

Monique Brito Leal
monylead04@gmail.com

Docente de Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia.

Yanessa Bispo dos Santos Batista
yanessabs@hotmail.com

Docente de Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia.

Juliana Borges de Lima Dantas
julianadantas.pos@bahiana.edu.br

Programa de Pós-Graduação do Processo Interativo de Órgãos e Sistemas (PPgpios) pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA). Professora de Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia.

Enzo Querino Santos
enzoquerino@outlook.com

Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista pela Associação Brasileira de Odontologia e Mestre em Implantodontia pela

Maria Cristina Teixeira Cangussu
cristinatcangussu@gmail.com

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora associada da Faculdade de Odontologia/ Universidade Federal da Bahia (FOUFBA).

Júlia dos Santos Vianna Néri
dra.julianeri@gmail.com

Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA). Professora de Odontologia da Faculdade Adventista da Bahia

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

POLÍTICAS PÚBLICAS REPARADORAS NO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

REPAIR PUBLIC POLICIES ON ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR THE BLACK POPULATION: A SYSTEMATIC REVIEW

RESUMO

Introdução: A partir do sistema racista brasileiro, a população negra sofre devido às iniquidades institucionais, destacando-se a área da saúde. Os profissionais de saúde devem garantir atendimento igualitário entre os grupos sociais. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática acerca das condições de acesso aos serviços de saúde, bem como as principais políticas públicas voltadas para a população negra. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de análise de conteúdo através da busca de artigos científicos publicados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), através do cruzamento dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): “saúde da população negra”, “políticas públicas”, “acesso aos serviços de saúde” e “health of the black population”, “public policy”, “health services accessibility”. **Resultados:** Inicialmente foram encontrados 2863 artigos, e após aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, 32 estudos foram incluídos no presente trabalho: 22 abordam o acesso à saúde, 9 (nove) discorrem sobre as políticas públicas reparadoras e 1 (um) aborda sobre ambos os temas. Observou-se que as políticas públicas voltadas para a população negra precisam ser melhor difundidas na sociedade, pois ainda existe uma desigualdade racial evidente no acesso ao serviço de saúde. **Discussão:** O racismo institucional estende-se na organização e funcionamento das instituições, sendo necessária a implementação de políticas públicas a fim de assegurar a equidade na atenção à saúde. **Conclusão:** No contexto de atenção à saúde da população negra, observa-se que as políticas públicas não são suficientes para sanar as necessidades da população negra.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde da população negra; Políticas públicas; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: From the Brazilian racist system, the black population suffers due to institutional inequities, highlighting the health area. Health professionals must ensure equal treatment among social groups. **Objective:** To carry out a systematic review about the conditions of access to health services, as well as the main public policies aimed at the black population. **Methods:** This is a systematic review of content analysis through the search for scientific articles published in the databases of Latin American and Caribbean Literature Health Sciences (LILACS), PubMed and Scientific Electronic Library Online (SciELO), through the crossing the descriptors in Health Sciences (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH): “saúde da população negra”, “políticas públicas”, “acesso aos serviços de saúde” and “health of the black population”, “public policy”, “health services accessibility”. **Results:** Initially, 2863 articles were found, and after applicability of the inclusion and exclusion criteria, 32 studies were included in the present study: 22 address accesses to health, 9 (nine) discuss repairing public policies and 1 (one) addresses both topics. It was observed that public policies aimed at the black population need to be better disseminated in society, as there is still an evident racial inequality in access to health services. **Discussion:** Institutional racism extends to the organization and functioning of institutions, requiring the implementation of public policies in order to ensure equity in health care. **Conclusion:** In the context of health care for the black population, it is observed that public policies are not sufficient to meet the needs of the black population.

Keywords: Health of the black population; Public policy; Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

No período da colonização, milhares de pessoas negras foram escravizadas e passaram por um processo de objetificação⁽¹⁾, forçadas a condições subumanas de vida e trabalho⁽²⁾. Esse foi um fato determinante para o estabelecimento do racismo, que pode ser caracterizado como um processo ao qual a sociedade inferioriza um grupo étnico de forma integral. Em 1888, após 358 anos de escravidão, o homem negro tornou-se livre por meio da abolição da escravatura⁽³⁾, contudo, esse marco veio isento de medidas de inclusão política, econômica e social⁽⁴⁾, o que não foi suficiente para que pessoas negras pudessem desfrutar de oportunidades semelhantes às demais.

Diante desse cenário, observa-se que o Estado brasileiro e suas estruturas sociais foram desenvolvidos a partir das desigualdades étnicas⁽⁵⁾ e sustentados por um sistema racista⁽⁴⁾, que se perpetua até os dias atuais. Diversos são os segmentos sociais da população⁽⁵⁾ que sofrem com a desigualdade étnica, dentre eles, as iniquidades institucionais na área da saúde⁽⁶⁾.

As justificativas para tais desigualdades estão relacionadas à falta de acesso e à precariedade nos serviços de saúde prestados aos pacientes negros quando comparados com os brancos⁽⁷⁾. Torna-se evidente que o racismo institucional transpassa o grau de relações interpessoais⁴ e reproduz sistematicamente a segregação étnico-racial⁽⁶⁾.

Em virtude dessas disparidades, o Conselho Nacional da Saúde (CNS), em 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que reitera a associação entre a vulnerabilidade em saúde e o racismo, bem como a necessidade de enfrentamento a essa situação⁽⁸⁾.

De modo geral, tal política pública surge com o intuito de minimizar ações discriminatórias e exploratórias contra negros no decorrer da história brasileira⁽⁹⁾. Entretanto, apesar de relevante para a sociedade, a PNSIPN foi instituída pelo Ministério da saúde apenas em 2009⁽⁸⁾.

Observa-se que algumas doenças na população negra ocorrem com maior prevalência, tais como anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, diabetes mellitus, hipertensão arterial, desnutrição, gastroenterites, verminoses, tuberculose e outras infecções⁽⁸⁾. Além dessas doenças, pode-se citar outras epidemiologicamente relevantes, como o câncer, em que pacientes negros apresentam aumento de até 300% em metástases agressivas, em comparação a pacientes de outras etnias/classes sociais⁽¹⁰⁾. Tais dados são resultantes da dificuldade de acesso e/ou acompanhamento dos serviços em virtude de questões sociais e econômicas⁽¹⁰⁾.

Os achados clínicos podem ser agravantes para tais doenças⁽¹¹⁾, além de comprometer a integridade da saúde e qualidade de vida do paciente, o que evidencia a necessidade de atenção da equipe multidisciplinar ao diagnóstico precoce, bem como o estabelecimento da conduta terapêutica adequada⁽¹²⁻¹³⁾. Isso porque o atendimento a esse grupo étnico é negligenciado⁽³⁾ e postergado em razão da estrutura de dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁴⁾.

Por se tratar de um grupo étnico populacional, marginalizado e segregado integralmente, incluindo a área da saúde, o objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão sistemática acerca das Políticas Públicas Reparadoras no acesso ao Serviço de Saúde da população negra.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão sistemática, a qual consiste em um tipo de pesquisa que utiliza métodos sistematizados a partir de diferentes estudos sobre determinado tema, a fim de sintetizar tais informações de forma consistente, além de integrar o mais nível alto de evidência científica, o que resulta em um amplo espectro de resultados relevantes⁽¹⁵⁾. No presente estudo, realizou-se a análise de conteúdo dos artigos selecionados.

Critérios de elegibilidade

O presente estudo foi realizado de acordo com os principais itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA). A estratégia PICOS (P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome; S: Tipo de estudo) foi adotada, onde P: população negra; I: acesso ao serviço de saúde e políticas públicas existentes; C: acesso ao serviço de saúde da população branca; O: falta de acesso e precariedade nos serviços de saúde; S: observacionais, transversais, quantitativos, qualitativos, revisões sistemáticas, revisões narrativas de literatura, documentos oficiais e trabalhos com presença de resumo.

Para os critérios de inclusão, foram eleitos artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, estudos quantitativos, estudos qualitativos, revisões sistemáticas, revisões da literatura, estudos observacionais, estudos transversais, documentos oficiais e trabalhos com presença de resumo. Artigos em outros idiomas, com ausência de resumo, duplicados e que se encaixavam em outras categorias metodológicas foram excluídos. Os documentos oficiais foram mantidos neste estudo, assim como o não estabelecimento de limite de anos para a busca dos artigos, devido à escassez de trabalhos na literatura científica consultada sobre o tema proposto. Os artigos selecionados para esta presente revisão sistemática foram publicados entre os anos de 2003 e 2020.

Estratégias de busca e informação

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de agosto a setembro de 2020, a partir de estudos que abordaram a respeito das condições de acesso da população negra aos serviços de saúde integral, publicados nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Foi realizado o cruzamento dos descritores em inglês: "health of the black population", "public policy", "health services accessibility" e em português, "saúde da população negra", "políticas públicas", "acesso aos serviços de saúde", mediante a consulta na plataforma DeCS/MeSH, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Seleção dos estudos

Todos os artigos selecionados foram tabulados no programa Microsoft Excel (versão 2010). No primeiro estágio, foram identificados 2816 artigos na base de dados PubMed, 15 no SciELO e 32 no LILACS, totalizando 2863 artigos. Dois revisores previamente treinados (Y.B.S e M.B.L) leram os títulos e resumos e aplicaram os critérios de exclusão e inclusão. Em um segundo momento, os artigos foram lidos na íntegra pelos mesmos revisores. O método utilizado para a seleção desses estudos foi a análise qualitativa de conteúdo. Aqueles artigos que geraram desacordo entre os revisores, foram revisados e discutidos por um terceiro revisor (J.V.N).

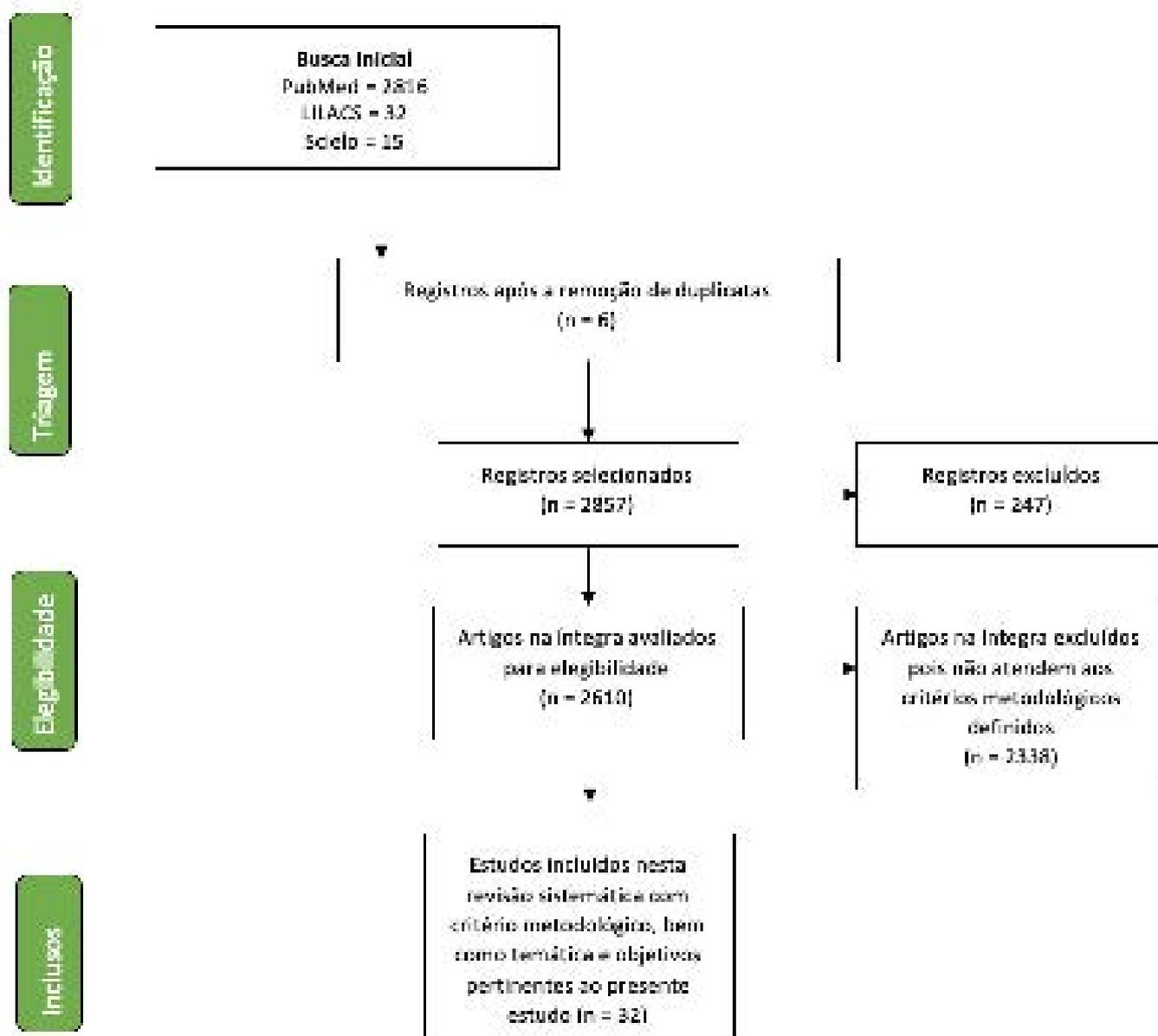
RESULTADOS

Inicialmente, um total de 2863 artigos foram encontrados após o cruzamento dos descritores e operadores booleanos citados anteriormente. Destes, 6 (seis) artigos estavam em diferentes bases de dados, portanto, foram excluídos devido à duplicata, com o total de 2857 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, 247 artigos foram excluídos por não apresentarem afinidade com o tema proposto, portanto tornaram-se elegíveis para leitura na íntegra 2610 artigos. Entretanto, após a leitura completa destes, observou-se que 2338 artigos não preenchiam os critérios metodológicos adequados. Dos 272 artigos, apenas 26 se encaixaram com a temática e objetivos propostos da presente revisão sistemática. Do total de artigos incluídos, 1 (um) foi disposto como pesquisa quantitativa, 2 (dois) como estudo qualitativo, 16 como revisões da literatura, 3 (três) como estudos observacionais e 4 (quatro) como estudos transversais, em um total de 26 artigos,

publicados entre 2003 e 2020.

Uma busca ativa secundária foi realizada a partir das referências dos artigos encontrados nas bases de dados, ao qual foram incluídos 6 (seis) estudos. Destes artigos, 3 (três) foram documentos oficiais e 3 (três) caracterizavam-se como revisão de literatura (figura 1). Dos 32 artigos incluídos neste trabalho, 22 são artigos que abordam o acesso da população negra à saúde (quadro I), 9 (nove) tratam sobre as políticas públicas reparadoras (quadro II) e 1 (um) aborda sobre ambos os temas. O principal resultado evidente desta análise de conteúdo contempla a falta de disseminação e conhecimento das políticas públicas voltadas para a população negra, visto que mesmo nos dias atuais ainda existe uma desigualdade racial evidente no acesso aos serviços de saúde.

Figura 1 – Diagrama de fluxo referente ao processo de coleta de referências da presente revisão sistemática (PRISMA, 2009).



Quadro I – Artigos científicos selecionados nesta revisão sobre acesso à saúde da população negra (período de busca: 2015-2020).

AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Silva et al. (2020)	Revisão da Literatura	711 artigos encontrados nas bases de dados Google Scholar, LILACS e SciELO. Apenas 12 foram incluídos para análise.	A dificuldade afeta a qualidade de vida das pessoas, principalmente para a saúde da mulher e é impactante no processo de adoecimento da população negra e nas barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde.
Paulista et al. (2019)	Revisão Sistemática	203 artigos encontrados nas bases de dados PubMed, LILACS e Embase. Apenas 13 foram incluídos para análise.	Diante das desigualdades raciais, natureza social e econômica, a acessibilidade aos serviços de saúde torna-se diferenciado para determinados indivíduos. Por essa razão, os profissionais de saúde deveriam garantir atendimento à população negra no mesmo nível prestado aos demais grupos sociais para romper tais barreiras de acesso aos bens e serviços de saúde.
Candido et al. (2019)	Qualitativo	262 estudantes selecionados para pesquisa e 166 participaram dos dois momentos de coleta de dados. Foi apresentado um caso clínico hipotético referente às condutas clínicas sobre o paciente preto e o paciente branco.	Sugere-se a atribuição de menor autonomia dos pacientes negros, em comparação aos brancos, bem como de maior frequência de responsabilização pelos casos de insucesso clínico do tratamento. A má conduta do profissional também exemplifica um caráter discriminatório dos profissionais de Odontologia.
Bell et al. (2017)	Qualitativo	Comparação dos dados obtidos de um estudo transversal (Exploring Health Disparities in Integrated Communities-EHDIC) e uma amostra nacional (National Health Interview Survey- NHIS), a fim de determinar se há correlação entre a autoavaliação em saúde e o contexto social.	No NHIS observou-se que os negros tendiam a avaliar sua saúde como regular ou ruim em comparação com os brancos. O EHDIC apontou que não houve diferença racial na autoavaliação em saúde. Esses resultados sugerem que em comunidades socialmente integradas, como as deste estudo, as disparidades raciais são diminuídas.

Matos et al. (2018)	Quantitativo	115 indivíduos responderam ao questionário a respeito da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	75,65% dos indivíduos sabiam da existência da política, no entanto, a maioria alegou nunca ter lido sobre a mesma; 94,78% consideram a PNSIPN necessária e importante para o alcance da equidade no SUS e 16,52% acreditam que as políticas tendem a reforçar a discriminação racial.
Sandes et al. (2018)	Transversal	Aplicação de questionários para 669 idosos, residentes de comunidades quilombolas, em Minas Gerais. Foram realizadas perguntas acerca das condições subjetivas e objetivas de saúde bucal.	Os resultados obtidos apontam para condições precárias de saúde oral e alto índice de edentulismo no grupo pesquisado. Observou-se a necessidade de uma atenção adequada, bem como a implementação de políticas públicas que atendam às demandas desse grupo populacional.
Bailey et al. (2017)	Revisão Sistemática	Coleta de dados realizada nas bases de dados: Web of Science, PubMed e Google Scholar. Utilizou-se as palavras-chave: "Racism", "health". Foram selecionados 94 artigos na língua inglesa, publicados entre janeiro de 2000 e fevereiro de 2016.	O racismo estrutural desenvolveu um papel importante na formação dos determinantes sociais no perfil de saúde da população dos EUA.
Werneck (2016)	Revisão da Literatura	NI	Há escassez de estudos na literatura científica acerca da saúde da mulher negra, impossibilitando o reconhecimento das origens desta lacuna social. As reivindicações do Movimento Negro e Movimento de Mulheres Negras representaram forte expressão na implementação do SUS e Reforma Sanitária, no entanto, ainda não existem mecanismos diretos de enfrentamento das barreiras racistas quanto ao acesso à saúde.

Legenda: NHIS: National Health Interview Survey; EHDIC: Exploring Health Disparities in Integrated Communities; PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; EUA: Estados Unidos da América; SUS: Sistema Único de Saúde; NI: Não informado.¹

Quadro II – Artigos científicos selecionados nesta revisão sobre Principais Políticas Públicas voltadas para população negra (período de busca: 2015-2020).

AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	RESULTADOS
Neto et al. (2015)	Transversal	391 entrevistados a partir de questionários estruturados com 6 (seis) questões a respeito de fatores socioeconômicos e 16 questões dicotômicas sobre a PNSIPN. Foram selecionadas pessoas negras e pardas com idade acima de 18 anos.	90,5% dos entrevistados não conheciam qualquer política ou ação voltada para a população negra; 60,9% afirmaram a importância destas ações. Em contrapartida, 52,7% declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial na área da saúde.
Matos et al. (2018)	Quantitativo	115 indivíduos responderam ao questionário a respeito da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	75,65% dos indivíduos sabiam da existência da política, no entanto, a maioria alegou nunca ter lido sobre a mesma; 94,78% consideram a PNSIPN necessária e importante para o alcance da equidade no SUS e 16,52% acreditam que as políticas tendem a reforçar a discriminação racial.

Legenda: PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.²

DISCUSSÃO

De acordo com o Art. 196. da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, a qual pode ser garantida por meio da assistência à saúde de forma igualitária e universal⁽¹⁶⁾. No entanto, observa-se que apesar da implementação de políticas públicas, a distribuição dos serviços de saúde ainda é realizada de forma desigual e excludente no SUS⁽¹⁷⁾.

Essas iniquidades no serviço de saúde afetam a população negra e originam-se de práticas institucionais, as quais reproduzem sistematicamente a segregação étnico-racial⁽⁴⁾. Para Bailey (2017)⁽¹⁸⁾, esta temática é pouco discutida entre os profissionais e acadêmicos da área de saúde, bem como os formuladores de políticas, o que contribui para a ocorrência do racismo institucional. Deve existir, portanto, a necessidade da inserção dessa discussão na equipe de saúde, dada a sua importância no meio social⁽¹⁹⁾. A educação em saúde, dissociada de um formato subjetivo da percepção no processo saúde-doença, não condiz com os princípios e diretrizes previstos pelo SUS⁽¹⁹⁾.

É indissociável que as questões que envolvem o processo de saúde-doença da população negra perpassam por fatores genéticos e biológicos⁽¹⁹⁾. Loureiro e Rozenfeld (2005)⁽²⁰⁾, assim como Werneck (2016)⁽⁷⁾, salientaram que o grupo étnico afrodescendente está propenso a desenvolver determinadas doenças sistêmicas que apontam a diferença nos perfis de adoecimento entre os grupos étnicos. Alguns artigos reportam o alto índice de adoecimento e morte desta população⁽¹⁶⁾,

e este adoecimento pode ser confirmado, por exemplo, pela predisposição para a ocorrência da hipertensão arterial (HA), sobretudo, devido a fatores socioeconômicos e genéticos.

Entretanto, observa-se que os negros apresentam maiores indicadores para o desenvolvimento dessa condição sistêmica⁽²¹⁾. Embora seja uma doença comum na população negra, quando se percorre no âmbito odontológico, nota-se ainda que os cirurgiões-dentistas encontram dificuldades na realização de procedimentos nesses pacientes, devido ao receio quanto à interação medicamentosa com os anti-hipertensivos e o uso de anestésicos locais com vasoconstritores^(22,23).

A insegurança e dificuldades observadas no atendimento odontológico à população negra talvez sejam fatores que influenciam na qualidade do serviço prestado, assim como no benefício à saúde do paciente. Deve-se acreditar que a atuação do profissional de saúde é fundamental na rede básica no controle e detecção da HA, seja através do diagnóstico, conduta terapêutica ou na educação em saúde. Diante disso, foi criado o Plano Nacional de Reorganização da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, o qual visa a realização de campanhas e palestras educativas, além de fornecer medicamentos de forma gratuita⁽²⁴⁾.

As disparidades raciais observadas no âmbito da saúde são altamente documentadas⁽¹³⁾, visto que a distribuição desses serviços se diferencia de acordo com a etnia, área de residência e a situação socioeconômica dos seus usuários^(14,25). Esse cenário evidencia que, mesmo após a abolição da escravidão, os privilégios da elite branca permaneceram em uma constância, no entanto, os negros não tiveram oportunidades equivalentes. Ainda, as práticas das políticas reparadoras podem privilegiar o público que a utiliza, bem como fomentar a discriminação racial⁽¹⁹⁾. Tendo em vista a necessidade de um programa que vise diminuir as iniquidades sociais, o SUS é o grande modelo adotado⁽²⁶⁾, logo, torna-se relevante entender que a sua implantação propiciou o aumento do acesso aos cuidados de saúde⁽¹²⁾, além de democratizar a qualidade dos serviços oferecidos⁽²⁷⁾.

Para Bell et al. (2017)⁽¹³⁾, o contexto racial tornou-se um reflexo da falta de integralidade da comunidade. Tal raciocínio ratifica a ideia de que o racismo institucional transpassa relações interpessoais, ou seja, estende-se na organização e funcionamento das instituições⁽⁴⁾. Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS), associado à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), criada em 2003, a qual objetiva o enfrentamento do racismo no Brasil⁽²⁸⁾, implementaram políticas públicas voltadas à população negra⁽²⁹⁾. Em 2004, tais órgãos assinaram o Termo de Compromisso que visava a promoção da igualdade racial no SUS⁽¹⁾.

A partir da união de projetos e ações advindas de grupos e instituições sociais envolvidos na criação e implementação da Política Nacional de Saúde, em 2004, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde. Este, veio abarcado de propostas que visam promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, no qual está correlacionado ao provimento de serviços de qualidade oportunos e humanizados, além de assegurar a equidade na atenção básica à saúde⁽³⁰⁾.

Em 16 de Agosto de 2005, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, a qual instituiu no SUS diretrizes que objetivavam promover a assistência às pessoas diagnosticadas tardiamente ou pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal^(5,31). Outro programa relevante criado em agosto de 2005, o qual prevê que a homofobia, sexismo e racismo são agravantes de vulnerabilidade na ocorrência do HIV/AIDS, é o Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. A partir do movimento negro junto ao Programa Nacional de DST e Aids (PNDST/AIDS), Secretaria de Estado dos Direitos

Humanos (SEDH), Ministério da Educação (MEC), SEPPIR e MS, esse programa tem como principal objetivo promover equidade nos direitos humanos da população negra^(5,32).

Em 10 de Novembro de 2006, a PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém apenas em 2009 a mesma entrou em vigor^(1,7,8, 29). De acordo com Neto et al. (2015) e Batista et al. (2013), a PNSIPN foi criada a fim de assegurar a equidade no que diz respeito ao cumprimento do direito à saúde da população negra, nos âmbitos de atenção, prevenção e promoção, dentre outros segmentos^(8,33).

Neto et al. (2015)⁽¹⁹⁾ e Matos et al. (2018)⁽³³⁾ realizaram seus estudos com foco na PNSIPN. De acordo com os resultados obtidos, notou-se que há falta de conhecimento, tanto da população quanto dos profissionais de saúde, sobre políticas e ações em saúde que abarquem as necessidades do grupo étnico em questão. Além disso, a maioria dos participantes responderam que a implementação de políticas reparadoras é de extrema importância. Em contrapartida, declararam que a PNSIPN e outras políticas podem, de fato, colaborar com a reprodução da discriminação racial no âmbito da saúde. Os resultados nas duas pesquisas apontam para a necessidade da discussão da temática racial com a população em geral, bem como os profissionais de saúde, a fim de desenvolver construções sociais que proporcionem a reflexão acerca do objetivo das ações reparadoras em saúde^(19,27,33).

Ainda de acordo com Neto et al. (2015) os indivíduos de baixa renda relataram, em sua maioria, que já sofreram racismo no atendimento à saúde⁽³³⁾. Tal resultado é reforçado por Werneck (2016)⁽⁷⁾ e Silva et al. (2020)⁽¹⁶⁾, visto que os autores salientaram que, apesar da participação do Movimento Negro e de Mulheres Negras na busca por melhores condições de saúde e de sua contribuição na construção de um processo democrático no SUS e na Reforma Sanitária, ainda não existem mecanismos explícitos de enfrentamento às barreiras de acesso à saúde provenientes do racismo.

Partindo dessa premissa, entende-se por racismo estrutural toda forma pela qual a sociedade desenvolve cenários discriminatórios nos âmbitos sociais⁽¹⁸⁾. Todavia, pode-se observar que, em comunidades integradas racialmente, não existem grandes disparidades na atenção à saúde⁽¹³⁾. Sem dúvidas, os fatores sociais favorecem a diferença no acesso aos serviços de saúde para determinados indivíduos⁽¹⁰⁾. Por essa razão, os profissionais de saúde deveriam garantir atendimento à população negra no mesmo nível prestado aos demais grupos sociais, tendo em vista que a má conduta dos profissionais também é uma fonte discriminatória dos profissionais da Odontologia^(3,10).

Os quadros 1 e 2 apresentam dados gerais dos artigos utilizados neste estudo, publicados nos últimos 5 (cinco) anos. As informações incluem: autoria, ano de publicação, tipo do estudo, principais características metodológicas e os respectivos resultados obtidos. No quadro 1 encontram-se artigos que tratam sobre o acesso à saúde da população negra e no quadro 2 constam informações acerca de artigos que abordam as principais políticas públicas voltadas para esta população. Pode-se observar a escassez de estudos recentes acerca das políticas públicas, com apenas dois artigos publicados nos últimos 5 (cinco) anos que tratem desse assunto.

CONCLUSÃO

No contexto de atenção à saúde da população negra, observa-se que a implementação de políticas públicas, apesar de beneficiar esse grupo, não é suficiente para sanar suas necessidades. Isso porque a falta de integralidade se dá por meio da marginalização imposta pela sociedade e da prática do racismo institucional de forma velada.

A população afrodescendente possui predisposição para o desenvolvimento de determinadas doenças, o que pode gerar agravos oriundos da negligência no atendimento, da falta de capacitação do profissional e dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Portanto, são necessários mais estudos baseados em evidências científicas para o melhor entendimento das principais necessidades de saúde dos diferentes grupos étnicos, em especial a população negra, a fim de diminuir as iniquidades sociais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em 10/08/2021.
2. Guimarães ASA. Preconceito de cor e racismo no Brasil. Rev. Antropol. 2004;47(1):9-43. doi: 10.1590/S0034-77012004000100001.
3. Candido LC, Finkler M, Bastos JL, Freitas SFT. Conflitos com o paciente, cor/raça e concepções de estudantes de Odontologia: uma análise com graduandos no Sul do Brasil. Physis. 2019;29(4):1-19. doi: 10.1590/s0103-73312019290410.
4. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface: Comunic., Saúde, Educ. 2012;16(40):121-134. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Acesso em 10/08/2021.
6. Calabrese SK, Earnshaw VA, Underhill K, Hansen NB, Dovidio JF. The Impact of Patient Race on Clinical Decisions Related to Prescribing HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP): Assumptions About Sexual Risk Compensation and Implications for Access. AIDS Behav. 2014;18:226-240. doi: 10.1007 / s10461-013-0675-x.
7. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016;25(3):535-549. doi: 10.1590/S0104-129020162610.
8. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde debate. 2013;37(99):681-690. doi: 10.1590/S0103-

11042013000400016.

9. Costa ANF, Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Queiroz LMG, Barboza CAG. Conduta Odontológica em Pacientes Hipertensos. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2013;17(3):287-292.doi: 10.4034/RBCS.2013.17.03.12.
10. Paulista JS, Assunção PG, Lima FLT. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(4):1-10.doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453>.
11. Steele J, Shen J, Tsakos G, Fuller E, Morris S, Watt R, Guarnizo-Herreño C, Wildman J. The Interplay between Socioeconomic Inequalities and Clinical Oral Health. *J Dent Res*. 2014;94(1):19-26.doi: 10.1177/0022034514553978.
12. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(9):1829-1842. doi: 10.1590/0102-311X00151412.
13. Bell CN, Ronald J, Thorpe RJ Jr, LaVeist TA. The Role of Social Context in Racial Disparities in Self-Rated Health. *J Urban Health*. 2017;95(1):13-20.doi: 10.1007/s11524-017-0211-9.
14. Nelson AR. Unequal Treatment: Report of the Institute of Medicine on Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. *Ann Thorac Surg*. 2003;76(4):1377-1381.doi: 10.1016 / s0003-4975 (03) 01205-0.
15. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter*. 2007;11(1):83-89.doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.
16. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180834.doi: 10.1590/0034-7167-2018-0834.
17. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-2875. doi 10.1590/S1413-81232012001100002.
18. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017;389:1453-1463.doi: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
19. Matos CCSA, Tourinho FSV. Health of the Black Population: perception of residents and preceptors of Family Health and Family and Community Medicine. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2018;13(40):1-12.doi: 10.5712/rbmfc13(40)1712.
20. Loureiro MM, Rozenefeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(6):943-949.doi: 10.1590/S0034-89102005000600012.
21. Machado MC, Pires CG da S, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc Saúde Colet* 2012;17(5):1365-1374.doi: 10.1590/S1413-81232012000500030.
22. Carvalho VAP, Borgatto AF, Lopes LC. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de São José dos Campos sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;

15(Supl. 1):1773-82.doi: 10.1590/S1413-81232010000700089.

23. Oliveira AEM, Simone JL, Ribeiro RA. Pacientes hipertensos e a anestesia na Odontologia: devemos utilizar anestésicos locais associados ou não com vasoconstritores? HU Revista. 2010;36(1):69-75.ID: lil-565108. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/879> Acesso em 10/08/2021.
24. Nascimento EM, Santos MF, Martins VM, Cavalcanti AL, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão: um estudo de intervenção. RFO. 2011;16(1):30-5.doi: 10.5335/rfo.v16i1.1042.
25. Greene VA. Underserved elderly issues in the United States: burdens of oral and medical health care. Dent Clin North Am. 2005;49(2):363-376.doi: 10.1016/j.cden.2004.11.001.
26. Costa AM. Promoção da equidade em saúde para a população negra. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2011;13(2):100-106. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a01.pdf> Acesso em 10/08/2021.
27. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. Cad. Saúde Colet. 2018;26(4):425-431.doi: 10.1590/1414-462X201800040415.
28. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude> Acesso em 10/08/2021.
29. Lima M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. Novos estud.-CE-BRAP. 2010;87:77-95.doi: 10.1590/S0101-33002010000200005.
30. Guimarães RB, Ribeiro EAW. Plano Nacional de Saúde e o Lugar Social em Disputa. Saúde Soc. São Paulo. 2009;18(4):609-619.doi: 10.1590/S0104-12902009000400005.
31. Máximo C. Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no Estado do Rio de Janeiro e os Desafios da Descentralização. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25582.pdf> Acesso em 10/08/2021.
32. Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(3):497-507.doi: 10.1590/S0102-311X2007000300002.
33. Neto JAC, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20:1909-16.doi: 10.1590/1413-81232015296.17212014.