serviço da dominação por meio da língua. Essa dominação se dá pela categorização e hierarquização de qual língua deve ser aceita e concedida enquanto correta e superior às demais. A que exerce poder é a língua central, portuguesa, resultado de um processo educacional formal, e o que se "encaixa" enquanto variedade linguística, desvio fonológico é a língua periférica, sujeita a modulações fonoaudiológicas, desconsiderando o contexto sócio-histórico em que se constitui e a valoração cultural que significa uma língua situada. Por isso, a autora aponta que a fonoaudiologia não deve construir práticas

paliativas, deve enfrentar as contradições impostas e estabelecidas historicamente, em busca da construção de caminhos para transformar a raiz da profissão.

Na reportagem da Tactus Therapy (s.d.), as fonoaudiólogas também analisam a situação com relação aos recursos terapêuticos utilizados, onde a representação é importante, indicando escolher fotos que incluam pessoas negras diante do atendimento deste público. Além disso, é preciso manter a terapia funcional para as necessidades da pessoa. Em vez de fazer uma atividade de planejamento para uma viagem teórica a Paris, planeje uma viagem realista à loja usando a rota de ônibus ou o meio de transporte mais familiar ao paciente.

O brincar é a base para o aprendizado e desenvolvimento infantil. Por meio de brincadeiras, há a estimulação da criatividade, cognição, imaginação, socialização e comunicação, o que permite que relações emocionais, afetivas, psicossociais e morais sejam desenvolvidas e perpetuadas para a vida adulta (Queiroz, Maciel, Branco, 2006). Entretanto, a literatura aponta essas abordagens advindas de um único ponto de vista, excluindo as particularidades da criança não-branca. Brinquedos de heróis da Marvel (que são majoritariamente brancos), gibis da turma da Mônica, contos clássicos (como o Chapeuzinho Vermelho, Três Porquinhos, Branca de Neve, Bela Adormecida) ou brinquedos e brincadeiras com bonecas e elementos brancos ainda são muito utilizados como recursos terapêuticos para qualquer criança. Uma criança negra que nunca se vê representada nos objetos terapêuticos, que segue enclausurado em um mundo de histórias e personagens brancos, se desumaniza, torna-se o outro, o objeto. Não lhe é atribuída a prerrogativa de definir suas realidades, de estabelecer suas identidades, de narrar suas próprias histórias (hooks, 1989). Isso produz marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo.

Para Harrer e Custódio (2022), é importante lembrar ainda que jogos podem apresentar a brancura como algo bom ou heroico, enquanto apresentam a negritude como algo perigoso ou

animalesco, se constituindo em meios de propagação de estereótipos sobre a população negra e manutenção de racismo e violências.

Crianças e adolescentes interagindo com esses recursos terapêuticos monoculturais, repletos de personagens brancos heroicos, passam a imitar e se identificar com eles, introjetar comportamentos, valores, atitudes de uma cultura brancorreferenciada, o que não se encaixa dentro de sua própria realidade psicossocial além de conter elementos que degradam seu próprio eu físico, cultural, étnico. O brincar imaginativo da criança preta pode lançar as bases para sentimentos de inferioridade, auto-ódio, rejeição de seu povo e sofrimentos psíquicos. Na ausência de brinquedos com personagens negros, a criança pode sofrer uma pobreza de imaginação e imitação e, portanto, pode deixar de desenvolver seu potencial intelectual, criativo, de personalidade e social (Wilson, 2022). É preciso assumir uma terapia com competência cultural, começando também pela escolha adequada dos recursos terapêuticos.

É durante a infância que ocorrem interações entre o mundo e o meio em que se vive. Desse modo, é importante que durante o brincar a criança se sinta inserida dentro do contexto da brincadeira e, para isso, ela necessita de estimulação referenciada por aspectos socioeconômicos, socioculturais e étnico-raciais. Portanto, o fonoaudiólogo necessita proporcionar vivências que contemplem todos esses aspectos durante a fonoterapia, utilizando de linguagens e brincadeiras que façam parte do contexto cuja criança se encontra inserida.

Desse modo, a competência cultural se constitui em um atributo possível para desenvolver laços fortes com as pessoas e famílias durante os cuidados em saúde, obtendo-se maior satisfação, diagnósticos mais precisos e maior adesão ao tratamento (Gouveia, Silva, Pessoa, 2019). E a Fonoaudiologia precisa assumir a responsabilidade de problematizar eventuais tendências de formação e de atuação profissional que, ao reproduzirem

perspectivas patologizantes, ajudam a naturalizar preconceitos e discriminações, reproduzindo desigualdades sociais.

PROPOSTA DIDÁTICA

O processo de desenvolvimento da competência cultural pode ser descrito como um contínuo através do qual o profissional de saúde pode evoluir de forma positiva ou negativa ao longo dos anos, dependendo do seu empenho para a aquisição e manutenção dessa competência (Gouveia, Silva, Pessoa, 2019). Sendo assim, essa prática pedagógica pode se iniciar através do debate sobre o documentário Escolarizando o Mundo (1h), que examina o pressuposto escondido da superioridade cultural por trás dos projetos de ajuda educacionais, que, no discurso, procuram ajudar crianças a "escapar" para uma vida "melhor" através de ações que apagam sua cultura e sua língua, e do Podcast Quarta Capa #29: Pretoguês, resistência e linguagem (22min), que reflete sobre a relação entre colonialismo, cultura, resistência e linguagem por meio do "Pretoguês, ambos disponíveis gratuitamente no Youtube.

Após a discussão, propomos que o professor convide os estudantes a realizarem uma autoavaliação sobre o seu desenvolvimento da competência cultural ao longo da sua vida acadêmica, o que pode ser feito por meio de uma escala adaptada por Gouveia, Silva e Pessoa (2019), a partir do guia escrito por Terrell e Lindsey (2009), que fornece reflexões para ajudar a examinar como as crenças subjacentes afetam a produção de uma competência cultural. A escala avalia o *continuum* da competência cultural que vai desde Destrutividade cultural, Incapacidade cultural, Negação/ Indiferença cultural, Pré-competência cultural, Competência cultural até a Proficiência cultural. Importante estender a avalição para a contribuição da universidade em todas essas etapas.

Gouveia, Silva e Pessoa (2019) destacam ainda que para o desenvolvimento da competência cultural, a literatura sugere utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que

perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não devendo ser apenas uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma postura institucional. Existe a sugestão de incluir ainda nos treinamentos consultas gravadas, simulações, discussões de casos, projetos com a comunidade e palestras/ treinamentos realizados por representantes de cada cultura minorizada.

Dentro da prática pedagógica voltada para a competência cultural, sugerimos ainda apresentar aos estudantes de fonoaudiologia uma gama de recursos terapêuticos diversificados. Por exemplo, no caso de crianças negras, é possível utilizar uma variedade de brincadeiras e brinquedos africanos e afro-brasileiros para realizar avaliações e/ou intervenções terapêuticas, como nos exemplos abaixo.

• **Boneco de lido** (Angola): A brincadeira consiste em modelar bonecos com argila e/ou massinha de modelar (Pinto, Silva, Nunes, 2022). Nessa brincadeira, podemos tanto avaliar os níveis do desenvolvimento, em diálogos e situações semi-dirigidas quanto trabalhar esses mesmos níveis, nas propostas de intervenção que a criança precisar. São eles:

1. O reconhecimento e nomeação de partes do corpo;
2. Intenção comunicativa de pedido de objeto, pedido de ajuda, olhar sustentado;
3. Apontar para escolher o material que quer utilizar (por cor, por tamanho, etc);
4. Atenção compartilhada, para que a criança interaja com o boneco que está sendo construído e as outras pessoas que também estão brincando com ela, nesse contexto;
5. Jogo simbólico - após criar o boneco, podemos nomeá-lo, dar de comer, levar para passear, criar situações do cotidiano, dentro da brincadeira para que a criança crie suas representações e exercite seu faz de conta;
6. Imitação - o adulto ou outra criança dará o modelo, tanto na proposta de como modelar o material quanto nas histórias e falas criadas a partir desse boneco, e a partir daí a criança poderá

aprender ou demonstrar a sua habilidade de imitação que é um dos preditores da comunicação mais importantes no desenvolvimento infantil.

● **Mambai Nvrank ou Pondongo** (Angola): Dança realizada durante momentos de recreação, casamento ou outras festas. As músicas são acompanhadas pelo som de 3 batuques (tambores), dois pequenos chamados Nbando e um grande chamado Ngoma. As crianças, em geral dos 10 aos 15 anos, tocam os batuques e cantam enquanto os adultos dançam (Pinto, Silva, Nunes, 2022). Neste jogo podemos adaptar para uma interação entre terapeuta e criança, utilizando cada um, um instrumento e/ou compartilhando os instrumentos. Podemos, então, avaliar e estimular as habilidades de:

1. Intenção comunicativa
2. Funções comunicativas: instrumental/ regulatória/ de interação social/ de atenção conjunta.
3. Participação em atividade dialógica
4. Comunicação receptiva
5. Desenvolvimento motor
6. Habilidades conversacionais
7. Aspectos fonológicos da comunicação - observar e estimular os fonemas alvo em fala espontânea com músicas previamente escolhidas, que contenham maior repetição do som desejado.
8. Comunicação expressiva - estimular palavras alvo em fala espontânea com músicas previamente escolhidas, que contenham maior repetição da palavra desejada.

● **Bafo** (Brasil): O objetivo do jogo é ganhar figurinhas dos outros jogadores e as regras são bastante simples. Dois ou mais jogadores formam uma roda em que todos fiquem sentados ao redor das figurinhas que estão sendo disputadas. Cada jogador coloca no centro da roda uma quantidade de figurinha combinada previamente pelos participantes. O monte de figurinhas é agrupado sempre com o desenho voltado para baixo. Então, sorteia-se a ordem de ação dos participantes. Acertada a ordem de

participação, um jogador por vez arruma o monte e bate com uma mão no monte de figurinhas. As figurinhas que virarem do avesso (com o desenho para cima) são recolhidas pelo participante que acabou de bater. O próximo participante arruma as figurinhas que restaram e bate no monte, retirando aquelas que conseguir virar. O processo continua até que todas as figurinhas em jogo sejam retiradas do monte, conquistadas pelos participantes. Uma técnica para ter sucesso nessa brincadeira é, antes de bater com a palma das mãos nas figurinhas, curvar um pouco a mão, formando com ela uma concha, e só então bater, mas cada jogador escolhe sua melhor técnica para movimentar a mão. Uma variante para a brincadeira é, em vez de bater a palma da mão vem cima das figurinhas, bater ao lado delas e conseguir virá-las com o vento que irá se formar (Pinto, Silva, Nunes, 2022).

As figurinhas utilizadas nas cartas podem trabalhar com personalidades negras, com países africanos, com tipos de tranças e penteados africanos, com plantas medicinais, com impérios africanos, com tecnologias negras trazidas para o Brasil, entre outros assuntos, contribuindo assim para o fortalecimento cultural dessa criança.

Esse jogo apresenta diversas possibilidades a serem avaliadas e estimuladas com a criança:

1. Avaliar ou ampliar os campos semânticos
2. Avaliar ou estimular a nomeação dos itens
3. Avaliar ou estimular praxias articulatórias e buco-faciais - colocamos as imagens da praxias que desejamos que a criança realize
4. Fonologia - podemos selecionar imagens que contenha o fonema-alvo para a criança produzir
5. Avaliar ou estimular a construção do discurso narrativo - virar uma quantidade de itens e criar uma história a partir das imagens que foram viradas ou fazer perguntas sobre cada item que foi virado e estabelecer um diálogo com a criança
6. Tempo de espera
7. Troca de turno

● **Jogos das cinco pedrinhas** (Cabo Verde): Para esta brincadeira são necessárias cinco pedrinhas (ou bolinhas), que ficam dispostas no chão. O primeiro jogador começa jogando uma pedrinha para o alto e logo em seguida a captura no ar, antes que ela caia no chão. Caso consiga, continua sendo sua vez de jogar. Ele deve, então, jogá-la para o alto outra vez e, rapidamente, pegar uma segunda pedrinha no chão e capturar a que havia jogado para o alto, sem deixar nenhuma das duas cair. Tudo deve ser bem rápido! Continua assim, sucessivamente, sem deixar as pedrinhas caírem. Caso alguma pedra caia, será a vez de o adversário jogar. Quem conseguir pegar todas as bolinhas passa para a próxima fase do jogo. Em vez de bulutar (pegar) uma bolinha por vez, passa-se a pegar duas bolinhas ao mesmo tempo; na fase seguinte serão três e depois todas de uma só vez. Uma variação é jogar uma pedrinha para cima e conseguir cruzar os braços diante do peito antes de pegá-la de volta (Pinto, Silva, Nunes, 2022). Nesse jogo podemos trabalhar:

1. Tempo de espera
2. Atenção compartilhada
3. Podemos adaptar para trabalhar fonologia - para cada pedrinha conquistada a criança poderá, dizer o fonema-alvo que está sendo trabalhado ou uma palavra que contenha esse som.
4. Podemos adaptar para trabalhar praxias articulatórias e buco-faciais - a terapeuta pode colar imagens dos movimentos ou frases com comandos para cada movimento e ao final, cada jogador deve realizar os movimentos correspondentes a cada pedrinha que conquistou.
5. Podemos adaptar para trabalhar ampliação de campos semânticos e nomeação de objetos - a terapeuta pode colar imagens diversas, de acordo com os objetivos estabelecidos para a terapia e ao final, cada jogador deve nomear correspondentes a cada pedrinha que conquistou. Outra variação seria a proposta de trabalhar também a habilidade de acessar o léxico gramatical, onde cada jogador pode dar dicas sobre o objeto que pegou na pedrinha para que o outro tente adivinhar, podendo assim recuperar as pedrinhas para si, se isso estiver dentro das regras estabelecidas no jogo.

● **Terra e mar** (Moçambique): Deve ser riscada uma linha reta no chão, sendo determinado um lado como a "Terra" e o outro "Mar". O jogo se inicia com todas as crianças no lado da terra, aguardando o comando "mar" e todos devem pular para o lado do mar. Ao ouvirem: "terra", pulam para o lado da terra. Quem pular para o lado errado sai, até restar apenas uma pessoa, esse será o vencedor do jogo (Pereira, 2019). Nesse jogo, as habilidades cognitivas estimuladas são:

1. Atenção auditiva: Por meio do reconhecimento de comandos, discriminação auditiva, precisam prestar atenção, memorizar esse comando e reagir de acordo com a regra.

2. Concentração: Os participantes precisam manter o foco, calma e evitar as distrações por meio de atenção seletiva e para seguir tais comandos.

3. Troca de turno: Aguardar ansiosamente o comando fornecido por terceiro e só depois se deslocar para terra/mar; muito importante para evitar a derrota.

4. Socialização: Necessita interagir com o adulto que fornece os comandos e com os demais participantes do jogo; em algumas variações o jogo pode ser em dupla promovendo trabalho em grupo.

5. Compreensão de regras: Os participantes precisam compreender e respeitar as normas do jogo. Cada lado tem um nome e sempre que o adulto falar terra/ mar, ela precisa pular para o lado correto;

6. Visão/ noção espacial: O participante precisa de percepção de espaço e coordenadas espaciais para alcançar o lado desejado.

7. Coordenação motora grossa: por meio de corrida, pulos, mudanças de direções, equilíbrio e velocidade.

8. Comunicação receptiva: o jogador precisa ouvir, decodificar os sinais linguísticos, interpretar a informação e colocar em prática.

9. Flexibilidade cognitiva: os participantes precisam de adaptar as mudanças realizadas repentinamente.

10. Controle inibitório: controlar os impulsos e evitar correr antes de ouvir o comando.

Nessa brincadeira podemos adaptar para que a criança diga, ao pular de cada lado coisas/animais que contém naquele local (coisas do mar ou coisas da terra). Podemos pedir palavra isoladas ou frases contextualizadas, dessa maneira podemos trabalhar a nomeação, acesso ao léxico, atenção compartilhada, imitação, tempo de espera e discurso narrativo.

● **Pote de areia** (Guiné Bissau): Esse jogo apresenta diversas variedades. A versão mais comum necessita de areia, uma bola e um balde. Os jogadores são divididos em 2 equipes sendo elas: protetora e invasores. Inicia-se o jogo com todos os invasores correndo para despistar os adversários, enquanto que estes passam a bola de mão em mão para tentar acertá-los. Os jogadores invasores são desafiados a encher um pote de areia, enquanto um protetor tenta impedi-los, acertando com a bola quem se aproxima do pote com uma bola. Quem for acertado sai da brincadeira e os demais continuam tentando colocar areia dentro do pote até encher. Se todos forem atingidos antes de encher o pote, os protetores serão os vencedores, caso não consigam encher o pote, a vitória será dos protetores (Boaventura, Lima, Candé, 2021). As habilidades estimuladas com essa brincadeira são:

1. Coordenação motora grossa: Os participantes desse jogo precisam correr, pular, agachar, atirar a bola para todas as direções e encher o pote de areia.

2. Coordenação visomotora: A criança necessita reter as informações visuais e adequá-las aos movimentos motores.

3. Integração sensorial: explorar informações visuais, auditivas e táteis.

4. Socialização: Os dois grupos precisam trabalhar em conjunto, ajudar o colega, comunicar, escutar os parceiros e criar e colocar estratégias em prática em conjunto.

5. Resolução de problemas: Conseguir despistar os protetores ou acertar os invasores

6. Planejamento: Organizar planos para chegar perto do pote de areia sem ser visto pelos protetores e estratégias para vencer a partida.

7. Memória: Necessita memorizar as regras do jogo, as pessoas que são do seu time e a localização dos protetores para conseguir se defender.

8. Atenção compartilhada: essa habilidade permite que as crianças compartilhem a atenção com terceiros, observando os colegas para melhorar a comunicação, se proteger dos adversários e ajudar a encher o pote de areia.

9. Flexibilidade cognitiva: Os participantes precisam se adaptar às mudanças do jogo (invasores, protetores).

10. Comunicação compreensiva e expressiva: a criança precisa escutar com atenção as instruções do jogo, entender as regras, perceber sinais, expressões faciais, comunicar aos planos e pedir ajuda.

11. Compreensão/respeito às regras do jogo: compreender que todos os invasores devem se proteger da bola e terminar de encher o pote de areia para serem o vencedor da partida; acertar todos os invasores e evitar que o pote fique cheio de areia para vencer a jogada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da competência cultural entre os fonoaudiólogos será possível com uma mudança na formação, para que se privilegie um outro modo de se fazer comunicação, mas também o investimento no domínio cognitivo, que engloba conhecimento da epidemiologia e manifestações de doenças em diversos grupos e conhecimento dos diferentes efeitos que os tratamentos podem desencadear em diferentes grupos étnicos, além do conhecimento sobre a história e cultura de cada grupo; e o domínio atitudinal, relacionado à consciência de como a cultura modela o comportamento e a maneira de pensar, e reconhecer que temos o nosso próprio preconceito e tendência a estereótipos (Gouveia, Silva, Pessoa, 2019).

Para o alcance da equidade em saúde não podemos conviver com a opressão cultural, imposição de padrões próprios, sem

considerar raça, cultura, gênero, entre outros marcadores no processo de cuidado em saúde, mesmo que não intencionalmente.

REFERÊNCIAS

BAGNO, M. **Preconceito Linguístico**: o que é, como se faz. Edições Loyola, São Paulo, 1999.

BAGNO, M. Nada na língua é por acaso: Ciência e senso comum na educação em língua materna. **Revista Presença Pedagógica**. 2006.

BERBERIAN, A.P. **Fonoaudiologia e Educação**: um encontro histórico. Editora Plexus, 1997.

BOAVENTURA, M.R.F; LIMA, L.R.L; CANDÉ, A. A. **Coletânea Brincares Africanas**. Salvador- BA, 2021.

BUSTAMANTE, H. A importância da competência intercultural e dos mediadores interculturais no cuidado à saúde dos migrantes. 2023. Disponível em: https://migramundo.com/a-importancia-da-competencia-intercultural-e-dos-mediadores-interculturais-no-cuidado-a-saude-dos-migrantes/

CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p:181-184, 2002.

CLARK, E. L., EASTON, C., & VERDON, S. The impact of linguistic bias upon speechlanguage pathologists' attitudes towards non-standard dialects of english. **Clinical Linguistics & Phonetics**. 2020. Disponível em: https://doi org.libezp.lib.lsu.edu/10. 1080/02699206.2020.1803405

FALCÃO, A.R.G.; SOUZA, L.A.P.. Variações linguísticas e seus efeitos na saúde: reflexões para a clínica fonoaudiológica. **Distúrb. Comun.**, 33(3): 526-536, 2021

FITZGERALD, C., HURST, S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. **BMC Medical Ethics**, 18:19, 2017. DOI 10.1186/s12910-017-0179-8.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GOUVEIA, E. A. H., SILVA, R. de O., PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 43(1), 82–90, 2019. https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066

Hexag. A extinção no Brasil das línguas indígenas. 2022. Disponível em: https://cursinhoparamedicina.com.br/blog/historia/a-extincao-no-brasil-das-linguas-indigenas/

hooks, b. **Talking back**: thinking feminist, thinking black. Routledge Taylor & Francis Group. New York and London. New edition. pages Originally published:1989, p.42.

hooks, b. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

JOIA, J.H. Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil. **Estilos da Clínica**, v. 26, nº 1, p. 145-159, 2021.

KEIL, A. C. Língua central e língua periférica: Por saberes e práticas fonoaudiológicas emancipadoras. **Revista Estudos do Sul Global**, v. 1, p. 378-400, 2021.

NASCIMENTO, G. Racismo linguístico é sobre palavras? Um prefácio. **Língu@ Nostr@**, v. 9, n. 1, p. 3-15, 2021.

NASCIMENTO, G. **Racismo linguístico**: os subterrâneos da linguagem e do racismo. 1. ed. Belo Horizonte: Letramento Editorial, 2019.

PEREIRA, A. A. **Jogos Africanos**: Aprendendo Com Estudantes de Origem Africana Matriculados na Universidade Federal de São Carlos. São Carlos- SP, Universidade Federal de São Carlos, 2019. p.38.

PINTO, HS; SILVA, LS; NUNES, MDF (orgs.). **Catálogo de jogos e brincadeiras africanas e afro-brasileiras**. São Paulo: Aziza Editora, 2022. ISBN 978-65-992657-2-3.

Queiroz, N. L. N. de ., Maciel, D. A., Branco, A. U. **Brincadeira e desenvolvimento infantil**: um olhar sociocultural construtivista. Paidéia (ribeirão Preto), 16(34), 169–179, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200005.

SCARPA, E. M. **O Jogo, a Construção, e o Erro**: considerações sobre o desenvolvimento da linguagem na criança pré-escolar. São Paulo: FDE; 1991. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br /pdf/ideias_10_p054-064_c.pdf

RICE, N.A.; HARRIS, SC. Issues of cultural competence in mental health care. **Journal of the American Pharmacists Association 61**, e65ee68, 2021.

ROBINSON-ZAÑARTU, C. *et al*. **Contemp. School Psychol**., 15: 103, 2011. doi:10.1007/BF03340967.

TACTUS THERAPY. Improving Cultural Competence: Better Serving the Needs of African American and Black Stroke Survivors in Speech Pathology. Disponível em: https://tactustherapy.com/c ultural-competence-health-disparities-black-slp/

TERRELL, R.D., LINDSEY, R.B. Culturally Proficient Leadership: **The Personal Journey Begins Within**. 2009. 1-174 p.

TOLENTINO, J. Descolonização, filosofia e ensino: compartilhando vozes de filósofas latino-americanas. **Anais Eletrônicos do Congresso Epistemologias do Sul**, v. 2, n. 1, 2018.

VASCONCELOS, TCN de. A cor que não apagaram da língua: a colonialidade na fonoaudiologia brasileira. **Anãnsi**: Revista de Filosofia, v. 3, n. 2, p. 274-282, 2022.

VELIZ-ROJAS, L., BIANCHETTI-SAAVEDRA, A. F., SILVA-FERNÁNDEZ, M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(1), e00120818, 2019. https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818

WILSON, A. **A psicologia do desenvolvimento da criança preta.** São Paulo: Editora Poder Afrikano/Editora Ananse, 2022.

WHITE, J.L. Toward a Black Psychology: White theories ignore ghetto life styles. **Ebony Magazine**. v. XXV, n. 11, 45-52, 1970.

YU, B. *et al*. Making Race Visible in the Speech, Language, and Hearing Sciences: A Critical Discourse Analysis. **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 31, n. 2, 10, pp. 578-600, 2022.

SAÚDE AUDITIVA E O DEBATE RACIAL

Camila Freitas Normandia[1]
Ludmayra dos Santos da Silva[2]
Suiane Costa Ferreira[3]

O aparelho auditivo humano é um sistema incrivelmente sofisticado o qual desempenha um papel vital na nossa capacidade de perceber e interpretar o mundo ao nosso redor. Composto pelo ouvido externo, que capta as ondas sonoras; o ouvido médio, que amplifica essas ondas e as transmite como vibrações mecânicas; e o ouvido interno, onde as vibrações são convertidas em impulsos elétricos que o cérebro interpreta como som (Smith *et al*., 2019). O sistema auditivo é fundamental para nossa comunicação e interação social. Contudo, frente ao funcionamento tão complexo do aparelho auditivo, qualquer descompasso dessas importantes

[1] Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Participou do Centro Acadêmico de Fonoaudiologia da UNEB (CAFONO/2022). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Bolsista de Iniciação Científica no projeto "Condições sensíveis à atenção primária e a situação da população negra no estado da Bahia" (2023). Participante do grupo de extensão Ambulatório de Doenças Metabólicas e da Audição (ADMA). Ex-membro da Liga de Voz da Universidade do Estado da Bahia (Lavoz) e da Liga de Fonoaudiologia Hospitalar (LAFH). E-mail: camilanormandia39@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/9822264386610179.

[2] Graduanda em Fonoaudiologia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Participante do Centro Acadêmico de Fonoaudiologia da UNEB (CAFONO). Diretora de Esportes da Atlética de Saúde da UNEB (CERBERUS-A.A.A.S.U). E-mail: silvaludymayra@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6905821410136268.

[3] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

estruturas que o compõe pode resultar em patologias que prejudicam tanto o equilíbrio (vestibulopatias) quanto à audição, representada pelas perdas auditivas propriamente ditas. Também podem impactar severamente na qualidade de vida e na relação desse indivíduo consigo mesmo e com os outros. Este texto se propõe a dialogar sobre a perda auditiva e a relação com duas doenças diretamente ligadas à comunidade negra, o vitiligo e a doença falciforme.

A perda auditiva pode ser categorizada em três tipos principais: condutiva, sensorioneural e mista. A perda auditiva condutiva ocorre devido a obstruções ou danos no ouvido externo ou médio, impedindo a transmissão adequada do som. A perda auditiva sensorioneural, frequentemente mais severa, resulta de danos às células ciliadas no ouvido interno ou aos nervos responsáveis pela transmissão do som. A perda auditiva mista combina elementos das duas formas anteriores, tornando o diagnóstico e tratamento ainda mais desafiadores (Smith *et al*., 2019).

A interseção entre raça/etnia e saúde auditiva revela uma complexa rede de fatores biológicos e sociais. Estudos recentes sugerem que a melanina, o pigmento que confere cor à pele, olhos e cabelo, pode desempenhar um importante papel protetor na saúde auditiva (Helzner *et al*., 2005; Agrawal *et al*.,2008; Lin *et al*., 2011; Lor, Thao, Misurelli, 2020).

Em vertebrados, a melanina está presente em vários órgãos e tecidos, como baço, fígado, rim, cérebro, glândula pineal, ouvido interno, olho, pulmão, tecidos conjuntivos, testículos, coroide, coração, peritônio, músculos, glândulas de veneno e tumores. O cérebro e a glândula pineal em primatas, incluindo humanos, contêm um complexo de melaninas, as chamadas neuromelaninas. Vários estudos sugerem que a variação na cor externamente visível (fenótipo), baseada na melanina está correlacionada com a quantidade de melanina interna. A pigmentação do ouvido interno varia entre grupos étnicos e indivíduos com uma relação positiva entre o ouvido interno e a pigmentação da pele (Dubey, Roulin 2014).

Para Rusinowska (2022), os melanócitos estão localizados não apenas na epiderme da pele e nos folículos pilosos, mas também na mucosa, na úvea, no mesencéfalo e nas estruturas do ouvido interno. No ouvido interno, os melanócitos são observados na estria vascular, na cóclea e nas áreas de células escuras nos órgãos vestibulares, onde desempenham o papel de homeostase da hemolinfa e, dessa forma, regulam as funções auditivas e de equilíbrio. A destruição do melanócito no ouvido interno pode levar à sua disfunção.

A orelha interna é rica em melanócitos, principalmente na região basal da cóclea, onde mantêm os potenciais elétricos endococleares que desempenham um papel essencial na audição normal. Foi demonstrado que a melanina reduz o estresse oxidativo ao eliminar radicais livres, e o estresse oxidativo é considerado um dos fatores mais importantes subjacentes à perda auditiva neurossensorial, sendo esta uma condição que afeta o ouvido interno e o nervo auditivo, causando uma perda gradual e permanente da audição (Lin *et al*., 2017; Hu, Wang, 2023). Além disso, a melanina no ouvido interno é capaz de se ligar a medicamentos e, em casos de altas dosagens e/ou exposição prolongada, isso pode levar a alterações histológicas nas células que contêm pigmentos, seguidas por uma liberação de melanossomas nos tecidos circundantes, causando comprometimento da audição e do equilíbrio (Dubey, Roulin, 2014).

Lin *et al*. (2017) citam o exemplo da droga aminoglicólica, uma categoria de antibiótico notória por sua ototoxicidade. Alguns autores propuseram que a ototoxicidade é mediada pelos melanócitos na cóclea. Estudos in vivo constataram uma redução na atividade de enzimas antioxidantes e na produção de melanina em melanócitos cultivados por esses antibióticos, juntamente com um aumento no nível de radicais livres. Essas evidências apoiam o papel essencial dos melanócitos na função auditiva, com a destruição dos melanócitos ligada à deficiência auditiva neurossensorial.

Outros estudos vêm apontando para a relação direta entre disfunção coclear e a diminuição da quantidade de melanina. Portanto, uma perda na quantidade de melanócitos, com consequente diminuição de produção de melanina, como ocorre no vitiligo, pode afetar a saúde coclear (Angrisani *et al*., 2009).

O vitiligo é uma condição dermatológica crônica autoimune caracterizada pela perda de pigmento em áreas da pele, resultando em manchas hipopigmentadas, devido a destruição e desaparecimento de melanócitos funcionais na pele. Essa destruição pode atingir melanócitos em qualquer lugar do corpo, o que pode afetar a função dos órgãos nos quais esses melanócitos estão situados. Sua patogênese não é inteiramente conhecida, mas integra fatores como predisposição genética e agressão autoimune dos melanócitos. Entende-se que o vitiligo não é responsável por causar danos sérios à saúde dos indivíduos afetados, mas suasrepercussões na saúde mental da população é comprovadamente conhecida. Devido ao estigma ao redor de suas manifestações cutâneas, relações interpessoais e também questões de autoestima são prejudicadas, principalmente em mulheres (Jan; Masood, 2020).

O vitiligo atinge mais de 1 milhão de brasileiros, segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia. Uma estimativa da Fundação Internacional de Pesquisa em Vitiligo mostra que o número de pessoas no mundo com a doença fica entre 65 milhões a 95 milhões, atingindo em média de 0,5% a 2% da população (Jornal da USP, 2022). E no país ocorre em 1,2% das pessoas brancas e em 1,9% das pardas/negras, aparecendo entre as 25 doenças dermatológicas mais frequentes em todas as macrorregiões do país (Biblioteca Virtual em Saúde, s.d.).

Embora os dados científicos sejam ainda incipientes, pressupõe-se que haja maior incidência do albinismo em regiões com prevalência da população negra, como é o caso da Bahia. Resultados de pesquisa cujos sujeitos foram os filiados à Associação de Pessoas com Albinismo da Bahia (APALBA), publicados no Artigo Perfil do Albinismo Oculocutâneo na Bahia,

de Moreira *et al*. (2007 *apud* SESAB, 2023), informam que "70% dos albinos declararam ascendência negra […], valores semelhantes à distribuição racial no estado da Bahia. Fazem-se necessários estudos populacionais mais abrangentes, com utilização de dados censitários, para conformar uma possível correlação entre a origem africana e o albinismo […]". O mesmo artigo afirma que "Entre os albinos, foi registrada uma taxa elevada de anemia falciforme (5%), o que demonstra uma associação desse grupo com a etnia negra".

O vitiligo pode se apresentar de duas formas: segmentar ou vulgar (não-segmentar). No primeiro caso, há o comprometimento de um lado do corpo, já o vulgar atinge as extremidades em locais onde há maior atrito da pele com os objetos, como os tornozelos, cotovelos e a face (Jornal da USP, 2022).

Person *et al*. (2022) descrevem que dentre os muitos fatores de risco conhecidos para perda auditiva sensorioneural, aqueles relacionados ao risco não controlável são predominantes, ou seja, de fundo genético. Raça e gênero devem aqui ser considerados, visto haver evidência que o estrógeno exerça papel protetivo na orelha interna da mulher, assim como a melanina o faz entre os negros. Tanto o estresse oxidativo quanto as reações autoimunes podem causar perda auditiva por meio de danos diretos às células ciliadas na cóclea. Os melanócitos regulam os canais de potássio envolvidos no potencial elétrico endococlear, que é importante na transmissão de sinais da função auditiva. As quantidades de melanina são mais abundantes na base da cóclea, que é responsável apenas pela audição de alta frequência. Os anticorpos antimelanócitos presentes no vitiligo podem atacar os melanócitos da orelha interna, resultando em quantidades reduzidas de melanina e maior suscetibilidade à perda auditiva neurossensorial de alta frequência (Hu, Wang, 2023).

Como é encontrada na estria vascular do ouvido interno, a melanina tem sido associada à perda auditiva. As pessoas com pouca melanina têm um risco maior de problemas auditivos por exposição a barulho.

No estudo de Genedy *et al.* (2021) encontrou-se uma associação significativa entre perda auditiva e achados oculares anormais em pacientes com vitiligo, comprometendo o reflexo vestíbulo-ocular dos indivíduos com vitiligo e favorecendo o aparecimento de nistagmos. Assim, pacientes com vitiligo devem ser avaliados quanto a anormalidades oculares, auditivas e vestibulares.

Iannella *et al*. (2016) descrevem um estudo clínico onde compararam 53 pacientes com vitiligo e 50 pacientes sem vitiligo pareados por idade e gênero. Diminuição da capacidade auditiva neurossensorial foi encontrada em 20 pacientes (37,7%). Nove dos 20 pacientes apresentaram perda auditiva mínima unilateral (> 30 dB), enquanto os outros 11 demonstraram perda auditiva bilateral (> 30 dB) em uma ampla faixa de frequências (2000 –8000 Hz). Diminuição da capacidade auditiva foi observada em oito (16%) pacientes controle. Diminuição da capacidade auditiva neurossensorial foi observada com mais frequência no vitiligo vulgar do que nos outros tipos clínicos, embora isso não tenha sido estatisticamente significativo. Limiares de tom puro anormais foram encontrados em 8 pacientes de 20 (38,09%) em um estudo conduzido.

Ma *et al*. (2021) também realizaram uma investigação da associação entre vitiligo e perda auditiva sensorioneural a partir de uma revisão sistemática e meta-análise, e encontraram evidências que apoiam uma associação positiva. Esses resultados indicam avaliação audiológica para o reconhecimento precoce e o gerenciamento da perda auditiva em pacientes com vitiligo.

Em um estudo de coorte retrospectivo, que incluiu pacientes com vitiligo e controles pareados por idade, sexo e comorbidades, Li *et al.* (2022) encontraram um risco 2,2 vezes maior de desenvolver perda auditiva neurossensorial em pacientes com vitiligo. O encaminhamento adequado ao profissional de saúde para triagem precoce e acompanhamento mais próximo de perda auditiva neurossensorial deve ser considerado para pacientes com vitiligo, especialmente para pacientes com idade mais avançada.

Na revisão realizada por Hu e Wang (2023), encontramos vários estudos que examinaram a relação entre vitiligo e deficiência auditiva, mas com resultados variados. Uma revisão sistemática recente indicou que pacientes com vitiligo tinham um risco 6,02 vezes maior de desenvolver perda auditiva neurossensorial em comparação com o grupo controle, mas a definição de perda auditiva foi heterogênea entre os estudos incluídos. Lien *et al.* (2022) conduziram uma análise semelhante e apenas estudos que atendiam aos critérios que examinavam a perda auditiva avaliando os limiares de tons puros (PTTs) foram incluídos. De acordo com suas descobertas, pacientes com vitiligo tinham PTTs significativamente elevados apenas em altas frequências, incluindo 2.000, 4.000 e 8.000 Hz, não em baixas frequências variando de 250 a 1.000 Hz. Como a maior parte do som em nossa vida diária está em frequências baixas e intermediárias, geralmente não somos sensíveis a danos auditivos na região de alta frequência. Como resultado, os pacientes com vitiligo são propensos à perda auditiva neurossensorial de alta frequência e a maioria dos casos de perda auditiva entre pacientes com vitiligo são subclínicos. Além disso, Anbar *et al*. conduziram um estudo para comparar a função coclear em pacientes com vitiligo não segmentar e vitiligo segmentar, e os resultados mostraram que a disfunção coclear bilateral era comum em ambos os subtipos da doença. Em relação à idade de início, um estudo revelou uma tendência a um aumento da gravidade da perda auditiva neurossensorial no grupo mais velho e em pacientes com vitiligo de início tardio. Em contraste, outro estudo descobriu que o vitiligo de início tardio não estava estatisticamente associado a anormalidades do sistema auditivo.

A presença de vitiligo e suas implicações auditivas oferecem evidências adicionais de que a melanina na cóclea pode ter funções protetoras semelhantes às observadas na pele (Ma *et al.*, 2021). Assim, com base nas descobertas desses estudos, Hu e Wang (2023) recomendam a avaliação regular de pacientes com vitiligo para detectar anormalidades oculares e auditivas e tratar essas condições no estágio inicial.

Apesar da proteção biológica potencial oferecida pela melanina, dados epidemiológicos revelam que as pessoas negras frequentemente enfrentam taxas mais elevadas de perda auditiva e menor acesso a cuidados auditivos adequados (Schuh; Bush, 2020; Chen *et al*., 2005; Lor, Thao, Misurelli, 2020). Essa discrepância aponta para o impacto do racismo estrutural e das desigualdades sociais nos cuidados em relação a saúde auditiva dessa população seja no âmbito da prevenção, do diagnóstico ou da reabilitação (Lor, Thao, Misurelli, 2020). Um exemplo crítico dessa realidade é o que acontece na doença falciforme, uma condição genética que afeta predominantemente pessoas de ascendência africana e está associada a uma série de complicações de saúde, incluindo perda auditiva (Al-Dabbous *et al*., 1996; Taipale *et al*., 2012; Farrell *et al*., 2019).

A doença falciforme (DF) é a doença genética e hereditária mais predominante no Brasil e no mundo. Caracteriza-se pela alteração das hemácias. Estas células são arredondadas e nas pessoas com DF, em condições adversas (frio, desidratação, estresse etc.), assumem um formato de foice, tornando-se rígidas, o que dificulta a circulação e a chegada do oxigênio aos tecidos, desencadeando uma série de sinais e sintomas como anemia hemolítica crônica, danos em órgãos terminais, maior suscetibilidade a infecções e episódios intermitentes de oclusão vascular, causando dor aguda e crônica. Além desses eventos, observam-se processos de disfunção endotelial vascular e aumento da atividade pró-inflamatória pela ativação de neutrófilos, monócitos e plaquetas, bem como a produção reduzida do óxido nítrico (Santos *et al*., 2020). Por ser de origem africana, a doença falciforme é mais prevalente em pretos e pardos (mas não exclusiva), sendo de alta relevância epidemiológica. Estima-se que no Brasil existam entre 60 e 100 mil pessoas com DF. Em um estudo sobre mortalidade no país dos 6.553.132 óbitos registrados, 3.320 registros foram de indivíduos com DF. Entre eles, a mediana da idade ao óbito foi de 32 anos, enquanto que na população geral a mediana foi de 69 anos (Mota *et al*., 2024).

Os efeitos da anemia hemolítica crônica e da obstrução dos vasos sanguíneos, que são características fisiopatológicas da DF, também podem afetar o sistema auditivo. Portanto, a perda auditiva neurossensorial/coclear se desenvolve como resultado de crises repetidas de anemia falciforme, causando oclusão microvascular coclear com anoxia resultante e subsequentes alterações/danos isquêmicos ao sistema auditivo (Solomon *et al.*, 2023).

Santos *et al.* (2020) descrevem que a disfunção endotelial, os eventos de vaso-oclusão e a insuficiência circulatória no nível da orelha interna são os grandes responsáveis pela perda auditiva na DF, devido à hipóxia ou ao infarto do órgão de Corti. Esses eventos alteram a atividade metabólica da estria vascular, afetando o equilíbrio iônico da endolinfa na orelha interna e causam morte das células ciliadas. Além disso, o sistema nervoso é muito afetado com os baixos níveis de oxigênio, e isso implica um funcionamento anormal do nervo coclear e das vias auditivas centrais. Rissatto-Lago *et al*. (2017) complementam que as alterações da DF são capazes de gerar sintomas otoneurológicos como perda auditiva neurossensorial, zumbido e vertigem. A literatura tem demonstrado que sua apresentação clínica pode estar relacionada à disfunção endotelial. A redução da dilatação mediada pelo fluxo, secundária à redução da liberação de óxido nítrico, seguida pelo aumento do estresse de cisalhamento da parede, tem sido considerada um marcador precoce de alterações vasculares em pacientes com DF.

Santos *et al*. (2020) discorrem que indivíduos com DF apresentam maior incidência de perda auditiva do que o resto da população, e a perda sensorioneural tem sido a mais relatada, com uma prevalência que varia de 3,8% a 21,4% entre crianças e jovens e de 46 a 66% entre adultos. Além da perda auditiva, os reflexos acústicos estapedianos se apresentam alterados e a ausência de emissões otoacústicas por produto de distorção (EOAPD) é relatada. O aumento da amplitude das emissões otoacústicas pode indicar mudanças na micromecânica coclear e preceder a expressão detectável da perda sensorioneural. A avaliação do potencial

evocado auditivo do tronco cerebral também apresenta alterações em pacientes com DF.

Burch-Sims e Matlock (2005) trazem que as perdas auditivas decorrentes da DF podem ocorrer com diferentes padrões e graus de perda auditiva e que o comprometimento auditivo é uma consequência da falcização e da estagnação do sangue na cóclea. A isquemia da estria vascular, com hipóxia secundária do órgão espiral (de Corti) como resultado direto da crise da DF, representa um risco significativo para o sistema auditivo. O aumento da viscosidade sanguínea pela cristalização dos glóbulos vermelhos, com subsequente lentidão, desenvolvimento de estase, isquemia ou hipóxia, parece ser o fenômeno fisiopatológico mais marcante durante a crise.

Al-Jabar (2016) descreve estudos que mostram que a perda auditiva é uma consequência comum da doença falciforme, especialmente em crianças que enfrentam episódios frequentes de dor e crises vaso-oclusivas. Quanto mais frequentes e severos os ataques da doença ocorrem em idade precoce, maior é o risco de perda auditiva, evidenciando que a falta de assistência médica adequada e a gestão insuficiente da condição contribuem para o agravamento dos problemas auditivos.

Mgbora e Emodib (2004) realizaram um estudo de perfil auditivo de 52 pacientes com DF que foram recrutados aleatoriamente no departamento de pediatria do University of Nigeria Teaching Hospital Enugu. Como resultado, sete crianças apresentaram deficiência auditiva. Após a categorização da hemoglobina, verificou-se que todos os pacientes com DF pertenciam ao grupo homozigoto (HbSS). Não foram detectadas HbSC nem outras variantes. A prevalência de perda auditiva foi de 13,4% nesses pacientes, mas a taxa de prevalência da população geral encontrada em um grupo de controle foi de 6,2%. Concluíram então, que a DF tem muitas manifestações orgânicas e uma complicação entre as quais é a perda auditiva neurossensorial. Recomenda-se a avaliação audiológica regular, o aconselhamento e a reabilitação desses pacientes com aparelhos auditivos.

Farrell *et al.* (2019) investigaram 181 crianças com DF que foram submetidas a testes audiológicos. No geral, 13,3% tinham perda auditiva documentada, com 6,6% de perda auditiva neurossensorial. A média de tons puros entre os pacientes com perda auditiva neurossensorial variou de perda auditiva leve a profunda, inclinando-se para uma perda auditiva mais grave em frequências mais altas. Concluindo, a perda auditiva foi identificada em um subgrupo significativo de crianças com DF e a perda auditiva variou de normal a profunda. Embora a prevalência geral de perda auditiva neurossensorial em pacientes com DF tenha sido baixa, a triagem audiológica de base deve ser considerada.

Piltcher *et al*. (2000) realizaram um estudo de caso-controle para confirmar a maior prevalência de perda auditiva neurossensorial entre pacientes com DF do sul do Brasil. Foram estudados 28 pacientes e 28 controles normais pareados. Os dados indicaram que pacientes com DF do sul do Brasil são mais predispostos ao desenvolvimento de problemas auditivos neurossensoriais do que a população em geral.

Rissatto-Lago *et al*. (2017) realizaram um estudo transversal com 54 crianças, com idade entre 6 e 19 anos, das quais 28 apresentavam genótipo SS e 26 aparentemente saudáveis (genótipo AA), cujos pais ou responsáveis, ou as próprias crianças, preencheram um questionário elaborado para avaliar seus sintomas otoneurológicos. Todos os indivíduos foram submetidos à avaliação da função endotelial por porcentagem de dilatação mediada por fluxo (DMF) com hiperemia reativa ao Doppler da artéria braquial. Os sintomas otoneurológicos (zumbido e/ou vertigem) predominaram no grupo DF. Foi observada associação entre disfunção endotelial com sintomas otoneurológicos e sintomas otoneurológicos e fenômenos vaso-oclusivos na DF. A presença de dano endotelial vascular na artéria labiríntica em pacientes com DF é capaz de comprometer os canais semicirculares, demonstrado pela expressão clínica de sintomas otoneurológicos, como vertigem.

Speller-Brown, Martin e Darbari (2022) recomendam que todas as crianças com DF sejam examinadas preventivamente para déficits auditivos, especialmente aquelas com altas taxas de crise vaso-oclusiva que requerem tratamento com opioides. Crise vaso-oclusiva no sistema auditivo (artéria labiríntica que irriga o ouvido interno) e a exposição a outros medicamentos ototóxicos para tratar complicações de DF podem possivelmente contribuir para danos ao ouvido interno e perda auditiva. É importante que os profissionais de saúde garantam acesso precoce e regular a clínicas para avaliação e eduquem os pais para ajudar na identificação precoce, tratamento e/ou reabilitação de déficits auditivos. O objetivo deste processo será detectar a perda auditiva precocemente e melhorar os resultados de desenvolvimento e linguagem por meio de intervenções apropriadas, o que também pode melhorar o desempenho escolar e maximizar a qualidade de vida dos pacientes.

Os estudos de Solomon *et al*. (2023) também mostram que a perda auditiva sensorioneural é uma complicação frequente em crianças e adolescentes com DF. Cerca de 25% das crianças e adolescentes com DF experimentou perda auditiva sensorioneural, que afetou desproporcionalmente os homens. Os autores indicam que a audiometria frequente deve ser realizada para verificar os níveis de audição das crianças e identificar quaisquer perdas auditivas precoces para que intervenções possam ser feitas para talvez prevenir problemas de fala e linguagem associados, que podem causar desafios educacionais. Contudo, barreiras ao acesso a serviços de saúde auditiva, falta de recursos e discriminação sistemática limitam a capacidade dessas populações de receber diagnósticos precoces e tratamentos adequados (Lor, Thao, Misurelli, 2020). O racismo estrutural e a marginalização econômica intensificam a desigualdade no cuidado auditivo.

A formação e atuação dos profissionais de saúde, incluindo os fonoaudiólogos, desempenham um papel crucial na perpetuação dessas desigualdades. A falta de conhecimento e treinamento em competência cultural é uma questão significativa. Muitos

programas de formação em saúde, incluindo os de fonoaudiologia, possuem um arcabouço limitado de competência cultural, resultando em profissionais com uma compreensão insuficiente das questões raciais e das desigualdades que afetam a saúde auditiva, porque partem sempre das peculiaridades do corpo branco tido como universal. Essa lacuna na formação pode levar a abordagens clínicas que não são sensíveis às necessidades específicas de pacientes de diferentes origens raciais e étnicas (Perry, 2012).

Além disso, o racismo estrutural presente nos ambientes de trabalho e nas relações interpessoais pode exacerbar essas desigualdades. Profissionais de saúde, muitas vezes imersos em sistemas de saúde que perpetuam a desigualdade, podem reproduzir práticas e atitudes que marginalizam os pacientes negros. A falta de representação e a discriminação sistêmica podem afetar o atendimento prestado, resultando em uma menor qualidade de cuidado e acesso desigual a serviços auditivos.

PROPOSTA DIDÁTICA

A formação de fonoaudiólogos no Brasil enfrenta desafios profundos ao se deparar com o problema de não dialogar sobre o racismo e a saúde da população negra. Apesar de as universidades serem legalmente obrigadas a abordar tais questões a partir da Política Nacional da Saúde Integral da população Negra (PNSIN) e da Resolução CNS nº 569/2017 que aprovou os princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde, muitas vezes os debates são inexistentes ou se limitam a disciplinas específicas, o que fragmenta o entendimento e a aplicação prática desse conhecimento. O que fere diretamente o objetivo da Política e compromete o cuidado dessa população.

> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as

> responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. (Brasil, 2010, p.7)

No caso da Fonoaudiologia, que se define como uma profissão voltada à comunicação humana, essa lacuna é especialmente contraditória. Como profissionais da comunicação, há uma responsabilidade crucial de ouvir e compreender todas as vozes, e isso inclui, necessariamente, as vozes da população negra. No entanto, muitos profissionais egressos dessa formação falham em reconhecer ou mesmo abordar as demandas e particularidades da saúde tanto auditiva quanto geral da população negra.

Para garantir uma educação transformadora é necessário um método de ensino que movimente três eixos: Conscientização contínua e transversal, formação integral e impacto social. Todos esses princípios devem ser norteados pela construção coletiva, pois ao contrário da perspectiva individualista frequentemente encontrada nas sociedades ocidentais, onde o conhecimento é visto como uma conquista pessoal, a construção de saberes nas sociedades africanas é essencialmente comunitária (Gbadegesin, 2005). Esse princípio deveria guiar a educação fonoaudiológica, onde o aprendizado e a prática se beneficiariam de um esforço conjunto e integrativo. O estudante não deve ser visto como alguém sem luz, um ser a ser "iluminado" pelo professor. Essa ideia, típica das tradições educacionais europeias, carrega uma hierarquização opressiva que limita o potencial dos estudantes e exclui a diversidade de suas experiências e conhecimentos prévios.

Para transformar a formação dos profissionais que atendem a população negra é essencial traçar estratégias concretas que articulem as demandas de um Brasil plural. Mais que uma readequação curricular pontual, o objetivo deve ser implementar

um conjunto de práticas contínuas e articuladas que coloquem o combate ao racismo e o respeito à diversidade no centro da formação dos futuros fonoaudiólogos e possam tratar de raça de modo interseccional.

A primeira estratégia deve ser inserir discussões sobre saúde auditiva e racismo de maneira transversal ao longo do curso. Isso significa que o tema da saúde auditiva da população negra não deve ser restrito a uma disciplina isolada, mas sim abordado em todas as disciplinas relevantes, como audiologia, linguagem, saúde pública e ética profissional. Assim, o tema deixa de ser tratado como um tópico secundário e se torna um eixo central. Para isso é necessário a reformulação dos currículos e a criação de planos pedagógicos onde o debate sobre raça e etnia seja contemplado.

Para esse debate começar a ser acessado nas salas de aula faz-se necessário uma exposição por parte dos docentes dos temas, trazendo Casos clínicos, pesquisas e exemplos práticos que tratem da saúde auditiva da população negra, permitindo que os alunos construam seus esquemas de conhecimento da maneira mais plural possível. Nessa prática pedagógica orientamos a mediação do estudo de caso clínico, que é um estudo aplicado na assistência direta, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para o profissional estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados. Para aplicar o estudo de caso, o profissional deve ter conhecimento não somente das técnicas, mas também sobre a fisiopatologia das doenças, sinais e sintomas e fatores socioeconômicos envolvidos no processo saúde-doença (Galdeano, Rossi, Zago, 2003).

Inicialmente recomendamos a discussão em sala de aula do artigo "Perda auditiva na hemoglobinopatia SC (HbSC): relato de caso" (Santos *et al*., 2020) a fim de aprofundar o debate e tornar o estudante mais familiarizado. Em seguida, orientamos a produção de um caso clínico por grupos de estudantes a partir das experiências vividas na clínica-escola.

Galdeano, Rossi e Zago (2003) elaboraram um roteiro instrucional para organizar um caso clínico: (1) questões norteadoras; (2) identificação (do local ou pessoa em estudo); (3) resumo dos problemas ou alterações identificados; (4) fundamentação teórica; (5) alternativas ou propostas; (6) ações implementadas ou recomendas e (7) discussão.

A clínica-escola é um recurso valioso que também pode ser usado para desenvolver tecnologias de assistência e campanhas de saúde auditiva. Organizar campanhas de triagem e educação em saúde auditiva direcionadas às comunidades negras, com linguagem e abordagem que respeitem e valorizem os saberes e o contexto cultural desses grupos pode também se constituir em metodologias ativas de aprendizagem. Essas campanhas podem ser promovidas em colaboração com organizações locais e representantes comunitários, ajudando a disseminar informações e prevenir problemas auditivos de maneira eficaz. Na clínica-escola é fundamental também rever e adaptar as práticas clínicas e de pesquisa, desenvolvendo abordagens personalizadas que atendam às especificidades da população negra. Protocolos de triagem e diagnóstico devem ser adaptados, desde a fase de anamnese até a avaliação e o acompanhamento, para garantir que esses profissionais estejam preparados para identificar e lidar com as necessidades auditivas desse grupo com sensibilidade e precisão.

A anamnese que é o ponto de partida na prática clínica deve reconhecer as diversidades culturais e sociais da população negra, sendo inadmissível que ela não tenha identificação autorreferida de raça/cor e questionamentos que incluam a vivência desses pacientes em relação a sua comunidade, seus costumes e as próprias percepções sobre saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um curso de Fonoaudiologia que valorize a saúde da população negra não é um desafio que se resolve apenas com mudanças curriculares, mas com uma reformulação completa

da visão e das práticas educativas e clínicas. Ao incluir o tema racial de maneira transversal, investir na pesquisa e desenvolver a prática clínica com uma abordagem culturalmente sensível, as universidades formarão profissionais realmente preparados para atender a diversidade da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, Y. *et al*. Prevalence of Hearing Loss and Differences by Demographic Characteristics Among US Adults Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. **Arch. Intern. Med.**; 168(14):1522-1530, 2008.

AL-DABBOUS, A. M. *et al*. Sensorineural hearing loss in homozygous sickle cell disease in Qatif, Saudi Arabia. **Annals of Saudi Medicine**, v. 16, p. 641-644, 1996.

AL-JABR, H. Hearing loss among adults with sickle cell disease in an endemic region: a prospective case-control study. **Annals of Saudi Medicine**, v. 36, p. 135-138, 2016.

Angrisani, RMG *et al*. Portadores de Vitiligo: estudo das emissões otoacústicas e efeito de supressão. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**.; 75(1):111-15, 2009.

Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da saúde. 01/8 – Dia Nacional dos Portadores de Vitiligo. s.d. Disponível em: https://' bvsms.saude.gov.br/01-8-dia-nacional-dos-portadores-de-vitiligo-4/#:~:text=O%20vitiligo%20atinge%20de%200,todas%20as%20macrorregi%C3%B5es%20do%20pa%C3%ADs.

BURCH-SIMS, G. Pamela; MATLOCK, Valeria R. Hearing loss and auditory function in sickle cell disease. **Department of Speech Pathology and Audiology, College of Health Sciences, Tennessee State University**, Nashville, TN, EUA. R. 2005

CHEN, J.Y. *et al*. Racial/Ethnic Disparities in the Use of Preventive Services Among the Elderly, **Am. J. Prev. Med.**, 29(5):388 –395, 2005

DUBEY, S.; ROULIN, A. Evolutionary and biomedical consequences of internal melanins. **Pigment Cell Melanoma Res**. 27; 327–338, 2014

FARRELL, N.A. *et al*. Sensorineural hearing loss in children with sickle cell disease. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, 118, p:110–114, 2019.
GALDEANO L.E., ROSSI L.A., ZAGO M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-am Enfermagem**; 11(3):371-5, 2003.
GBADEGESIN, S. Filosofía yoruba: individualidad, comunidad y el orden moral. In: EZE, Emmanuel Chukwudi (ed.). Pensamiento africano. **Cultura y sociedade**. Barcelona: Bellaterra, p. 35-56, 2005.
GENEDY, R. *et al*. Ocular and auditory abnormalities in patients with vitiligo: a case–control study. **Clinical and Experimental Dermatology**, 46, pp. 1058–1066, 2021.
HELZNER, E.P. *et al*. Race and Sex Differences in Age-Related Hearing Loss: The Health, Aging and Body Composition Study. **JAGS**, 53:2119–2127, 2005
HU, Z.; WANG, T. Beyond skin white spots: Vitiligo and associated comorbidities. **Frontiers in medicine**, v. 10, p. 1072837, 2023.
IANNELLA, G. *et al*. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. **Autoimmunity Reviews**, v. 15, n. 4, p. 335-343, 2016. DOI: 10.1016/j.autrev.2015.12.006.
JAN, N. A.; MASOOD, S. Vitiligo. 2020. **StatPearls [Internet].** Disponível em: https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_med_intern_med/155.
Jornal da USP. Cerca de 1 milhão de brasileiros sofre de vitiligo, que tem tratamento e cura possível. 2022. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/cerca-de-um-milhao-de-brasileiros-sofrem-de-vitiligo-que-tem-tratamento-e-cura-possivel/
LI, C. L. *et al*. Association between sensorineural hearing loss and vitiligo: a nationwide population-based cohort study. **JEADV**, 36, 1097–1103, 2022.
LIEN, K.H. *et al*. Association of vitiligo with high-frequency sensorineural hearing loss: a systematic review and meta-analysis. **JEADV**, 36, 373–379, 2022.
LIN, B. M. *et al*. Skin pigmentation and risk of hearing loss in women. **American journal of epidemiology**, v. 186, n. 1, p. 1–10, 2017.

LOR, M.; THAO, S.; MISURELLI, S.M. Review of Hearing Loss Among Racial/ Ethnic Minorities in the United States. **Western Journal of Nursing Research**, 1–18, 2020.

MA, S.H. *et al*. Association between vitiligo and hearing loss. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 85, n. 6, p. 1465-1472, dez. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.12.029. Acesso em: 15 nov. 2024.

MGORA, N.; EMODIBA, I. Sensorineural hearing loss in Nigerian children with sickle cell disease. **Department of Otorhinolaryngology, College of Medicine, University of Nigeria Teaching Hospital**, Enugu, Nigéria. 2004.

MOTA, C.S. *et al*. Àgô Sankofa: um olhar sobre a trajetória da doença falciforme 1 no Brasil nos últimos 20 anos. **Ciências Saúde Coletiva**; 29:e06772023, 2024.

PERRY, A. R. Cultural Competence in Speech-Language Pathology: A Review of Where We Are and Where We Go. [s.l.]: Appligent, 2012.

PERSON, O.C. *et al*. Intervenções para perda auditiva sensorioneural: o que mostram as revisões sistemáticas Cochrane? **Diagn. Tratamento**. 27(3), p:108-13, 2022.

PILTCHER, O. et al. Sensorineural Hearing Loss Among Sickle Cell Disease Patients From Southern Brazil. **American Journal of Otolaryngology**, v. 21, n. 2, p. 75-79, 2000.

RISSATTO-LAGO, M.R. *et al*. Association between endothelial dysfunction and otoneurological symptoms in children with sickle cell disease, **Hematology**, 22:5, 299-303, 2017.

RUSINOWSKA, B. Is there a correlation between vitiligo and hearing loss? -review of the literature. **Journal of Education, Health and Sport**.;12(7):810-816, 2022.

SANTOS, D.S. *et al*. Perda auditiva na hemoglobinopatia SC (HbSC): relato de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**., Salvador, v. 19, n. 4, p. 636-641, 2020.

SCHUH, M.; BUSH, M.L. Evaluating Equity through the Social Determinants of Hearing Health. **Ear Hear**.43(Suppl 1): 15S–22S, 2022. doi:10.1097/AUD.0000000000001188.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Saúde da Pessoa com Albinismo**. 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov' .br/saude-da-pessoa-albina/.
SMITH, B. *et al*. Effects of socioeconomic status on children with hearing loss, **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**,116, p. 114 -117, 2019.
SOLOMON, A. *et al*. Prevalence and pattern of sensorineural hearing loss among children and adolescents with sickle cell disease in a tertiary health facility, Northwest Nigeria. **Annals of African Medical Research**, 2023. p. 184. doi: 10.4081/aamr.2023.184.
SPELLER-BROWN, B.; MARTIN, B.; DARBARI, D. Sensorineural Hearing Loss in Sickle Cell Disease: Case Reports. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 18, p. 1019-1020, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.06.006.
TAIPALE, A. *et al*. Hearing loss in Angolan children with sickle-cell disease. **Pediatrics International**, 54, p. 854 - 857, 2012.

DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS E O CUIDADO DA POPULAÇÃO NEGRA

Ana Maria Jesus da Silva[1]
Flávia Vitorio Oliveira[2]
Leilane Silva de Deus Santa Rita[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

De todas as formas de desigualdade, a injustiça nos cuidados de saúde é a mais chocante e desumana.-
Martin Luter King, 1966

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das condições mais prevalentes em todo o mundo, com uma carga substancial sobre os sistemas de saúde e uma das principais causas de morbidade e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1,3 bilhão de pessoas no mundo sofrem de hipertensão e 7,5 milhões morrem anualmente. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos (OPAS, 2023).

[1] Graduanda em Farmácia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu, E-mail: ana.mjs@hotmail.com.
[2] Enfermeira graduada pela UNEB. Pós-graduação em Enfermagem em urgência e emergência. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: enflaviaoliveira@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3841162010051196.
[3] Graduanda em Farmácia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Pesquisadora do PET - Saúde Equidade 2024. E-mail: leilane446@gmail.com Lattes: https://lattes.cnpq.br/7482849242951096.
[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

Embora a hipertensão afete todas as populações, sua prevalência, severidade e resposta ao tratamento são desproporcionalmente maiores entre pessoas de ascendência africana, tornando essa condição um desafio de saúde pública. Aproximadamente quatro em cada cinco pessoas com hipertensão não recebem tratamento adequado (OPAS, 2023). No Brasil, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) mostrou que a hipertensão atinge 30,3% dos brasileiros brancos e 49,3% de negros (Chor *et al*., 2015). Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) mostram que o risco de hipertensão é 27% maior em negros e 6% em pardos do que em brancos.

Em 2018, dados do DATASUS evidenciaram que a mortalidade de pessoas negras em diversas doenças se mostrou bastante alta em relação à mortalidade das mesmas doenças em pessoas brancas, números desproporcionais ao se comparar com a proporção da população por raça/cor. Em relação a mortalidade por doenças hipertensivas, o número foi ainda mais alarmante, 74,5% das mortes foram de pessoas negras, em comparação com 19% de pessoas brancas (Negras, 2020). Dados de um estudo analítico com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 e 2019, mostrou que pessoas negras tiveram mais internações por HAS ou alguma complicação e grau de limitação intenso ou muito intenso na realização de atividades diárias (DEPROS, 2024).

A população negra apresenta maior prevalência e gravidade da hipertensão, além de respostas diferenciadas aos tratamentos anti-hipertensivos, o que requer abordagens terapêuticas específicas e culturalmente sensíveis (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020). O tratamento farmacológico da hipertensão arterial é realizado com medicamentos anti-hipertensivos, que podem ser usados isoladamente ou em combinação. Este capítulo aborda o tratamento da hipertensão na população negra, com foco nas particularidades dessa população.

Estudos epidemiológicos evidenciam que a prevalência de hipertensão é significativamente maior em indivíduos negros quando comparado a outras etnias (Wang; Wang, 2014). Fatores

genéticos, como a menor capacidade de excreção renal de sódio e maior sensibilidade ao sal, contribuem para essa predisposição (Flack *et al*., 2010). Silva e Andrade (2023) trazem que tanto negros quanto brancos possuem um componente genético para a hipertensão arterial, porém, esse componente se mostra mais elevado em negros, podendo estar relacionado ao fato de que os indivíduos negros possuem um defeito hereditário no mecanismo de captação de sódio e cálcio, e em seu transporte renal. Estudos recentes mostram também variantes gênicas da apolipoproteína L-1 (APOL1) estando fortemente associadas à nefroesclerose hipertensiva na população afrodescendente (Siemens *et al*., 2018). Além disso, fatores socioeconômicos e ambientais, como o estresse crônico, pobreza, má alimentação (ingestão de sal e frutose e ingestão reduzida de potássio) e o acesso limitado aos serviços de saúde, agravam a situação (Bakris *et al*., 2014; Elijovich, Kirabo, Laffer, 2024).

A proteção cardiovascular consiste no objetivo primordial do tratamento anti-hipertensivo. A redução da pressão arterial é a primeira meta, com o objetivo maior de reduzir desfechos cardiovasculares e mortalidade associados à HAS. Os resultados de metanálises de estudos clínicos randomizados em pacientes hipertensos mostraram que a redução de pressão arterial sistólica de 10mmHg e diastólica de 5mmHg com fármacos é acompanhada de diminuição significativa do risco relativo de desfechos maiores: 37% para acidente vascular encefálico, 22% para doença arterial coronariana, 46% para insuficiência cardíaca, 20% para mortalidade cardiovascular e 12% para mortalidade total (Barroso *et al*., 2022).

A monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HAS estágio 1 com risco cardiovascular baixo ou com pressão arterial 130-139/85-89 mmHg de risco cardiovascular alto ou para indivíduos idosos e/ou frágeis. Nesses perfis de pacientes, a redução da pressão arterial desejada é pequena ou deve ser feita de maneira gradual, de modo a evitar eventos adversos. O tratamento deve ser individualizado e a

escolha inicial do medicamento deve basear-se nas características gerais desejáveis dos medicamentos anti-hipertensivos, nas particularidades individuais, na presença de doenças associadas e lesões de órgãos-alvo e nas condições socioeconômicas. As classes de anti-hipertensivos consideradas preferenciais para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial são: diuréticos (DIU) tiazídicos ou similares; Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC); Inibidores da enzima conversora de Angiotensina (IECA); e bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) (Barroso *et al*., 2022). Contudo, a maioria de indivíduos com HAS necessitará de fármacos em combinação a mudanças do estilo de vida para alcançar a meta pressórica (DEPROS, 2024).

Sousa *et al*. (2022) apontam que entre os pacientes hipertensos, os negros têm, em geral, um controle pior da pressão arterial que os brancos. Aparentemente, a pior resposta a algumas classes de anti-hipertensivos explicaria, pelo menos parcialmente, o pior controle da hipertensão entre esses indivíduos.

Raça é uma construção social que identifica grupos com base na história, cultura e características fenotípicas. Na pesquisa biomédica, normalmente ela é atribuída por autoidentificação. Em contraste com a raça, a ancestralidade reflete as origens genéticas de um indivíduo, conforme determinado por derivas continentais históricas de populações migrantes. Embora obtidas com raça autorelatada, algumas descobertas são direcionáveis com abordagens específicas, por exemplo, maior prevalência e gravidade da hipertensão, maior resposta aos bloqueadores dos canais de cálcio em comparação com outros agentes anti-hipertensivos, especialmente bloqueadores do sistema renina-angiotensina em pessoas de ascendência africana subsaariana (Elijovich, Kirabo, Laffer, 2024).

O tratamento farmacológico da hipertensão envolve diversas classes de medicamentos, cuja eficácia pode variar de acordo com características individuais e étnicas. A resposta terapêutica na população negra apresenta particularidades que devem ser consideradas na escolha do regime medicamentoso. Esta

observação deve-se pelo perfil farmacocinético que contribui para que alguns medicamentos não sejam indicados para o tratamento da HAS na população negra. Em 2014, o Oitavo Relatório do Comitê Nacional Conjunto sobre HAS (Relatório aJNC8) recomendou tratamento anti-hipertensivo inicial com um diurético do tipo tiazídico ou bloqueador dos canais de cálcio na população negra em geral (Grau B), incluindo aqueles com diabetes (Grau C). Posteriormente, a diretriz de pressão arterial do American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) de 2017 recomendou bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos tiazídicos como agentes de primeira linha para adultos negros com hipertensão que não têm insuficiência cardíaca ou doença renal crônica, juntamente com uma ênfase adicional para o uso de medicamentos anti-hipertensivos de duas ou mais classes diferentes (Whelton *et al*, 2017; Egan *et al*, 2022).

Essas recomendações foram baseadas em dados de ensaios randomizados, incluindo o total de 33.357 e 11.792 participantes negros no Antihypertensive and Lipid Lowering to Prevent Heart Attack Trial. Como medicamentos únicos e combinações selecionadas, DIU tiazídicos e BCC reduziram a pressão arterial e os eventos cardiovasculares mais em adultos negros do que a terapia baseada em IECA, uma diferença não observada em adultos não negros. Tanto o IECA quanto os β-bloqueadores são há muito reconhecidos como opções de monoterapia menos eficazes do que BBC e DIU tiazídicos em adultos negros. No entanto, ensaios posteriores confirmaram que as diferenças nas respostas da pressão arterial à terapia inicial subótima não foram superadas com terapia complementar e levaram a resultados cardiovasculares díspares. Uma pluralidade de adultos com hipertensão não controlada relata tomar monoterapia, o que é consistente com a inércia desta terapêutica (Egan *et al*., 2022).

O Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS, 2024) realizou uma busca por Guias de Prática Clínica (GPC) e revisões sistemáticas (RS) nas bases de dados LILACS — Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Pubmed, Embase,

BIGG — Base Internacional de Guias GRADE, GIN — Guidelines International Network e Epistemonikos. Como resultado, encontraram que o tratamento monoterápico para HAS é mais eficaz na redução da pressão arterial com o uso de BCC ou diuréticos. IECA e BRA são considerados menos eficazes na redução da pressão arterial na população negra. Entre os eventos adversos, destacaram como relevante a possibilidade de distúrbios metabólicos dos diuréticos na população negra. Duas RS mostraram que IECA e BRA oferecem mais riscos de eventos adversos e de mortalidade na população negra do que diuréticos e BCC. O GPC sugere uma maior redução da pressão em indivíduos de ascendência africana com o uso de clortalidona (diurético) do que com lisinopril (IECA).

Sousa *et al*. (2022) descrevem que uma parte da população negra tem baixa produção de renina e, portanto, por um mecanismo compensatório, o corpo aumenta a produção vascular de Angiotensina II, e, consequentemente, há um aumento nos efeitos da aldosterona. Vários estudos de monoterapia indicam que pacientes negros têm menos redução da pressão arterial com IECA ou BRA em comparação a pacientes brancos. Além disso, ao comparar as classes de BCC e DIU tiazídicos indicados como primeira escolha para o tratamento da hipertensão na população negra, o uso de IECA em monoterapia estava associado ao aumento do risco de eventos cardiovasculares nesses indivíduos. Nesse sentido, as diretrizes terapêuticas norte-americanas e europeias não recomendam IECA ou BRA como monoterapia, como medicamento de escolha no tratamento da hipertensão em indivíduos negros, já que são medicamentos que agem na via renina-angiotensina-aldosterona.

Dentre as classes medicamentosas estudadas, a classe que deteve maior ação farmacológica sobre a população negra foi a dos bloqueadores dos canais de cálcio onde temos: fenilalquilaminas (verapamil), benzotiazepinas (diltiazem) e diidropiridinas (nifedipina, amlodipina), como alguns exemplos dos medicamentos dessa classe. A análise evidenciou que dentre os

bloqueadores de canais de cálcio com maior efeito terapêutico sobre os negros está o fármaco diltiazem (Correa *et al*., 2019).

Além disso, foi relatado que os negros no uso de IECA em monoterapia estavam associado ao aumento do risco de eventos cardiovasculares e maior risco de angioedema (Maraboto, Ferdinand, 2020; Sousa *et al*., 2022). Peck *et al.* (2013) realizaram uma meta-análise de 13 estudos que forneceram 17 grupos de pacientes diferentes para avaliação. A raça negra esteve consistentemente associada a uma redução clinicamente significativa menor na pressão arterial sistólica e diastólica à terapia com IECA em estudos clínicos nos EUA e na Europa. Os autores supracitados indicam que em adultos negros que necessitam de monoterapia para hipertensão não complicada, outros medicamentos que não os IECA podem ser preferidos, embora os benefícios comprovados dos mesmos em alguns subgrupos e a grande sobreposição de resposta entre negros e brancos devam ser lembrados. Esses dados são particularmente importantes para a interpretação de ensaios clínicos de medicamentos para adultos negros hipertensos e para o desenvolvimento de recomendações de tratamento para essa população.

Embora o tratamento da pressão arterial tenha sido amplamente estudado em afro-americanos, isso não se aplica aos negros brasileiros. Ainda há grande escassez de estudos sobre esse assunto no Brasil. Sousa *et al*. (2022) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a associação entre raça/ cor da pele autodeclarada e controle de pressão arterial em participantes do ELSA-Brasil, utilizando várias classes de anti-hipertensivos em monoterapia. O ELSA-Brasil é uma coorte prospectiva composta de 15.105 funcionários públicos, na ativa ou aposentados, de sete instituições públicas ou de educação superior e/ou pesquisa de sete capitais brasileiras. Este estudo envolveu uma análise transversal, realizada com participantes da linha de base (2008-2010) do ELSA-Brasil. Dos resultados, mesmo depois de padronizar em relação a variáveis de confusão, negros em uso de IECA, BRA, DIU tiazídicos e beta-bloqueadores (BB) em monoterapia tinham controle de pressão arterial pior em comparação a brancos. Assim, nesse grupo

estudado, as diferenças de controle de pressão arterial não são explicadas pela possível eficácia mais baixa dos IECA e BRA em indivíduos negros.

Todos os participantes do ELSA-Brasil eram usuários de IECA, BRA, BCC, BB e DIU tiazídicos em monoterapia, que responderam ao questionário sobre o uso de medicamentos, e existiam informações disponíveis sobre raça/cor da pele autorrelatadas e sobre os valores dos níveis de pressão arterial. O presente trabalho inovou ao investigar as disparidades raciais no controle da pressão arterial entre usuários de várias classes de anti-hipertensivos, entretanto, ele tem algumas limitações apontadas pelos próprios autores:

> 1) não havia informações sobre a dose do tratamento anti-hipertensivo, e sabe-se que existem diferenças na otimização da dose entre as várias classes de fármaco; 2) Embora a monoterapia seja frequentemente mais usada para casos mais leves, o escalonamento da hipertensão arterial pode influenciar as opções terapêuticas, com algumas classes sendo mais indicadas no início do tratamento e outras, preferencialmente, em estágios mais avançados. Entretanto, não houve informações sobre o escalonamento da hipertensão; 3) Embora a pressão arterial descontrolada seja definida com base nos valores adotados pelas diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento e controle da hipertensão, ela se baseou em uma medição específica dos níveis de pressão arterial. Nesse sentido, resultados falso-positivo e falso-negativo podem aparecer, o que poderia interferir nos resultados; 4) Embora nossos resultados sejam verdadeiros para a monoterapia, estudos demonstram que a baixa eficácia de IECA entre indivíduos negros é revertida pela associação desses medicamentos com DIU tiazídicos e BCC. Entretanto, devido ao baixo poder amostral, especialmente entre novos usuários, a terapia combinada não foi testada no presente estudo; 5) Embora tenham sido feitas padronizações para as principais variáveis, isso não controla as variáveis de confusão não medidas (Sousa *et al*., 2022).

Importante destacar que os dados acima são frutos de um estudo observacional. Os BRA e IECA estão entre os anti-

hipertensivos mais frequentemente usados entre os adultos brasileiros, independentemente de raça/cor da pele, principalmente porque são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (Sousa *et al*., 2022), mas ainda não existem estudos robustos na população brasileira que refutem a ideia de que essas classes não devam ser rotineiramente iniciadas como monoterapia em pacientes hipertensos negros.

Holt *et al.* (2022) desenvolveram uma coorte observacional retrospectiva compreendendo pacientes com idades entre 18 e 85 anos com HAS em regimes de 1 ou 2 medicamentos, incluindo inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores do receptor da angiotensina, diuréticos tiazídicos ou bloqueadores dos canais de cálcio. O objetivo era examinar as diferenças de prescrição e o controle da HAS em negros versus não-negros. Como Resultados, entre 10.875 pacientes identificados, 20,6% foram identificados como negros. 46,4% dos negros tinham HAS não controlada (≥140/90 mmHg) em comparação com 39,0% dos não-negros. 61,8% dos negros foram tratados com 1 medicamento em comparação com 68,4% dos não-negros. Dos negros em monoterapia: 41,3% estavam em uso de tiazida (DIU), 40,1% em BCC e 18,6% em IECA/BRA. Dos pacientes negros em uso de 1 medicamento, 45,2% tinham HAS não controlada em comparação com 38,0% dos não-negros. Dos negros em uso de 2 medicamentos, 48,2% tinham HAS não controlada, em comparação com 41,1% não-negro. Para cada regime medicamentoso, houve mais variação no controle da HAS dentro de cada grupo do que entre negros e não-negros. Os autores concluem que os médicos parecem estar seguindo diretrizes baseadas em raça para HAS, mas o controle da pressão arterial para negros continua pior entre os não-negros e afirmam que uma abordagem individualizada para terapia de HAS para todos os pacientes deve ser considerada.

Isso nos remete ao fato da HAS ser uma condição crônica e multifatorial, fruto do resultado de uma interação de vários fatores genéticos, ambientais e sociais. Assim, Anjos *et al*. (2023) afirmam que o tratamento eficaz da HAS na população negra é dificultado

por vários fatores, principalmente, socioeconômicos e psicossociais, como o acesso a cuidados médicos, custo de tratamento e déficits educacionais, que muitas vezes afetam a adesão à terapêutica. Os determinantes potenciais da HAS em pretos e pardos incluem a predisposição genética, função vascular anormal, maior sensibilidade ao sal, baixos níveis de renina plasmática, obesidade, efeito "*non-dipping*" (padrão observado quando a PA noturna não diminui), maior comorbidade, sedentarismo e história familiar positiva para HAS. Os autores destacam ainda ser importante considerar a possível interação do ambiente com a genética para o desenvolvimento e controle da hipertensão. Os negros são mais frequentemente expostos a estresses socioeconômicos, como condições de pobreza, racismo, baixa escolaridade, acesso precário à saúde e baixo status ocupacional. Além disso, as condições anteriormente descritas podem levar a hábitos alimentares prejudiciais como prazer em consumo excessivo de sal, gordura e outros alimentos nutricionalmente contraindicados e que estão relacionados ao baixo nível socioeconômico e educacional.

Barroso *et al*. (2022) descrevem que os pacientes negros hipertensos apresentam assistência médica diferenciada, o que dificulta o tratamento correto da doença, além de uma associação entre morar em bairros economicamente segregados e ter maiores chances de hipertensão arterial e diabetes, em relação a morar em outros bairros, podendo, assim, constituir um ambiente potencial de impulsão de desigualdades raciais relacionadas à ocorrência de fatores de risco cardiometabólicos. Assim, de forma complementar ao estudo de Sousa *et al*. (2022), a sociedade brasileira demanda urgentemente por estudos que tragam as várias dimensões do cuidado, desde o acesso aos serviços de saúde, medicamentos, exames diagnósticos e especialistas, até o cuidado longitudinal e coordenado por equipe multidisciplinar e estratégias de autocuidado, associadas às intersecções de suas características socioeconômicas, demográficas e culturais.

Green *et al*. (2023) chamam a atenção para um outro ponto muito importante dentro da terapia medicamentosa na HAS. Apesar dos negros norte-americanos carregarem a maior carga de doenças para hipertensão essencial, eles são sub-representados em ensaios clínicos para desenvolvimento de anti-hipertensivos e sua participação geral diminuiu entre 2010 e 2020. Além disso, há uma grande subnotificação da raça dos participantes nos ensaios. Os autores reafirmam a necessidade dos pesquisadores e financiadores que estabeleçam metas claras e significativas para a diversidade dos estudos com medicamentos anti-hipertensivos e que aumentem a transparência na divulgação das características dos estudos.

PROPOSTA DIDÁTICA

Inicialmente, é importante que os estudantes se aproximem das inúmeras informações acerca da HAS e um dispositivo pedagógico que pode ser utilizado é a leitura e a discussão de artigos científicos que abordam esta temática, em pequenos grupos, a fim de que compartilhem suas impressões e seus destaques, associadas à visualização de vídeos. Como sugestão, trazemos o vídeo "XXVI SAMED - Manejo de Hipertensão e outras Doenças Cardiovasculares na População Negra" (1h), disponível gratuitamente no *Youtube*. Após as leituras e trocas sobre as informações que os estudantes acessaram, o educador deve convidá-los a problematizar: o que já tinham estudado sobre a HAS? O debate racial esteve presente? De que maneira? Como este apagamento reverbera na produção do seu cuidado em saúde?

Também orientamos estimular uma reflexão, considerando suas experiências familiares e dos estágios curriculares nas unidades de saúde e o manejo terapêutico da HAS nesses contextos. A problematização proposta pode contribuir para que os estudantes questionem os saberes já existentes, sendo essa uma importante função, pois saber questionar

> [...] exige mobilizar conhecimentos que funcionam como ferramentas para construir e resolver problemas. Mas a própria problematização produz respostas que constituem novos saberes, suscetíveis de intervir em novos problemas". Ao fazer perguntas e suscitar reflexões, o educador objetiva que os estudantes comecem a envolver-se intelectualmente com a situação apresentada, de forma que eles (re)construam seu conhecimento (Fabre, 2011, p. 646).

Para aprofundar o debate, propomos ainda uma prática pedagógica que permita aos estudantes vivenciarem as particularidades do tratamento da hipertensão arterial sistêmica na população negra por meio de uma simulação em um jogo de RPG (Role-Playing Game). A ideia é promover uma reflexão crítica e integrada sobre as particularidades do tratamento da HAS nessa população e o papel dos profissionais de saúde. Portanto, nessa atividade, os estudantes assumem o papel de equipes médicas responsáveis pelo cuidado de pacientes fictícios com hipertensão. Cada paciente possui um perfil único, refletindo as especificidades étnico-raciais e socioeconômicas descritas anteriormente. Durante o RPG, os grupos enfrentam desafios inesperados, como baixa adesão ao tratamento ou dificuldades de acesso a medicamentos, que simulam limitações reais vividas pela população negra no controle da hipertensão.

Entre diferentes tipos de jogos educativos, pesquisadores têm apontado os jogos de RPG pelo potencial de estimular a problematização na busca de soluções (Colombo; Berbel, 2007). Este é um jogo de interpretação de papéis e sua principal característica é a interatividade e o trabalho em grupo. O uso de RPGs, no contexto educacional, pode contribuir para que a aprendizagem ocorra de forma cooperativa.

Aqui propomos o RPG intitulado "Raiz da Pressão", onde cada participante irá interpretar um personagem em uma situação fictícia, tomando decisões para enfrentar desafios e fazer o personagem progredir. Nesse RPG, cada grupo de estudante será uma equipe de saúde e tomará decisões sobre o cuidado de

pacientes fictícios com hipertensão. O tempo indicado nas etapas é uma sugestão, devendo ser adaptado ao tempo disponível para aplicação dessa prática em sala de aula.

Para a experiência, serão necessários alguns materiais, como: Fichas de Pacientes (Cartões ou folhas com informações de saúde detalhadas sobre cada paciente fictício); Cartas de Desafios (Cartas com situações ou obstáculos que podem ocorrer durante o tratamento, como "falta de adesão ao tratamento" ou "efeitos colaterais"); Dados de Jogo (Dados comuns de seis faces - D6 para determinar aleatoriamente certos eventos, como a resposta do paciente ao tratamento); Tabela de Evolução de Saúde (uma tabela simples com diferentes níveis de saúde para o paciente, que podem mudar de acordo com as decisões da equipe de saúde, por exemplo, controle da hipertensão, complicações, adesão ao tratamento); Material de Consulta (livros e artigos).

Etapas Detalhadas da Atividade:

1. Introdução ao RPG e ao Tema (20 minutos) – O professor deve explicar aos estudantes que farão parte de uma simulação onde cada grupo será uma equipe de saúde responsável pelo cuidado de um paciente fictício com diagnóstico de HAS. (Contextualize a atividade, ressaltando a alta prevalência da hipertensão na população negra, as especificidades genéticas, ambientais e sociais que afetam o tratamento e a importância de um cuidado adaptado e culturalmente sensível).

2. Distribuição dos Casos e Criação dos Pacientes (20 minutos) – momento para formação dos Grupos. Divida a turma em pequenos grupos, cada um representando uma equipe de profissionais de saúde. Em seguida, distribua as Fichas de Pacientes, onde cada grupo recebe uma ficha com informações como: Idade, sexo e histórico familiar, Sintomas e nível atual de pressão arterial, Particularidades étnicas e sociais (por exemplo, "paciente negro", "com dificuldades de acesso a medicamentos" ou "Que além da hipertensão apresentam outras complicações''). Depois passamos para o aprofundamento do Personagem. Peça aos grupos para darem um nome e criar um pouco de "história" sobre

o paciente, imaginando detalhes adicionais para tornar o personagem mais real, por exemplo, profissão, estilo de vida, suporte familiar.

3. Primeira Consulta e Decisões Iniciais (30 minutos) – Momento da decisão de tratamento, onde cada grupo avalia o caso e escolhe um plano de tratamento inicial, incluindo a escolha de medicamentos apropriados, orientações sobre dieta e estilo de vida, estratégias de acompanhamento para garantir adesão. Nessa etapa também acontece a jogada de dados para Evolução. Os grupos rolam o dado para determinar a resposta do paciente ao plano inicial. Resultados podem ser interpretados assim: 1-2: Pequena melhora; 3-4: Melhora significativa; 5-6: Sem melhora ou piora. Diante disso, encaminhamos a discussão de estratégia. Cada grupo registra as razões para suas escolhas e como o plano atende às necessidades específicas do paciente.

4. Desafios e Segunda Consulta (30 minutos) - Durante a segunda consulta, o professor entrega uma "Carta de Desafio" a cada grupo, representando uma situação inesperada (ex: "Paciente relata efeito colateral indesejado" ou "Paciente tem dificuldades financeiras para comprar o medicamento"). Com o novo desafio, cada grupo decide se adapta o tratamento (ex: trocar um medicamento ou sugerir uma mudança no estilo de vida) e justifica suas escolhas. Novamente, realizamos a Jogada de Dados para Reação ao Tratamento. O grupo rola novamente o dado para saber como o paciente responde ao ajuste.

5. Apresentação dos Casos e Discussão em Grupo (30 minutos) – Nesse momento cada grupo compartilha sua "jornada de cuidado" com o restante da turma, explicando as decisões tomadas, os desafios enfrentados e o estado final do paciente. O professor orienta uma discussão coletiva, abordando: as diferenças entre os tratamentos e as reações dos pacientes; as barreiras sociais e culturais que podem dificultar o cuidado da hipertensão na população negra; a importância de se adaptar o cuidado às necessidades de cada paciente

6. Reflexão e Conclusão (10 minutos) - Cada aluno anota o que aprendeu sobre os desafios e a importância de um tratamento personalizado e culturalmente sensível.

O professor finaliza a atividade recapitulando os pontos-chave, como a relevância da empatia e da adaptação ao contexto sociocultural do paciente no atendimento de saúde.

É possível simplificar as Regras do RPG. Se não houver familiaridade com RPGs, mantenha o uso dos dados e das cartas de desafios básico e intuitivo. O importante é a tomada de decisões em grupo e a reflexão, não a complexidade das regras. Encoraje a Criatividade e incentive os estudantes a pensar como profissionais de saúde reais, considerando todos os aspectos do paciente, especialmente os sociais e culturais. Seja flexível, dê espaço para os grupos explorarem soluções próprias para os desafios, até mesmo sugerindo intervenções além das opções pré-estabelecidas.

Ao final, essa experiência prática promove uma compreensão mais profunda das nuances clínicas e culturais da hipertensão arterial sistêmica e reforça a necessidade de abordagens terapêuticas personalizadas e sensíveis ao contexto do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da hipertensão na população negra requer uma abordagem integral que considere as particularidades biológicas, sociais e culturais. A escolha adequada dos medicamentos, associada a estratégias que promovam a adesão ao tratamento e a redução das disparidades em saúde é fundamental para o controle eficaz da HAS e a redução de eventos cardiovasculares na população negra.

O racismo determina a distribuição não aleatória de fatores de risco e proteção social por categorias raciais socialmente construídas. É notório que o racismo não só impacta diretamente a vida e a saúde das pessoas, mas também influencia como esses fatores são distribuídos de maneira desigual entre diferentes grupos raciais. Em outras palavras, por causa de sistemas racistas

e culturais, alguns grupos podem estar mais expostos a riscos e ter menos acesso a benefícios que poderiam protegê-los. É preciso manter esse debate transversalizado em toda a formação em saúde.

REFERÊNCIAS

ANJOS, V. *et al*. Particularidades da hipertensão arterial sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada - **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p.15687-15694, 2023.

BAKRIS, G. L. *et al*. Uncontrolled and apparent resistant hypertension: a review of the current and future therapeutic role of mineralocorticoid receptor antagonists. **J. Am. Soc. Hypertens**., New York, v. 8, n. 7, p. 495-505, 2014.

BARROSO, W.K.S. *et al*. Influência da Composição Racial Brasileira no Controle da Pressão Arterial: A Necessidade de Novos Olhares além do Tratamento Medicamentoso. **Arq. Bras. Cardiol**. 118(3), p. 623-624, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretária de Vigilância em Saúde. Principais causas de morte no Brasil em 2017. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conte udos/paineis-demonitoramento/mortalidade/.

CHOR, D. *et al*. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. **PLoS One**.,v. 10, n. 6, p: e0127382, 2015.

COLOMBO, A. A. BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Seminário Ciências Sociais e Humanas, Londrina**: Universidade Estadual de Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.

CORREA, R.R. *et al*. Hipertensão arterial na etnia negra: umarevisão da terapia medicamentosa arterial. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 27, n. 1, pp.157-159, 2019.

DEPROS. Departamento de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**: evidências do tratamento farmacológico de pessoas negras. 2024. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/11/1578184/28_rr_has_pop_negra.pdf.

EGAN, B.M. *et al*. Self-Reported Antihypertensive Medication Class and Temporal Relationship to Treatment Guidelines. **Hypertension**. 79 p.338–348, 2022.

ELIJOVICH, F.; KIRABO, A.; LAFFER, C.L.. Salt Sensitivity of Blood Pressure in Black People: The Need to Sort Out Ancestry Versus Epigenetic Versus Social Determinants of Its Causation. **Hypertension**. 81, p. 456–467, 2024.

FABRE, M. Problematização dos saberes. In: VAN ZANTEN, Agnès. (Org.). **Dicionário de Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 827 p.

FLACK, J. M. *et al*. Management of high blood pressure in blacks: an update of the International Society on Hypertension in Blacks consensus statement. **Hypertension**, Dallas, v. 56, n. 5, p. 780-800, 2010.

GREEN, M.D. *et al*. Public reporting of black participation in anti-hypertensive drug clinical trials. **American Heart Journal**, v. 258, 2023.

HOLT, H.K. *et al*. Differences in Hypertension Medication Prescribing for Black Americans and Their Association with Hypertension Outcomes. **JABFM**, v. 35, No. 1, 2022.

MARABOTO, C.; FERDINAND, K.C. Update on hypertension in African-Americans. **Progress in Cardiovascular Diseases**, 63, p: 33-39, 2020.

NEGRAS. Núcleo de estudos e pesquisa em gênero, raça e saúde. Atenção à saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Pesquisa realizada em Salvador**, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas. 2020. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/AscomCCS/CineNegras/E-BOOK_-_ATENCAO_A_SAUDE_E_A_POLITICA_NACIONAL_DE_SAUDE_INTEGRAL_DA_POPULACAO_NEGRA.pdf.

OPAS. Relatório lançado pela OMS detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la. 2023. Disponível em:

https://www.paho.org/pt/noticias/19-9-2023-relatorio-lancado-pela-oms-detalha-impacto-devastador-da-hipertensao-e-formas.
PECK, R.N. *et al*. Difference in blood pressure response to ACE-Inhibitor monotherapy between black and white adults with arterial hypertension: a meta-analysis of 13 clinical trials. **BMC Nephrology**, 14:201, 2013.
SILVA, M.L.; ANDRADE, L.G. Tratamentos para hipertensão arterial em adultos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 9, n. 04, 2023.
SIEMENS, T.A. *et al*. Variantes de risco APOL1 e doença renal: o que sabemos até agora. **J. Bras. Nefrol**.;40(4), p. 388-402, 2018.
Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2020.
SOUSA, C. T. *et al*. Diferenças Raciais no Controle da Pressão Arterial em Usuários de Anti-Hipertensivos em Monoterapia: Resultados do Estudo ELSA-Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 118, n. 3, p. 614-622, 2022.
WANG, T. J.; WANG, N. Y. Hypertension in blacks: epidemiology and therapeutic options. **Am. J. Med. Sci**., Boston, v. 348, n. 2, p. 135-138, 2014.
WHELTON P.K., *et al*. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/ AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension.** 2018;71(6):e13–115. Doi: https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065.

PENSANDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA E AS ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO NEGRA

Haiala Carvalho do Espirito Santo[1]
Jadiane Barros de Cerqueira[2]
Vinícius Damasceno Nascimento[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

A Doença Renal Crônica (DRC) é o resultado final da Insuficiência Renal Crônica (IRC), uma patologia que tem grande influência na condição de vida do indivíduo (Oliveira *et al*., 2020), e se caracteriza pela perda total da função dos néfrons na sua capacidade de filtrar adequadamente o sangue e prover a manutenção da homeostase de líquidos e eletrólitos. O quadro clínico demora de se apresentar e muitas vezes a suspeita e o

[1]Enfermeira graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Enfermeira assistencial do Pronto Atendimento de Ilha de Maré/Salvador. Pós-graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Cidade Verde (UniCV). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde - Ilera Dudu. E-mail: carvalhohaiala@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/6146707461197111.

[2] Graduanda em Enfermagem pela UNEB. Ex membro da Liga Acadêmica de Saúde da Criança e do Adolescente (LASCAD) e da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher (LAESM). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde - Ilera Dudu. E-mail: cbarrosjadiane@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8487572330110021.

[3] Enfermeiro graduado pela UNEB. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro e pesquisador do Grupo de Pesquisa Interprofissional em Epidemiologia e Saúde (GPIES/UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: vinicius_nasct@hotmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5039321901913853.

[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

diagnóstico da mesma acontece por meio dos exames laboratoriais (Aguiar *et al*., 2020; Duarte *et al*, 2023).

A edição especial do Boletim ELSA-Brasil (2023) revela que, entre os anos de 2008 e 2010, para cada pessoa branca convivendo com seis ou mais condições crônicas, havia aproximadamente 13 pessoas pardas e 15 pessoas pretas na mesma situação. Pretos eram os mais adoecidos para hipertensão (48%), diabetes (27%), doença renal crônica (11%) e quase um terço desse grupo eram pessoas com obesidade. Pardos estavam logo na sequência, com 23% do grupo com hipertensão, 20% com diabete, 9% com doença renal e 23% com obesidade, mas descobriu-se que as mulheres pretas eram as que estavam mais adoecidas por múltiplas condições no início do estudo. Nesse contexto, este capítulo se propõe a dialogar sobre a DRC e a saúde da população negra.

Segundo Silva *et al.* (2022), a DRC é uma terminologia utilizada para descrever quaisquer alterações que afetem o sistema renal, seja ela por meio da sua estrutura ou através da sua função. Esse desequilíbrio renal é um problema de saúde pública que pode apresentar múltiplos fatores associados e um prognóstico diverso na vida do paciente (Aguiar *et al*., 2020).

De acordo com o Guia Rápido para Doença Renal Crônica (2022), existem dois diferentes mecanismos lesivos que explicam a fisiopatologia da doença, sendo eles: a) Desencadeadas por uma etiologia específica da doença de base, como anormalidades do desenvolvimento ou da integridade renal determinadas geneticamente, deposição de imunocomplexos e inflamação de glomerulonefrite ou por exposição a toxinas; e b) Mecanismos progressivos que envolvem hiperfiltração e hipertrofia dos néfrons viáveis remanescentes, que podem ser consequências comuns da redução prolongada da massa renal. Determinados hormônios vasoativos, assim como citocinas e fatores de crescimento, podem causar respostas inflamatórias que levam à redução da quantidade de néfrons (Brasil, 2022).

Segundo Almeida *et al.* (2015), no Brasil, a Hipertensão e o Diabetes Mellitus tipo 2 são responsáveis por 60% dos casos de

doença renal crônica terminal. Dentro da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2017) vemos que entre as doenças mais comuns da população negra está a Diabetes mellitus tipo 2, sendo que esta doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas), e a Hipertensão arterial, que é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.

Em seu estudo, Silva *et al*. (2022) explicam que o fato da Diabetes promover o aumento descontrolado da glicemia, acaba proporcionando a deterioração dos vasos sanguíneos renais e consequentemente, afetando a filtração glomerular. Podendo assim uma pessoa diabética apresentar 27 vezes mais chances de desenvolver uma doença renal, quando comparada a uma pessoa não diabética. Quando se trata da Hipertensão, os mesmos autores descrevem que devido às alterações metabólicas desencadeadas pela doença, tais como a ativação do sistema renina-angiotensina, metabolismo anormal de cálcio e fósforo, aumento do estresse oxidativo, aumento de fluído extracelular, inflamação crônica, alterações diretas das toxinas urêmicas dentre outras, que se desenvolve o problema renal. Sendo esta a causa principal dos óbitos entre os pacientes com DRC (Silva *et al*., 2022). Neste sentido, partindo do pressuposto de que a diabetes e a hipertensão são as principais causas para o desenvolvimento da DRC e que ambas as doenças são mais prevalentes dentre a população negra, é possível afirmar que o público mais acometido pela doença renal crônica e suas consequências atingem majoritariamente as pessoas pretas e pardas (Brasil, 2017; Santos, 2024).

Lima *et al.* (2015) abordam em seu estudo que pessoas com doença falciforme, doença genética hereditária mais comum entre a população negra no Brasil, apresentam maior propensão em progredir para falência renal e desenvolvimento da DRC, e isso decorre da fisiopatologia da própria doença. Eles explicam que o processo de falcização da hemácia provoca obstrução dos pequenos vasos renais, acarretando uma circulação sanguínea

insuficiente, levando a isquemia e consequentemente a morte das células tubulares. Osunkwo e Saah (2020) destacam em seu estudo que a função renal declina mais rapidamente em indivíduos com anemia falciforme do que naqueles com o traço falciforme ou em indivíduos saudáveis.

Embora a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sejam as principais causas de DRC na maioria dos casos, a etnia e o status socioeconômico são importantes fatores de riscos relacionados à DRC. A DRC secundária à Hipertensão Arterial é 6 vezes mais comum nos afro-americanos do que a população em geral, o diabetes constitui principal causa da doença renal crônica nos grupos raciais e étnicos, e mais de 90% dos pacientes com nefropatia diabética apresentam HAS (Souza, 2012). Deste modo, torna-se importante para os indivíduos com fatores não modificáveis, reconhecerem seu risco e atuar sobre os fatores modificáveis como glicemia, pressão arterial, tabagismo, hipercolesterolemia, consumo de álcool, sobrepeso/obesidade, dieta entre outros. A taxa de DRC é maior na população negra quando comparada à população branca, o que demonstra a necessidade de incluir estratégias precoces de diagnóstico e tratamento da doença nesse grupo especificamente (Giudicelli, 2022).

Ferreira *et al*. (2020) apontam ainda que as pessoas negras e brancas com IRC apresentaram divergências e diferenças em seus itinerários terapêuticos. Enquanto as pessoas brancas tiveram acesso ao diagnóstico durante o atendimento ambulatorial com outra especialidade médica, as pessoas negras só foram diagnosticadas durante internação hospitalar.

Para Lins *et al.* (2018), a perda progressiva da função renal outorga diversos estágios à doença, indo desde o estágio um, que se caracteriza pela lesão renal na sua forma inicial sem outra sintomatologia, ao estágio cinco, sendo este o mais avançado e que necessita do uso de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS), como hemodiálise ou diálise peritoneal. O impacto na mudança de vida implementada principalmente aos hemodialisados pode causar

sérias complicações físicas e/ou psicológicas na vida destes pacientes (Oliveira *et al*., 2020).

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise, realizado em 2018, a prevalência global de pessoas em diálise crônica estimada em 2009 passou de 405 pacientes por milhão da população (pmp) para 640 pmp, representando um aumento total de 58%, com aumento médio de 6,4 % ao ano (Neves *et al*., 2020). Estima-se que o número de novos pacientes em TRS em 2021 foi de 47.886, apresentando prevalência de 696 pmp e 33.101 número de óbitos durante o mesmo ano (Nerbass *et al*., 2023). E os números se mantiveram crescentes com aumento de 3,7% do número total de pacientes e 2,8 da prevalência (758 pmp), observada no último Censo, seguindo um padrão ao longo do tempo, havendo apenas redução da taxa de mortalidade para 26.929 óbitos (Nerbass *et al*., 2024).

Quando analisado o recorte raça/cor, estudos internacionais apontam que a prevalência de DRC é 4 vezes maior em pessoas de etnia africana quando comparado com pessoas de etnia europeia (George *et al*., 2018). Jones, You e Kendrick (2018) destacam que essa problemática estende-se para outros campos como o transplante renal, um tipo de terapia renal substitutiva que incrementa a qualidade de vida dos pacientes. Após efeito comparativo com pessoas brancas, afro-americanos possuem menos da metade da chance de ter acesso a essa modalidade terapêutica. No Brasil, o registro nacional de diálise do período entre 2000 e 2012 informa que 40,5% das pessoas em programas crônicos de diálise se autodeclaravam como afrodescendentes (pretos e pardos). Essa prevalência pode ser ainda maior, considerando que informações sobre etnia estavam ausentes em 13,2% dos pacientes em diálise e que mais da metade da população brasileira se autodeclarava negra em 2018 (Giudicelli, 2022).

É importante destacar que a literatura frequentemente aborda a prevalência da DRC e suas principais causas, como por exemplo, a nefropatia diabética, apenas do ponto de vista biológico, mencionando a maior prevalência entre negros e pessoas com predisposição genética. No entanto, muitas vezes não considera o

agravamento da condição devido às precárias condições de vida enfrentadas por essa população (Langefeld *et al*., 2018). Além disso, Werneck (2016) enfatiza que a DRC apresenta uma evolução mais severa e um tratamento mais desafiador na população negra, devido ao impacto das condições adversas geradas pelo racismo estrutural sobre a saúde desse grupo. Ademais, é discutido que esta população possui menos acesso aos serviços de saúde e com isso, menores possibilidades de diagnósticos precoces de doenças (Aguiar *et al*., 2020) e intervenções terapêuticas. Quando o racismo é institucionalizado, ele se torna um fator determinante para o surgimento da doença, bem como para a busca e o tratamento da doença renal crônica (Pérez-Urdiales *et al*, 2019).

Indivíduos com condições socioeconômicas relativamente altas e com maior escolaridade, estariam menos expostos aos fatores de risco para DRC, assim colaborando para que pessoas de condições mais baixas estejam mais predispostas à doença (Aguiar *et al*., 2020). E como no Brasil a pobreza tem cor, e é preta, é a população negra é a mais exposta aos fatores de risco para DRC.

Estudos demonstram que o estresse diário decorrente do racismo constitutivo da sociedade, promovem várias alterações no metabolismo da glicose, no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise, bem como diversos processos inflamatórios prolongados, que culminam em doenças crônicas como diabetes tipo 2 e hipertensão, doenças estas que são marcadores importantíssimos para o risco de desenvolvimento da DRC (Fuller-Rowell *et al*., 2019; Thames *et al*., 2019; Ajilore; Thames, 2020). Ribeiro e Batista (2022) complementam que as pessoas negras são expostas diariamente a fatores estressores inerentes a sua realidade de vida, o que as colocam em estado de estresse crônico, ativando ações neurofisiológica durável levando a lesões e disfunções orgânicas.

Mohottige *et al*. (2021) descrevem que as disparidades raciais e étnicas no desenvolvimento da doença renal foram bem descritas na última década. Indivíduos negros que suportaram um fardo desproporcional de desigualdade motivada pelo racismo têm maior prevalência de fatores de risco para DRC, são 2 a 4 vezes

mais propensos do que indivíduos brancos a ter insuficiência renal, e experimentam acesso persistentemente pior a transplantes renais, agravado por taxas decrescentes de acesso a transplantes renais de doadores vivos.

No cenário do tratamento renal, existem exemplos de prática médica baseada em raça que produzem ainda mais disparidades em saúde, como os algoritmos ajustados por raça que orientam decisões que podem direcionar mais atenção ou recursos para pacientes brancos do que para membros de minorias raciais e étnicas (Vyas, Eisenstein, Jones, 2020). Segundo Mohottige *et al*. (2021), isso inclui a incorporação de um coeficiente racial negro em equações de estimativa da função renal. Como a creatinina é predominantemente eliminada por filtração glomerular, com secreção de apenas uma fração mínima pelas células tubulares, a concentração sérica de creatinina apresenta associação inversa com a função renal. Assim, a dosagem da creatinina sérica e a estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) são as principais ferramentas para avaliação da função renal (Kirsztajn *et al*., 2024).

Como é trabalhoso medir a função renal diretamente, os pesquisadores desenvolveram equações que determinam a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), a partir de uma medida acessível, o nível de creatinina sérica. Até o fim da década de 90, os médicos usavam principalmente a equação de Cockcroft-Gault, que não solicitava raça, mas usava idade, peso e nível sérico de creatinina. Altos níveis séricos de creatinina sinalizam que o rim não está fazendo seu trabalho de filtragem. Mas a equação foi criada a partir de um estudo feito somente com 249 homens brancos. Então, outros pesquisadores que estavam finalizando um estudo sobre como retardar a doença renal perceberam que tinham um verdadeiro tesouro de dados com os quais poderiam reescrever essa equação, resultados de verificações padrão-ouro da função renal de aproximadamente 1.600 pacientes, dentre os quais, 12% eram negros. Eles avaliaram 16 variáveis como idade, sexo, diagnóstico de diabetes e pressão arterial. Eles chegaram a algo que refletia a função renal dos pacientes de forma precisa, melhor do

que a antiga equação. O problema foi que isso fez com que o rim dos participantes negros parecesse estar mais comprometido do que o exame padrão-ouro revelava. Os autores ponderaram que isso poderia ser causado pela massa muscular, ou seja, os negros com mais massa muscular provavelmente teriam níveis séricos mais altos de creatinina, não porque o rim não a filtrava, mas somente por terem mais massa muscular produzindo mais resíduos. Assim, "corrigiram" os resultados dos pacientes negros para essa diferença, surgindo assim a equação da Colaboração em Epidemiologia da Doença Renal Crônica (CKD-EPI), corrigida para raça e recomendada para uso clínico. Ela mostra que o rim do paciente negro funciona 16% melhor do que o de qualquer outro paciente com os mesmos resultados no exame de sangue (Vyas, Eisenstein, Jones, 2020; Medscape, 2021).

Embora a massa muscular não tenha sido realmente medida, Grubbs (2020) esclarece que a afirmação foi justificada por três estudos citados: um pequeno estudo descobrindo que crianças negras tinham menos gordura corporal do que crianças brancas; um estudo menor descobrindo que negros tinham maior potássio corporal total do que brancos com sexo e idade correspondentes; e um estudo ainda menor descobrindo que a variação racial na creatina quinase era independente da massa corporal magra. Em outras palavras, nem os pesquisadores nem nenhum dos estudos citados forneceram qualquer evidência de que negros realmente tinham maior massa muscular do que brancos.

Embora desenvolvida com a intenção de aumentar a precisão das equações de estimativa da função renal anteriores, falta um mecanismo biológico plausível para explicar as diferenças observadas na função renal com base na raça. Além disso, evidências emergentes sugerem que conferir a indivíduos racializados como negros uma taxa de filtração glomerular estimada diferencial por meio da equação CKD-EPI pode contribuir para danos e desigualdades raciais que afetam indivíduos negros por meio de atrasos em diagnósticos e cuidados renais baseados em diretrizes,

contribuindo para profundas desigualdades nos resultados de saúde renal (Mohottige *et al.*, 2021).

Grubbs (2020) aponta que mesmo quando se trata de raça, tentamos injetar significado biológico nos agrupamentos sociopolíticos fabricados para categorizar, hierarquizar e segregar na sociedade e na medicina. Um exemplo principal está nas equações para estimar a TFG. No entanto, aqui, não importa se alguém é 51%, 78% ou 22,56% de uma raça, um simples sim ou não para "se negro" parece ser toda a precisão de que precisamos para produzir cuidado.

Pesquisadores descobriram que o fator raça não funcionava para os europeus negros, nem para os pacientes na África Ocidental. Pesquisadores australianos descobriram que usar o coeficiente de raça os levou a superestimar a função renal dos povos nativos australianos (Medscape, 2021).

Ajustes raciais que produzem estimativas mais altas da função renal em pacientes negros podem atrasar seu encaminhamento para tratamento especializado ou transplante e levar a resultados piores, enquanto pessoas negras já têm taxas mais altas de doença renal em estágio terminal e morte devido à insuficiência renal do que a população em geral (Vyas, Eisenstein, Jones, 2020).

Uma importante mudança recente foi a retirada da correção por raça das equações para estimativa da taxa de filtração glomerular, que superestimavam a função renal, e consequentemente retardavam a implementação de tratamentos como diálise e transplante renal entre os negros. Tal retirada da categoria raça da equação está possivelmente relacionada ao fato de que a raça é um conceito social que não se correlaciona, necessariamente, com as diferenças genotípicas ou metabólicas subjacentes entre as pessoas. Os parâmetros raciais no cálculo da taxa de filtração glomerular não consideram as pessoas que se identificam como multirraciais, que se recusam a responder às perguntas sobre a sua raça ou nas quais a raça é definida indevidamente com base em fatores fenotípicos arbitrários, como o tom de pele, o tipo de cabelo ou, até mesmo, o status social. Dado

que a taxa de filtração glomerular é frequentemente usada na prática nefrológica, essa imprecisão, ao se incluir o fator raça na equação, pode afetar particularmente os pacientes negros, a forma como os medicamentos são administrados ou mesmo proscritos, a rapidez com que os doentes são diagnosticados e referenciados para a consulta nefrológica para o tratamento da DRC, a elegibilidade para ensaios clínicos e o acesso às listas de espera para transplante renal (Kirsztajn *et al*., 2024).

Em 2022, o KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) desenvolveu uma nova versão da fórmula CKD-EPI, excluindo qualquer fator de correção relativo à raça. A Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) recomendam a fórmula CKD-EPI em adultos, utilizando valores de creatinina sem discriminar a raça, o que aumenta a chance de diagnóstico de doença renal e possibilita a instituição do tratamento mais precocemente (SBPC/ML, 2023). Contudo, Kirsztajn *et al.* (2024) alertam para o fato de que mesmo sem a correção para raça, as equações para estimativa da taxa de filtração glomerular, incluindo a CKD-EPI, foram desenvolvidas e validadas, em sua maioria, para a população norte-americana, sendo a acurácia para outras populações, como a brasileira, ainda pouco estudada.

Delgado *et al*. (2021) descrevem que após a Força-Tarefa da National Kidney Foundation e da American Society of Nephrology, ficou estabelecido que para adultos dos EUA (>85% dos quais têm função renal normal), recomenda-se a implementação imediata da equação de creatinina CKD-EPI sem a variável raça em todos os laboratórios nos EUA, pois ela tem características de desempenho aceitáveis e consequências potenciais que não afetam desproporcionalmente nenhum grupo de indivíduos. Recomendam ainda aumentar o uso rotineiro e oportuno da cistatina C, especialmente para confirmar a taxa de filtração glomerular em adultos que estão em risco de ou têm DRC, porque a combinação de marcadores de filtração (creatinina e cistatina C) é mais precisa e apoiaria melhores decisões clínicas do

que qualquer um dos marcadores isoladamente. A cistatina C não tem sido usada rotineiramente como um marcador porque os testes para ela não estão disponíveis na maioria dos laboratórios e também é mais cara.

Para Vanessa Grubbs, uma nefrologista negra norte-americana que vem lutando contra os algoritmos há mais de uma década, o fato de ter sido necessária uma força-tarefa nacional para fazer esse ajuste no algoritmo mostra o quão arraigado o racismo sistêmico está na medicina (STAT NEWS, 2021).

No artigo 'Nefrologistas dizem que é hora de retirar o fator raça dos algoritmos, mas fazer isso não é simples' (Medscape, 2021), os médicos entrevistados dizem que pode ser que o organismo negro não seja mais propenso a ter níveis séricos mais altos de creatinina, mas que os norte-americanos que vivem em precariedade habitacional e enfrentam barreiras ao acesso a alimentos saudáveis, ao atendimento médico de qualidade e a encaminhamentos no momento adequado tenham mais propensão ao aumento da creatinina sérica. E devido ao racismo, muitos deles são negros. As disparidades do sistema de saúde ajudam a explicar por que os pacientes negros têm uma prevalência excepcionalmente alta de insuficiência renal, dado que as comunidades negras têm menos acesso ao atendimento em saúde de qualidade.

Vyas, Eisenstein e Jones (2020) comentam ainda sobre outro algoritmo ajustado por raça dentro da urologia. O escore STONE prevê a probabilidade de cálculo ureteral em pacientes que se apresentam no departamento de emergência sem depender de mais exames de imagem. A pontuação STONE foi desenvolvida por Moore *et al.* (2014) e foi estabelecida na Escola Médica da Universidade de Yale, o cálculo da pontuação STONE depende do total de cinco preditores categóricos (sexo masculino, duração da dor, náusea/vômito, raça não negra e glóbulos vermelhos na tira reagente de urina), cada ponto preditor é calculado no coeficiente estimado de uma regressão para prever a presença de um cálculo ureteral. A pontuação varia de 0 a 13. Com base na pontuação

STONE, os pacientes são classificados no grupo de baixo risco (0 a 5), grupo de risco moderado (5 a 9) e grupo de alto risco (10 a 13) (Malik *et al*., 2020).

O fator "origem/raça" adiciona 3 pontos (de um possível 13) para um paciente identificado como "não negro". Para Vyas, Eisenstein e Jones (2020), ao atribuir uma pontuação mais baixa a pacientes negros, o algoritmo STONE pode afastar os médicos da avaliação completa de cálculos renais em pacientes negros. Os desenvolvedores do algoritmo não explicam por que os pacientes negros teriam menos probabilidade de ter um cálculo renal. Um esforço para validar externamente a pontuação STONE determinou que a variável origem/raça não era realmente preditiva do risco de cálculos renais. Em um desenvolvimento paralelo, um novo modelo para prever infecção do trato urinário (ITU) em crianças atribui, de forma semelhante, menor risco a crianças identificadas como "total ou parcialmente negras" (Shaikh *et al*., 2018). Esta ferramenta se assemelha às diretrizes de teste de ITU divulgadas pela Academia Americana de Pediatria em 2011, que foram recentemente criticadas por categorizar crianças negras como de baixo risco (Vyas, Eisenstein, Jones, 2020).

Em entrevista, Brian Powers, médico e pesquisador do Brigham and Women's Hospital em Boston, diz que incluir raça em um algoritmo clínico pode às vezes ser apropriado, pois pode levar a um melhor atendimento ao paciente ou até mesmo ser uma ferramenta para lidar com desigualdades. Mas também pode exacerbar desigualdades. Descobrir as consequências dos algoritmos requer uma análise atenta de como o algoritmo foi treinado, os dados usados para fazer previsões, a precisão dessas previsões e como o algoritmo está sendo usado na prática (STAT NEWS, 2020).

Uma avaliação precisa, não tendenciosa racialmente, viável e econômica da TFG é fundamental para a tomada de decisão clínica individual em cuidados médicos gerais e em cuidados nefrológicos. Tal avaliação também é essencial para definir critérios para participação em pesquisa clínica e para rastrear a

carga populacional de doença renal e prestação de cuidados de saúde associados (Delgado *et al*., 2021).

Mohottige *et al.* (2021) descrevem ser necessário assumir um caminho ousado para o futuro, abraçando ações de equidade e antirracismo na nefrologia, incorporando estratégias que estimulem novos *insights* e ações em todas as plataformas clínicas, de pesquisa, políticas, e educacionais no campo. Os autores citam exemplos para essas abordagens de princípios antirracistas em cuidados renais, em diferentes domínios:

- Educação

-Educar sobre as ligações entre os fatores sociocontextuais e os resultados díspares da saúde renal, por exemplo, acesso a transplantes, cuidados pré-diálise;

-Definir e explorar o contexto e o motivo da inclusão de medidas como raça no desenho do estudo, garantindo que a raça e a etnia (e outras variáveis sociais) não sejam adotadas como verdades biológicas;

-Integrar uma educação rigorosa em genética, fisiologia e ciências sociais ao currículo, juntamente com dados epidemiológicos sobre as disparidades existentes;

-Integrar conceitos básicos sobre como raça, gênero, orientação sexual e outras identidades sociais estão ligadas a experiências de marginalização, potencialmente prejudicando várias facetas ao longo do processo contínuo de tratamento renal;

-Implementar treinamento contra discriminação, com o objetivo de promover a equidade e a inclusão.

- Pesquisa

-Distinguir entre raça e racismo e neutralizar a fusão errônea de risco biológico, raça e outros marcadores de identidade social, reconhecendo que o risco é frequentemente conferido no processo de marginalização de um grupo;

-Expandir as oportunidades de financiamento e treinamento para garantir uma infraestrutura robusta para linhas de pesquisa

que abordem a reforma da política e intervenções estruturais amplas visando às disparidades da doença renal;

-Envolver as partes interessadas e os pacientes em todo o processo de pesquisa, com atenção especial à transparência e ao alinhamento das prioridades e dos processos de pesquisa;

-Conquiste a confiança, confronte ativamente e elimine as barreiras à confiabilidade (adapte os estudos às necessidades dos pacientes/comunidades que são atendidos, com uma lente voltada para a equidade na participação) e ao envolvimento;

-Investir em parcerias sustentáveis e colaborativas com organizações comunitárias voltadas para o tratamento renal que atendem indivíduos marginalizados.

- Cuidados clínicos

-Reconsiderar e desmantelar possíveis fontes de preconceito na avaliação da candidatura ao transplante renal, ou seja, políticas restritivas em relação ao apoio social, reconsideração dos fatores que levam à "baixa adesão", incluindo a conscientização dos efeitos do racismo estrutural;

-Educar os profissionais de saúde com uma linguagem comum para entender o preconceito, o racismo e outras formas de marginalização necessárias para criar ambientes inclusivos;

-Desenvolver ferramentas eletrônicas de saúde que contornem possíveis preconceitos dos profissionais da saúde;

-Analise os dados referentes a resultados e encaminhamentos usando uma lente de equidade em termos de raça, etnia e outros domínios sociais;

-Usar uma abordagem baseada em pontos fortes para neutralizar narrativas sobre "déficits" individuais ou comunitários como causa de problemas de saúde; em vez disso, contextualizar comportamentos (ou seja, não adesão) dentro de experiências vividas e barreiras estruturais.

Seguir pensando e produzindo saúde dentro da nefrologia a partir da falácia perniciosa de que somos todos iguais e, por isso, eu cuido e não vejo a cor das pessoas, frequentemente reforça e/ou

mascara desigualdades de saúde e facilita a negação e a perpetuação de iniquidades em saúde. Nesse sentido, no que tange à formação de profissionais que reconheçam o racismo enquanto produtor de iniquidades em saúde, esta ainda se mostra deficitária, apresentando pouco espaço para discussões acerca das desigualdades étnico-raciais no Brasil e a forma como elas afetam os processos de saúde e adoecimento, o que perpetua, entre os profissionais, a invisibilização ou minimização dos efeitos do racismo (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

PROPOSTA DIDÁTICA

A partir disso, apresentamos uma proposta didática inspirada em um jogo de RPG, *Role Playing Game*, que se trata de jogos de interpretação de papéis. Para Pimentel *et al*. (2024), materiais educativos como jogos podem estimular diálogos nos quais a saúde seja abordada de forma ampla.

Os jogos educativos podem desencadear reflexões importantes ao trazer questões capazes de problematizar temas de saúde, englobando fatores psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos. Em um jogo educativo, os participantes se relacionam e trocam experiências e com seus diferentes saberes, se aproximam para avançar nos desafios. Tais interações favorecem a abordagem de assuntos sobre saúde e a partir de debates, durante simulações em jogos, podem surgir soluções que podem ser concretizadas na vida real (Vasconcelos; Carvalho; Araujo, 2018).

Nessa prática pedagógica propomos a dinâmica do papel e convivência. Cujo objetivo é sensibilizar os participantes sobre os acontecimentos específicos do racismo estrutural e institucional dentro da área de saúde renal, promovendo empatia e compreensão dos desafios sociais, psicológicos e de acesso à saúde.

A metodologia dessa dinâmica consiste inicialmente na Criação de Personagens Realistas, onde cada estudante receberá uma ficha com o perfil de um personagem, contendo: idade (Diferentes faixas etárias, destacando que condições renais podem

surgir em várias fases da vida), Condição Financeira e Acesso à Saúde (Inclui personagens de baixa renda, classe média e de diferentes regiões (urbana, rural) e diferentes grupos populacionais (quilombolas, ribeirinhas), para ilustrar as desigualdades no acesso a serviços de saúde renal especializados), Histórico Médico (Descrever condições como hipertensão, anemia falciforme, diabetes e histórico de doenças renais, fatores comumente relacionados a problemas renais e mais prevalentes na população negra), Experiências Pessoais (Inclui casos de desconfiança no sistema de saúde, dificuldades de acesso a médicos especializados e/ou tratamentos, ou episódios de discriminação, ilustrando como o racismo afetando a saúde e o tratamento).

Após divisão dos personagens, o educador deverá simular um atendimento onde um estudante atuaria como profissional de saúde e um outro estudante assumiria o papel de paciente portador de DRC, com todas as suas características, particularidades, histórico de saúde e experiências. Neste contexto, o professor deverá criar situações reais para testar as habilidades de cada estudante, bem como, observar como seria o seu atendimento frente às demandas de cada paciente, de que forma aquele profissional conduziria a consulta, com base em quê escolheria suas condutas e tratamento a fim de minimizar os danos causados pelo racismo na vida daquela pessoa.

Assim, o educador dará seguimento com a inversão dos papéis, trazendo novas e diferentes simulações, retratando a vida real, possibilitando para aquele futuro profissional um momento de reflexão acerca das diversas realidades de saúde de paciente negros com DRC e de que forma a sua assistência e visão de cuidado precisam estar ampliadas e desconstruídas, para que assim possam promover um cuidado digno e humanizado.

Esta atividade possibilitará ao estudante/profissional de saúde imergir em um contexto e permitir uma autorreflexão e autoavaliação sobre a assistência nos serviços de saúde e de que forma a sua vivência e atuação estão corroborando (ou não) para

garantia de uma assistência de qualidade para seus pacientes, a partir da raça/cor de cada sujeito.

Promover o debate a partir das questões raciais confere uma maior qualidade à prática profissional, propiciando uma melhor noção acerca da realidade do país historicamente formada e suas implicações na condição de vida e saúde da população negra. Diante disso, torna-se indispensável a presença de uma abordagem teórica, prática e metodológica que permita ao profissional de saúde obter uma conduta racializada perante sua assistência profissional (Barbosa, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seus estudos, Werneck (2016) nos explica que a questão racial sempre estruturou as relações sociais, desde as subjetividades dos sujeitos, as suas ações interpessoais até o seu acesso a determinados bens de direitos. Mas entendendo essa questão racial como o alicerce para manutenção da desigualdade social e iniquidades que acometem a população negra.

Por isso, faz-se necessário conhecer e adentrar ao debate étnico-racial e suas implicações na saúde durante a formação profissional, para que assim possam desenvolver uma autocrítica e romper com a visão e prática de corpos universais de cuidado que a academia ensina. Ensinar esses profissionais a se posicionarem e a adotarem condutas adequadas diante de cada corpo, considerando a realidade específica de cada paciente, deve ir além da aquisição de conhecimento. Trata-se de promover reflexões profundas e ações transformadoras que rompam barreiras e incentivem a valorização das necessidades e experiências da população negra, tanto no ambiente universitário quanto na sociedade como um todo.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, F. *et al*. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 20(2), 2015.

AGUIAR, L. K *et al*. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/JY5X7GG6mbjfdcX5gcGW6Km/?lang=pt. Acesso em: 26 ago. 2024.

AJILORE, O.; THAMES, A. D. The fire this time: The stress of racism, inflammation and COVID-19. **Brain, Behavior, and Immunity**. n. 88, p. 66-67, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.003. Acesso em: 03 Set. 2024.

BARBOSA, I. C. L. A importância do debate acerca da questão racial para a prática profissional do assistente social. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, pag. 1-16; 2018.

BARBOSA, R. R. DA S.; SILVA, C. S. DA .; SOUSA, A. A. P.. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 353–363, 2021.

Boletim edição especial do Boletim ELSA-Brasil. Dia da consciência negra. 2023. Disponível em: http://elsabrasil.org/boletim-do-dia-da-consciencia-negra/

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, fuller Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde Atenção primária à saúde: doença renal crônica: guia rápido, Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

DELGADO, C. *et al*. A Unifying Approach for GFR Estimation: Recommendations of the NKF-ASN Task Force on Reassessing the

Inclusion of Race in Diagnosing Kidney Disease. **J. Am. Soc. Nephrol**. 2021 Dec 1;32(12):2994-3015.

DUARTE, A.B.A. *et al*. Perfil epidemiológico da insuficiência renal no Brasil de 2012 a 2022. **Research, Society and Development**. v.12, n.10, e31121043360, 2023. Doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43360. Acesso em: 10 set. 2024.

FERREIRA, R.B.S. *et al*. Implicações do racismo institucional no itinerário terapêutico de pessoas com insuficiência renal crônica. **Invest. educ. enferm**. [online]. v. 38, n. 2, e9, 2020. Doi: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e09.

FULLER-ROWELL, T. E. *et al.* Disparities in Insulin Resistance between Black and White Adults in the United States: The Role of Lifespan Stress Exposure. **Psychoneuroendocrinology**, n. 107, p. 1-8, 2019.

GEORGE, C *et al*. An African perspective on the genetic risk of chronic kidney disease: a systematic review. **BMC medical genetics** vol. 19,1 187, 2018, doi:10.1186/s12881-018-0702-x

GIUDICELLI, G. C. **Internações na rede pública por doença renal crônica na população negra no Rio Grande do Sul no período de 2017 a 2020**. 2022. 35 f. Dissertação (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Especialização em Saúde Pública. Porto Alegre, 2022.

GRUBBS, V. Precision in GFR Reporting Let's Stop Playing the Race Card. **CJASN**, 15, p: 1201–1202, 2020. doi: https://doi.org/ 10.2215/CJN.00690120

JONES, D.; YOU, Z.; KENDRICK, J.B.. Racial/Ethnic Differences in Barriers to Kidney Transplant Evaluation among Hemodialysis Patients. **Am. J. Nephrol**. 2018; 47(1):1–7.

KIRSZTAJN, G. M. *et al*.. Estimated glomerular filtration rate in clinical practice: Consensus positioning of the Brazilian Society of Nephrology (SBN) and Brazilian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine (SBPC/ML). **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 46, n. 3, p. e20230193, 2024.

LANGEFELD, C.D.C. *et al*.. Genome-wide association studies suggest that APOL1- environment interactions more likely trigger kidney disease in African Americans with nondiabetic nephropathy than strong APOL1-second gene interactions. **Kidney Int**. 94(3):599–607, 2018

LIMA, L. C. *et al.* Fisiopatologia da doença renal crônica em adultos com doença falciforme. **Revista HUPE**, v. 14, n. 3, p. 58-63, 2015.

LINS, S. M. de S. B., et al. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paulista de Enfermagem**, 31(1), 54–60. 2018. Doi: https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009.

MALIK, A. *et al*. Validity of STONE Score in Clinical Prediction of Ureteral Stone Disease. **Pak. J. Med. Sci**. 36(7):1693-1697, 2020. doi: 10.12669/pjms.36.7.2625.

MEDSCAPE. Nefrologistas dizem que é hora de retirar o fator raça dos algoritmos, mas fazer isso não é simples. **Medscape**, 25 jun. 2021. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6506474.

MOHOTTIGE, D. *et al*. Racism and Kidney Health: Turning Equity Into a Reality. American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation v.. 77,6, p: 951-962, 2021. doi:10.1053/j.ajkd.2021.01.010.

MOORE C.L., *et al*. Derivação e validação de uma regra de predição clínica para cálculo ureteral não complicado — o escore STONE: estudos de coorte observacionais retrospectivos e prospectivos. ***BMJ***; 348:g2191-g2191, 2014.

NERBASS, F. B. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise 2021. **Revista Brasileira de Nefrologia**. v. 45, n. 2, p. 192-198, 2023.

NERBASS, F. B. *et al*. Censo Brasileiro de Diálise 2022. **Revista Brasileira de Nefrologia**. v. 46, n. 2, p. 1-8, 2024.

NEVES, P. D. M. M. *et al*. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009- 2018. **Revista Brasileira de Nefrologia**. V. 42, n. 2, p. 191-200, 2020.

OLIVEIRA, E.S. *et al*. Fatores associados à percepção de incômodo com a restrição hídrica e alimentar entre pacientes com

insuficiência renal crônica. **Revista Enfermeria Actual.** Edición Semestral. n.39. 2020. Doi: 10.15517/revenf.v0i39.39991. Acesso em: 11 Set. 2024.

OSUNKWO, I.; SAAH, E. A função renal se deteriora em indivíduos com traço falciforme e doença falciforme? Agora sabemos. **The Hematologist**, v. 17, n. 2, 2020.

PÉREZ-URDIALES I. et al. Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. **Int. J. Equity Health** . 18(1):59, 2019.

PIMENTEL, A.G. *et al*. Desenvolvimento de um jogo de rpg sobre o controle do *aedes aegypti* e as contribuições dos alunos de ciências biológicas. **Revista Eletrônica Ludus Scientiae (Ludus)**, v. 8, p. 138-157, jan./dez., 2024.

RIBEIRO, L. S. BATISTA, M. S. Parada cardiorrespiratória e o debate étnico-racial. In: FERREIRA, S. C. (org.). **Debate contracolonial na formação em saúde resgatando a ciência de kemet**. Salvador: EDUNEB, 2022. p. 169-186, 2022.

SANTOS, D. A. A *et al*. A relação do perfil socioeconômico e sociodemográfico de indivíduos em tratamento dialítico com os determinantes sociais da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Curitiba. v. 7, n. 1, p. 6818-6832, jan./fev., 2024.

SBPC/ML. Novidades sobre a estimativa da Taxa de Filtração Glomerular - TFG. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica: Medicina Laboratorial. 13 mar. 2024.

SILVA, K. C. *et al*. Prevalência de problemas renais na população adscrita em uma USF de Salvador – Bahia. **Revista da Rede Atenção Primária à Saúde**, v. 4, n. 1, p. 37-45, 2022. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200044/pt. Acesso em: 26 ago. 2024.

SHAIKH, N. et al. Desenvolvimento e validação de uma calculadora para estimar a probabilidade de infecção do trato urinário em crianças febris jovens. **JAMA Pediatr**. ,172:550-556, 2018.

SOUZA, CMB. **Prevalência da Doença Renal e de fatores de risco para Doença Renal Crônica em trabalhadores negros da área da**

saúde. 64p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.2012.

STAT NEWS. Racial bias skews algorithms widely used to guide care from heart surgery to birth, study finds. 2020. Disponível em: https://www.statnews.com/2020/06/17/racial-bias-skews-algorithms-widely-used-to-guide-patient-care/

STAT NEWS. Expert panel recommends against use of race in assessment of kidney function. 2021. Disponível em: https://www.statnews.com/2021/09/23/expert-panel-recommends-against-use-of-race-based-tool-in-assessment-of-kidney-function/

THAMES, A. D. *et al*. Experienced discrimination and racial differences in leukocyte gene expression. **Psychoneuroendocrinology**, n. 106, p. 277-283, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.016. Acesso em: 04 Set. 2024.

VASCONCELOS, M. S.; CARVALHO, F. G.; ARAUJO, I. S. **O jogo como prática de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, p. 134, 2018.

VYAS, D.A; EISENSTEIN, L.G; JONES, D.S. Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. **The new england journal o f medicine**. 383;9, 2020.

WERNECK J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Rev. Saúde Soc**. 2016; 25(3):535-49.

RACISMO E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Adriele Souza Lima Melo[1]
Fernanda da Silva Borges[2]
Marilda Bastos do Nascimento[3]
Suiane Costa Ferreira[4]

Mas a raça é filha do racismo, e não sua mãe.-
Ta-Nehisi Coates

O Brasil é referência mundial na área de transplantes de órgãos e tecidos, possuindo o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 96% dos procedimentos de todo o país são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em números absolutos, o país é o segundo maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos (Silva, Ribeiro, Lima, 2021). Esse sistema é guiado pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, assegurando que toda

[1] Assistente social formada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui Residência em Saúde Pública no Hospital das Clínicas (UFBA), Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: adriele.m@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7186607498346078.

[2] Assistente Social graduada pela UFBA. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: fsboorges@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6728211128081135.

[3] Assistente Social graduada pela Universidade Católica do Salvador-UCSAL. Pós-graduada em Pós-Graduação em Teoria e Práticas Clínicas em Atenção Psicossocial aos Usuários de Substâncias Psicoativas (UFBA), em Gestão em Saúde (UNEB) e em Administração e Planejamento de Projetos Sociais (Universidade Gama Filho). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: mamabastos75@gmail.com.

[4] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

a população brasileira tenha acesso a cuidados de saúde de forma contínua e igualitária, independentemente de sua condição econômica ou social, o que inclui o transplante de órgãos.

O transplante é definido como uma cirurgia que visa substituir um órgão ou tecido de uma pessoa doente por outro órgão saudável, de um doador falecido ou vivo. É considerado um procedimento de elevada complexidade, visto que necessita de recursos materiais e humanos específicos, além de capacitação técnica e educação permanente de alto nível. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

> O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, o SNT está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplante (Marinho, Cardoso, Almeida, 2011)

O transplante de órgãos é realizado através do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a fim de garantir acesso a tratamentos especializados sem custo para os usuários. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2024), em 2023, o Brasil registrou maior número de transplantes de órgãos em 10 anos, o que resultou em 4.514 cirurgias realizadas. O rim foi o órgão mais transplantado, representando 66,72% dos procedimentos. Em segundo e terceiro lugar, aparece o fígado (1.777) e o coração (323), respectivamente.

Embora exista uma vasta produção acadêmica sobre o sistema de transplante sob diversos ângulos, a análise sob o viés racial ainda é limitada. Portanto, este capítulo busca fazer uma análise a partir da perspectiva racial, buscando estimular novas pesquisas e fornecer dados relevantes para a formulação de políticas de saúde mais inclusivas e equitativas.

Marinho, Cardoso e Almeida (2011) apontam que apesar da equidade nos procedimentos relacionados com transplantes de órgãos no Brasil receber garantias constitucionais, e tendo o Brasil

em sua população uma maioria de mulheres e de negros, contata-se que a maior parte dos transplantes de órgãos ocorre em homens e em brancos. Importante frisar que as necessidades de transplantes não diferem muito entre os diferentes grupos populacionais. Neste estudo vemos o *ranking* de transplantes realizados no Brasil, onde temos em primeiro lugar o rim, onde, 61% das pessoas receptoras são homens e 69% são brancas, 19% pardas, 11% pretas e 1% amarelas. Para o fígado, que é o segundo órgão mais transplantado, temos que 63% das pessoas receptoras são homens e 81% são brancas, 16% pardas, 4% pretas e 1% amarelas. O coração, terceiro órgão mais transplantado no Brasil, temos que 75% dos receptores são homens e 56% são brancas, 33% pardas, 9% pretas e 2% amarelas.

Para Pondrom (2008), no transplante, assim como em outras áreas da assistência médica, a cor da pele importa. Seja preconceito racial inconsciente, consequências do status socioeconômico, crenças e preferências do paciente ou diferenças biológicas que predispõem populações a doenças e sobrevivência mais curta, a raça está associada à disparidade de resultados.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2019) apontam que a população negra brasileira ocupa territórios periféricos, residindo em favelas sob condições insalubres e em situação de desemprego, ou subemprego e/ou precarizadas, possuem baixa escolaridade e estão mais suscetíveis a diversos tipos de violência que elevam os índices de morte por homicídios e de morbimortalidade por violações de direito relacionadas à falta de acesso à prevenção e aos cuidados de saúde no SUS, afirmando-se assim o racismo como um determinante social de saúde. Desse modo, é premente discutir a relação entre o racismo e as adversidades enfrentadas no sistema de transplantes no Brasil.

De um lado, temos a Constituição Federal, resultado das lutas dos movimentos sociais por uma legislação que atendesse às demandas de toda a sociedade brasileira. Do outro, temos uma sociedade cuja formação ainda carrega os resquícios do sistema escravista e colonial, refletindo profundas desigualdades estruturais. Nesta direção,

> Foi este o regime escravista que fez do Brasil uma espécie de sociedade dividida e organizada em duas partes desiguais (como uma sociedade de castas): uma parte formada por homens livres que, por coincidência histórica, é branca, e a outra formada por homens e mulheres escravizados que, também por coincidência histórica, é negra (Munanga; Gomes, 2016, p. 16).

É neste cenário que se observa a não efetivação do direito ao acesso pleno à saúde por parte da maior parcela da população brasileira, pois de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), o Brasil apresenta 55,4% da população se declarando negra (preta e parda). Diante dessa realidade, um modelo de saúde pública que não se compromete com a justiça e a igualdade para a maioria da população brasileira representa uma violação direta ao direito constitucional, ao desrespeitar os princípios fundamentais de acesso universal e equitativo à saúde.

O Sistema Nacional de Transplante no Brasil é o maior sistema público de transplantes no mundo e é embasado pela Lei nº 9434/97, tida como Lei dos Transplantes, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Em seu Art. 2º, temos que:

> A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1997).

Uma vez constatada a necessidade do transplante, o candidato é inscrito em uma fila de espera única e exclusiva para cada órgão, incluindo pacientes da rede pública e privada. A principal particularidade dessas listas reside nas especificações de alocação de prioridade dos pacientes, considerando-se não apenas a ordem de ingresso como, também, critérios fundamentados relativos a condições médicas, principalmente relacionadas à compatibilidade e gravidade da doença (Soares *et al.*, 2020). O Cadastro Único se dá

através da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos pelo estabelecimento de saúde e/ou pela equipe responsável pelo seu atendimento (Dall'Agnol *et al*., 2023). Nesse contexto, é crucial reconhecer que a primeira barreira enfrentada pelas pessoas negras no sistema de transplante tem relação com a lista de espera.

Nem todos os pacientes que são colocados na lista de transplantes podem receber um órgão dependendo do estado de saúde atual, comorbidades, entre outros. No entanto, fatores sistêmicos adicionais também desempenham um papel no acesso e na capacidade de um paciente de receber um transplante (Fritz *et al*., 2023)

Machado *et al*. (2012) analisaram os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao acesso ao transplante renal (doador vivo e cadáver) para pacientes residentes em Belo Horizonte e evidenciaram que fatores socioeconômicos estão associados a uma menor probabilidade de entrar na lista de espera e obter o transplante, como: ter menor status socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda e não ter plano privado de saúde. O estudo apontou ainda que os indivíduos residentes em áreas de maior risco à saúde, isto é, regiões compostas por populações de menor nível socioeconômico, mostraram maior tempo de espera na lista e menor probabilidade de terem transplantado órgão de doador vivo.

Park *et al*. (2022) realizaram uma revisão de escopo da literatura relatando disparidades no acesso a transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas e rim com base em determinantes sociais de saúde (raça, renda, educação, geografia, status de seguro, alfabetização em saúde e engajamento). Minorias raciais e étnicas, mulheres e pacientes em grupos de menor status socioeconômico tiveram menos probabilidade de serem encaminhados, avaliados e adicionados à lista de espera para transplante de órgãos. A qualidade dos dados que descrevem essas disparidades na literatura sobre transplante foi variável e predominantemente focada no transplante renal.

Dall'Agnol, Schwartz e Lise (2021) ao analisarem os fatores que dificultam o acesso dos indivíduos em terapia de substituição

renal à lista de espera para o transplante por meio de uma revisão bibliográfica sistemática, também encontraram que fatores socioeconômicos como renda e educação mostraram uma clara associação com o acesso a lista de espera para o transplante renal. Os indivíduos mais instruídos são conhecidos por acessar os serviços de saúde com mais frequência do que a população em vulnerabilidade socioeconômica e, portanto, mais aptos a entrarem na lista. Os autores descrevem ainda que qualquer que seja o tempo gasto em diálise, indivíduos com mais de três anos de ensino superior têm 1,6 vezes mais chances de interromper a diálise devido a um transplante renal do que indivíduos com o ensino fundamental. Indivíduos com ensino superior possuem no mínimo cinco vezes mais chances de transplante quando comparados aos indivíduos com educação básica.

Considerando que no Brasil o racismo produz cotidianamente vulnerabilidades que podem ser percebidas, por exemplo, nos indicadores de renda e educação, é a população negra mais exposta a menor probabilidade de entrar na lista de espera e obter transplante. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua: Educação (2022), na população brasileira de 18 a 24 anos, 36,7% das pessoas brancas estavam estudando, enquanto entre pretos e pardos a taxa foi de 26,2%. Entre as pessoas pretas ou pardas com 15 anos ou mais de idade, 7,4% eram analfabetas, mais que o dobro da taxa encontrada entre as pessoas brancas (3,4%). No grupo etário de 60 anos ou mais, a taxa de analfabetismo dos brancos foi de 9,3%, enquanto entre pretos ou pardos ela chegava a 23,3%. O efeito positivo da educação na redução da mortalidade adulta por todas as causas é conhecido. Assim, menos escolaridade está diretamente ligada a maiores riscos à saúde.

Balaj *et al.* (2024) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise avaliando o efeito da educação na mortalidade adulta por todas as causas e concluíram que a educação salva vidas independentemente da idade, sexo, localização e origem social e demográfica. Os autores descobriram que o risco de morte cai 2% a cada ano adicional de educação. Isso significa que aqueles que

completaram seis anos de ensino primário tiveram um risco menor de morte, em média, 13 por cento. Depois de terminar o ensino secundário, o risco de morrer foi reduzido em quase 25 por cento e 18 anos de escolaridade reduziram o risco em 34 por cento. Os investigadores também compararam os efeitos da educação com outros fatores de risco, como uma dieta saudável, fumar e beber álcool, e descobriram que os resultados de saúde eram semelhantes. Por exemplo, o benefício de 18 anos de educação pode ser comparado ao de comer a quantidade ideal de vegetais, em vez de não comer vegetais. Não ir à escola é tão ruim para você quanto beber cinco ou mais bebidas alcoólicas por dia ou fumar dez cigarros por dia durante 10 anos. Não foram encontradas diferenças significativas nos efeitos da educação entre países que atingiram diferentes fases de desenvolvimento. Isto significa que mais anos de educação são tão eficazes nos países ricos como nos países pobres.

Considerando os dados do Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF, 2018) que mostram que apenas um terço dos brasileiros negros entre 15 e 64 anos têm alfabetismo consolidado, é possível compreender que é esta população com maiores prevalências do déficit de autocuidado e informações sobre seu processo de saúde e doença.

Dall'Agnol, Schwartz e Lise (2021) evidenciou que o acesso à informação é maior em indivíduos com nível de escolaridade mais elevado inclusive sobre as duas categorias de transplante renal, doador vivo ou falecido. Além disso, os indivíduos estão mais propensos a procurar informações sobre suas doenças e terapias de substituição renal disponíveis, e eles aprendem, com maior facilidade, com os profissionais de saúde. Os indivíduos mais instruídos também são conhecidos por acessar os serviços de saúde com mais frequência do que a população em vulnerabilidade socioeconômica. Nesse contexto, indivíduos com condições socioeconômicas mais favorecidas, como educação e renda, buscam por doadores vivos, enquanto, indivíduos mais vulneráveis podem ser impedidos por falta de conhecimento sobre essa possibilidade. A rede social dos indivíduos em situação de

vulnerabilidade socioeconômica também pode estar sendo afetada por comportamento de risco e pior condição de saúde, o que pode impedir a doação em vivo. O baixo nível de escolaridade está associado com comportamento de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso. Estes fatores de risco comportamentais são mais comuns na população de baixa renda e baixa escolaridade, que no Brasil em sua maioria é negra, por possuir rede de suporte social mais fragilizada.

Trabalhadores com menor escolaridade podem ter mais dificuldade para encontrar emprego, e podem ser mais propensos a ocupar vagas de baixa qualidade (Diniz, 2017), insalubres e mal remuneradas. Os dados do estudo Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil (IBGE, 2022) mostram que a desocupação, a subutilização e a informalidade continuam atingindo mais pretos e pardos do que os brancos. Em 2021, as taxas de desocupação foram de 11,3% para os brancos, de 16,5% para os pretos e de 16,2% para os pardos. A taxa de subutilização era de 22,5% entre os brancos, enquanto era de 32,0% entre os pretos e 33,4% entre os pardos. A taxa de informalidade nacional era 40,1%, mas os brancos tinham uma taxa menor, de 32,7%, e os pretos (43,4%) e pardos (47,0%), maior que a média nacional. É notável como o racismo coloca a população negra nos piores indicadores de educação e renda, portanto, mais exposta às fragilidades que impedem o acesso à lista ou maior tempo de espera na lista.

Dall'Agnol, Schwartz e Lise (2021) apontam que, geralmente, esta população em vulnerabilidade realiza tarefas que exigem níveis de energia física difíceis de conciliar com seu estado de saúde e prejudicando sua entrada na lista de espera. Indivíduos em vulnerabilidade socioeconômica possuem maiores chances de possuir multimorbidade, bem como, as piores aderências ao tratamento quando comparados aos indivíduos com melhores condições. O tempo médio desde o início da terapia de substituição renal até receber o transplante de rim foi significativamente maior em negros, asiáticos em comparação com o branco. Os autores concluem que os fatores socioeconômicos e demográficos denotam

a importância de investimentos em educação e geração de renda com o objetivo de promover o acesso à lista de espera para o transplante renal.

Analisando o contexto norte-americano, Fritz *et al*. (2023) descrevem um contexto muito similar ao apresentar que embora as populações minoritárias tenham uma prevalência maior de doença renal crônica, seu tempo gasto na lista de espera continua desigual. Relatórios publicados mostram que pacientes negros têm menos probabilidade de serem encaminhados para avaliação de transplante, são diagnosticados com doença renal crônica em taxa de filtração glomerular estimada mais baixa, são atrasados no registro de transplante, progridem mais lentamente na lista de espera e, em última análise, têm menos probabilidade de receber um transplante em comparação com a população branca. Existem críticas contínuas sobre o uso de equações de filtração renal baseadas em raça que podem superestimar a taxa de filtração e deturpar a gravidade da função renal minoritária (especificamente negra), incluindo o que pode ser feito para alterá-la (por exemplo, criar novos algoritmos).

Segundo Parra (2007), a seleção dos pacientes para o procedimento do transplante é baseada em um protocolo de avaliação pré-transplante, que visa verificar se o paciente está apto para o procedimento, e que inclui fatores socioeconômicos e culturais que podem interferir no acompanhamento integral do paciente no pós-transplante. A avaliação deve ser feita através da vida cotidiana do paciente, analisando assim a aceitabilidade, dinâmica familiar, acesso e condições socioeconômicas. A autora ressalta que os pacientes com condições socioeconômicas baixa não podem lidar com as exigências clínicas que o protocolo de imunossupressores exige após o procedimento cirúrgico, destacando as condições de salubridade da habitação, e colocando esse sujeito como não apto para inclusão no programa de transplante.

Outro ponto a destacar é que o SUS, apesar de um sistema universal, tem cor e raça, ou seja, dos milhões de usuários que dependem exclusivamente do SUS, 67% são pessoas negras,

conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2008. Mas esse sistema não consegue dar conta das demandas dessa população, comprometendo, muitas vezes, o fluxo de exames e procedimentos necessários para a entrada na lista de espera. Dall'Agnol, Schwartz e Lise (2021) apontam como fatores que influenciam no acesso à lista de espera para o transplante renal as pendências em avaliação cardiológica e urológica. De acordo com o IPEA (2011), as barreiras para os transplantes estão presentes na atenção básica, média e de alta complexidade. Nem todos os pacientes que são colocados na lista de transplantes podem receber um órgão dependendo do estado de saúde atual, comorbidades, etc, assim, os pacientes do sistema privado de saúde possuem mais recursos para se manterem estáveis clinicamente à espera do órgão.

Dall'Agnol *et al*. (2023) abordam ainda a exigência do paciente em residir próximo ao centro de transplante ou tenha disponibilidade de transporte rápido até ele. Sendo assim, poucos pacientes de outros Estados dispõem de condições financeiras de morar e manter um cuidador a sua disposição durante o processo de inclusão na lista de espera, o tempo de espera até o transplante e o tempo transcorrido entre o pós-transplante imediato e a alta. Por vezes, todo esse período somado pode levar meses e facilmente ultrapassar mais de um ano. Ou seja, as condições financeiras podem permitir maior acesso ao procedimento pelas pessoas de maior renda (Soares *et al*., 2020). Eggers (2009) complementa ao destacar os custos de transporte/deslocamento durante todo o processo na lista de espera e a perda de renda devido aos dias perdidos de trabalho. Todos esses custos são mais onerosos para os pobres e trabalham contra o acesso melhorado. Considerando que no Brasil a pobreza tem cor, e é preta e parda, são essas as pessoas mais desfavorecidas em todo esse processo.

Adeodato, Rolim e Andrade (2019) esclarecem que apesar de alguns pacientes estarem inseridos no tratamento fora do domicílio (TFD), o repasse deste recurso para os usuários costuma atrasar meses, configurando-se, em muitos casos, como uma "ajuda de custo" insuficiente para garantir as despesas de permanência do

paciente e seu acompanhante. Esse aspecto faz com que muitos pacientes abandonem o tratamento de saúde enquanto aguardam um transplante.

Dentro do processo de transplante de órgão, a terapia imunossupressora contribui consideravelmente para alcançar bons resultados. Significativos avanços nas últimas décadas na terapia imunossupressora desencadearam uma importante diminuição da incidência de rejeição aguda, aumentando substancialmente a sobrevida de receptores. Contudo, Tornatore *et al*. (2022) abordam que a sobrevivência crônica do aloenxerto renal em receptores negros é menor em comparação com outras raças tratadas com imunossupressão comparável. Os fatores que contribuem para essa disparidade incluem adesão à medicação, genômica, socioeconômica, variabilidade farmacocinética e farmacodinâmica, incompatibilidades doador-receptor e variação racial nas respostas imunodinâmicas. Para atingir resultados semelhantes de aloenxerto, os pacientes negros requerem doses maiores de tacrolimo, por exemplo, em comparação com os brancos. A biodisponibilidade do tacrolimo é reduzida em negros saudáveis em comparação com outras raças. Por isso, realizar pesquisas com o marcador raça/etnia se fazem muito importante.

Outro ponto a ser observado dentro da perspectiva da desigualdade racial no sistema de transplante diz respeito ao número expressivo de transplantes que são realizados em decorrência do aumento de mortes de doadores saudáveis por causas externas. De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Silva, Ribeiro, Lima, 2021), a causa do óbito por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) constitui a principal causa de óbitos e sequelas em pacientes multitraumatizados. As causas do TCE são muitas, entre as principais estão acidentes automobilísticos, quedas, assaltos, agressões, esportes e recreação.

Segundo o Datasus (2007), aproximadamente 131.032 pessoas morreram por causas externas no Brasil e a população masculina respondeu por mais de 80% dessas mortes. Assim, a mortalidade por causas violentas ou causas externas teve um aumento

significativo nos últimos anos no Brasil reverberando no número de transplante de órgãos com doador falecido. Mas, quando observada a mortalidade desagregada por raça/cor, vemos que pretos e pardos, somados, atingem a maioria das mortes por essa causa, aproximadamente 51%. De acordo com o Atlas da Violência (IPEA, 2023), em 2021, 77% das vítimas eram negras e a taxa de mortalidade era de 31,0 para negros e de 10,8 para não negros, ou seja, o risco de um negro morrer assassinado é de 2,9 vezes maior do que um não negro. O aumento da violência urbana coloca o homem negro como um grande e potencial doador de órgãos, aumentando o quantitativo de transplantes realizados.

Em 2019, Souza e colaboradores traçaram o perfil dos potenciais doadores que efetivaram o processo de doação de órgãos e tecidos no período de 2013 a 2015 no estado do Ceará e, no que se refere à raça, percebeu-se o predomínio de doadores pardos (93,75%). Contudo, como aponta Marinho, Cardoso e Almeida (2011), a maioria dos transplantes de órgãos, no Brasil, são feitos em homens e em brancos. Esse dado reforça que o país que mais realiza transplantes no mundo por meio de um sistema de saúde pública, tem utilizado o racismo para produzir necropolítica, conforme evidencia Mbembe,

> (...) a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver, constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2018, p. 5)

A necropolítica está diretamente relacionada à ação do Estado no controle sobre a vida e a morte das pessoas, relegando a população negra, em grande parte, à morte. Suas práticas manifestam-se de diversas formas, desde a violência policial, exemplificada no agente que assassina um jovem negro apenas por carregar uma sombrinha em um dia de chuva, até a omissão estrutural na implementação de

políticas sociais que poderiam efetivamente melhorar a educação e a renda da população negra no Brasil.

Pondrom (2008) citando Pang-Yen Fan, presidente do Comitê de Assuntos Minoritários da United Network for Organ Sharing (UNOS), afirma que o problema na área de transplante para a comunidade negra se deve a muitos fatores, desde restrições financeiras até suporte social e condições de vida precárias, barreiras linguísticas, educação limitada, cobertura de saúde inadequada e desconfiança do paciente.

Apesar do arcabouço legal destacado neste trabalho, incluindo a Constituição Federal, as leis de regulamentação e a Lei de Transplantes, o acesso equitativo ao sistema de transplantes para a população negra permanece uma realidade distante. Essa desigualdade compromete significativamente as chances de prolongamento da vida por meio do transplante de órgãos no Brasil.

Em síntese, a análise do sistema de transplantes no Brasil revela sérias desigualdades raciais que afetam o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Apesar do SUS ser um dos maiores sistemas públicos de saúde, ele enfrenta desafios significativos devido a barreiras estruturais e raciais, especialmente para a população negra. Portanto, é crucial promover discussões e pesquisas para reduzir essas desigualdades e assegurar um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde para a população negra.

PROPOSTA DIDÁTICA

Diante do que foi apresentado, propomos uma prática pedagógica voltada a construir um espaço de aprendizagem inclusivo sobre o impacto do racismo nos processos de transplante de órgãos. Esta proposta busca uma abordagem crítica e ampla da história da saúde e das iniquidades raciais com o objetivo de reduzir as desigualdades que limitam o acesso e comprometem a qualidade dos transplantes realizados na população negra.

A reflexão acerca da relação entre racismo e transplante no Sistema Nacional de Transplantes revela um campo pouco

explorado, tanto no sentido acadêmico, quanto no olhar dos promotores de políticas públicas. O ineditismo da questão, portanto, em vez de ser encarado como problema para proposições pedagógicas, será, aqui, visto na perspectiva de suas potencialidades. Deste modo, a criação de um conjunto de atividades partirá do princípio teórico de que o estudante do ensino superior pode ser colocado no papel de produtor do conhecimento. Desta pedra fundamental partirão todas as ramificações da proposta pedagógica que segue adiante.

Antes de descrever os pormenores de cada etapa desta sequência didática, é necessário estabelecer as bases teórico-metodológicas que a amparam. Um texto tão politicamente engajado não poderia deixar de ter como um dos seus fundamentos as ideias de Paulo Freire acerca do conhecimento e das relações de ensino-aprendizagem. O elemento central é a chamada pedagogia crítica social dos conteúdos. De acordo com José Carlos Libâneo,

> No Brasil a pedagogia crítico-social é uma das correntes da pedagogia crítica que propõe uma educação vinculada à realidade econômica e sócio-cultural dos educandos, ligando ensino e ação transformadora da realidade, ação e reflexão, prática e teoria. Sustenta a ideia de que o conhecimento está comprometido com a emancipação das pessoas, com a liberdade intelectual e política. Por isso, associa as tarefas do ensino a uma análise crítica sócio-histórico-cultural do contexto em que as pessoas vivem (Libâneo, 2010, p.02)

Os conteúdos, que em algumas correntes pedagógicas podem também ser referidos como objetos do conhecimento, não podem apenas ser tratados de forma estanque. O estudante leva para a sala de aula todo o arcabouço social, econômico, cultural, religioso e das mais diversas dimensões do ser que lhe envolve e afeta. Não é possível planejar uma proposta didática dentro da temática aqui discutida, sem considerar a influência da realidade sobre os agentes produtores de conhecimento.

A visão compartimentada e paralisada dos conteúdos apenas favorece aquilo que Paulo Freire chamou de ensino bancário, que é por ele descrito como:

> A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador. Quanto mais vai 'enchendo' os recipientes com seus 'depósitos', tanto melhor educador será(...). Em lugar de comunicar-se, o educador faz 'comunicados' e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los (Freire, 1987, p. 33).

Dentro da lógica freiriana, os conteúdos devem ser analisados a partir de uma visão crítica. Ou seja, não se trata somente do aprendizado mecânico e baseado na memorização, mas sim de uma constante reflexão acerca das origens e das intencionalidades por trás de cada conteúdo. É necessário questionar o conteúdo, extrair dele as informações sobre suas raízes e entendê-lo no seu contexto histórico de produção, de modo a construir com eles um diálogo que fará surgir novos saberes.

A crítica social aos conteúdos possibilita também a superação de uma percepção eurocêntrica, em termos epistemológicos. Neste sentido, é inevitável a adesão a uma via contracolonial do saber. Vale citar Aníbal Quijano:

> (...) como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento (Quijano, 2005, p. 110)

Em busca do rompimento da colonialidade do pensamento, é necessário refletir acerca de modos de produção do conhecimento que não estejam amparados, necessariamente, em pensadores brancos

europeus. É necessário também que a conexão entre teoria e prática seja orgânica, coesa e coerente, de modo diverso ao que é historicamente celebrado nos fundamentos coloniais. Não deve haver separação entre o saber e o fazer. Portanto, esta proposta está de acordo com as ideias de Mignolo (2008), que afirma que a distinção moderna entre teoria e prática não se aplica quando você entra no campo do pensamento da fronteira e nos projetos contracoloniais.

Esta proposta pedagógica tem como objetivo ser coesa e coerente. Estes objetivos serão alcançados através de uma sequência didática que evidencie um caminho reflexivo e significativo para os estudantes, no qual o currículo se constitua como uma mensagem em si. Ou seja, através das atividades, será possível compreender que existe uma trilha subjacente que conduz a proposta, cuja meta é proporcionar um ambiente propício à construção coletiva de nossos conhecimentos acerca do tema em discussão.

É importante destacar que os educadores podem desenvolver estratégias para transversalizar a discussão sobre desigualdades raciais e socais em saúde, integrando esse tema de maneira contínua e não apenas como um "recorte" pontual em algum conteúdo específico. Ou seja, a pauta das iniquidades deve permear todas as áreas de ensino, sendo abordada de forma sistemática em cada componente curricular, de modo que a análise do racismo se torne um ponto central ao longo de todo o processo formativo. Dessa forma, os educadores têm a oportunidade de integrar as questões raciais e sociais de maneira orgânica e contextualizada, oferecendo aos alunos uma visão mais ampla e conectada dos desafios enfrentados pelas populações marginalizadas, como no contexto do racismo na saúde e no processo de transplante.

Para garantir uma reflexão estruturada e direcionada sobre esses temas, orientamos o uso da metodologia de estudos de caso, através de exemplos práticos que estimulem o pensamento crítico e a reflexão sob uma ótica racial, onde os educadores podem promover discussões relevantes, permitindo que os estudantes compartilhem e analisem casos vivenciados no contexto de estágios. Esses momentos de aproximação com a realidade

profissional são fundamentais, pois permitem a vivência direta dos desafios enfrentados por pacientes negros, contribuindo para uma compreensão mais profunda das desigualdades e a construção de estratégias de intervenção que se aproximem da temática racial.

A linha cognitiva seguirá por um caminho que irá passar primeiro por uma análise mais ampla do tema, com reflexões acerca do contexto histórico e social da relação entre racismo e transplantes. Este é o primeiro momento que, em sala de aula, o professor irá trazer o debate, para que os estudantes tenham uma melhor aproximação com a temática proposta. A ideia é, justamente, contextualizar o estudante, para que ele possa também se aventurar por um campo tão pouco desbravado. Trata-se de uma análise estrutural em termos de reflexão sobre racismo e transplantes.

Em seguida, ocorrerá o mergulho em um nível micro, de casos individuais, com a intenção de compreender de que forma as condições estruturais se manifestam. Esse segundo momento visa estimular os estudantes através do estudo de caso a desenvolver e criar análises sobre casos concretos e hipotéticos que abordam a temática. A mudança das lentes vai enriquecer as aprendizagens, instrumentalizando o estudante para a etapa seguinte, que é fulcral para esta proposta.

O elemento culminante é a produção intelectual coletiva escrita. Nesse terceiro momento o educador inicialmente irá apresentar o vídeo "Quem faz transplante pelo SUS é quem tem plano de saúde privado — denúncia do Senador Humberto Costa" (4min), disponível gratuitamente no *Youtube*. A utilização do recurso audiovisual é uma importante ferramenta para aproximar e problematizar os estudantes com o debate de forma mais interativa. Em seguida, na forma de ensaios acadêmicos, será possível transversalizar as situações profissionais cotidianas dos estudantes com o tema estudado. Em tempo, de acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), o conceito de transversalidade, discorre sobre a "possibilidade de se estabelecer, na prática educativa uma relação entre aprender conhecimentos

teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real e de sua transformação (aprender a realidade da realidade" (Brasil, 1998, p. 30).

Por fim, como síntese das atividades, propomos a criação de um mural colaborativo, onde os participantes possam expor as dificuldades e desigualdades vivenciadas. Esse material serviria como base para a construção de estratégias voltadas à redução das disparidades no acesso e à promoção de uma saúde verdadeiramente equitativa e assim, desta relação dialética e plural, surgirão trabalhos que contribuirão ainda mais para o avanço científico numa área tão carente de análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foi possível abordar as disparidades étnicas e sociais que atuam como uma barreira para indivíduos negros que necessitam do transplante de órgãos, fugindo do debate social enviesado de que somos todos iguais.

Apesar da fila do transplante garantir transparência, justiça e equidade do SUS, pois as oportunidades são distribuídas igualmente a todos os pacientes da fila e o Sistema Nacional de Transplantes é regido por uma lei e regulamento técnico que normatiza todas as atividades que envolvem a doação, a captação e o transplante de órgãos, exigem fatores que interferem nesse acesso e o racismo institucionalizado se destaca como um grande dificultador. É preciso discutir mais sobre essa temática assim como desenvolver mais pesquisas que ajudem a delinear melhor esse quadro vivido pela população negra brasileira.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, A.I.; ROLIM, G.N.; ANDRADE, M.D.. **Determinantes Sociais da Saúde como Desdobramentos da Questão Social**: Análise da Entrevista Social no Transplante

Hepático. v.20, n.2, maio/agosto 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.18391/req.v20i2.5396
BALAJ, Mirza *et al*. Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 9, Issue 3, e155 - e165 2024.
BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 10 set. 2024.
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde: **Mortalidade** - 2007. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br. Acesso em: 10 set. 2024.
BRASIL. Parâmetros Curriculares Nacionais: 3º e 4º Ciclos: apresentação dos temas transversais. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998.
DALL'AGNOL, J.; SCHWARTZ, E., LISE, F.. Acesso à lista de espera para o transplante renal. São Paulo: **Rev. Recien**. 2021; 11(35):174-184.
DALL'AGNOLA, J. *et al*. Motivos referidos pelos indivíduos que não estavam em lista de espera para o transplante renal. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2023;44:e20210158. Doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210158.pt.
DINIZ, M. Trabalhador com menor escolaridade tem mais dificuldade para conseguir emprego, 2017. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-07/trabalhador-com-menor-escolaridade-tem-mais-dificuldade-para-conseguir#:~:text=No%20acumulado%20dos%20%C3%BAltimos%2012,n%C3%BAmero%20entre%20as%20tr%C3%AAs%20classifica%C3%A7%C3%B5es.&text=Em%20maio%2C%20os%20resultados%20tamb%C3%A9m,com%201%2C4%20mil%20postos.
EGGERS, PW. Racial disparities in access to transplantation:a tough nut to crack. **Kidney International**, 76, 589 – 590, 2009. doi: 10.1038/ki.2009.256
FRITZ, K. *et al*. United Network for Organ Sharing (UNOS) Database Analysis of Factors Associated With Kidney Transplant

Time on Waiting List. Cureus. 2023 Feb 6;15(2):e34679. doi: 10.7759/cureus.34679. PMID: 36909033; PMCID: PMC9997046.
FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.
FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Brasil registra o maior número de transplantes de órgãos em 10 anos.** 2024. Disponível em: https://portal.fiocruz.br. Acesso em: 09 set.
INAF – Instituto Paulo Montenegro. Brasil 2018: indicador de alfabetismo funcional: resultados preliminares. Disponível em: https://www.ibopeinteligencia.com/arquivos/Inaf2018_Relat%C3%B3rio%20Resultados%20Preliminares_v08Ago2018.pdf/.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Resultados sobre cor ou raça. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 09 set. 2024.
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Atlas da Violência 2019. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2019. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Atlas-da-Violencia-2019_05jun_vers%C3%A3o-coletiva.pdf.
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, ed. Políticas sociais – acompanhamento e análise no 16, 2008. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2008
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Atlas da Violência 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes.
LIBÂNEO, J.C. **Fundamentos teórico-metodológicos da pedagogia crítico-social (perspectiva histórico-cultural**). Universidade Católica de Goiás, 2010.
MACHADO, E.L. *et al*. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2315-2326, dez, 2012.
MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; de ALMEIDA, Vivian Vicente. Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: Análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou

cor, **Texto para Discussão**, No. 1629, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2011.
MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
MIGNOLO, W. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF - Dossiê: Literatura, língua e identidade**, 2008, 34: 287-324.
MUNANGA, K.; GOMES, N.L. **O negro no Brasil de hoje**. 2 ed. São Paulo: Global, 2016.
PARRA, AV. **Impacto de fatores sócio-econômicos na sobrevida de pacientes na fila de espera e após transplante cardíaco**. 75p. Dissertação. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 2007.
PARK, C. A scoping review of inequities in access to organ transplant in the United States. **Int. J. Equity Health**. 2022 Feb 12;21(1):22. doi: 10.1186/s12939-021-01616-x.
PONDROM, S. News and issues that affect organ and tissue transplantation. **American Journal of Transplantation**, v. 8, Issue 7, 1357-1358, 2008.
QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina1. **A Colonialidade do Saber**: etnocentrismo e ciências sociais–Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso, p. 107-126, 2005.
SILVA, B.M; RIBEIRO, L.R; LIMA, A.K.Q. Saúde da população negra: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal. **O Público e o Privado**, n.40, set/dez, 2021
SOARES, LSS et al. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(1)e2018512,2020
SOUZA, LMP et al. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos. **ReTEP** [Internet], 11(1):23-29, 2019.
TORNATORE, KM et al. Race and sex associations with tacrolimus pharmacokinetics instable kidney transplant recipientes. **Pharmacotherapy**.;42:94–105, 2022.

CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS: UMA DISCUSSÃO CONTRACOLONIAL

Bianca Santos dos Santos[1]
Juliana Teixeira Menezes[2]
Suiane Costa Ferreira[3]
Thayana Victória Santos Silva[4]

O câncer de mama (CM) representa um dos maiores desafios na saúde das mulheres, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade em diversas partes do mundo. No entanto, a complexidade desta doença vai além dos aspectos puramente clínicos e envolve uma série de fatores interligados, incluindo diferenças raciais, assinaturas genéticas e condições socioeconômicas. Para entender melhor como essas variáveis afetam a manifestação e o tratamento do câncer de mama, é essencial explorar pesquisas

[1] Graduada em Pedagogia pela Faculdade Regional da Bahia – UNIRB. Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pós-graduanda em Pedagogia Social e Hospitalar. Ex-Membro da Liga Acadêmica de Enfermagem em Estomaterapia e da Liga Acadêmica de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia/UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: enferbiancasantos@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0744951853554851.

[2] Graduanda em enfermagem pela UNEB. Ex-Membro da Liga de Atenção a Saúde Integral da Mulher. Integrante do coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: juliannamennezest@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5351033350701965.

[3] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

[4] Médica graduada pela UNEB, Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu e do grupo Rotina de Saúde Ampliada (RoSA). Trabalhadora da Atenção primária a saúde no município de Salvador. E-mail: thayanavictoria8@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3434450581395073.

recentes e suas implicações. Este texto examina essas questões a partir de estudos que abordam disparidades raciais e étnicas, diferenças na expressão genética e a importância de estratégias de rastreamento adaptadas a grupos específicos.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2023, foram diagnosticados 73.610 novos casos de CM como sítio primário, representando 30,1% de todas as neoplasias notificadas em mulheres, com um risco estimado de 66,54 casos a cada 100 mil mulheres. Já em 2021, 18.139 mulheres morreram em decorrência do tumor.

É sabido que existe uma divisão racial na incidência de CM e nas taxas de mortalidade. Mulheres brancas têm mais probabilidade de serem diagnosticadas com CM, mas mulheres negras têm mais probabilidade de morrer por causa disso. Segundo o INCA (Brasil, 2024), as mulheres negras no Brasil têm 57% de chance a mais de morrer de câncer de mama do que as brancas. Nas pardas, a probabilidade é de 10% a mais.

Devido à sua relevância epidemiológica, o câncer de mama é prioridade na agenda de saúde do Brasil no que diz respeito às doenças crônicas não transmissíveis. Sendo assim, o Ministério da Saúde recomenda diagnosticar a doença em estágios iniciais por meio de estratégias de detecção precoce. Segundo as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, a mamografia de rastreamento é indicada para mulheres de 50 a 69 anos sem sinais e sintomas de câncer de mama, uma vez a cada dois anos. Esse procedimento tem finalidade diagnóstica e é indicado principalmente para avaliar alterações mamárias suspeitas em qualquer idade, em mulheres e homens. As mulheres com menos de 50 anos consideradas de alto risco para o câncer de mama deverão ter avaliação individualizada (INCA, 2023).

O alto risco para CM está associado a mulheres com mutação ou parentes de 1° grau (materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2 ou com síndromes genéticas; Mulheres com história de Familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com CM em idade < 50 anos; ou Familiar de

primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou Familiar de primeiro grau com de CA de ovário, em qualquer faixa etária; ou Familiar homem com diagnóstico de câncer de mama, independentemente da idade; Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal *in situ; e* Mulheres com história de radiação torácica antes dos 30 anos (INCA, 2023).

Entretanto, além dos aspectos clínicos do tumor, as características sociodemográficas, em especial as desigualdades étnicas entre as mulheres, influenciam o acesso às tecnologias para detecção precoce do CM mesmo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Rodrigues *et al*. (2021), ao analisarem a associação entre raça/cor da pele e estadiamento clínico em mulheres com câncer de mama em um hospital de referência para tratamento oncológico do SUS, demonstraram que mulheres que se autodeclararam pretas apresentaram mais chance de apresentar estadiamento clínico avançado quando comparadas com aquelas que se autodeclararam brancas. Os autores apontam que as mulheres pretas realizam menos exames de rastreamento e por isso são diagnosticadas em estágios mais avançados da doença. Com base nos dados da PNAD de 2008, entre as mulheres com baixa escolaridade, mulheres autodeclaradas pretas apresentaram chance 30% menor e as pardas, 24% menor de realizar o exame, respectivamente, comparadas às mulheres brancas no Brasil.

Masi e Olopade (2005) fornecem uma análise detalhada das disparidades raciais e étnicas no câncer de mama, abordando como fatores sociais e econômicos contribuem para essas desigualdades. Os autores destacam que mulheres de diferentes grupos raciais frequentemente enfrentam barreiras distintas ao acesso a cuidados médicos, influenciando a detecção precoce e o tratamento da doença. As disparidades são evidentes na taxa de incidência, no estágio do diagnóstico e na eficácia do tratamento, com mulheres negras e hispânicas frequentemente apresentando diagnósticos em estágios mais avançados e, consequentemente, enfrentando maiores taxas de mortalidade.

Terman *et al*. (2023) apontaram que, nos Estados Unidos, a adesão à terapia hormonal, quimioterapia e/ou radiação também pode diferir com base na raça e idade. Em todas as idades, mulheres negras relatam com mais frequência a não adesão à terapia endócrina devido ao aumento dos efeitos colaterais, incapacidade de pagar pela terapia e compreensão incompleta do risco de recorrência. Também foi demonstrado que mulheres negras têm menos probabilidade de concluir um regime completo de quimioterapia em comparação com suas contrapartes brancas. Como um todo, populações carentes têm mais probabilidade de declarar barreiras à adesão à terapia e essas questões provavelmente contribuem para as disparidades nos resultados entre pacientes negras e brancas, independentemente da idade. Esses achados destacam a necessidade de políticas de saúde que abordem essas disparidades de forma abrangente e multidimensional.

Góes *et al*. (2023) a partir de um estudo longitudinal baseado em uma coorte de base populacional, também estudaram a interseção entre raça, etnia e status socioeconômico evidenciando como essas variáveis se entrelaçam para influenciar a mortalidade por câncer de mama e colo do útero no Brasil. Como resultados, encontraram que o intervalo entre o diagnóstico do CM e o início do tratamento é maior para mulheres negras brasileiras, aumentando assim o risco de morrer da doença. O racismo se faz presente comprometendo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, seja pelas desigualdades geográficas na prestação dos serviços de saúde, seja pela discriminação no acesso aos serviços de saúde. No Brasil, diversos estudos mostram como pessoas negras e de baixa renda são mais propensas a relatar intervalos maiores entre consultas médicas e discriminação por parte dos profissionais de saúde, apesar do acesso universal oferecido pelo SUS.

O desenvolvimento do CM está relacionado a diversos fatores de risco, sejam eles comportamentais, ambientais, hormonais ou genéticos. As causas podem ser classificadas em dois grupos: não modificáveis, que incluem predisposição genética, mutações, menarca precoce e raça; e modificáveis, que abrange o uso contínuo

de anticoncepcionais, a primeira gestação após os 30 anos, a alimentação, o estilo de vida em pessoas de baixa renda e o aleitamento materno, pois, a cada ano de aleitamento, o risco é reduzido em 4% (Akram *et al*., 2017; De Cicco *et al*., 2019, Sancho-Garnier; Colonna, 2019). Dentre as causas modificáveis, existe ainda o alcoolismo, estudos mostram que sua prática aumenta em 9% o risco de desenvolver CA de mama antes dos 40 anos de idade (Conceição *et al*., 2024).

Existem tipos diferentes de CM que podem ser classificados de acordo com sua localização na mama acometida: quando o tumor acomete as células dos ductos, é chamado de carcinoma ductal, tipo mais comum, que pode ser in situ ou invasor, além disso, podem acometer também os lóbulos, sendo chamado de carcinoma lobular e costuma acometer as duas mamas. Um outro tipo de CM é o carcinoma inflamatório, tipo mais agressivo e que acomete toda a mama. Do ponto de vista molecular, os tumores podem ser classificados segundo os receptores que possuem, se receptores de estrógeno, receptores de progesterona ou receptores do fator de crescimento epidérmico (HER-2). Alguns tipos de neoplasia não possuem nenhum dos três receptores em sua superfície, sendo chamados de câncer de mama triplo negativo (CMTN) (Corrêa *et al*., 2010). Tais tipos de tumor afetam mais frequentemente mulheres com menos de 50 anos, ou seja, mulheres jovens na pré-menopausa e apresentam comportamento mais agressivo, com invasão linfovascular avançada, além de maior grau de diferenciação ao diagnóstico (Shoemaker *et al*., 2018; Walsh, Smith, Stearns, 2020). Mulheres negras têm uma incidência maior de CMTN do que mulheres brancas (Daly; Olopade, 2015).

Corrêa *et al*. (2010) confirmam que o CMTN é mais prevalente entre mulheres afrodescendentes, com uma taxa de 10% comparada a 4,2% entre mulheres brancas, sublinhando a importância de considerar a ancestralidade africana na investigação das diferenças de prevalência e características do CMTN.

O CM triplo negativo está associado a um prognóstico ruim, especialmente entre mulheres negras. Esses cânceres são

diagnosticados em idade precoce e, portanto, não detectado nas triagens iniciais, pois as diretrizes atuais do Ministério da Saúde recomendam o início da triagem a partir dos 50 anos e têm maior chance de metástase nos gânglios linfáticos, mesmo nos casos que < 2 cm, além de adquirirem rapidamente uma resistência à quimioterapia (Conceição *et al*., 2024). O prognóstico do CMTN é tipicamente ruim, sendo quatro vezes mais propenso a ter metástases viscerais comparando com outros tipos de CM, em um período de três anos e taxa de mortalidade que varia entre 30% e 40% em cinco anos (Gusmão *et al*., 2022).

Ainda de acordo com a gravidade da lesão, o CM é classificado em estágios que refletem a extensão e a agressividade da doença. Os estágios são numerados de I a IV, com o estágio I indicando uma condição inicial e o estágio IV, representando uma doença avançada. No estágio I, o câncer de mama é geralmente pequeno e ainda confinado à mama, com até 2 centímetros de diâmetro e sem extensão linfonodal. O estágio II compreende os tumores maiores que 5 cm ou aqueles que alcançaram os linfonodos. O estágio III, também conhecido como câncer de mama localmente avançado, atinge a pele da mama, parede torácica, ou outros tecidos próximos. Já o estágio IV é o mais avançado e indica que o câncer se espalhou para áreas distantes do corpo, como ossos, fígado, pulmões ou cérebro. Este estágio também é conhecido como câncer de mama metastático e não é curável.

Uma revisão realizada por Daly e Olopade (2015) mostrou que entre mulheres afro-americanas com CM, 33% são diagnosticadas em uma idade inferior a 50 anos, enquanto que entre as mulheres brancas esse valor foi de 21,9%. Em mulheres com menos de 35 anos, a incidência de CM em mulheres afro-americanas é de 1,4 a 2 vezes maior que em brancas. Além disso, mulheres afro-americanas apresentam estágios mais avançados da doença. Mulheres negras têm menos probabilidade de serem diagnosticadas com câncer de mama em estágio I em todas as faixas etárias e duas vezes mais probabilidade de morrer de câncer de mama, por maior número de diagnósticos nos estágios 3 e 4. Tal

diferença permanece após ajuste do fator renda entre mulheres negras e brancas. Terman *et al.* (2023) também afirmam que grupos minoritários, incluindo os negros, têm maior probabilidade de serem diagnosticados em estágio avançado em comparação aos brancos. Em comparação com todos os outros grupos raciais/étnicos, as mulheres negras têm a maior porcentagem de tumores em estágio III ou IV no momento do diagnóstico. Especificamente com relação ao câncer de mama triplo negativo, que é mais prevalente em mulheres negras do que em brancas, as sobrevidas de cinco e dez anos são piores em mulheres negras em comparação com mulheres brancas.

Além disso, mutações germinativas em BRCA1, BRCA2 e TP53, localizados nos cromossomos 17q21, 13q12 e 17p13, respectivamente, são as mais frequentemente relacionadas ao risco de CM familiar. O gene BRCA1 desempenha um papel crucial na regulação do ciclo celular, assegurando a duplicação adequada do centrossoma e a manutenção da estabilidade genética. Em contraste, o BRCA2 é responsável pela reparação de quebras na fita dupla de DNA. Quando ocorrem mutações nesses genes que têm funções protetoras, as células defeituosas não passam pelo processo de apoptose e continuam a se dividir, perpetuando sua linha celular (Anders *et al*., 2009; Loibl *et al*., 2021; Sun *et al*., 2017). Ademais, outros genes também relacionados a mutações germinativas, como o RAS, MEK, ERK, PALB2, PTEN, BARD1, FANCA, PI3K, AKT e CDH1, podem aumentar consideravelmente o risco de desenvolvimento do câncer de mama (Johnson *et al*., 2018).

Do ponto de vista genético, Tang *et al.* (2023) observaram uma elevada frequência de mutação em células tumorais em pacientes quenianos e afro-americanos, quando comparados com pacientes europeus-americanos. Foi possível analisar uma diferença com maior número de mutações entre CM em pacientes quenianas, reforçando a origem africana do maior grau de agressividade da doença. Sabe-se que essas mutações também conferem resistência à terapia endócrina, especialmente as modalidades convencionais.

Um estudo genético sobre polimorfismos de nucleotídeos identificou variantes genéticas que promovem a expressão anômala de moléculas envolvidas na regulação da resposta imune. Essas variantes contribuem tanto para o mecanismo de defesa contra tumores quanto para a eficácia das terapias imunológicas no câncer de mama agressivo, particularmente em mulheres de ascendência africana (Han *et al*., 2023). O risco elevado de tumores agressivos em mulheres negras pode ser parcialmente atribuído a variantes genéticas associadas à ancestralidade africana. Um exemplo é o receptor de antígeno Duffy para quimiocinas (DARC/ACKR1), cujas variantes podem predispor os indivíduos a uma resposta imunológica reduzida e maior inflamação com o avanço da idade (Iyer *et al*., 2023). Esse fator genético contribui para a maior suscetibilidade a tumores agressivos observada em mulheres negras.

A expressão genética desempenha um papel fundamental na manifestação e no tratamento do câncer de mama. Kyalwazi *et al.* (2023) investigaram como as assinaturas genéticas variam entre diferentes grupos raciais e como essas variações podem impactar os resultados clínicos em pacientes com câncer de mama de alto risco. Pode ser percebido que as assinaturas genéticas associadas ao câncer de mama podem diferir significativamente entre grupos raciais, o que influencia a progressão da doença e a resposta aos tratamentos. Essa variação genética pode ajudar a explicar as discrepâncias observadas na eficácia dos tratamentos e na sobrevida entre diferentes grupos raciais. Churpek *et al*. (2015) exploraram a predisposição hereditária ao câncer de mama entre mulheres afro-americanas, revelando que essas mulheres têm uma probabilidade significativa de carregar mutações genéticas associadas ao câncer de mama, como as mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Essas mutações não apenas aumentam o risco de desenvolvimento da doença, mas também podem influenciar a idade de início e a gravidade do câncer, além de afetar as opções de tratamento.

A compreensão dessas assinaturas genéticas é particularmente relevante no contexto dos cânceres triplo-negativos, que são mais prevalentes entre mulheres negras. Gierach, Burke e Anderson (2011) fornecem uma visão abrangente da epidemiologia dos cânceres triplo-negativos, destacando suas características distintas e a maior incidência entre certas populações. Esses cânceres são conhecidos por sua agressividade e menor taxa de sobrevivência, o que ressalta a importância de estratégias de tratamento mais personalizadas e adaptadas às características genéticas dos pacientes. Daly e Olopade (2015) apontam que mulheres afro-americanas com histórico familiar com CM ou de ovário tiveram significativamente menos probabilidade de se submeterem a aconselhamento genético para teste BRCA1/2 do que mulheres brancas com esse histórico familiar. Mulheres brancas tiveram quase cinco vezes mais chances de se submeter a essa avaliação clinicamente importante.

O INCA, a partir do estudo 'Mantus — Mulheres Negras e Câncer de Mama Triplo Negativo: Desafios e Soluções para o SUS', afirma que a cor de pele é um indicativo importante, mas a ancestralidade parece ser ainda mais forte nessas associações com subtipos mais agressivos da doença. Assim, se faz necessária uma análise específica da população brasileira do ponto de vista genético, não se restringindo apenas ao dado da raça/cor da pele autodeclarada (Brasil, 2024). Corrêa *et al*. (2010) destacam a necessidade de estudos moleculares para entender melhor as diferenças raciais e desenvolver novas estratégias terapêuticas personalizadas, o que é essencial para enfrentar as disparidades no tratamento do CMTN.

A desigualdade racial pode aumentar o risco de adoecimento por câncer, pois grupos étnicos menos favorecidos podem estar mais expostos aos fatores de risco para a neoplasia, como sedentarismo, excesso de peso, uso do tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, predisposição genética, entre outros (Rodrigues *et al.*, 2021). Daly e Olopade (2015) descrevem que outros fatores clínicos, incluindo obesidade e outras comorbidades associadas, são fatores

contribuintes significativos para a disparidade racial de mortalidade. Diabetes e Hipertensão Arterial foram particularmente significativos para explicar a disparidade, sendo estas comorbidades extremamente presentes na vida da população negra.

Mulheres jovens negras têm mais probabilidade de desenvolver tumores de maior grau e que apresentam invasão linfovascular, fato que prediz um pior prognóstico (Shoemaker *et al*., 2018; Walsh, Smith, Stearns, 2020). As mulheres negras frequentemente são diagnosticadas com câncer de mama em estágios mais avançados e com subtipos tumorais mais agressivos do que outras etnias. Esses tumores agressivos, incluindo o câncer de mama triplo-negativo, estão associados a piores prognósticos e maior mortalidade.

Morris *et al*. (2007), Lund *et al*. (2008), Trivers *et al*. (2009) e Stead *et al*. (2009) pesquisaram, através da comparação entre mulheres negras e brancas, a incidência de CM, observando a maior incidência de tumores de mama agressivos e em estado mais tardio nas mulheres afrodescendentes. Ainda, ao avaliar mulheres negras e brancas com câncer de mama e mesmo status social, foi observada maior agressividade de tumor e risco de morte duas vezes maior nas mulheres negras. Mesmo quando mulheres negras recebem o mesmo tratamento que brancas em ensaios clínicos, a chance de desenvolver metástases incuráveis é cerca de 20% maior nas negras.

Chen, Kharazmi e Fallah (2023) afirmam que a atual política única para rastrear toda a população feminina a partir de uma certa idade pode não ser justa, equitativa nem ótima para a população negra. Em um artigo de 2021 na Revista *Nature*, Melba Newsome expressou que a equidade no rastreamento do câncer deve ser melhorada e que um tamanho não serve para todos. Newsome também escreveu que fixar a taxa de rastreamento substancialmente mais baixa para câncer de mama, cólon, próstata e pulmão nas populações negra e hispânica pode melhorar drasticamente a taxa de mortalidade por câncer. A situação atual é um exemplo do que acontece quando raça e etnia não são consideradas nas diretrizes e isso pode representar um risco

significativo de maiores danos a um grupo que já está em risco aumentado. Para otimizar o benefício do rastreamento, idades iniciais de rastreamento adaptadas ao risco com base em fatores de risco conhecidos e prontamente disponíveis, como raça e etnia, podem ser recomendadas.

Em um estudo transversal conduzido por Chen, Kharazmi e Fallah (2023) nos EUA entre 2011 a 2020, os resultados sugeriram que, quando o rastreamento do câncer de mama foi recomendado para começar aos 50 anos para a população feminina em geral, as mulheres negras deveriam começar o rastreamento 8 anos antes, aos 42 anos. Os autores alertam para o dano de se iniciar mamografias em uma idade mais jovem é que aumenta o risco de um resultado de triagem falso positivo, levando a testes subsequentes desnecessários e estresse emocional. Mas os pesquisadores pontuam que risco adicional de falsos positivos de exames anteriores pode ser compensado pelos benefícios associados à detecção precoce do câncer de mama. Em 2016, a USPSTF (United States Preventive Services Task Force/Força-Tarefa de Saúde Preventiva dos Estados Unidos) recomendou mamografias bienais para mulheres de meia-idade (faixa etária de 50 a 74 anos; grau B) com tomada de decisão individualizada para aquelas que tinham de 40 a 49 anos. Agora, a Força-Tarefa atualizou essa diretriz e suas principais recomendações, para todas as pessoas designadas como do sexo feminino ao nascer e com risco médio de câncer de mama, é de mamografias de rastreamento bienais para mulheres de 40 a 74 anos (grau B).

É fato que o racismo faz com que as mulheres negras frequentemente sejam diagnosticadas em estágios mais avançados do câncer e com início tardio do tratamento; essa realidade lhes confere um prognóstico insatisfatório e menor possibilidade de sobrevivência quando comparadas às mulheres brancas (Souza *et al*., 2022). O racismo faz com que todas as mulheres sejam vistas a partir dessa universal categoria de gênero, apagando o marcador raça/etnia e suas particularidades genômicas.

A compreensão das disparidades raciais e socioeconômicas no câncer de mama, bem como das variações genéticas associadas à doença, é crucial para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e rastreamento mais eficazes e equitativas. A integração de fatores raciais e genéticos no manejo do câncer de mama pode proporcionar uma visão mais completa da doença, permitindo abordagens mais personalizadas que atendam às necessidades específicas de diferentes populações. Ao abordar essas questões de forma abrangente, podemos avançar em direção a um modelo de cuidados mais equitativo e eficaz, que reconheça e trate as disparidades existentes na saúde.

PROPOSTA DIDÁTICA

Ao visualizar os diferentes graus de acometimento do câncer de mama em mulheres negras e brancas, precisamos fomentar nos profissionais que estudam e desenvolvem, direta ou indiretamente, políticas em saúde, a reflexão do porquê tais discussões não estão presentes na formação ou implicando num método de rastreio diferente.

Sabemos que a maior taxa de mortalidade por câncer de mama entre a população negra está intimamente relacionada à falta de acesso a serviços de saúde, ao racismo estrutural que permeia o atendimento, à escassez de informação sobre os sinais e sintomas da doença e, como estudos vêm mostrando, a diferenças genéticas entre as populações (Daly; Olopade, 2015). Ainda, a formação inadequada dos profissionais de saúde, que frequentemente reproduzem estereótipos raciais e negligenciam as especificidades da saúde da mulher negra, agravam ainda mais essa disparidade. Isso ocorre, em parte, porque a formação acadêmica negligencia a abordagem de questões raciais, deixando os profissionais despreparados para lidar com as desigualdades de acesso e os vieses raciais no cuidado. Como resultado, as mulheres negras são mais diagnosticadas em estágios avançados do câncer de mama, o que reduz as chances de cura e aumenta a mortalidade. A proposta

pedagógica que apresentamos visa promover uma conscientização crítica sobre esses desafios, através de práticas educativas que busquem o diagnóstico precoce, a prevenção do câncer de mama e a redução da mortalidade, com um olhar atento à interseção entre raça, gênero e saúde.

Os educadores precisam ter uma base em leituras contracoloniais, além de estudos genéticos com boa comprovação científica para atestar que a diferença na gravidade das lesões de câncer de mama, piores em mulheres afrodescendentes, não se dá puramente devido ao fator social, como normalmente é veiculado pelas pesquisas. Deve, além disso, indagar aos estudantes: quem se beneficia com essa crença? Porque é que nos países menos desenvolvidos, onde mais se veicula a ideia de que tumores mais agressivos em mulheres negras é consequência exclusiva da falta de acesso, é também onde as pesquisas genéticas sobre o câncer menos são produzidas? A quem interessa não realizar estudos genéticos e robustos sobre a origem dos CM agressivos?

Um dispositivo pedagógico que pode ser utilizado inicialmente é a leitura de artigos científicos sobre a diferenciação entre o câncer de mama entre raças, sugerimos "Racial and ethnic disparities in breast cancer: A multilevel perspective" (Masi, Olopade, 2005) e "Race, gene expression signatures, and clinical outcomes of patients with high-risk early breast câncer" (Kyalwazi *et al*., 2023). O estudante deve ser convidado a problematizar porque essa perspectiva de discussão não costuma ser levantada em sala de aula e porque, apesar das diferenças observadas, os métodos de rastreio continuam iguais a todas as mulheres, já que as negras são as que mais morrem. É importante refletir sobre as diretrizes do SUS, universalidade, integralidade e equidade, diante da intersecção CM e raça.

Werneck (2006) mostra que para que o ensino seja adequadamente realizado, é preciso desenvolvimento da capacidade de crítica, além de análise. Debater sobre a situação e levantar tais questionamentos é a melhor forma de estimular a compreensão dos estudantes e a propagação do debate em seus

círculos. Para que haja efetivamente um debate contracolonial, a formação de sujeitos deve ser uma luta contra as narrativas e práticas coloniais que margeiam os saberes negros, como aponta Ângela Davis (2016).

Pode ainda ser levantado pelo educador o debate de necropolítica, do filósofo Achile Mbembe (2018), enquanto gestão da continuidade dos processos coloniais, estimulando a construção de painéis expositivos com estudantes de outras áreas. Nessa perspectiva, o valor da vida humana é constantemente relativizado conforme interesses econômicos, políticos e sociais, nesse caso, a vida humana em questão é a das mulheres afrodescendentes.

Além disso, pode ser organizado um seminário em saúde com a temática 'Pensando tecnologias em saúde para mulheres negras no enfrentamento ao câncer de mama' e teria como foco a utilização de tecnologias em saúde, tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento das mulheres negras no enfrentamento ao câncer de mama. Pode ser um seminário interno ou aberto à comunidade. Para Paz *et al*. (2014), os eventos científicos se consolidaram como um importante espaço de dinamização de discussões e avanços de pesquisas de uma determinada especialidade, promovendo a integração do ensino e o desenvolvimento cultural e científico na sociedade.

As discussões nesse seminário podem incluir o uso de tecnologias como a mamografia e exames de imagem acessíveis, além de outras tecnologias de diagnóstico rápido e eficaz, como testes rápidos e o uso da telemedicina para mulheres em áreas de difícil acesso. A reflexão sobre o racismo institucional também deverá ser um tema central, abordando como o sistema de saúde, muitas vezes, reproduz práticas discriminatórias que dificultam o diagnóstico precoce entre as mulheres negras, como a invisibilidade de suas queixas e sintomas, além da falta de dispositivos adequados.

Dentro desse seminário, os estudantes devem ser estimulados a desenvolver oficinas como a oficina de autoexame das mamas e conhecimento do próprio corpo, visando a promoção do

empoderamento das mulheres negras sobre o autocuidado e o reconhecimento dos sinais precoces do câncer de mama. A prática do autoexame é uma ferramenta importante para o diagnóstico precoce e, por isso, deve ser abordada de forma prática e didática. A oficina também pode incluir orientações sobre como identificar alterações no próprio corpo, estimular o autoconhecimento e desmistificar o medo do exame, reforçando a importância de conhecer o próprio corpo e os sinais de alerta da doença, considerando que as mulheres negras tendem a ser diagnosticadas mais tardiamente.

Ademais, também deve ser levantada a discussão dos métodos de rastreio, podendo ser realizada através de painéis expositivos discussão crítica sobre os Protocolos de Rastreamento do Ministério da Saúde. Esse painel será um espaço para discutir a eficácia e as limitações dos protocolos de rastreamento do câncer de mama oferecidos pelo SUS, com especial atenção às necessidades da população negra, a partir de uma perspectiva de justiça social.

A implementação dessa proposta pedagógica busca não apenas informar, mas transformar a prática de cuidado em saúde para mulheres negras, levando em conta suas especificidades e o contexto de desigualdade racial. Ao estimular a escuta ativa, a prática do autocuidado e o debate crítico sobre os protocolos de rastreamento, esperamos contribuir para a redução da mortalidade por câncer de mama, promovendo a equidade no acesso à saúde e combatendo as barreiras impostas pelo racismo estrutural e institucional.

Essa proposta é uma ação educativa que visa empoderar mulheres negras, estudantes e profissionais de saúde, promovendo uma abordagem mais humanizada e equitativa no enfrentamento do câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das disparidades no diagnóstico e tratamento do câncer de mama revela um cenário de profundas desigualdades para as mulheres negras no Brasil. Essas mulheres enfrentam uma série de barreiras estruturais e sociais que limitam seu acesso ao

diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, resultando em diagnósticos tardios e desfechos mais adversos. O racismo institucional, a escassez de recursos de saúde em áreas periféricas e a falta de protocolos de rastreamento específicos para as necessidades das mulheres negras contribuem diretamente para essa realidade.

A implementação de um protocolo de rastreamento adaptado às necessidades dessas mulheres é crucial para que o diagnóstico precoce do câncer de mama seja efetivamente acessível a todas as camadas da população. Um protocolo eficaz não pode ser genérico, mas deve considerar as disparidades sociais, econômicas e culturais, além de fatores biológicos que impactam de maneira diferenciada o desenvolvimento da doença em mulheres negras. Isso exige, portanto, uma revisão crítica dos métodos de rastreamento existentes, que muitas vezes não contemplam as especificidades dessa população, e a integração de novas tecnologias de diagnóstico e cuidados, como a mamografia, telemedicina e os testes genéticos, que podem ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade, especialmente para as mulheres que vivem em regiões periféricas.

Além disso, a capacitação de profissionais de saúde, com foco nas questões raciais, culturais e biológicas do câncer de mama, é um passo fundamental para assegurar que as mulheres negras recebam um atendimento que seja não apenas tecnicamente adequado, mas também empático e respeitoso. Isso inclui a preparação para a realização de diagnósticos precoces, que, por sua vez, podem ser decisivos na redução das desigualdades nos desfechos da doença.

Portanto, a necessidade de adaptar os protocolos de rastreamento às realidades e desafios enfrentados pelas mulheres negras deve ser uma prioridade para garantir um acesso equitativo à saúde. Para que as mulheres negras tenham, de fato, o direito ao cuidado integral e justo, é essencial que políticas públicas e práticas clínicas sejam reformuladas, considerando as barreiras históricas, sociais e biológicas que ainda perpetuam as desigualdades na

saúde. Só assim poderemos avançar em direção a um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, onde o diagnóstico precoce seja uma realidade acessível e transformadora para todas as mulheres, independentemente de sua raça ou classe social.

REFERÊNCIAS

AKRAM, M. *et al*. Awareness and current knowledge of breast cancer. **Biol Res**. 2;50(1):33, 2017. doi: 10.1186/s40659-017-0140-9.

ANDERS, C.K. *et al*. A. Breast cancer before age 40 years. **Semin. Oncol.** 2009 Jun;36(3):237-49. doi: 10.1053/j.seminoncol.2009.03.001.

CHEN, T.; KHARAZMI, E.; FALLAH, M.. Race and Ethnicity-Adjusted Age Recommendation for Initiating Breast Cancer Screening. **JAMA** Netw Open. 2023 Apr 3;6(4):e238893. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.8893.

CHURPEK, J. E. *et al.* Inherited predisposition to breast cancer among African American women. **Breast cancer research and treatment,** v. 149, n. 1, p. 31–39, 2015.

CONCEIÇÃO, H. N. *et al*. Desvendando os desafios do câncer de mama em Mulheres jovens: uma análise abrangente de fatores de Risco, diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, Issue 4, p. 2019-2030, 2024.

CORRÊA, P. B. *et al*. Câncer de mama triplo negativo e sua associação com ancestralidade africana. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, *[S. l.]*, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2010. DOI: 10.9771/cmbio.v9i1.4631.

DALY, B.; OLOPADE, O. I. A perfect storm: How tumor biology, genomics, and health care delivery patterns collide to create a racial survival disparity in breast cancer and proposed interventions for change. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 65, n. 3, p. 221-238, May-Jun. 2015. DOI: 10.3322/caac.21271.

DAVIS, A. (2016). **Mulheres, raça e classe**. Trad.: Heci Regina Candiani. Boitempo.

DE CICCO, P. *et al*. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. **Nutrients**. 2019 Jul 3;11(7):1514. doi: 10.3390/nu11071514.
GIERACH, G. L.; BURKE, A.; ANDERSON, W. F. Epidemiology of triple negative breast cancers. **Breast disease**, v. 32, n. 1–2, p. 5–24, 2011.
GÓES, E. F. *et al*. The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. **Ethnicity & Health**, *29*(1), p. 46–61, 2023. Doi: https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2245183.
GUSMÃO, L.C. *et al*. Câncer de mama triplo negativo: avanços e perspectivas nos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11213, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e11213.2022.
HAN, Y. *et al*. An enhancer variant associated with breast cancer susceptibility in Black women regulates *TNFSF10* expression and antitumor immunity in triple-negative breast cancer, **Human Molecular Genetics**, v. 32, Issue 1, 1 January 2023, p. 139–150, Doi: https://doi.org/10.1093/hmg/ddac168.
Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde. Dados e números sobre câncer de mama. Relatório anual 2023. Disponível em: www.inca.gov.br/mama. Acesso em: dez 2024.
Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde. INCA investiga por que há mais casos de câncer de mama agressivo nas brasileira negras. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2024/inca-investiga-por-que-ha-mais-casos-de-cancer-de-mama-agressivo-nas-brasileiras-negras.
IYER, H. *et al*. Neighborhood Disadvantage, African Genetic Ancestry, Cancer Subtype, and Mortality Among Breast Cancer Survivors. **JAMA Netw Open**. 2023;6(8):e2331295. Published 2023 Aug 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.31295.
JOHNSON, R.H. *et al*. Breast cancer in adolescents and young adults. **Pediatr. Blood Cancer**. 2018 Dec;65(12):e27397. doi: 10.1002/pbc.27397.

KYALWAZI, B. *et al*. Race, gene expression signatures, and clinical outcomes of patients with high-risk early breast cancer. **JAMA network open**, v. 6, n. 12, p. e2349646, 2023.
LOIBL S., *et al*. Palbociclib for Residual High-Risk Invasive HR-Positive and HER2-Negative Early Breast Cancer-The Penelope-B Trial. **J Clin Oncol**. 2021 May 10;39(14):1518-1530. doi: 10.1200/JCO.20.03639.
LUND M.J., *et al*. Parity and disparity in first course treatment of invasive breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**. 2008 Jun;109(3):545-57. doi: 10.1007/s10549-007-9675-8.
MASI, C. M.; OLOPADE, O. I. Racial and ethnic disparities in breast cancer: A multilevel perspective. **The Medical clinics of North America**, v. 89, n. 4, p. 753–770, 2005.
MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
MORRIS, G.J. *et al*. Differences in breast carcinoma characteristics in newly diagnosed African-American and Caucasian patients: a single-institution compilation compared with the National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results database. **Cancer**. 2007 15;110(4):876-84. doi: 10.1002/cncr.22836
NEWSOME, M. **The Equity Equation Eliminating disparities in cancer screening will require outreach, availability and cultural consideration.** 2021. Disponível em https://www.scientific american.com/article/we-must-improve-equity-in-cancer-screening/ Acesso dez 2024.
PAZ, J.R.L. *et al*. A importância da organização de eventos acadêmicos na formação do biólogo: a iniciativa do biovertentes. **Em Extensão**, 51, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan. / jun. 2014.
RODRIGUES, G. M. *et al*. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. e200813, 2021.
SANCHO-GARNIER H., Colonna M. Breast cancer epidemiology. **Presse Med**. 2019 Oct;48(10):1076-1084. doi: 10.1016/j. lpm.2019.09.022.

SHOEMAKER, M.L. *et al*. Differences in breast cancer incidence among young women aged 20-49 years by stage and tumor characteristics, age, race, and ethnicity, 2004-2013. **Breast Cancer Res Treat**. 2018 Jun;169(3):595-606. doi: 10.1007/s10549-018-4699-9.
SOUZA, M. C. de *et al*. A (in)visibilidade do racismo estrutural no cuidado em saúde: percepção de mulheres negras com câncer de mama. **Sanare**, v. 21, n. 2, p. 15-22, 2022.
STEAD, L.A. et al. Triple-negative breast cancers are increased in black women regardless of age or body mass index. **Breast Cancer Res**. 2009;11(2):R18. doi: 10.1186/bcr2242.
SUN, Y.S. *et al*. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. **Int. J. Biol. Sci.** 2017; 13(11):1387-1397. doi:10.7150/ijbs.21635.
TANG, W. *et al*. Population-specific mutation patterns in breast tumors from African American, European American, and Kenyan patients. **Cancer research communications**, v. 3, n. 11, p. 2244–2255, 2023.
TERMANN, E. *et al*. O impacto da raça e da idade na resposta à terapia neoadjuvante e nos resultados a longo prazo em mulheres negras e brancas com câncer de mama em fase inicial. **Pesquisa e tratamento do câncer de mama**, v. 200, p. 75-83, 2023. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-023-06943-x.
TRIVERS, K. F. *et al*. The epidemiology of triple-negative breast cancer, including race. **Cancer Causes Control**. 2009 Sep;20(7):1071-82. doi: 10.1007/s10552-009-9331-1.
WALSH, E. M.; SMITH, K. L.; STEARNS, V. Management of hormone receptor-positive, HER2-negative early breast cancer. **Semin. Oncol.** 2020 Aug;47(4):187-200. doi: 10.1053/j.seminoncol.2020.05.010.
WERNECK, V. R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio**: Avaliação E Políticas Públicas Em Educação, 14(51), 173–196, 2006. https://doi.org/10.1590/S0104-40362006000200003

MELANINA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DO POVO NEGRO

Evelin de Assunção Aleluia[1]
Suiane Costa Ferreira[2]
Vanessa Kehinde Moura dos Reis [3]

A melanina é uma classe de biomacromolécula funcional derivada de quinonas e fenóis, que é encontrada por toda fauna e flora, como na pele e no cabelo de mamíferos, na tinta de cefalópodes, plantas e em diferentes tipos de bactérias e fungos, com um conjunto interessante de propriedades físico-químicas (Paulin *et al*., 2021). Em termos evolutivos, a melanina talvez tenha surgido nos primórdios da vida na Terra, desde os tempos dos dinossauros e cefalópodes primitivos de 160 milhões de anos sendo contemporaneamente encontrada em todos os reinos biológicos (Freitas, 2017).

Normalmente, vemos a melanina associada à pigmentação da pele, cabelos e olhos. Este processo de pigmentação biológico é chamado de melanogênese e engloba uma detalhada sequência de eventos que resultam no fenótipo a partir da pigmentação (Boranga *et al*., 2021). A Eumelanina, que tem uma cor que varia do marrom ao preto, está mais presente nas pessoas com pele escura. A

[1] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Técnica em Informática. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: evelin.aleluia7@gmail.com Lattes: http://lattes.cnpq.br/5585324253476254.

[2] Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia, Coordenadora do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Integrante da Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN). E-mail: scferreira@uneb.br. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3099747635787702.

[3] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: nessakehinde@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/4057218352626472.

Feomelanina, que tem uma cor que varia do amarelo ao vermelho, é mais comum em pessoas com cabelo ruivo e em menor quantidade em quem tem cabelos escuros (Ito, Wakamatsu, 2003; Solano, 2014; Costin, Hearing, 2007; Ito, Wakamatsu, 2008). Mas as melaninas dos mamíferos não se restringem à pele e ao cabelo. Existe um sistema melanogênico extracutâneo. O pigmento também está presente no tecido subjacente à íris do olho, pigmento epitelial da retina e estria vascular do ouvido interno. Assim, a melanina é importante para o funcionamento correto da visão e da audição (Solano, 2014).

No passado, alguns cientistas ocidentais rotularam a melanina como um "resíduo" do metabolismo corporal, atribuindo-lhe uma falta de função significativa. Devido a preconceitos, a pesquisa científica sobre melanina avançou de maneira hesitante ou foi totalmente negligenciada. No entanto, descobertas recentes revelaram que a melanina é uma substância refinada, complexa e multifuncional, desempenhando uma ampla variedade de funções essenciais tanto dentro do corpo quanto no ambiente (Barnes, 2001).

É preciso lembrar que vivemos em uma sociedade construída e sustentada a partir da supremacia branca. Para Saad (2019), a supremacia é uma ideologia racista que se baseia na crença de que os brancos são superiores e que, portanto, devem ser dominantes sobre outras raças. Ao criar a ideia de supremacia, também estabelecem as suas crenças e valores como universais e os impõem aos outros povos, sempre por meio da violência e da destruição do mundo dos colonizados. Também se estende à forma como as instituições e os sistemas são estruturados para sustentar esse domínio branco, incluindo a universidade e a ciência. Se o racismo e a supremacia branca se ancoram na ideia da inferioridade negra, de assumir a pessoa negra como sendo relacionado com baixa inteligência/criatividade ou padrões desviantes, a melanina e o seus estudos também são atravessados por esse racismo. Assim, este capítulo se propõe de modo contracolonial a apresentar as pesquisas que revelam que a melanina é uma substância refinada,

complexa e multifuncional, desempenhando uma ampla variedade de funções essenciais no corpo negro e na produção de saúde.

Em 1969, Rodolfo Nicolaus classificou as melaninas em três diferentes grupos: as eumelaninas, feomelaninas e alomelaninas. Os dois primeiros grupos compreendem pigmentos de origem animal, presente principalmente na pele. O último grupo, alomelaninas, presente em plantas e alguns fungos. Em uma classificação mais recente, ocorreu a inclusão de outro grupo de melanina, conhecida como neuromelanina, que está presente apenas em células nervosas animais (Freitas, 2017), sendo o único pigmento de melanina que não é formado em melanócitos, mas em neurônios catecolaminérgicos.

As primeiras referências à pigmentação da pele humana e de alguma forma à existência de melanina sem usar o nome atual são muito antigas. A medicina faraônica no Papiro Ebers (1550 a.C.), no antigo Egito, descreveu algumas doenças que afetam a cor da pele e uma delas provavelmente foi o vitiligo, embora esse termo tenha surgido muito mais tarde, derivado da palavra latina “vitellus” que significa “vitela” ou pele rosa pálida (Solano, 2014).

Em 1974, a melanina foi um dos destaques em uma grande conferência patrocinada pela UNESCO, no Cairo, sobre o "Povoamento do Egito". O pesquisador senegalês Cheick Anta Diop apresentou seus trabalhos e expôs todas as mentiras que foram ditas sobre africanos até aquele momento na história. Nesse simpósio, Diop, com argumentos históricos, antropológicos e linguísticos, defendeu a hipótese de origem africana da civilização egípcia, trazendo dados produzidos por eles, e de outros estudiosos, de uma variedade de fontes: da antropologia física, dos estudos de representações humanas do período proto-histórico, de testes de dosagem de melanina de múmias provenientes das escavações no Egito, de análise de grupos sanguíneos e considerações de autores clássicos da Antiguidade, como Heródoto (Dias, Sepulveda, Arteaga, 2018). Diop realizou suas pesquisas na Universidade de Dakar, no laboratório de radiocarbono, onde usou essa técnica para determinar o conteúdo de melanina das múmias

egípcias. Investigadores forenses adotaram mais tarde a sua técnica para determinar a "identidade racial" de vítimas gravemente lesadas por abrasão (Casa África, s.d.).

Além do cálculo da quantidade de melanina na pele de múmias egípcias comprovando a negritude desse povo, Diop também escreveu sob a origem africana da humanidade e a relação com a melanina. Para Diop a primeira "raça" humana era de pele negra, ou seja, a humanidade que surgiu na África tinha a pele escura e estendeu-se pelo globo inteiro (Paim, 2021). A pressão adaptativa geográfica ocorrida no continente africano, com climas quentes e úmidos, vegetação de grande/médio porte, criou uma pressão para que os seres humanos do berço meridional (africano) desenvolvessem pele negra e cabelos crespos a fim de se protegerem dos raios solares.

> O tipo humano nasceu em volta da região dos Grandes Lagos, quase no Equador, é necessariamente pigmentada e negra; a lei de Gloger coloca que em climas quentes e úmidos os animais de sangue quente tendem a ser pigmentados. Todas as outras raças derivam da raça negra por uma filiação mais ou menos direta, e os outros continentes foram ocupados a partir da África pelo homo erectus e pelo homo sapiens, há 150.000 mil anos atrás. As velhas teorias que afirmavam que os negros vinham de outro lugar tornaram-se inválidas (Diop, 1981, p. 27).

A particularidade da posição geográfica do continente africano em relação à linha do Equador possui estreita relação na definição do fenótipo negro. Diop explica [...]

> que qualquer ser da espécie humana que nasceu nessa região, não seria capaz de sobreviver numa região equatorial sem pigmentação. A natureza não faz nada por acaso, e por esse motivo, a espécie humana que nasceu na região subequatorial tinha melanina para proteger sua pele e é por isso, é claro, que os primeiros humanos tinham que ser negros. E apenas quando essas pessoas deixaram a África para povoar outros lugares do mundo que tinham um clima

diferente, esses homens mudaram e tomaram aspectos e aparências diferentes (Diop, 1985 apud Paim, 2021).

Logo, nota-se que os primeiros homens eram etnicamente homogêneos, negroides e melaninados (Resende, 2023). E foi o homo sapiens (negro), espécie a qual pertence todos os seres humanos, que surgiu na África por volta 100 mil anos atrás e que saiu desse continente para povoar, definitivamente, os outros continentes (Paim, 2021). O homem moderno vai assim adaptar-se ao modificar parcialmente a sua morfologia e a sua cor. A explicação corrente para esta mudança de cor está baseada no fato de o dia ser menos luminoso na Europa do que em África. Deste modo, ainda que a pigmentação através da melanina represente uma proteção eficaz em África, contra o poderoso fluxo dos raios ultravioletas, a despigmentação será sobretudo favorável na Europa para facilitar a síntese da vitamina D necessária ao desenvolvimento da vida. Não existe qualquer conotação nacionalista ao afirmar isto, e é um acaso que a África seja o único berço da humanidade (Diop; Dieng, 2014). A diferenciação racial, ou seja, a variação do fenótipo da humanidade foi produto da adaptação climática operada pela seleção natural no homem moderno, à medida que ele se dirigia aos ambientes mais frios. É nesse contexto que Diop compreende o aparecimento da "raça" branca e da "raça" amarela, respectivamente, das populações europeias e asiáticas (Paim, 2021).

Atualmente, para além da pigmentação, muitas pesquisas descrevem um conjunto interessante de propriedades físico-químicas e biológicas da melanina que devem ser consideradas na área da biomedicina e nos processos de cuidado e cura. Começando pelo ponto de vista antropológico, a melanina tem um alto interesse biomédico principalmente devido às suas propriedades fotoprotetoras fisiológicas (Solano, 2014).

Os melanócitos são as células que produzem melanina e estão localizadas na camada de células basais, na parte mais profunda da epiderme (Lambert *et al.*, 2019). Essa melanina desempenha um

papel crucial na proteção da pele contra danos causados pela radiação ultravioleta do sol, especialmente os raios UVB. 90% dos raios UVB são absorvidos na epiderme e dissipa sua energia na forma de calor em vez de transferi-la para o DNA, evitando que eles penetrem nas camadas mais profundas e vulneráveis da pele (Silva, 2007; Slominski, Postlethwaite, 2015; Solano, 2014; Bechara, 2015). Desse modo, pessoas melaninadas, ou seja, com maior concentração de eumelanina (pessoas negras), possuem uma defesa natural contra a radiação solar.

A produção de melanina é um processo naturalmente regulado pelo organismo em resposta à exposição solar. Quando a pele é exposta aos raios UV, os melanócitos são estimulados a produzir mais melanina, resultando em um bronzeamento gradual da pele. Esse bronzeamento não apenas confere um tom mais escuro à pele, mas também funciona como uma forma de proteção adaptativa contra os raios UV (Tadokoro *et al.*, 2005; Solano, 2014).

Alchorne *et al*. (2023) apontam que o conteúdo de melanina confere naturalmente fator de proteção solar (FPS) de 13,4 em comparação com 3,4 nos brancos. A pele escura transmite 7,4% de raios UVB em comparação com 29,4% na pele clara, ou seja, aproximadamente quatro vezes menos raios UVB atingem a derme superior, minimizando o fotoenvelhecimento e a propensão aos tumores cutâneos. A eumelanina é fotoprotetora e sua presença reduz a indução de estímulo procarcinogênico, enquanto a falta de eumelanina ou a presença de feomelanina aumenta a atividade oxidativa na célula. O uso de melanina em cosméticos e protetores solares foi adotado por muitos fabricantes na tentativa de imitar o papel natural dessas moléculas na pele (El-Obeid *et al*., 2017).

Rajan (2024) afirma que a distribuição e transferência de melanossomas dentro das células da epiderme humana, bem como a resposta específica à diferenciação em vez da proliferação, fornece níveis mais altos de fotoproteção em indivíduos de pele escura em comparação com os tipos de pele mais clara. Além disso, mecanismos de reparo aprimorados após a exposição ao sol fornecem proteção adicional contra a carcinogênese cutânea, no

primeiro grupo. No geral, pode-se dizer que a pele evoluiu para ser um protetor solar especializado, em vez de apenas um bloqueador solar físico. Porém, como os raios UV deterioram o sistema de defesa, a pele negra também requer fotoproteção.

A exposição frequente e intensa à radiação UVB pode provocar lesões mutagênicas no DNA e suprimir o sistema imunológico da pele pela diminuição das células de Langerhans, aumentando assim o risco de adquirir mutações fatais, podendo desenvolver câncer de pele e reduzindo a chance de uma célula maligna ser reconhecida e destruída pelo organismo (Silva, 2007). Os raios UVB são mais intensos entre as 10 e as 15 horas do dia. Além disso, é importante lembrar que a destruição da camada de ozônio é um problema ambiental que gera grande preocupação, pois com a diminuição desta camada ocorre aumento da incidência de raios solares indesejáveis que chegam a Terra e consequentemente os efeitos maléficos dessas radiações na pele, visto que uma parte é refletida e outra parte penetra e é absorvida (Silva, 2007).

Devido a todos os fatores nocivos causados pelo sol, é necessário que também as pessoas negras se previnam contra as radiações UV, com aparatos físicos, por exemplo, uso de chapéus, guarda-sol, óculos, uso diário de um protetor solar e a conscientização da população sobre os riscos de se expor inadequadamente ao sol, bem como evitar câmaras de bronzeamento artificial (Silva, 2007; Bechara, 2015). No entanto, muitas pessoas com pele escura subestimam a necessidade de fotoproteção, o que pode resultar em danos acumulativos à pele ao longo do tempo. Além disso, muitos produtos no mercado não são adequados para peles mais escuras, deixando resíduos esbranquiçados após a aplicação (Oliveira, 2023).

Antunes (2018) chama a atenção para a condição do albinismo, uma doença genética autossômica recessiva caracterizada pela incapacidade de produzir melanina. Desta forma, as pessoas com albinismo nascem sem qualquer pigmento na pele, olhos, pelos e cabelos. Devido à importância protetora da melanina contra os

raios UV, a sua falta nas pessoas albinas causa diversos problemas quando há uma exposição prolongada ao sol, dentre elas o envelhecimento precoce da pele, queimaduras e câncer de pele. Todas são situações a serem evitadas graças às devidas precauções como o uso de protetor solar igual ou acima de 30 FPS e consultas frequentes a dermatologistas. Entretanto, pelas baixas condições socioeconômicas, esse acesso ao serviço de saúde e ao protetor solar fica comprometido para a comunidade negra.

Bechara (2015) revela que embora pessoas de pele escura tenham menor risco de desenvolver câncer de pele, quando diagnosticado, o câncer tende a ser mais agressivo devido ao diagnóstico tardio. No que se refere à percepção de risco, Jothishankar e Stein (2019) apontam que indivíduos negros frequentemente subestimam sua vulnerabilidade ao câncer de pele, o que resulta em diagnósticos tardios e doenças mais avançadas. Isso reflete a falta de conscientização e de campanhas educacionais voltadas para comunidades negras, que ainda não reconhecem a importância da proteção solar contínua.

O melanoma é um câncer de pele raro, representando apenas 3% dos casos de câncer de pele no Brasil. No entanto, é o tipo mais agressivo, causando cerca de 60% das mortes pela doença devido à alta probabilidade de provocar metástase. Por isso, o diagnóstico precoce tem sido fundamental para melhorar as taxas de sobrevida de pacientes e garantir um bom prognóstico. O melanoma é cerca de 20 vezes mais comum em pessoas de pele branca, muito pela ausência de fotoproteção conferida pela melanina na pele. Contudo, a melanina não protege o indivíduo completamente de desenvolver câncer de pele. Inclusive, o melanoma acral (subtipo de melanoma com características próprias que ocorre nas regiões plantares, palmares e subungueais) é o tipo mais raro e mais agressivo de melanoma e costuma se desenvolver com maior intensidade na população negra. Cerca de 70% dos casos são entre afrodescendentes (Barros; Avila, 2022; Alchorne *et al.*, 2023).

O melanoma acral não está relacionado à exposição solar, já que costuma se desenvolver nas palmas das mãos, plantas dos pés

e nas unhas. Logo, os pacientes negros enfrentam um prognóstico ruim, com o aumento da morbidade e mortalidade, pelo diagnóstico tardio nessa população. Além disso, as regiões acrais, especialmente os pés, são muitas vezes negligenciadas por profissionais de saúde nas avaliações clínicas (Barros; Avila, 2022). O que pode estar relacionado à formação em saúde. Segundo Jothishankar e Stein (2019), o treinamento em dermatologia para estudantes de medicina nos EUA é geralmente limitado. Uma pesquisa com dermatologistas e residentes de dermatologia descobriu que 47% sentiram que receberam treinamento inadequado sobre doenças de pele em pacientes com pele negra devido à falta de exposição ou material de treinamento. Esses sentimentos foram confirmados em uma pesquisa com residentes-chefes de dermatologia e diretores de programas de residência que relataram que apenas 52% e 66%, respectivamente, tinham formação didática específica para pele não branca em seu currículo.

Barros e Avila (2022) complementam o debate apontando que a maioria dos livros didáticos que servem como roteiros para o diagnóstico de doenças de pele não incluem imagens de doenças de pele como aparecem em pessoas negras, ou quando incluem, esse número não passa de 10%. Isso causa problemas no diagnóstico de doenças em pele negra, visto que uma mesma lesão pode ter características diferentes dependendo da cor da pele. Por exemplo, o melanoma na pele negra pode ser confundido com micoses, machucados ou outras condições benignas, e isso ocorre porque os dermatologistas não são treinados a reconhecer os padrões de lesão em todos os tipos de pele. Como esse é um processo visual, um dermatologista apenas aprende a diagnosticar uma lesão pelas suas características em pele branca e pode não conseguir classificá-la em pele negra já que os padrões podem ser diferentes. Portanto, a falta de diversidade nos currículos, mantendo um padrão brancocêntrico e sem exemplos de lesões em pele negra na formação pode causar consequências graves para a população negra.

Outro aspecto importante é a interação entre a melanina e a síntese de vitamina D. A grande maioria da vitamina D sistêmica deriva da pele, com uma minoria proveniente da suplementação alimentar. A vitamina D é produzida poucos minutos após a exposição aos raios UVB. Na pele, temos uma molécula derivada do colesterol chamada 7-dehidrocolesterol. Esta, por sua vez, transforma-se em uma pré-vitamina D3, que é transportada para o fígado onde será convertida em 25-hidroxivitamina D3 (calcidiol). Esta forma de vitamina D é passível de ser dosada pelo sangue. Porém, para exercer suas funções, ainda necessita ser convertida pelo rim para a sua forma ativa conhecida como 1,25-hidroxivitamina D3 (calcitriol). A vitamina D é fundamental no metabolismo ósseo, ajudando a fixar o cálcio nos ossos, o que confere a resistência e integridade necessárias.

Slominski e Postlethwaite (2015) esclarecem que a alta concentração de melanina em peles escuras atua como um filtro natural que bloqueia a penetração dos raios UVB, fundamentais para a produção de vitamina D. Esse bloqueio, embora proteja contra os efeitos nocivos do sol, também compromete a síntese de vitamina D, o que pode resultar em deficiência, especialmente em regiões com baixa exposição solar. A compensação entre a proteção contra o câncer de pele e o risco de deficiência de vitamina D é uma questão relevante para pessoas com pele escura. A vitamina D está inserida em vários processos metabólicos e sinalizadores moleculares, e sua deficiência poderá dificultar as funcionalidades celulares, ou ocasionar lesões de forma crônica, facilitando o aparecimento de doenças (Kratz *et al.*, 2018).

Considerando que na pele negra 90% dos raios UVB são absorvidos na epiderme e dissipados na forma de calor, o tempo de exposição ao sol para produzir vitamina D precisa depender do tom de pele. Em 2020, em uma entrevista, a dermatologista Katleen Conceição apontou que a exposição pode ser sem protetor solar durante meia hora para pessoas de pele branca e para quem tem pele negra, no máximo por 1 hora e 40 minutos, evitando o horário das 10h às 15h e pode expor braços, colo, pernas (Deodoro, 2020).

Lembrando que embora a vitamina D seja mais comumente conhecida por seu papel na homeostase do cálcio e no desenvolvimento ósseo, os receptores de vitamina D foram descobertos em quase todos os tecidos do corpo, indicando que a vitamina D tem funções fisiológicas adicionais, incluindo um papel neuroprotetor, assim, a deficiência de vitamina D pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos, como a depressão.

Entre suas funções complexas e vitais para o corpo humano, a melanina desempenha um papel central em diversas funções metabólicas e protetivas (Cordero, Casadevall, 2017). Mais especificamente, a melanina é um poderoso regulador do metabolismo antioxidante, auxiliando a neutralizar os radicais livres que podem danificar as células e contribuir para o envelhecimento e desenvolvimento de doenças crônicas. Além disso, a melanina tem função anti-inflamatória e imunoreguladora, promovendo uma reação imune saudável ao mesmo tempo em que protege o organismo da inflamação crônica, um fator de risco conhecido para várias condições, incluindo as cardiovasculares e autoimunes (Zhang *et al*., 2022). Vários estudos mostraram que tanto a melanina vegetal quanto a sintética podem modular a produção de citocinas e melhorar vários parâmetros imunológicos (El-Obeid *et al*., 2017). Impacta também o controle dos níveis de glicose e lipídios sanguíneos, prevenindo assim as doenças metabólicas como diabetes e obesidade. Na proteção hepática, a melanina contribui para a defesa de danos no fígado, que é essencial para a limpeza do organismo e proteção contra danos de toxinas e estresse oxidativo. Além disso, a melanina protege a saúde do intestino e promove o ambiente saudável que é crucial para a digestão adequada e absorção dos nutrientes e previne as doenças inflamatórias intestinais (Hui *et al*., 2017).

El-Obeid *et al*. (2017) descrevem estudos que investigaram o efeito da melanina animal em úlceras gástricas e revelaram que a melanina extraída de lula marinha e do Ommastrephes bartrami (molusco) inibiu tanto a ulceração induzida por fenilbutazona

(anti-inflamatório não esteroide) na mucosa gástrica quanto a secreção de suco gástrico em ratos. Benefícios semelhantes na saúde gástrica foram obtidos usando uma suspensão aquosa de sementes moídas da planta Nigella sativa que continham melanina. Além disso, a melanina pode impulsionar a reposição dos níveis de muco nas paredes celulares gástricas depletadas de etanol. Foi demonstrado que a melanina pura extraída de sementes de Nigella sativa protege fortemente contra úlceras induzidas por álcool, estresse ou a ação ulcerogênica combinada de estresse e aspirina. Definitivamente, não se trata de um resíduo metabólico sem valor.

Outro ponto relevante tem relação com a informação de estudos recentes onde a presença de melanina em quantidades maiores, especialmente na população preta e parda, pode influenciar a retenção de drogas no organismo, a resposta farmacológica e até mesmo os efeitos tóxicos dessas substâncias.

Carol Barnes (2001) traz em seu livro que se a serotonina e a melatonina são partes da estrutura da melanina e forem expostas a alcaloides tóxicos, então essas substâncias podem misturar-se quimicamente com a melanina ou dissolverem-se em sua estrutura, alterando assim suas funções específicas, por conta de sua semelhança química. Ele aponta muitos alcaloides que estão em uso hoje em nossa sociedade e podem interagir com a melanina, como a cafeína, morfina, atropina, anfetamina, tetraciclina, neurolépticos como fenotiazinas. O autor traz ainda ponderações importantes para a área da saúde:

> Se as drogas neurolépticas se ligam à melanina, então uma boa pergunta a se fazer é: estão as dosagens (na concentração que se deseja para a máxima eficácia) de medicamentos neurolépticos administradas a pacientes psicóticos atingindo realmente a área do cérebro onde o problema existe? se a melanina está localizada no trato gastrointestinal, existe a possibilidade de as drogas neurolépticas tomadas por via oral não chegarem ao local no cérebro onde são necessárias. Por quê? Porque a melanina no trato intestinal está absorvendo ou reagindo com essas drogas (Barnes, 2001, p.137).

Larsson (1993) realizou uma revisão para estudar a interação entre produtos químicos e a melanina e suas implicações biológicas. Como resultados, encontrou que vários medicamentos e outros produtos químicos, como aminas orgânicas, metais, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, etc., são ligados à melanina e retidos em tecidos pigmentados por longos períodos. A exposição a longo prazo pode acumular altos níveis de produtos químicos nocivos, armazenados na melanina, o que pode causar degeneração nas células que contêm melanina e lesões secundárias nos tecidos circundantes. No olho e no ouvido interno, por exemplo, as células pigmentadas estão localizadas perto das células receptoras e a ligação da melanina com certos fármacos pode ser um fator importante no desenvolvimento de algumas lesões oculares e do ouvido interno.

Karlsson e Lindquist (2016) destacam a ampla capacidade da melanina de se ligar a diversos compostos, especialmente aminas orgânicas básicas e íons metálicos, com afinidade maior em algumas variações de melanina, como a eumelanina. Esse tipo de ligação é relevante em várias áreas da farmacologia, já que as aminas estão presentes em muitos medicamentos, incluindo antibióticos, anestésicos e β-bloqueadores. Além desses, a melanina também possui afinidade com compostos externos ao corpo, como herbicidas, drogas ilícitas, alcaloides e toxinas, o que implica uma série de efeitos em função do tipo e da quantidade de melanina presente em diferentes populações. A pesquisa aponta que, em particular, a eumelanina, predominante em pessoas negras, é mais eficaz na ligação desses compostos, ao contrário da feomelanina, presente em maior quantidade em pessoas de pele clara. Essa diferença de afinidade significa que, em pessoas negras, compostos farmacêuticos e substâncias químicas ambientais podem se ligar de forma mais duradoura, o que tem implicações importantes tanto para a ação prolongada de medicamentos quanto para o risco potencial de toxicidade.

Um exemplo relevante discutido no estudo é a clorpromazina, um antipsicótico comumente prescrito que possui uma forte

afinidade pela melanina. Em indivíduos com alta concentração de eumelanina, como as pessoas negras, a clorpromazina tende a se acumular em tecidos ricos em melanina, como pele, olhos e até em regiões do sistema nervoso central. Esse acúmulo não só prolonga a ação terapêutica do medicamento, mas também aumenta a probabilidade de efeitos colaterais, como pigmentação da pele e reações de fotossensibilidade, que podem ser mais duradouras ou intensas. Essas interações entre melanina e medicamentos abrem um campo importante de estudo, pois sugerem que, em populações com maiores níveis de eumelanina, as dosagens de certos medicamentos e o acompanhamento de potenciais efeitos adversos podem precisar ser ajustados. Além disso, essa relação entre melanina e toxinas ambientais indica uma exposição prolongada e um risco potencialmente maior a longo prazo, o que levanta questões sobre a influência da melanina na saúde pública e na prática clínica, especialmente em relação à farmacocinética e toxicidade de substâncias em diferentes grupos étnicos (Karlsson; Lindquist, 2016).

Os medicamentos antipsicóticos convencionais, como haloperidol e certas fenotiazinas (por exemplo, flufenazina) podem causar sintomas extrapiramidais mesmo em doses clinicamente eficazes. Esses sintomas incluem distonia, acatisia, parkinsonismo (por exemplo, rigidez, bradicinesia e tremor) e discinesia tardia. O mecanismo por trás dessa reação adversa ao medicamento é desconhecido, mas foi levantada a hipótese de que ele está associado à afinidade da neuromelanina desses medicamentos. Isso é apoiado por um estudo recente que revela que a afinidade da melanina de sete medicamentos antipsicóticos, determinada por um novo método, correlacionou-se significativamente com o potencial de induzir sintomas extrapiramidais (Karlsson; Lindquist, 2016).

No cérebro, a neuromelanina está presente em células nervosas no sistema extrapiramidal e a afinidade de certos agentes neurotóxicos pela melanina pode estar envolvida no desenvolvimento de parkinsonismo e possivelmente discinesia

tardia. Nos últimos anos, vários compostos carcinogênicos foram encontrados se acumulando seletivamente nas células pigmentares de animais experimentais e há muitas indicações de uma conexão entre a afinidade de melanina desses agentes e a indução de melanoma maligno (Larsson, 1993). Karlsson e Lindquist (2016) também apontam que a neuromelanina e os compostos com alta afinidade pela neuromelanina estão envolvidos no desenvolvimento de reações adversas a medicamentos no sistema nervoso central, bem como na etiologia da doença de Parkinson. Estudos epidemiológicos implicam a exposição a pesticidas, metais, solventes e outros produtos químicos como fatores de risco para a doença de Parkinson. A neuromelanina interage com vários desses tóxicos, que podem desempenhar um papel significativo tanto no início quanto na progressão da neurodegeneração. O MPTP/MPP+, que tem sido casualmente associado ao parkinsonismo, tem alta afinidade pela neuromelanina e a desnervação dopaminérgica induzida se correlaciona com o conteúdo de neuromelanina nas células. Estudos recentes também relataram que a neuromelanina pode interagir com a α-sinucleína, bem como ativar a microglia e as células dendríticas.

No estudo conduzido por Alexander *et al.* (2019) foi observado que homens com pele negra têm uma menor probabilidade de cessar o tabagismo em comparação aos de pele clara. Um dos fatores para essa dificuldade pode estar relacionado à afinidade da melanina por compostos químicos, como a nicotina. A melanina pode se ligar à nicotina e retê-la por mais tempo no corpo, dificultando a eliminação e, consequentemente, prolongando o vício. Curiosamente, essa relação não foi observada em mulheres, sugerindo que a interação entre melanina e substâncias químicas pode variar entre os gêneros, além de ser influenciada por outros fatores biológicos e sociais.

Além da interação química, a melanina também possui propriedades farmacológicas relevantes, como discutido no estudo de El-Obeid *et al*. (2017). A melanina não é apenas um pigmento, mas também atua como um modulador biológico que influencia a

ligação e o transporte de medicamentos e metais no corpo. Sua capacidade antioxidante protege as células do estresse oxidativo, o que pode conferir uma vantagem protetora às pessoas negras. No entanto, essa mesma capacidade de se ligar a fármacos e substâncias químicas também pode representar um risco, uma vez que a retenção prolongada de certas drogas no corpo pode levar a uma toxicidade aglomerada. Isso é especialmente preocupante em casos de medicamentos neurotóxicos ou fototóxicos, que podem se concentrar em áreas ricas em melanina, resultando em efeitos adversos mais graves.

A neuromelanina, um pigmento cerebral que reside principalmente em áreas como a substância negra e o locus coeruleus, possui papéis complexos no que tange à neuroproteção e à neurodegeneração. Vários estudos surgem com evidências que correlacionam a neuromelanina com os processos corridos no sistema de recompensa e resposta ao estresse oxidativo, assim como discorrendo seu papel na doença neurodegenerativa (Solano, 2014). No artigo de Murray *et al*. (2024), a relação entre a neuromelanina e o processo de aprendizagem do sistema de recompensa foi investigada, com foco no comportamento das pessoas com anorexia nervosa. O estudo sugere que a neuromelanina pode influenciar os circuitos dopaminérgicos, bem como os estímulos da recompensa, tais como a alimentação. Indivíduos com anorexia demonstram uma disfunção no sistema de recompensa, exacerbado pelo possível desequilíbrio na síntese da neuromelanina, que contribui significativamente ao comportamento de distúrbio alimentar. Tal descoberta anuncia a maneira pela qual a neuromelanina pode regular a dopamina, ajustando os sistemas da recompensa, e tendo um impacto direto no comportamento alimentar.

Na pesquisa de Leupold *et al.* (2024) estudou-se as propriedades bioquímicas da neuromelanina, especialmente em situações de hipóxia. De acordo com essas descobertas, a neuromelanina e a melanina, ambas têm alterações nas condições de hipóxia. Em baixa concentração de oxigênio, o metabolismo celular é comprometido e

o estresse oxidativo aumenta. Esse aumento gera radicais livres e espécies reativas de oxigênio (EROs), que podem reagir com a neuromelanina e a melanina. A neuromelanina age como um "sequestrador" desses radicais livres, mas sua estrutura pode ser danificada devido ao excesso de EROs, alterando suas propriedades bioquímicas e reduzindo sua capacidade de proteger as células nervosas. A neuromelanina ajuda a regular e sequestrar metais pesados, como ferro e cobre, que podem ser tóxicos em excesso. Sob hipóxia, a capacidade da neuromelanina de se ligar a esses metais pode ser afetada, levando à liberação de ferro livre, que intensifica o estresse oxidativo. Esse efeito reduz a eficácia da neuromelanina em proteger as células neuronais contra danos adicionais. As condições de baixa oxigenação afetam a conformação das moléculas de neuromelanina e melanina. A hipóxia pode induzir a degradação dessas moléculas, tornando-as menos estáveis e modificando sua capacidade de interagir com outros compostos bioquímicos. Essa alteração estrutural também interfere em sua função antioxidante natural. O que sugere que este pigmento seja um dispositivo relevante para a reação do cérebro em níveis baixos de oxigênio. Portanto, nesse contexto atua como biomarcador, refletindo as condições de estresse celular e hipóxia, que podem afetar o metabolismo do cérebro.

Azevedo (2014) também estuda a quantificação de neuromelanina em cérebros de seres humanos com doenças neurodegenerativas. Ficou demonstrado que a perda da neuromelanina nas áreas dopaminérgicas do cérebro na doença de Parkinson reflete de forma não desviada a destruição de neurônios. Com a diminuição de biomolécula não apenas se reflete a propagação da doença, mas também aumenta o estresse oxidativo, uma vez que a ausência do pigmento impede a capacidade do cérebro de se livrar dos metaloides potencialmente perigosos. A quantificação da melanina no cérebro, por conseguinte, constitui um fator crucial na doença cerebral. A capacidade do pigmento de reforçar a resposta à recompensa, proteger contra o estresse oxidativo e agir como um marcador para doenças

neurodegenerativas, o torna crítico em pesquisas neurocientíficas. Consequentemente, a compreensão do papel do pigmento pode levar à resolução de novos tratamentos personalizados e análise de condições neurológicas, desde distúrbios alimentares até o Parkinson e a doença de Alzheimer.

PROPOSTA DIDÁTICA

Segundo Llaila Afrika (2014), o corpo negro possui necessidades bioquímicas, nutricionais e alimentares distintas. Essas demandas nutricionais decorrem do fato de serem melanina-dominantes e apresentarem características corporais específicas em relação a indivíduos com menor quantidade de melanina. Nesse contexto, o crescente corpo de pesquisa sobre a melanina não apenas enriquece nosso entendimento sobre suas funções biológicas, mas também abre novas oportunidades para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras voltadas para a saúde e o bem-estar. Essa exploração pode levar à criação de abordagens personalizadas que atendam às particularidades do corpo negro, promovendo uma saúde mais integral e inclusiva.

Diante disso, propomos uma abordagem didática que possibilite a compreensão da função biológica da melanina, além de explorar o conhecimento sobre suas potencialidades e aplicações. O objetivo é preparar os estudantes para atuarem como educadores em saúde, capacitados a reconhecer e valorizar a diversidade das pessoas. No entanto, o atual processo de formação dos estudantes na área da saúde, muitas vezes falha em integrar essas perspectivas, negligenciando as potencialidades e especificidades dos corpos não brancos. A falta de uma abordagem que inclua conhecimentos sobre a melanina e suas implicações pode limitar a eficácia dos profissionais em atender às necessidades específicas da população.

Desse modo, para superar essa lacuna propomos que a turma realize a pesquisa associada com a metodologia da sala de aula invertida. Para Mattos e Castanha (2008), a pesquisa é um processo

de construção do conhecimento que tem por objetivo gerar novos aprendizados ou refutá-los, constituindo-se num processo de aprendizagem. Freire afirma que "[...] não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino [...]" (2001, p. 32). Além do levantamento e da sistematização de informações da pesquisa, o educador deve ainda levantar o debate sobre o porquê dessas informações sobre a melanina não estar presente no currículo de formação em saúde e como isso impacta na produção de cuidado e de pesquisas em saúde. Já a sala de aula invertida é compreendida como uma abordagem pedagógica pela qual a aquisição de conhecimento é facilitada antes de sua aplicação em sala de aula. Os estudantes estudam os temas e conteúdos previamente à aula presencial e o tempo na sala de aula é utilizado para discutir com seus pares, realizando as atividades, os exercícios e as discussões sob a tutoria do docente. Ao final, o docente trabalha as dificuldades ou conceitos incorretos, caso seja necessário (Cotta; Ferreira, 2019).

A pesquisa deve ser realizada em pequenos grupos, através de diferentes bases científicas e direcionada para a melanina e suas ações biológicas. Cada grupo pode se responsabilizar por um subtema: proteção solar e radioproteção, interação com drogas e metais e suas propriedades farmacológicas relacionadas, Efeitos antioxidantes, modulação do sistema imunológico, Modulação da saúde gastrointestinal, Efeitos hepatoprotetores, Efeitos anti-inflamatórios. A fim de contribuir para o levantamento de informações, o docente pode indicar alguns materiais norteadores como o artigo "Pharmacological Properties of Melanin and its Function in Health" (El-Obeid, 2017) e as palestras 'Interview: Timothy Moore PhD' (1h15min), 'The Power of Melanin - A Conversation with Dr. T. Owens Moore' (1h12min) e 'Dr. Carol Barnes | Melanin The Chemical Key To Black Greatness' (1h8min), disponíveis gratuitamente no *Youtube*.

Essa dinâmica, ao integrar elementos teóricos, práticos e éticos, permite que os estudantes não apenas compreendam a função biológica da melanina, mas também desenvolvam empatia

e uma visão crítica essencial para o exercício de uma prática clínica humanizada e baseada em evidências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre melanina e saúde vai além da estrutura básica de pigmentação e inclui importantes interações químicas com diferentes sistemas. Para promover a igualdade e a saúde do povo preto é necessário levar esse debate para aos cursos de formação em saúde assim como ampliar as pesquisas sobre a melanina. A falta de uma compreensão mais profunda da melanina e da sua relação com a saúde perpetua a desigualdade na saúde e reforça o racismo no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

AFRIKA, O. L. A Revolução Negligenciada – **Saúde Holística Africana**; 2014.

ALCHORNE, M.M.A. *et al.* Dermatologia na pele negra. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 99 (3), 327-341, 2023.

ALEXANDER, A. C. *et al*. Darker skin color is associated with a lower likelihood of smoking cessation among males but not females. **Social Science & Medicine**, v. 240, 2019.

ANTUNES, M. C. Todas as cores são válidas: um estudo das variações patológicas da melanina. **Anais da XII Mostra Científica do Cesuca**, 2018.

AZEVEDO, P. D. B. **Quantificação de neuromelanina em doenças neurodegenerativas**. 2014. Disponível em: http://run.unl.pt/handle/10362/13659

BARROS, L. F.; ÁVILA, S. E. F. Análise de modelos baseados em redes neurais profundas para lesões de pele negra. **Relatório Técnico** – IC-PFG-21-33, 2022.

BARNES, C. **Melanin**: The Chemical Key To Black Greatness. The Harmful Effects of Toxic Drugs on Melanin Centers Within the Black, Lushena Books, 2001.
BECHARA, E. J. H. Sol, Melanina e Câncer: o Bom, o Mau e o Feio. **Revista Virtual de Química**, v.7, n.4, 2015.
BORANGA, B. E. C. *et al*. **Bases moleculares da pigmentação humana**: uma revisão de literatura. 2021. Disponível em: https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/3ada536c-10eb-419d-b4a1-843bf81b02be/content.
Casa África. Cheikh Anta Diop. Historiador e antropólogo senegalês que estudou as origens da raça humana e a cultura africana pré-colonial. Foi considerado um dos maiores historiadores africanos do século XX. Disponível em: https://www.casafrica.es/pt/pessoa/cheikh-anta-diop.
CORDERO, R.J.; CASADEVALL, A. Functions of fungal melanin beyond virulence. **Fungal Biol Rev**. 2017 Mar;31(2):99-112. 2017. doi: 10.1016/j.fbr.2016.12.003.
COSTIN, G. E.; HEARING, V. J. Human skin pigmentation: melanocytes modulate skin color in response to stress. **The FASEB Journal**, v. 21, n. 4, p. 976-994, 2007.
COTTA, R. M. M.; FERREIRA, E. S. Mapas conceituais e aula invertida: benefícios para o processo de ensino e aprendizagem sobre as políticas de saúde. **Revista de Investigación Educativa Universitaria.** v. 2, n. 1, 22-32, 2019.
DEODORO, P. Especialista em pele negra fala sobre cuidados durante isolamento social. Marie Claire, 2020. Disponível em: https://revistamarieclaire.globo.com/.
DIAS, T.L.S.; SEPULVEDA, C.A.S.; ARTEAGA, J.M.S. O pensamento africano de Cheikh Anta Diop: elementos para incluir o componente histórico nos currículos de ciências e re-educar relações étnico-raciais. **16º Seminário nacional de história da ciência e da tecnologia**. UFCG/UEPB. Campina Grande, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/sucac/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/2024%20backup/leitura%20negritude/cheikh%20a

nta%20diop/1540588659_ARQUIVO_TrabalhocompletoSNHCTDiasetal.pdf.
DIOP, B.M.; DIENG, D. **A Consciência Histórica Africana**. Edições Pedago, 2014.
DIOP, C.A. **Civilization or barbarism**: an authentic anthropologic. Nova York, Westport, Laurence Hill & Company, 1981.
EL-OBEID, A.S. *et al*. Pharmacological Properties of Melanin and its Function in Health. **Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.**, 120: 515-522, 2017. https://doi.org/10.1111/bcpt.12748
FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
FREITAS, D. F. **Caracterização e Produção de Melanina pelo Fungo Nematófago Duddingtonia Flagrans e Avaliação da Sua Participação na Atividade Predatória**. 91f. Tese. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2017.
HUI, D. O. N. G. *et al*. Regulation effects of sepia ink melanin on glucose-lipid metabolism in streptozotocin-induced diabetic mice. Natural Product Research and Development, 29(7), 1107, 2017.
ITO, S.; WAKAMATSU, K. Chemistry of mixed melanogenesis: pivotal roles of dopaquinone. **Photochemistry and Photobiology**, v. 84, n. 3, p. 582-592, 2008.
ITO, S.; WAKAMATSU, K. Quantitative analysis of eumelanin and pheomelanin in humans, mice, and other animals: a comparative review. **Pigment Cell Research**, v. 16, n. 5, p. 523-531, 2003.
JOTHISHANKAR, B.; STEIN, S.L. Impact of skin color and ethnicity. **Clin. Dermatol.** 2019 Sep-Oct;37(5):418-429, 2019. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.07.009
KARLSSON, O.; LINDQUIST, N. G. Melanin and neuromelanin binding of drugs and chemicals: toxicological implications. **Arch. Toxicol**., v. 90, p. 1883-1891, 2016. https://doi.org/10.1007/s00204-016-1757-0.
KRATZ, D. B.; SILVA, G. S.; TENFEN, A. Deficiência de vitamina D e seu impacto na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Rev. bras. anal. clin** *; 50(2): 118-123, 2018*.https://doi.org/ 10.21877/2448-3877.201800686.

LARSSON, B. S. Interaction between chemicals and melanin. **Pigment Cell Res**., 6(3):127-33, 1993, doi: 10.1111/j.1600-0749.1993.tb00591.x.
LAMBERT, M. W. *et al*. The physiology of melanin deposition in health and disease. **Lin. Dermatol**. 37(5):402-417, 2019. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.07.013.
LEUPOLD, D. *et al*. New aspects regarding the fluorescence spectra of melanin and neuromelanin in pigmented human tissue concerning hypoxia. **International Journal of Molecular Sciences**, 2024. https://doi.org/10.3390/ijms25158457.
MURRAY, S. B. *et al*. Assessing midbrain neuromelanin and its relationship to reward learning in anorexia nervosa: Stage 1 of a registered report**. Brain and Behavior**, v. 14, n. 6, e3573, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1002/brb3.3573.
MATTOS, E.M.A.; CASTANHA, A.P. **A importância da pesquisa escolar para a construção do conhecimento do aluno no ensino fundamental**. 2008. Dia a Dia Educação, 18 p. Disponível em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquvos/25256.pdf>. Acesso em: dez 2024.
OLIVEIRA, A. C. **A eficácia do potencial fotoprotetor em diferentes tipos de pele com ênfase na pele negra**. 82 f. Monografia (Graduação em Farmácia) - Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2023.
PAIM, M. Cheikh Anta Diop e a Hipótese da Diferenciação Racial: O que as Pesquisas Genéticas Dizem? **Afros & Amazônicos**, 2(4), 69–81. 2021. Disponível em: https://periodicos.unir.br/index.php/afroseamazonicos/article/view/6995
PAULIN, J. V. *et al*. **Melanina**: Um Pigmento Natural Multifuncional. 2021. Disponível em: https://arxiv.org/abs/2107.12481.
RAJAN, R. Melanin: The Original Sunscreen. In: **Sunscreens for Skin of Color**. Springer, Singapore, p:1-17, 2024.
RESENDE, G. S. Os determinismos do mito ratzeliano e do anti-imperialismo diopiano: uma comparação necessária. **Revista Ensaios de Geografia**, Niterói, v. 10, n. 21, p. 58-72, maio-agosto de 2023.

SAAD, L.F. **Eu e a supremacia branca**. Como reconhecer seu privilégio, combater o racismo e mudar o mundo. Rocco Digital, 2019.
SILVA, C. F. **Testes para avaliação do fator de proteção solar de produtos cosméticos fotoprotetores**. 44f. Monografia. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, 2007.
SLOMINSKI, D. A.; POSTLETHWAITE, A. E. **Skin under the sun**: when melanin pigment meets vitamin D. Endocrinology, v. 156, n. 1, p. 1-4, 2015.
SOLANO, F. Melanins: skin pigments and much more. **New Journal of Science**, v. 2014, p. 1-28, 2014.
TADOKORO, T. *et al*. Mechanisms of skin tanning in different racial/ethnic groups. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 124, n. 6, p. 1326-1332, 2005.
ZHANG, Y. G. *et al*. Effects of Melanized Bacteria and Soluble Melanin on the Intestinal Homeostasis and Microbiome In Vivo. **Toxics**, v. 11, n. 1, p. 13, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/toxics11010013.

FISIOTERAPIA E O DEBATE SOBRE HTLV: ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Denilson Barbosa Reis[1]
Érica da Natividade Santos[2]
Irla Pereira da Silva[3]
Kaick Mendes Borges[4]
Natan Oliveira dos Santos[5]
Suzana Souza Moreira de Almeida[6]

[1] Graduando em Fisioterapia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Membro do Projeto de Pesquisa Estratégia do Cuidado para Mulheres Lesadas Medulares. E-mail: denysreis39@hotmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3235005777555314.

[2] Graduanda em Fisioterapia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Membro do Projeto de Pesquisa Saúde da População Negra e Doenças Crônicas e do Projeto de Pesquisa Estratégia do Cuidado para Mulheres Lesadas Medulares. E-mail: erica.fisio.uneb@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/6856812973158618.

[3] Graduanda em Fisioterapia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: llera Dudu. Membro do Projeto de Pesquisa Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, Níveis de Atividade Física e Qualidade de Vida de Jovens Adultos Universitários. E-mail: irlafisiouneb@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3312817172921766.

[4] Graduando em Fisioterapia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Membro da Liga Acadêmica de Fisioterapia Esportiva (LAFES) e da Liga Acadêmica de Fisioterapia Traumato-ortopédica (LAFITO). E-mail: Kaickmendesborges.j@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3208646358899609.

[5] Graduando em Fisioterapia pela UNEB. Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. Membro do Projeto de Pesquisa Síndrome Pós-Covid: Caracterização de Aspectos Clínicos, Epidemiológicos, Regionais, Nutricionais e Funcionais Envolvidos, e o Impacto desta Condição na Qualidade de Vida dos Acometidos. E-mail: natanfisioterapeuta@gmail.com. Lattes: https://lattes.cnpq.br/9206839528577733.

[6] Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva, Integrante do Coletivo Afrocentrar Saúde: Ilera Dudu. E-mail: suzanamoreira.fisioterapia@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0259284098269196.

O Vírus T-Linfotrópico Humano (HTLV) é um agente infeccioso da família Retroviridae que afeta as células do sistema imunológico, precarizando a ação desse sistema, resultando em danos agudos e crônicos, com característica progressiva (Stocco *et al*., 2024). Em termos de saúde pública, gera alto impacto global, afetando predominantemente populações vulnerabilizadas em todo o mundo, e no Brasil, principalmente a população negra. Mesmo diante de tal cenário, o vírus é pouco conhecido pela população em geral e negligenciado pelos profissionais e gestores de saúde (Bahia, 2023).

No contexto da formação profissional em saúde, especialmente, da formação do fisioterapeuta, o HTLV ainda é discutido de forma insuficiente, assim como sua relação com a saúde da população negra, ampliando o negligenciamento desta comunidade. Neste sentido, este capítulo objetiva dialogar sobre as questões relacionadas ao HTLV a partir de um olhar étnico-racial, aprofundando a discussão sobre o negligenciamento da doença no Brasil, e o papel da atuação fisioterapêutica na reabilitação e promoção da saúde frente ao contexto de desigualdades sociais e raciais que afetam a população.

A transmissão do HTLV pode ocorrer de forma vertical (parto e aleitamento), bem como horizontal, através de relações sexuais desprotegidas, transfusões sanguíneas, compartilhamento de seringas (Stocco *et al*., 2024). Este vírus pode permanecer por anos sem apresentar manifestações clínicas, retardando o diagnóstico precoce. Associado a essa questão, o negligenciamento científico e o desconhecimento da doença em algumas regiões do mundo, como Caribe, África, América Central, América do Sul, Japão e Ásia, tornaram a infecção endêmica (Stocco *et al*., 2024).

Existem quatros tipos de subgrupos do vírus, são eles: o HTLV-1, que é o maior causador de doenças associadas, como a Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATLL) e a Paraparesia Espástica Tropical/Mielopatia (TSP/HAM), entre outras; o HTLV-2, o HTLV-3 e o HTLV-4. Os subtipos 3 e 4 foram identificados em

alguns indivíduos da África Subsaariana, resultados de possíveis infecções zoonóticas provenientes de primatas locais (Brasil, 2020).

A relação direta entre o vírus e neoplasias em humanos foi confirmada na década de 80, quando o primeiro retrovírus humano foi isolado a partir de uma linhagem de células linfoblastoides de um paciente com linfoma cutâneo de células T nos Estados Unidos. Casos semelhantes foram identificados no Japão, em pacientes com ATLL. Em 1982, foi isolado HTLV de um paciente com tricoleucemia. Estudos de cultivo *in vitro* e análise biológica e molecular desse vírus revelaram que, embora fossem relacionados, eram distintos, levando à designação de HTLV-1 e HTLV-2. Posteriormente, foi determinado que ambos os vírus têm tropismo para linfócitos T, especificamente CD4+ e CD8+ (Brasil, 2020).

O HTLV possui duas moléculas idênticas de RNA de cadeia simples e polaridade positiva. Ele se replica de maneira semelhante a outros retrovírus e pode persistir no organismo infectado, o que facilita a transmissão vertical, como outros retrovírus de mamíferos. Uma característica importante da transmissão do HTLV é o contato direto entre células. Para que a transmissão seja eficiente, uma célula infectada deve transferir o vírus para uma nova célula hospedeira através de um processo especializado chamado sinapse virológica, que altera a função normal das células T. Diferente de outras infecções virais, quanto maior o tempo de exposição e maior carga viral a qual a pessoa teve contato, maiores são as chances para a infecção (Brasil, 2020).

Estima-se que entre 5 e 10 milhões de pessoas estejam infectados pelo HTLV-1 em todo o mundo, com taxas de infecção muito elevadas em algumas regiões do Japão, da Melanésia, da África subsaariana, da América do Sul e do Caribe. A soroprevalência desse vírus varia de acordo com a área geográfica, grupo étnico e comportamentos de risco. Estudos destacam que os dados sobre a infecção pelo HTLV provavelmente estão subestimados, visto que faltam investigações mais amplas em muitas regiões, o que tem como consequência a negligência em relação à doença (Gessain; Cassar, 2012).

O Brasil ocupa posição com maior número absoluto de casos no mundo, podendo atingir 1% da população, cerca de dois milhões de brasileiros, representando uma das maiores áreas endêmicas para HTLV-1 e doenças associadas, com maior soroprevalência nos estados da Bahia, Maranhão, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A infecção pelo HTLV é um problema relevante de saúde pública no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. As prevalências variam amplamente, com taxas em doadores de sangue oscilando de 0,03% em Santa Catarina a 0,48% na Bahia (Bahia, 2022).

Os grupos mais afetados pela infecção incluem gestantes e populações vulnerabilizadas, como usuários de drogas intravenosas, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Nessas populações, as taxas de infecção são mais elevadas, associadas principalmente à transmissão sanguínea e sexual. Entre as gestantes, a Bahia destaca-se com as maiores prevalências, evidenciando a importância da prevenção da transmissão vertical (Bahia, 2021).

A África e o Japão têm alta incidência de HTLV, o que se reflete especialmente no Brasil. Mota *et al*. (2007) e Rego *et al*. (2008) descrevem que o Brasil é o país das Américas que mais recebeu escravizados durante o comércio transatlântico, estimando-se um total de quatro milhões de africanos. A maior parte dos escravizados veio de portos portugueses na África Ocidental (por exemplo, atuais Angola e Guiné-Bissau), introduzindo o vírus no país. No entanto, alguns estudos relataram uma associação próxima entre isolados de HTLV-1 do Brasil e da região sul da África, o que sugere que o HTLV-1 também foi trazido para o Brasil por meio do tráfico de escravizados de portos sul-africanos (por exemplo, Moçambique e Madagascar). Em um nível genético humano, também foi demonstrado que 26,5% dos descendentes de escravizados africanos que vivem em Salvador, Bahia, carregam o haplótipo β-globina BEN/CAR (Benin/República Centro-Africana). Esse haplótipo do gene β-globina circula principalmente entre falantes bantu da região sul da África. Estima-se que a cidade de

Salvador seja o lar do maior número de infecções por HTLV-1 no Brasil e que compartilha muitas características sociodemográficas de alguns países africanos.

Amoussa *et al.* (2017) afirmam que os resultados dos seus estudos apoiam a hipótese de múltiplas introduções do HTLV-1 no Brasil, com a maioria das introduções ocorrendo no período pós-colombiano. Os resultados sugerem que a introdução do HTLV-1 no Brasil foi facilitada pelo tráfico transatlântico de escravizados de áreas endêmicas da África.

Brito *et al*. (2022) investigaram e confirmaram a presença da infecção por HTLV em 11 comunidades quilombolas situadas no estado do Pará. Considerando a origem africana do vírus e sua introdução no Brasil a partir do tráfico de escravizados, a avaliação contínua das comunidades quilombolas é essencial para melhor caracterizar a distribuição das infecções nessas populações e criar políticas de saúde pública para o controle da disseminação do vírus e doenças associadas. Em 2009, Nascimento e colaboradores publicaram um estudo que encontrou 0,5% de infecção pelo HTLV-1 em remanescentes de quilombos dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul. A infecção foi associada a histórico de aleitamento materno, transfusão de sangue, múltiplos parceiros sexuais e infecções sexualmente transmissíveis relatadas por esses indivíduos. Em Salvador, na população geral, a prevalência do HTLV chega a 1,48%, refletindo a alta circulação do vírus na região (Bahia, 2022), a capital brasileira com a maior proporção de pessoas pretas.

Amoussa *et al.* (2017) lembram que o Brasil também recebeu um grande número de migrantes japoneses durante a primeira metade do século XX. No Brasil, o HTLV-1 foi descrito pela primeira vez na população de imigrantes japoneses de Okinawa, sul do Japão, residentes na cidade de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul. Posteriormente, também foi encontrada uma prevalência de 6,8% de infecção entre imigrantes japoneses adultos e seus descendentes que vivem em Campo Grande (Mato Grosso do Sul). A análise filogenética realizada nessa população mostrou

que o subtipo cosmopolita do subgrupo Transcontinental e japonês são os mais circulantes nessa população.

O HTLV-1 está ligado a cânceres e doenças inflamatórias como o ATLL, câncer que afeta linfócitos T maduros. Por outro lado, a mielopatia associada ao HTLV-1, conhecida como paraparesia espástica tropical (TSP/HAM), é uma condição neurológica desmielinizante que causa fraqueza progressiva e incapacitante nos MMII (Santos, Soares, Rivemales, 2017). Outras condições menos graves, como dermatite, uveíte, síndrome de Sjögren, entre outras, também podem ser associadas ao HTLV-1. A infecção por HTLV-2 tem um risco menor de causar sintomas clínicos. No entanto, há relatos de casos raros de mielopatia semelhantes à TSP/HAM em pessoas infectadas apenas com HTLV-2, indicando que o vírus pode afetar o sistema nervoso (Brasil, 2020). Também há evidências de que o HTLV-2 pode estar relacionado a polineuropatias sensoriais e miopatias inflamatórias. Além disso, estudos mostram que pessoas com HTLV-2 têm uma maior frequência de problemas respiratórios, como pneumonias e bronquite, além de infecções urinárias e dermatofitoses, em comparação com indivíduos não infectados. No entanto, é necessário mais estudos para confirmar a relação entre essas condições e o HTLV-2 (Brasil, 2020).

Frente ao contexto de negligenciamento da doença, impõe-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas e medicamentos específicos, principalmente considerando que essa infecção viral permanece com impacto significativo para milhões de pessoas no mundo (Garcia, Hennington, 2019). O HTLV tem investimentos limitados na busca por tratamentos eficazes. Atualmente, não existem medicamentos específicos para tratar ou curar a doença. Os tratamentos disponíveis apenas mitigam os sintomas, deixando os pacientes vulneráveis ao progresso de condições graves como a paraparesia espástica e a leucemia/linfoma de células T. Isso se torna ainda mais preocupante, considerando que muitos portadores são assintomáticos por anos e, quando diagnosticados,

já podem ter avançado para estágios mais críticos da doença (Garcia; Hennington, 2019).

Outra questão fundante debatida pelos especialistas é que a infecção pelo HTLV exige estudos aprofundados para desenvolver antivirais e imunoterapias que possam impedir a progressão do vírus ou até mesmo curá-lo. Estudos focados em biologia molecular e imunologia do HTLV são, portanto, essenciais para identificar alvos terapêuticos específicos que possam interromper ou reduzir a replicação viral (Sousa *et al*., 2023).

As estratégias de prevenção da transmissão do HTLV-1/2 incluem o uso de preservativos masculinos ou femininos em todas as relações sexuais, o não compartilhamento de seringas, agulhas ou outros objetos perfurocortantes, além da utilização de inibidores de lactação e fórmulas lácteas infantis devido à contraindicação da amamentação (Brasil, s.d). Contudo, essas estratégias de prevenção abordam apenas a superfície de um amplo conjunto de determinantes que envolvem o negligenciamento da doença, aumentando a vulnerabilidade de populações historicamente vulnerabilizadas, como é o caso da população negra no Brasil. Uma abordagem mais integrada e abrangente é necessária para prevenir a propagação do HTLV, especialmente porque as estratégias atuais não consideram específicas as condições sociais enfrentadas pela população atingida (Torres; Cavalcante; Moura, 2023). É fundamental entender as lacunas existentes nas políticas de saúde e nos sistemas de suporte que limitam a efetividade das estratégias de prevenção, pois essas lacunas refletem a necessidade de uma resposta mais abrangente e inclusiva.

Parte do desafio na prevenção do HTLV-1/2 está na fase do diagnóstico. A infecção frequentemente é assintomática, podendo permanecer assim durante toda a vida, facilitando sua manutenção e disseminação. O estigma afeta em grande parte o manejo da doença, visto que ele é um constructo social que sofre alterações com o tempo. O que gera a omissão do diagnóstico clínico para amigos, familiares, parceiros e até mesmo para outros profissionais

de saúde devido ao julgamento social empregado pela sociedade com relação aos estereótipos da inadequação e imoralidade (Garcia; Hennington, 2019).

Além disso, outro aspecto que corrobora para a transmissão silenciosa é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica em Saúde sobre a temática. Em uma pesquisa, quando foram questionados sobre como obtiveram conhecimento sobre o HTLV, nenhum profissional mencionado participou de ações educativas sobre o tema (Torres; Cavalcante; Moura, 2023). Esse cenário evidencia uma questão crucial, considerando que a unidade de saúde é a principal porta de entrada no SUS para os indivíduos em busca de atendimento, assim como, se faz importante lembrar que a população negra brasileira é SUS-dependente, onde estudos revelam que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras (Pinheiro *et al*., 2006). Desse modo, a partir de quais discussões os currículos em saúde estão construindo seus processos formativos?

O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o HTLV demonstra uma fragilidade da formação. Em um estudo composto por 33 profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde, 39% afirmaram desconhecer a doença, o que reflete um dado alarmante, visto que o Brasil apresenta a maior incidência da doença, especialmente nas regiões norte e nordeste (Stocco *et al*., 2024). Apesar do alto número de casos no Brasil, os dados disponíveis ainda são escassos e não existem programas eficazes para o controle da doença, enfatizando a importância de estudos que buscam identificar o conhecimento dos profissionais de saúde, visto que estes profissionais desempenham um papel fundamental na detecção precoce, manejo adequado e na prevenção da disseminação dessa infecção (Stocco *et al*., 2024).

O investimento na formação dos profissionais de saúde sobre o HTLV e os impactos da doença na vida das populações mais vulnerabilizadas no Brasil é uma medida crucial para melhorar o cuidado aos pacientes e contribuir para o controle dessa infecção. Práticas como atividades educativas específicas sobre o HTLV e o

envolvimento dos discentes de forma reflexiva frente às dimensões que geram vulnerabilidades e impactam na saúde das populações, sobretudo minorias sociais, podem contribuir para detecção precoce, encaminhamento e tratamento adequado do paciente.

Sobre o fomento a novas políticas públicas, tem-se que a relação entre a eficiência estatal e a implementação de políticas sociais vai além dos aspectos administrativos e financeiros, incluindo fatores como governança, cooperação intersetorial e participação cidadã (Minteguiaga; Lijterman, 2023). Assim, tendo em vista o contexto o qual a política em saúde se encontra, torna-se improvável a sustentação dos fatores citados, visto que a liderança inserida em uma política estruturalmente racista, não prioriza as demandas do povo negro nos debates estatais, e quando há debates e políticas implementadas, ainda são produzidas a partir de um lugar de universalização. Dessa maneira, o acesso a saúde e o tratamento de doenças que se entrelaçam com as questões raciais são inviabilizados por não ser debatido enquanto algo possível de se materializar.

No recorte do HTLV, os estigmas que rodeiam essa condição ainda se apresentam como uma barreira para as iniciativas sociais. Isso porque no debate social e comunitário (quando existe), o HTLV e o HIV ainda são muito confundidos. Nesse contexto, o fato de o HIV carregar os seus próprios estigmas (ligados à depravação sexual, negligência e sexualidade) compromete de certa forma a discussão sobre a existência do HTLV, que por si já carrega um contexto historicamente violento, o contexto racial. Apesar disso, a infecção pelo HTLV ainda não faz parte da listagem de doenças de caráter grave e crônico nas normas jurídicas que garantem direitos a grupos específicos, como soropositivos para HIV (Garcia; Hennington, 2022). Assim, existe um vazio no que tange ao combate ao HTLV, que carece de políticas nacionais abrangentes e se limita a alguns serviços oferecidos em hemocentros, como a testagem sanguínea. Dessa maneira, devido à falta de aporte governamental e barreiras no discurso social acerca da presença e

efeitos do HTLV na sociedade tornam-se escassas as iniciativas de combate ao vírus e suporte aos pacientes que o portam.

Sabe-se que o desenrolar da infecção pode levar ao comprometimento das funções neuromotoras, conduzindo os pacientes a buscarem a fisioterapia neurofuncional convencional para contorná-lo. No entanto, o desconhecimento sobre a condição pode levar o profissional a tratá-la de maneira errônea. A partir disso, torna-se válido destacar a existência dos poucos centros de atenção à pessoa com HTLV em Salvador, a cidade mais preta fora de África. Algumas iniciativas como a Associação HTLvida e o Centro Integrativo e Multidisciplinar de Atendimento ao Portador de HTLV (CHTLV) surgiram independentes do apoio governamental e atualmente se consolidaram como centros de atenção ao HTLV, produzindo bons resultados para a população de Salvador. Nesse sentido, ambas organizações oferecem serviços multiprofissionais como fisioterapia, medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e assistência jurídica. Além disso, a atuação dessas iniciativas no combate e prevenção ao HTLV se dá fortemente através da educação da população e incentivo à conscientização sobre a causa.

Entre 2014 e 2022, a Bahia registrou 4.519 casos de HTLV, com uma taxa de detecção que variou de 0,7 a 5,5 casos por 100.000 habitantes, atingindo o ápice em 2019. Observa-se a predominância de infecção em mulheres, com 76,8% dos casos em 2022, e 37,3% dessas mulheres sendo gestantes. Esses dados ressaltam a necessidade de medidas preventivas sobre a transmissão do HTLV, especialmente em populações de baixa escolaridade e renda (Bahia, 2023). A disparidade nas taxas de infecção entre as regiões brasileiras, aliada aos fatores socioeconômicos, reforça a urgência de ações preventivas com foco na educação em saúde e no diagnóstico precoce, sobretudo nas áreas mais afetadas pelo HTLV. O fato de ser uma doença silenciosa que se manifesta tardiamente, juntamente com a subnotificação propicia um maior número de propagação e manutenção do vírus (Rosadas *et al*., 2021).

A falta de estudos clínicos e epidemiológicos robustos sobre o HTLV reflete também a negligência com que esta doença é tratada. Pouco se sabe sobre a eficácia de abordagens terapêuticas específicas e os protocolos existentes frequentemente não consideram as demandas reais dos pacientes, especialmente aqueles de comunidades racializadas e economicamente vulneráveis.

A falta de visibilidade do HTLV, desconhecido pela população e pelos profissionais de saúde, é agravada pela ausência ou superficialidade da abordagem do tema na educação superior. Isso contradiz a formação orientada para capacitar profissionais para atuar no SUS, onde a maioria dos atendidos é justamente a comunidades mais afetada pelo HTLV. Assim, a omissão dessa patologia e seu imbricamento com as questões raciais no meio acadêmico, cria uma inconsistência entre a formação e os objetivos do sistema de saúde.

A Lei n. 9.221/2017 instituiu o Dia Nacional de Combate ao HTLV, celebrado anualmente no dia 10 de novembro. A legislação busca conscientizar a sociedade sobre a importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da infecção, além de incentivar ações educativas e pesquisas relacionadas ao tema (Brasil, 2017).

PROPOSTA DIDÁTICA

Se faz necessário o reconhecimento da interseccionalidade entre saúde e raça e a sua relevância na formação em saúde e na implementação de políticas públicas para a garantia de direitos básicos, principalmente de populações racializadas, garantindo visualidade e cuidados necessários tanto contra o HTLV quanto contra o preconceito racial estigmatizante (Gargcia; Hennington, 2019). Desse modo, esse debata precisa estar presente desde a graduação em saúde.

Inicialmente propomos que os estudantes sejam orientados a cursar um curso do tipo Massive Open Online Courses (MOOC)

que se apresenta como uma ferramenta de grande potencial, uma vez que o objetivo é promover a aprendizagem de um conteúdo específico, de uma forma que a aprendizagem seja conduzida pelo próprio educando. Indicamos ainda que o curso MOOC seja aliado a uma proposta de sala de aula invertida, que se constitui como um método valioso para consolidação da aprendizagem e de um aproveitamento melhor do tempo e dos espaços de aprendizagem (Pereira, 2023).

O curso MOOC a ser vivenciado intitula-se "Estratégias de Eliminação da Transmissão Vertical do HTLV no Brasil" (https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/htlv), é ofertado gratuitamente pelo Campus Virtual Fiocruz, e foi concebido para oferecer informações atualizadas e relevantes sobre esse vírus e suas implicações. Ao longo dos módulos são abordados tópicos como as principais doenças associadas ao HTLV-1, formas de transmissão, estratégias de prevenção, aspectos virais e epidemiológicos, além de políticas públicas e ações de controle no Brasil.

Os cursos MOOC se estabeleceram como uma ferramenta de apoio utilizada principalmente no ensino superior. A possibilidade de empregar os cursos MOOC como uma ferramenta de apoio ao ensino presencial pode se basear em dois argumentos, conforme Munhoz (2016), onde o primeiro é relativo à autonomia que estes cursos possibilitam, auxiliando o estudante a aprofundar os conhecimentos em determinados conteúdos, sendo que isso pode acontecer em algum momento assíncrono. E o segundo argumento é em relação à qualidade dos materiais disponibilizados nos cursos MOOC, que por serem planejados para possibilitar a autonomia, acabam sendo materiais de alta qualidade, servindo, assim, de apoio para os professores na modalidade presencial.

Um segundo momento pode estar voltado à aprendizagem envolvendo aspectos específicos da reabilitação. Os indivíduos com HTLV-1 apresentam disfunções que impactam diretamente na sua qualidade de vida. A fisioterapia utiliza recursos que auxiliam bastante no tratamento dessas alterações. A doença pode

comprometer diversos sistemas no corpo, impactando direta e negativamente a qualidade de vida dos acometidos. Apesar de pesquisas e da prática clínica demonstrarem a importância da fisioterapia para essa população, a produção científica no tema ainda é incipiente, principalmente testando procedimentos terapêuticos (Tambon, Sá, 2022).

A Paraparesia Espástica Tropical/Mielopatia (TSP/HAM) resulta em danos à medula espinhal, levando a perda sensorial e motora gradativa, com comprometimento da marcha, fraqueza muscular, espasticidade e desequilíbrio. Essas alterações podem limitar significativamente a realização de atividades diárias, como locomoção e autocuidado, além de promoverem desgaste físico e emocional. A progressão da doença pode levar a graus variados de incapacidade funcional, incluindo a necessidade de auxílio para mobilidade, como bengalas ou cadeiras de rodas. Embora não exista cura, a fisioterapia surge como alternativa eficaz para minimizar os sintomas, melhorar a funcionalidade e promover maior independência aos acometidos (Carvalho et al, 2015).

A fisioterapia, a terapia ocupacional e os exercícios específicos podem melhorar a função motora e a qualidade de vida dos pacientes com mielopatia associada ao HTLV-1. Estratégias como o treinamento de marcha e a reabilitação da força muscular têm demonstrado benefícios significativos. O papel do fisioterapeuta é crucial na reabilitação de pacientes com mielopatia associada ao HTLV-1, com foco em estratégias personalizadas de reabilitação para melhorar a função motora e a qualidade de vida. Os fisioterapeutas devem aplicar técnicas como exercícios específicos e correção postural, além de monitorar e ajustar o tratamento conforme a evolução dos sintomas dos pacientes (Sá *et al.*, 2015). Eles também promovem ações educativas com os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e de monitorar a eficácia das intervenções, ajustando-as conforme a resposta do paciente (Rosadas, 2021). Assim, além de fomentar esse debate de modo teórico, se faz importante práticas em laboratório e em unidades de saúde.

Outra ferramenta indispensável para atuação da fisioterapia em pacientes com HTLV é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que é um instrumento valioso na abordagem fisioterapêutica para pacientes com HTLV e deve ser apresentada aos estudantes. A CIF oferece um modelo biopsicossocial que considera não apenas os aspectos físicos da doença, mas também os impactos psicossociais e ambientais (Who, 2001). Dessa forma, a aplicação sistemática da CIF nos atendimentos pode ajudar a tirar o HTLV do status de doença negligenciada. Ao documentar com precisão as condições funcionais e sociais dos pacientes, a CIF cria uma base sólida para advocacia, planejamento de serviços e alocação de recursos e, além disso, ela reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir o HTLV no contexto das experiências raciais e das desigualdades sociais é fundamental para compreendermos os impactos dessa infecção em populações historicamente marginalizadas, como a população negra no Brasil. A falta de acesso a cuidados de saúde adequados e o conhecimento limitado sobre a doença agrava os desafios enfrentados por essas comunidades. Além disso, as desigualdades raciais perpetuam a invisibilidade do tema, tornando-o menos discutido em políticas públicas de saúde.

Nesse cenário, a fisioterapia desempenha um papel crucial no tratamento de pacientes com HTLV, especialmente na prevenção e no manejo das complicações neurológicas que podem surgir. O papel do fisioterapeuta vai além do atendimento clínico; ele também atua na conscientização e educação dessas comunidades sobre os cuidados preventivos. Isso torna a inclusão de debates sobre as experiências raciais e as desigualdades essenciais para uma abordagem de saúde mais equitativa e justa, promovendo não apenas o tratamento, mas também a prevenção.

REFERÊNCIAS

AMOUSSA, A. E. R. *et al*. HTLV-1a A introduction into Brazil and its association with the trans-Atlantic slave trade. **Infection, Genetics and Evolution**, 48, 95–101. 2017. Doi:10.1016/j.meegid .2016.12.005.

BAHIA, **Boletim Epidemiológico HTLV**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2021.

BAHIA, **Boletim Epidemiológico HTLV**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2022.

BAHIA. **Boletim epidemiológico HTLV: nº 01, novembro 2023**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/ BoletimEpidemiologico_HTLV_No0 1novembro_2023.pdf. Acesso em: 07 set. 2024.

BRASIL. **Guia de manejo clínico do paciente com HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_manejo_clinico_do_paciente_com_HTLV. pdf. Acesso em: 07 set. 2024.

BRASIL. **HTLV**. (s.d). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/htlv. Acesso em: 07 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.221, de 23 de novembro de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate ao HTLV. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 24 nov. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRITO, W.R.D.S. *et al*. Prevalence and Risk Factors for HTLV-1/2 Infection in Quilombo Remnant Communities Living in the Brazilian Amazon**. Front Public Health**. 2022 Mar 30;10:871865. doi: 10.3389/fpubh.2022.871865.

CARVALHO, M.L. *et al*. Impactos físico-funcionais em pacientes portadores do vírus T-linfotrópico humano 1: revisão de literatura. In: **XIV SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, 2015.

GARCIA, I. F. S.; HENNINGTON, E. A. HTLV: uma infecção estigmatizante? **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00005419.
GARCIA, I.F.S.; HENNINGTON, É. A. Movimentos sociais e políticas públicas - atuação da ONG HTLVida. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 31, n. 4, e211004pt, 2022.
GESSAIN, A.; CASSAR, O. Epidemiological Aspects and World Distribution of HTLV-1 Infection. **Front. Microbiol**., v 38, n. 3, p. 1-23, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov /23162541/.
MINTEGUIAGA, A., LIJTERMAN, E. Protección social y satisfacción de necesidades: aportes teórico-metodológicos desde una renovada noción de capacidad estatal. **Caderno CRH**, 36, e023020, 2023. https://doi.org/10.9771/ccrh.v36i0.53672.
MOTA, A. C. *et al*. The close relationship between South African and Latin American HTLV type 1 strains corroborated in a molecular epidemiological study of the HTLV type 1 isolates from a blood donor cohort. **AIDS Res. Hum. Retroviruses**. 2007 Apr;23(4):503-7. doi: 10.1089/aid.2006.0203.
MUNHOZ, A. S. **MOOCS**: Produção de conteúdos educacionais. São Paulo: Editora Saraiva, 1ª ed., 2016.
NASCIMENTO, L. B. *et al*. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. **Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical**, 42(6), 657–660, 2009. Doi: https://doi.org/10.1590/S0037-86822009000600009.
PEREIRA, D. F. **A educação em saúde a partir da temática vacinas**: uma formação de professores mediada por um MOOC. 119f. Dissertação. Instituto Federal do Espírito Santo. 2023.
PINHEIRO, L. *et al*. **Retrato das desigualdades** [publicação na internet]. Brasília: IPEA e UNIFEM; 2006. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/segundaedicao.pdf.
REGO, F. F. de A. *et al*. HTLV Type 1 Molecular Study in Brazilian Villages with African Characteristics Giving Support to the Post-Columbian Introduction Hypothesis. **AIDS Research and Human Retroviruses**, 24(5), 673–677, 2008. doi:10.1089/aid.2007.0290

ROSADAS, C. *et al*. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: human T-cell lymphotropic virus (HTLV) infection. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, n. suppl. 1, 2021.

SÁ, K. N. *et al*. Physiotherapy for human T-lymphotropic virus 1-associated myelopathy: review of the literature and future perspectives. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, p. 117, fev. 2015.

SANTOS, A.C.C. dos; SOARES, D.J.; RIVEMALES, M.C.C. (Des) conhecimento, adoecimento e limitações impostas pelo HTLV: experiências de mulheres soropositivas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 45-50, 2017.

SOUSA, F.S.C. *et al*. Infecção por HTLV: por que continua sendo negligenciada?. **Rev. Ft**., v. 27, n. 18, 2023.

STOCCO, B. *et al*. O conhecimento dos profissionais da Atenção Básica em Saúde sobre o Vírus T-linfotrópico Humano. **Revisa**, v. 12, n. 1, p. 114-27, 2024.

TAMBON, L.G.L.; SÁ, K. N. Fisioterapia para indivíduos com HTLV-1 / Physiotherapy for individuals with HTLV-1. **Rev. Pesqui. Fisioter**.; 12(1)jan., 2022.

TORRES, J.P.; CAVALCANTE, F.B.; MOURA, P.D. HTLV: uma revisão sobre o impacto social e os desafios no Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, p. 114-127, 2023.

WHO. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: **World Health Organization**, 2001.

"É necessário começar, portanto, com um doloroso desmame dos próprios pressupostos epistemológicos que nos estrangulam. O desmame requer paciência e compromisso, mas a libertação de nossas mentes vale bem a pena o esforço."

Marimba Ani

Pedro & João Editores
pedrojoaoeditores.com.br

ISBN 978-65-265-1814-4