
SER Social

PANDEMIA DE COVID-19 E POLÍTICAS SOCIAIS
Brasília (DF), v. 25, nº 51, julho a dezembro de 2022

A pandemia de Covid-19 no Brasil e os desafios na garantia da saúde da população negra

The Covid-19 pandemic in Brazil and the challenges in ensuring the health of the black population

La pandemia de Covid-19 en Brasil y los desafíos para garantizar la salud de la población negra

Entrevistada: Edna Maria de Araújo¹
<http://orcid.org/0000-0003-1643-2054>

Entrevistadora: Lucélia Luiz Pereira²
<http://orcid.org/0000-0001-9722-143X>

Entrevistador: Cristiano Guedes³
<http://orcid.org/0000-0001-6908-2604>

Recebido em: 05/05/2022

Aprovado em: 29/06/2022

1 Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em nível de Mestrado e Doutorado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana e do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Integrante do Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

2 Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde e Mestre em Política Social. Docente do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas/UnB.

3 Assistente Social. Doutor em Ciências da Saúde e Mestre em Sociologia. Docente do Curso de Graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Integrante do Grupo de Pesquisa Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas/UnB.

Resumo: A crise sanitária resultante da pandemia de Covid-19 no Brasil foi uma oportunidade para que a comunidade acadêmica analisasse a centralidade do direito universal à saúde e a defesa do SUS para combater as desigualdades. Esta entrevista foi realizada com a pesquisadora Dr^a. Edna Maria de Araújo, cuja trajetória acadêmica e participação nos movimentos sociais contribuíram para a sua destacada e reconhecida atuação na proteção de direitos da população negra brasileira durante a pandemia. A entrevista revela como as repercussões da Covid-19 foram ainda mais acentuadas para a população negra, população historicamente negligenciada no acesso à saúde no Brasil, e quais medidas foram adotadas para a preservação ou reivindicação da proteção do direito à saúde.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19. População negra. Políticas de saúde. Racismo.

A chegada da pandemia de Covid-19 ao Brasil foi uma oportunidade para mostrar como o direito universal à saúde e a preservação do SUS são fundamentais para a redução das desigualdades sociais em saúde, em especial para populações historicamente negligenciadas pela agenda de saúde pública, como a população negra. Medidas como a do distanciamento social, o uso de máscaras e o uso de álcool para higienizar as mãos como meios de se prevenir contra a Covid-19 foram um desafio extraordinário para grande parcela da população que já estava desempregada ou perdeu o trabalho, que habitava em regiões sem saneamento básico, residia em moradias com grande número de pessoas e dependia do transporte público para buscar meios de subsistência. Os efeitos da pandemia para a população negra foram ainda mais severos se comparados aos do restante da população, um fato observado tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos. O racismo oprime vidas nos dois países, conforme mostrou estudo da Dr^a. Edna Maria de Araújo, cuja atuação, desde o início da pandemia, na defesa dos direitos da população negra, foi de importância destacada e alvo de reconhecimento nacional e internacional.

A população negra brasileira tem vivenciado os efeitos da pandemia de forma desproporcional, devido ao racismo institucional e à sua maior vulnerabilidade social e econômica, bem como restrições históricas de acesso a direitos sociais, como educação, habitação, água e serviços de saneamento básico, trabalho e renda, dentre outros. Soma-se a isso a maior prevalência de doenças crônicas nessa população, estando mais exposta aos riscos de contaminação e agravamento pela Covid-19. Apesar deste contexto, no início da pandemia, o quesito raça/cor não foi

incluído nos formulários dos sistemas de informação em saúde, o que impediu a desagregação por raça/cor. Após mobilização e reivindicação das organizações da sociedade civil, o quesito raça/cor passou a fazer parte dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde; no entanto, os dados de notificação são incompletos, o que impede uma análise mais aprofundada do impacto da Covid-19 entre negros e brancos.

Em que pesem a subnotificação dos registros dos casos de Covid-19 e a insuficiência de informações desagregadas por raça/cor, os dados coletados mostram que a população negra sofre de forma mais severa os efeitos da pandemia. Dados de pesquisa realizada em São Paulo mostra que as maiores taxas de mortalidade são de pessoas negras⁴. Os desfechos negativos para negros e negras foram apontados também em estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da PUC-Rio, que mostrou que a taxa de letalidade de pessoas pretas e pardas foi de 58,8%, enquanto que a taxa entre os brancos foi de 37,9%⁵. Essas e outras pesquisas mostram a magnitude das desigualdades sociais e raciais em saúde e a necessidade de darmos maior visibilidade aos estudos sobre Covid-19 e às diferenças por raça/cor, mostrando a importância do enfrentamento do racismo e a necessidade de promover a equidade em saúde.

Lucélia Pereira: Professora Edna, primeiro, gostaríamos de agradecer imensamente o aceite do nosso convite para participar desta entrevista. Para iniciar, gostaríamos que falasse sobre seu envolvimento com o tema de racismo e saúde e como você analisa as expressões do racismo no campo da saúde.

Edna Araújo: Eu queria começar falando da vivência pessoal com o racismo e da minha trajetória de luta na perspectiva antirracista. A minha experiência com o racismo é de quando eu era criança e já sofria discriminação na escola. Eu não entendia por que eu era tratada de uma forma diferente. A minha professora me falava que eu tinha que pedir minha mãe para pentear o meu cabelo quando eu achava que meu cabelo estava penteado. E, depois disso, o meu contato com o racismo continuou na minha adolescência, quando meu couro cabeludo foi queimado várias

4 NISIDA, V. C.; CAVALCANTE, L. A. Racismo e impactos da Covid-19 na população da cidade de São Paulo. Revista Brasileira de Direito Urbanístico (RBDU), Belo Horizonte: Fórum, v. 6, nº 10, p. 151–174, 2020.

5 NOIS. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde. Nota Técnica 11. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil. PUC-Rio, Rio de Janeiro, 27 maio 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkkklykdO/view>>. Acesso em: 16 maio 2022.

vezes. Acho que isso aconteceu comigo e com muitas meninas negras, porque, na nossa inocência, achávamos que, se alisássemos os cabelos, seríamos mais facilmente aceitas, porque ficaríamos mais “próximas” do modelo branco europeu, embora, naquela época, não tivéssemos nenhuma noção da perversidade do racismo. Eu me lembro de que a pessoa que alisava o meu cabelo utilizava fogão de carvão, onde ela esquentava um instrumento de ferro, parecido com o que se chama hoje de chapinha, passava no meu cabelo e, por várias vezes, queimou o meu couro cabeludo. Eu e tantas outras meninas negras passávamos por essa tortura; porém, não tínhamos a capacidade de fazer uma avaliação crítica disso e nos insurgir. A gente achava que deveria se adaptar, principalmente se nós quiséssemos ter namorado. Mais tarde, na fase adulta jovem, eu comecei a perceber que não adiantava o sacrifício de alisar os cabelos, porque eu iria continuar sendo discriminada por ser negra. Instintivamente, eu sempre coloquei a escola como algo central na minha vida e foi pelos estudos que eu pude compreender melhor que o Brasil é um país racista e que esse racismo está impregnado e atuante, o tempo todo, na estrutura da nossa sociedade. Prova disso é que, mesmo com muitas dificuldades, eu consegui estudar nas instituições públicas e alcancei mobilidade econômica, que me fez escapar da pobreza e da exclusão social, mas isso não me fez escapar do racismo, já que, até hoje, eu ainda sofro discriminação racial. A minha entrada na universidade para cursar a graduação não me deixou esquecer alguns episódios que vivenciei durante a minha infância e adolescência e que eu considerava injustos. Por exemplo: quando eu era criança, eu me lembro de ter presenciado várias vezes outras crianças da minha idade jogar pedras em pessoas negras que perambulavam pelas ruas e eram chamadas de “loucas”. Eu já pensava sobre isso, considerava injusto e me indagava: “por quê?”. Aí, fui decidindo que os meus estudos também serviriam para eu buscar respostas para o que sempre me incomodava e, à medida que eu estudava, fui compreendendo mais a história das injustiças. Não a história contada nos livros tradicionais que a escola indicava, porque infelizmente a história contada naqueles livros era para desencorajar, desqualificar o assumir-se negra, mas eu fui procurando alternativas, lendo outros livros, participando de alguns movimentos, participando de eventos e conversando com as pessoas mais velhas que eu admirava e sabia que tinham algo a me ensinar. Eu preciso dizer que todas essas experiências me impulsionaram a entrar na universidade em um curso da área da Saúde. Logo que terminei o segundo grau, para a minha sorte, foi criado o curso de Enfermagem na Universidade Estadual

de Feira de Santana. Então, eu fiz a minha graduação em Enfermagem e Obstetrícia, já que não podia ser a Medicina, como eu sempre desejei, porque este curso somente era oferecido na capital e eu morava no interior e minha família não tinha ninguém que morasse na capital e nem tinha condições de me manter em outra cidade. Já cursando Enfermagem, eu era muito questionadora, fiz parte do colegiado do curso, me aproximei timidamente do movimento estudantil e fui me empoderando e observando com uma visão crítica sobre qual era a realidade da área da Saúde. Seis anos depois de formada em Enfermagem, fiz concurso público para a Secretaria de Saúde da Bahia e, no mesmo ano, fiz concurso para ensinar numa universidade estadual. Eu me apaixonei pela docência e resolvi fazer carreira acadêmica. Ingressei no mestrado em Saúde Coletiva e, dois anos depois, no doutorado também em Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Bahia, já tendo uma visão crítica sobre como o racismo se expressa no campo da Saúde. No mestrado, trabalhei com as mortes por causas externas e pude constatar a sobremortalidade de jovens negros por homicídio. No doutorado, continuei com o mesmo tema, mas com foco nas desigualdades raciais. Buscando aprender mais sobre o racismo na Saúde, me submeti e fui aprovada na seleção de uma bolsa da CAPES para fazer o estágio sanduíche no exterior. Fui para a Universidade da Carolina do Norte – Chapel Hill, nos Estados Unidos, porque eu já sabia da existência, naquela universidade, de grupos de pesquisa sobre raça e saúde e, dessa forma, pude fundamentar melhor a relação entre morte violenta e racismo. Retornei para o pós-doutorado na mesma universidade, tendo como foco de investigação raça e saúde. A minha aproximação com a literatura internacional na área da Saúde Pública e da Epidemiologia me fez compreender ainda mais sobre as análises que podem ser feitas para comparar os diferenciais raciais entre negros e brancos, me fez ver que, quando se comparam os resultados em saúde entre a população negra pobre e a população branca pobre, sempre os piores resultados são observados para a população negra e pobre, mesmo quando se ajusta pela condição socioeconômica. Então, todas essas vivências e pesquisas me fizeram direcionar o meu foco de investigação para as desigualdades sociais em saúde e, especialmente, na saúde da população negra numa perspectiva comparativa.

Cristiano Guedes: Professora Edna, a senhora contou um pouco da sua trajetória de vida e de como foi observando, desde a graduação, essas desigualdades no âmbito da Saúde. Agora, nós tivemos um evento muito recente, uma crise sanitária, a pandemia de Covid-19. Eu queria ouvir

um pouco a senhora sobre como a pandemia contribuiu para deixar ainda mais visíveis essas desigualdades no âmbito do direito à saúde no Brasil.

Edna Araújo: A pandemia chegou sem a gente saber muito sobre ela, mas imediatamente nós tivemos informações dos organismos internacionais de saúde, que orientavam quais eram as medidas básicas que deveriam ser tomadas para o enfrentamento da Covid-19. E aí já podíamos perceber que aquelas recomendações básicas – como ter material de limpeza na casa, lavar as mãos, utilizar álcool em gel, utilizar máscaras específicas etc. – eram orientações que a maioria das populações em situação de vulnerabilidade não tinha condições de atender, por falta de recursos financeiros, falta de acesso à informação e à água. A recomendação da Organização Mundial da Saúde, por exemplo, de distanciamento físico, não foi possível de ser atendida por grande parte das pessoas que mora nas comunidades, nas periferias, porque – como a gente sabe – muitas vezes, em uma casa minúscula de uma comunidade, moram três, quatro famílias. Então, como fazer distanciamento físico com essas condições? E a recomendação de trabalhar em casa? Como uma população excluída do mercado de trabalho, que não tinha emprego, iria sobreviver? Porque uma boa parte da população negra e, claro, pobre, já que a maioria da população negra é pobre, obtém o seu sustento na informalidade, vendendo bugigangas nos semáforos ou recolhendo material na rua para reciclar. Por outro lado, as pessoas negras que têm emprego, em sua grande maioria, exercem funções que, na pandemia, foram consideradas essenciais, como motoristas de ônibus coletivo, motoristas de ambulâncias, maqueiros, serviços gerais, cuidadores de idosos, vendedores de padaria, farmácia e técnicos da área da Saúde, seja trabalhando em unidades básicas ou em hospitais. Sem falar no grande contingente de trabalhadoras e trabalhadores domésticos que, mesmo no contexto da pandemia, seus patrões, na sua maioria, não quiseram continuar pagando o salário com a trabalhadora estando afastada do trabalho. Então, a pandemia tem contribuído para dar visibilidade a todas essas desigualdades e, no tocante ao direito à saúde, pesquisas realizadas no Estado de São Paulo, nos primeiros meses da pandemia, mostraram que a população branca foi mais hospitalizada, mas as maiores taxas de mortalidade ocorreram entre a população negra. Esses resultados somente puderam ser obtidos porque o município de São Paulo fez o registro dos casos de Covid-19 segundo marcadores de raça e cor, de

forma independente⁶. No segundo semestre de 2021, pesquisa realizada pelo grupo de pesquisa do GT Racismo e Saúde da Abrasco evidenciou altas taxas de hospitalização e mortalidade para a população negra⁷. Vale destacar que esses resultados foram observados a despeito da grande subnotificação da variável raça e cor nos sistemas de informação relacionados à Covid-19. Todas as iniquidades sociais que já eram observadas pelos movimentos sociais e pesquisadores ficaram ainda mais evidentes com a pandemia de Covid-19.

Lucélia Pereira: E ainda nessa linha de considerar as perspectivas das iniquidades em saúde, como você analisa a pandemia? Você pensa que é uma crise sanitária? Você acha que existem outras crises envolvidas?

Edna Araújo: A pandemia pela Covid-19 é uma crise sanitária que poderia ter sido minimizada ou mesmo não estar ocorrendo. Recentemente, tive a oportunidade de ouvir um debate liderado por um colega, o professor Luís Eugênio Portella, que, juntamente com outros colegas, estavam em um seminário cujo título era: “O fracasso no enfrentamento da pandemia pela Covid-19 em nível global”, em que eles chamavam a atenção para uma questão bastante importante, que é o alerta que vem sendo feito desde o final dos anos de 1990, por organismos internacionais da área da Saúde, sobre a alta probabilidade de ocorrência de epidemias e, conseqüentemente, pandemias. Eles argumentaram que a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e um alto comitê de doenças transmissíveis dos Estados Unidos já alertavam, há alguns anos, que era necessário se aprender com os surtos e as epidemias, como a epidemia de ebola, e – a partir disso – planejar, se preparar para as prováveis pandemias que poderiam advir. As previsões eram de que poderiam ocorrer novos surtos, epidemias ou pandemias determinadas por vírus conhecidos ou não e que era necessário que os países se preparassem para isso. Nesse seminário, foi informado ainda que, do ano de 2000 para cá, foram feitas várias tentativas pelos organismos de saúde para reunir os líderes mundiais, principalmente depois das epidemias de influenza, gripes aviária e suína, para as lideranças mundiais debaterem e deliberarem

6 *Links* de acesso aos trabalhos: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Informativo-8-Disparidades-raciais-no-excesso-de-mortalidade-em-tempos-de-Covid-19-em-São-Paulo_final.pdf> e <<https://polis.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Racismo-e-impactos-da-COVID-19-na-populacao-da-cidade-de-Sao-Paulo-1.pdf>>.

7 *Link* de acesso ao trabalho: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf>.

as providências a serem tomadas, mas essa reunião simplesmente não pôde ser realizada, porque nenhum líder quis debater sobre essa questão, ou seja, não deram importância. Então, chega a pandemia da Covid-19. Na realidade, podemos dizer que é uma crise sanitária anunciada. Vale ressaltar que, nos países que, como o Brasil, estão vivenciando contextos políticos negacionistas e genocidas, o estrago feito por uma pandemia ocasiona sequelas e mortalidade de uma forma muito mais potente, e é isso o que estamos constatando em nosso país. O estrago não tem sido pior porque temos um Sistema Único de Saúde, que – mesmo funcionando de forma precarizada – salvou e continua salvando muitas vidas. Ademais, é preciso lembrar que, antes da pandemia pela Covid-19, já vivíamos várias crises sanitárias no Brasil, responsáveis por situações de penúria e mortalidade, como, por exemplo, a insegurança alimentar, os altos índices de violência, o desemprego, a concentração de renda etc., já que tudo isso tem impacto na qualidade de vida e saúde da população, e a situação é ainda pior para quem já vive em situação de vulnerabilidade. É óbvio que a pandemia traz algo maior, mas a gente observa que muitos políticos tomam a pandemia como a grande causadora de todos os problemas, de todas as misérias, como uma forma, inclusive, de justificar o injustificável.

Cristiano Guedes: Considerando algumas pesquisas que a senhora desenvolveu nos últimos anos sobre a questão da inserção de dados sobre cor e raça, como a senhora avalia a inserção desses dados nos sistemas de informação oficiais do governo brasileiro, durante a pandemia, para monitorar a Covid-19?

Edna Araújo: Dentre algumas medidas que nós, do GT Racismo e Saúde, tomamos logo no início da pandemia, está a publicação de notas técnicas que chamavam a atenção para a necessidade de mitigação dos impactos da pandemia justamente para os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade representados, na grande maioria, pelas populações negras e indígenas⁸. Em uma dessas notas, fizemos algumas recomendações ao Ministério da Saúde; dentre as quais, a importância da publicação dos dados da pandemia desagregados por raça e cor. Por quê? Porque nós, pesquisadoras e pesquisadores negros e não negros, precisávamos saber como é que estavam sendo os impactos da pandemia para essas populações. Por todo o contexto de desigualdade social neste país, nós já

8 *Link* de acesso ao trabalho: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf>.

imaginávamos um pior impacto para a população negra e indígena, mas precisávamos ter isso registrado e, a partir desses dados, desagregados por raça e cor, poderíamos inclusive avançar em pesquisas mais robustas sobre as iniquidades ampliadas pela pandemia. Essa recomendação foi feita porque pesquisamos vários boletins epidemiológicos logo no primeiro mês e meio da pandemia, e a gente via que nesses boletins, publicados pelo Ministério da Saúde, não constavam os dados sobre raça e cor das vítimas da pandemia. Esse não registro não é algo novo, já que, ao longo de muitos anos, intelectuais negras e negros, junto ao movimento negro, fizeram um trabalho histórico para que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] incluísse, na coleta regular do censo e dos sistemas de informação, as cinco categorias de raça e cor [preta, parda, branca, indígena e amarela], e o Ministério da Saúde incluísse o campo raça/cor em todos os seus Sistemas de Informação em Saúde [SIS], mas até hoje essa inclusão é negligenciada, principalmente pelos SIS. É preciso lembrar que o racismo é baseado na ideologia da supremacia branca, a qual toma a raça e a cor das pessoas e o seu passado de escravização para discriminá-las racialmente. Então, se o racismo está sistematizado nessas bases, para desconstruí-lo é preciso monitorar as desigualdades raciais pela comparação dos resultados em saúde e de toda a dinâmica social segundo as categorias de raça e cor de todos os segmentos que compõem a população. O registro dos dados por categorias de raça e cor assume importância central para os movimentos sociais, o movimento negro, as pesquisadoras, os pesquisadores e para que todas as pessoas envolvidas com a luta antirracista possam ter elementos para ajudar a reduzir iniquidades e contribuir para o bem viver das pessoas. Não foi à toa que, ao mesmo tempo em que nós, do GT Racismo e Saúde, fizemos uma carta ao Ministério da Saúde cobrando a divulgação dos dados da pandemia desagregados por raça e cor, a Coalizão Negra por Direitos e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade também o fizeram. Mas os dados continuaram a ser publicados sem o registro ou o fizeram de forma negligenciada, mesmo existindo uma portaria, a de número 344, de 1º de fevereiro de 2017, que obriga que os profissionais de saúde façam a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo raça/cor que consta nos formulários dos sistemas de informação de saúde. Apesar de todas essas reivindicações, o Ministério da Saúde continuou fazendo de conta que atendeu às nossas reivindicações, mas na realidade passou a divulgar dados desagregados por raça e cor, porém com vários problemas de qualidade, ou seja, a forma com que os dados passaram a ser publicados nos

boletins epidemiológicos não nos permitiu fazer análises robustas para avaliar como estava sendo o impacto da pandemia na população negra e indígena. Em 2021, com o julgamento e o acolhimento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental [ADPF] quilombola, de nº 742, reivindicada pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas [CONAQ], foi determinado à União providenciar a inclusão do quesito raça/cor/etnia no registro dos casos de Covid-19 ocorridos nas populações tradicionais, com notificação compulsória dos casos de contaminação confirmados. Ainda assim, essa determinação do Supremo Tribunal Federal [STF] não foi atendida. E isso nós pudemos evidenciar quando o GT Racismo e Saúde da Abrasco constituiu um grupo de pesquisadoras e pesquisadores para, dentre outras investigações, analisar os SIS relacionados ao registro de dados da Covid-19, e esse grupo de pesquisa evidenciou que, apesar de haver preenchimento do campo raça/cor nesses sistemas, esse preenchimento era bastante variável de um SIS para outro e não estava sendo feito o registro de raça/cor/etnia dos casos de Covid-19 ocorridos nas populações tradicionais. Nós vimos que, mesmo durante uma pandemia, o único sistema de informação em saúde que tem um maior preenchimento do campo raça/cor é o Sistema de Informação de Mortalidade [SIM]. Mas essa constatação já era esperada, porque, historicamente, já observávamos essa maior proporção de preenchimento por esse sistema. Uma das justificativas para isso é que, por se tratar de um sistema que registra os óbitos ocorridos na população e por ser obrigatório o registro de algumas variáveis, até por uma possível demanda judicial na qual seja requerida a Declaração de Óbito [DO], é esperado um melhor preenchimento das variáveis, inclusive do campo referente a raça/cor das pessoas. A constatação de negligência no preenchimento desse campo nos demais SIS levou o grupo de pesquisadoras e pesquisadores do GT Racismo e Saúde da Abrasco a escrever notas técnicas sobre a negligência do Estado em fazer o registro adequado dos dados e, conseqüentemente, sobre a invisibilidade dos impactos da pandemia para essas populações. Essas notas ganharam grande repercussão quando foram publicadas por dois veículos de comunicação de grande reconhecimento no Brasil: a Carta Capital e a Folha de São Paulo⁹. Mais recentemente, foi aceito para publicação na revista Cadernos de Saúde Coletiva um artigo, também escrito por esse

9 *Links de acesso aos trabalhos:* <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaopandemia-negligencia-na-coleta-de-dados-potencializa-vulnerabilidade-da-populacao-negra/>> e <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaop/a-invisibilidade-do-racismo-nos-dados-da-covid-19-artigo-de-edna-maria-de-araujo-ana-paula-nunes-e-vitor-nisida/60871/>>.

grupo de pesquisadoras e pesquisadores, que trata da tendência temporal do preenchimento do campo raça/cor no SIVEP Gripe, no SIM e no SI-PNI, no período da pandemia.

Lucélia Pereira: Professora Edna, ainda nesse processo relacionado à variável raça/cor, sabemos que é histórica a luta para inserir o quesito cor nos sistemas de informações e, com certeza, essa luta ficou mais evidenciada agora na pandemia. Inclusive, no caso das populações quilombolas que temos acompanhado mais de perto, percebemos que os dados são insuficientes. Então, queria sua opinião para saber se essa ausência de dados e a subnotificação do perfil racial seriam estratégias deliberadas do governo para preservar essas práticas racistas, inclusive agora na pandemia.

Edna Araújo: Eu não tenho dúvida de que a má qualidade dos dados de raça/cor e a subnotificação desses dados constituem uma prática racista deliberada. É evidente que existe um descaso geral do Estado no tratamento dos dados da pandemia. Exemplo disso é que, numa pandemia grave, como a de Covid-19, quem está dando as informações sobre os dados da pandemia, de forma geral, é um consórcio de imprensa, quando era esperado que fosse o Ministério da Saúde que estivesse fazendo isso com a seriedade que é necessária diante dessa grave crise sanitária. Infelizmente, além de todos os problemas inerentes a uma pandemia, nosso país está vivenciando um contexto político, social e econômico terrível. Na minha experiência de vida, eu ainda não tinha tido o desprazer de vivenciar tamanho descaso de um governo com sua população. Aliás, o atual governo federal, antes mesmo de ser eleito, já desqualificava a luta das comunidades, a luta da população negra, LGBTQI+ e de outras populações. Todas as lutas sociais foram desqualificadas. Ele já entrou sabendo que existia a Proposta de Emenda Constitucional 95 [PEC 95], que contingenciava ainda mais o financiamento do Sistema Único de Saúde, e ele nada fez para reverter isso, mesmo diante de uma pandemia. Será que teria uma justificativa melhor para este governo ter revogado essa PEC, que foi promulgada no governo Temer? Quem mais utiliza o SUS? Não é a população negra, além de outras populações vulnerabilizadas? Por que os governos não têm buscado fortalecer o SUS, já que quem mais o utiliza é quem vive a condição da desigualdade e da exclusão social?

Cristiano Guedes: A senhora comentou há pouco sobre o GT Racismo e Saúde da Abrasco, uma entidade com papel fundamental e que mostrou mais uma vez isso durante esta pandemia. O GT Racismo

e Saúde é um GT que teve a senhora como uma das fundadoras e coordenadoras. Qual tem sido o trabalho do GT em relação à pandemia de Covid-19 e quais são as estratégias de ação que o GT tem utilizado?

Edna Araújo: O trabalho do GT tem sido incansável, permanente. A gente tem feito muitas ações. Apesar de terem diminuído muito os casos de Covid-19 nos últimos meses, já estamos observando um novo aumento tanto no número de casos quanto no número de óbitos. Nós sabemos que é necessário que a população continue obedecendo a algumas medidas de proteção contra o coronavírus e que a vacina somente não é suficiente para diminuir drasticamente e de forma mais permanente os casos da doença. Nós estamos atentas e atentos às desigualdades ao redor do mundo, inclusive no tocante à vacinação. A vacina tem chegado com um grande atraso, principalmente nos países de pior situação econômica; e, por isso mesmo, há o perigo do surgimento de novas variantes da Covid-19. A qualquer momento, podem surgir novas variantes, então. O GT continua mobilizado e fazendo o seu trabalho em defesa das populações excluídas socialmente. Desde o início, quando a pandemia foi anunciada em março de 2020, o GT se mobilizou imediatamente, até porque nós já sabíamos da situação de penúria e já denunciávamos também a situação de vulnerabilidade social e exclusão de grande parcela da população. A gente já sabia que a população brasileira, que já passava por muitas dificuldades, poderia sofrer um maior impacto da pandemia pela Covid-19. Quando vimos as recomendações dos organismos internacionais de saúde sobre como evitar a doença, sabíamos que era preciso chamar a atenção para medidas que poderiam ser tomadas para mitigar os efeitos da pandemia sobre essas populações. Quando vimos aquele levantamento do Cadastro Único, constatamos que a situação era muito pior do que pensávamos, já que muitas pessoas não tinham nem registro de existência como cidadão. Então, nós intensificamos o nosso trabalho, procurando ver mais amiúde o que poderia ser feito, o que poderia ser recomendado, sobre o que poderíamos chamar a atenção, não somente do governo, mas também dos movimentos sociais, das organizações, associações etc. Na ocasião ou naquele momento, uma das primeiras estratégias foi justamente o que eu falei em relação a exigir do Ministério da Saúde a divulgação dos dados, que era uma coisa primária que deveria ser feita. Outras estratégias foram a publicação das notas chamando a atenção para as dificuldades que a população tinha e o assessoramento a alguns movimentos sociais, alguns organismos, no sentido de compreender melhor o que poderia ser feito

para evitar a contaminação, já que as populações excluídas socialmente são também as que têm mais comorbidades e maior impossibilidade de ficar em casa diante da orientação de manter distanciamento físico. Várias e vários de nós fomos para as comunidades trabalhar, mesmo com a pandemia. Tivemos colegas que foram trabalhar com população de rua, foram reivindicar comida para essas pessoas, que já tinham dificuldades e que, com a pandemia, ficou ainda mais difícil para elas se alimentarem. Foram reivindicar material de limpeza para essas pessoas se higienizarem ou higienizarem suas casas, no caso das pessoas que tinham onde morar, além de reivindicar o álcool em gel para as pessoas passarem nas mãos. Tiveram até que reivindicar que a água chegasse até determinada comunidade, para que as pessoas tivessem condição de tomar banho. Nós também ajudamos alguns coletivos a escrever projetos com vistas a obter ajuda financeira para a compra de material de limpeza, máscaras e mesmo para se deslocarem para as unidades de saúde ou hospitais quando havia suspeita de infecção pelo coronavírus. Por exemplo: nós assessoramos a Associação Feirense de Pessoas com Doença Falciforme, para que ela fizesse um projeto para concorrer a um edital que foi lançado pelo Fundo Baobá para a equidade racial, no qual poderia ser disponibilizada uma quantia de até R\$ 2.500,00 e que foi fundamental para essa associação poder prover seus associados com algum dinheiro para pegar um táxi ou uber até uma unidade de saúde quando sentissem algum sintoma da Covid-19. Nós sabemos que, muitas vezes, eles não têm condições nem de tomar um ônibus coletivo por falta de dinheiro ou até mesmo devido às complicações provocadas pela doença falciforme. Com o dinheiro obtido graças ao Fundo Baobá, a associação pôde comprar também material de limpeza e tecido para fazer máscaras para se proteger. Então, é isso, o GT Racismo, em nível nacional, estava e ainda está produzindo pesquisas, publicando notas técnicas, nos envolvendo em campanhas em prol do fortalecimento do SUS e da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, como é o caso da mobilização nacional em prol dessas causas que mencionamos, promovida pela Aliança Pró-Saúde da População Negra. E, ao mesmo tempo, estamos também, cada um na sua região, fazendo esse trabalho de apoio, de assessoria às populações em situação de vulnerabilidade social.

Lucélia Pereira: Ainda em relação à atuação do GT, você está relatando várias frentes de ação, as várias estratégias que foram utilizadas para garantir a proteção ao direito dessas pessoas, desses grupos

vulnerabilizados. O GT, inclusive, chegou a formular um conjunto de recomendações. Você poderia avaliar essas ações? Se essas recomendações foram recebidas ou incorporadas pelas esferas governamentais, seja federal, estadual ou municipal? Ou seja, como é que foi essa interlocução com o governo?

Edna Araújo: Nós fizemos recomendações que abrangiam desde o macro, ou seja, ações que deveriam ser feitas pelo Estado, até coisas mais simples que poderiam ser feitas em nível local. O que nós vimos é que essas recomendações foram muito mais colocadas em prática, mesmo que parcialmente, por organizações, movimentos sociais e por uma ou outra esfera estadual ou municipal, do que pelo governo federal, porque as recomendações que envolviam o governo federal não foram colocadas em prática. Uma das ações que a gente mais esperava era que a Emenda Constitucional 95 fosse revogada, que voltássemos a ter os programas da Atenção Básica que foram extintos, que não demitissem trabalhadores, principalmente os agentes comunitários de saúde [ACS]; pelo contrário: deveriam ser contratados muitos mais agentes comunitários de saúde para substituir aqueles que já estavam em situação de adoecimento, não pela Covid, mas por outras questões que já vinham se arrastando e esses funcionários não eram afastados ou, quando eram afastados, não havia reposição por outros funcionários. O ACS é um profissional que, para essa pandemia, especificamente, é de uma importância enorme, porque o agente comunitário de saúde vai à casa das pessoas, trabalha segundo a área de abrangência e conhece todas aquelas famílias. Ele sabe quem tem diabetes, quem tem hipertensão, quem tem doença renal, quem está grávida, quem não está. Então, todos esses problemas de saúde e a condição de gestação podem ser responsáveis pelo agravamento do quadro de Covid-19. Sendo assim, quem melhor do que esses profissionais para direcionar as autoridades sanitárias com vistas à redução de danos devido à pandemia? Então, a gente esperava que o governo federal fizesse uma coisa óbvia, que era e continua sendo aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família dos municípios, para que as áreas que estivessem descobertas contratassem mais pessoal para cobrir essas lacunas, e isso não foi feito, isso não foi direcionado, não foi trazido como uma política para o enfrentamento da Covid-19 pelo governo federal. Isso foi feito muito pontualmente em alguns municípios, com todas as limitações, mas por iniciativa dos próprios municípios ou dos estados. Então, as recomendações, de uma maneira geral, foram muito mais absorvidas, colocadas em prática, por organizações e movimentos sociais e muito

pontualmente por uma ou outra esfera municipal e estadual, a depender dos interesses. Por exemplo: aqui, no Estado da Bahia, nós avaliamos que foi bem positivo o enfrentamento da pandemia, porque, apesar de termos um governador do PT e termos um prefeito do DEM, eles fizeram muitas ações combinadas, e a gente avalia que a Bahia, que é um dos Estados do Nordeste que tem uma grande parcela de população em exclusão, não teve um pior impacto da pandemia por conta dessas atividades que foram feitas em conjunto, por estado e município.

Cristiano Guedes: Durante a pandemia, a senhora fez um estudo comparativo entre a população negra brasileira e a população negra dos Estados Unidos, que têm algumas semelhanças em suas trajetórias de vida, de segregação, de discriminação, de privação no acesso a direitos fundamentais. Em que medida, durante a pandemia de Covid-19, as populações negras dos Estados Unidos e do Brasil enfrentaram desafios semelhantes e em que medida foram diferentes?

Edna Araújo: Essa pesquisa nasceu de uma conversa que eu tive com uma colega da Universidade da Carolina do Norte, que é onde eu fiz o meu doutorado sanduíche e depois fiz o pós-doutorado. Nessa conversa, nós queríamos saber como estavam sendo os impactos da pandemia no Brasil e nos Estados Unidos para a população negra e a indígena. Daí, decidimos escrever algo sobre essa problemática e o fizemos primeiro no formato de nota técnica e depois no formato de artigo¹⁰. Nessas duas publicações, vimos que a população negra e a indígena dos Estados Unidos têm condições de exclusão e de vulnerabilidade social bem semelhantes à população negra e indígena brasileira e que os impactos da pandemia eram piores para essas populações nesses dois países. Observamos que essas populações tinham maior soroprevalência pelo coronavírus e as mais altas taxas de mortalidade. Observamos também que, mesmo nos estados dos Estados Unidos que possuíam uma pequena proporção de população negra, as taxas de mortalidade para esta população eram altas. Essas constatações nos mostraram que as condições de vida e saúde às quais as populações negra e indígena dos dois países estão submetidas estariam contribuindo para maior vitimização dessas populações pela Covid-19. Aqui no Brasil, um estudo do Pedro Hallal, de Pelotas [RS], mostrou que são justamente a população indígena e a população negra que estão sendo mais impactadas, tanto por terem uma

10 *Links de acesso aos trabalhos:* <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/edna-de-araujo-e-kia-caldwell-populacao-negra-morre-mais-de-covid-19/49329/>> e <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NtPTmkFcTgxwZ5mGfYgNJFx/?lang=pt>>.

maior prevalência do vírus no sangue, como também pela mortalidade. Hallal, inclusive, denunciou que o Ministério da Saúde fez algumas tentativas de proibi-lo de divulgar esses dados.

Lucélia Pereira: Edna, a gente já está caminhando para o fim da entrevista e a gente queria ouvir você um pouco sobre as estratégias que deveriam ser incorporadas pelas políticas públicas de saúde a partir desta pandemia.

Edna Araújo: Olha, eu diria que, em primeiro lugar, é urgente que as políticas públicas que já foram implementadas o sejam efetivamente, porque nós somos um país que é *expert* em criar políticas, ou seja, nós também poderíamos dizer que os nossos movimentos sociais têm sido bem ativos em tensionar, em advogar, mostrando o caminho para a superação de muitas formas de desigualdades pela criação de políticas públicas, mas infelizmente as políticas são criadas muitas vezes no momento eleitoral, como forma de calar os movimentos sociais, e depois isso não é levado adiante. Essas políticas não são implementadas ou são implementadas parcialmente. Nós temos como exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [PNSIPN], que desde 2009 foi oficializada. Mas temos várias pesquisas que mostram que essa política não foi implementada. Nosso grupo de pesquisa aqui na Bahia fez uma pesquisa grande, inclusive financiada pelo CNPq, em quatro estados brasileiros: São Paulo, Bahia, Sergipe e Alagoas, e nós constatamos que a política não está implementada nesses quatro estados e que a maioria dos trabalhadores da saúde ou não conhece a política ou é contra a existência da política. Algumas das perguntas que a gente fez nessa pesquisa para os trabalhadores da saúde foram: “você já leu a política? O que você conhece da política?”, e eles emitiram uma opinião muitas vezes de negação da política sem nem sequer tê-la lido. Nunca leram e, mesmo assim, tinham opiniões de que a política não deveria existir, porque a existência dela poderia provocar divisões entre negros e brancos, já que, na concepção deles, o Brasil é um país racialmente democrático. Vale salientar que, quando essa pesquisa foi feita, em 2017/2018, já estava em curso o movimento pró-Bolsonaro e, infelizmente, nós víamos nos resultados da pesquisa muito deste pensamento bolsonarista. Mas, apesar de todos os desafios que temos enfrentado e ainda os que estão por vir, é central que haja vontade política para que o Sistema Único de Saúde tenha financiamento adequado e alta qualidade de gestão, de modo a fazer valer essa política como ela foi concebida, para que sejam produzidos

resultados equânimes em saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que é uma política transversal ao SUS, não é uma política separada só para negros, é uma política que foi criada com o objetivo de fazer valer o princípio da equidade; portanto, tem muito a contribuir, já que ela reafirma os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”. Desse modo, é preciso que o profissional de saúde esteja capacitado para entender como pode contribuir para diminuir as iniquidades raciais. Uma das diretrizes da PNSIPN é que seja incluído nos cursos da área da Saúde o estudo das relações étnico-raciais, porque a apreensão desse conhecimento pelos profissionais da área da Saúde na graduação, na pós-graduação e nos cursos de educação permanente poderá contribuir de forma importante para a compreensão dos motivos que levam a população negra a ter maior prevalência de doenças e agravos preveníveis e evitáveis, por exemplo, e de quais estratégias podem ser aplicadas para reverter essa realidade. Muitas vítimas negras da Covid-19 morreram porque tinham hipertensão, diabetes, problemas renais, comorbidades que estavam descontroladas, que não estavam sendo acompanhadas de forma adequada pelos profissionais de saúde. Por falar em profissionais de saúde, precisamos lembrar que um dos impactos da Emenda Constitucional 95 para a saúde da população brasileira foi justamente desfalcas as unidades de saúde, ao extinguir os Núcleos de Apoio à Saúde da Família [NASF], programa composto por profissionais especializados em atuar de forma assistencial e preventiva nas comorbidades relacionadas. Por tudo isso, não podemos aceitar que todos os transtornos e baixas que a população brasileira está sofrendo sejam de responsabilidade exclusiva da “crise sanitária” denominada de pandemia pela Covid-19. Nós temos visto que o Brasil tem sido palco de várias crises sanitárias, econômicas, sociais e políticas ao longo da sua existência, provocadas por políticos corruptos, que se vendem quando permitem que prevaleça a concentração de riquezas nas mãos de um grupo seletivo, enquanto a grande maioria da população fica destituída de direitos básicos, o que só aumenta a desigualdade social.

Cristiano Guedes: A pandemia ainda não acabou no Brasil, mas – fazendo um exercício de pensar retrospectivamente – quais são os aprendizados que esta pandemia de Covid-19 trouxe para o Brasil? O SUS já vinha sendo sucateado: a PEC 95, o desmonte, a privatização

cada vez maior dos serviços públicos, os repasses de dinheiro para as instituições privadas de saúde, mas como, apesar de toda essa adversidade, nós podemos tirar aprendizados desta pandemia e quais aprendizados para fortalecer o SUS?

Edna Araújo: Eu acho que a pandemia trouxe vários aprendizados, apesar de uma pandemia trazer muitos sofrimentos. É preciso aprendermos com o sofrimento presente para minimizarmos os sofrimentos futuros. No início desta entrevista, eu falei justamente da falta de interesse de lideranças mundiais em debater e fazer planos para o futuro, mediante as ocorrências, frequentes ao redor do mundo, de surtos e mesmo epidemias por doenças graves. Como pudemos observar, no primeiro ano da pandemia por Covid-19, faltaram insumos básicos para o enfrentamento da doença, principalmente nos países em desenvolvimento. É muito provável que, se as autoridades sanitárias desses países tivessem sabido tirar aprendizados das epidemias anteriores, talvez esta pandemia de Covid-19 tivesse tido um impacto muito menor do que ela tem provocado. Para mim, no nosso país, um dos principais aprendizados é o quanto é necessário que os governos invistam no nosso Sistema Único de Saúde; afinal, se não tivéssemos o SUS, a situação da maioria do povo brasileiro neste contexto pandêmico poderia ser muito mais catastrófica. Com a pandemia, ficou mais evidente como, ao contrário disso, os governos têm desqualificado, precarizado e contingenciado de forma exponencial o financiamento do SUS. Por outro lado, um outro aprendizado é justamente no que se refere ao potencial que o Sistema Único de Saúde tem. Esse potencial foi muito bem representado nos esforços feitos por profissionais de saúde exaustos, tentando de todas as maneiras salvar vidas quando não existia garantia nem de que as próprias vidas deles fossem salvas, haja vista que, em muitas unidades básicas de saúde e nos hospitais, faltava equipamento de proteção individual. Nós vimos a vigilância epidemiológica, que é parte do SUS, tentando trabalhar mesmo de forma adversa para poder testar a população, para acompanhar os casos, para fazer notificação. A gente viu a potência de um SUS mesmo precarizado, subfinanciado, e aí a gente obtém esse aprendizado. Será que somos somente nós que vemos isso? A gente, que tem uma visão crítica do mundo? A gente, que quer diminuir as desigualdades sociais? Será que estes governos não estão vendo o que tem que ser feito? Para o futuro, o que tem que se fazer? Tem que se investir em superar os erros que já foram cometidos e seguir em frente com mais assertividade, fazendo o contrário do que tem sido a prática até

aqui, pois essa ação poderá, com certeza, melhorar o futuro. Imagina se este SUS tivesse o investimento financeiro, investimento em tecnologia, investimento, inclusive, em campanhas publicitárias que incentivassem a população brasileira, como um todo, a valorizar e defender ainda mais o nosso Sistema Único de Saúde, fortalecendo-o também moralmente? Outro grande aprendizado eu diria que foi com os movimentos sociais. Poderei citar como ótimos exemplos o trabalho feito pela CONAQ e pela Central Única das Favelas. O que essas duas organizações sociais fizeram e continuam fazendo pelas comunidades quilombolas e pelas pessoas moradoras em favelas e periferias é algo fantástico, porque aonde o Estado não foi capaz de chegar, a CONAQ e a CUFA chegaram em relação às comunidades quilombolas. A CUFA, a Central Única das Favelas, o quanto que a CUFA fez e continua fazendo de campanhas de alimentos! Ter direito ao alimento é um direito básico. A pessoa pode morrer de fome, pode não morrer de Covid-19 e morrer de fome, e a CUFA se mobilizou. Inclusive, eu confesso que fiquei conhecendo ainda mais a CUFA agora durante a pandemia. Eu não sabia da extensão do seu trabalho e pude ver isso agora com a pandemia. Estou falando de organizações grandes do país, mas várias outras organizações em nível local fizeram um trabalho belíssimo de solidariedade, de dar sustentação às pessoas e, principalmente, às pessoas em situação de exclusão, de vulnerabilidade. Então, eu acho que esta crise provocada pela pandemia foi mais do que suficiente para mostrar o que é preciso ser feito: derrubar essa EC-95. É preciso fazer o contrário de tudo o que foi feito até aqui com o SUS, para que o SUS não seja extinto e, ao contrário, se fortaleça. Em muitos países da África, a vacina tem chegado com atraso. Os países desenvolvidos parecem que não estão muito preocupados com isso e nem em fazer com que essa vacinação seja massiva em termos globais. Assim, são vários os aprendizados, e só precisa o querer, a vontade política, não somente em nível nacional, mas em nível global, para que a gente tenha condições de fazer um melhor enfrentamento a outras crises sanitárias no futuro.

Lucélia Pereira: Edna, então, você trouxe um conteúdo muito rico e várias reflexões. A gente não tem mais perguntas. Se você tiver mais alguma coisa a acrescentar, fique à vontade, mas eu queria só reforçar a minha admiração por você como pesquisadora, como professora, como intelectual orgânica, enfim, tenho aprendido muito, e só temos a agradecer por você ter aceitado o convite e ter trazido reflexões tão importantes.

Cristiano Guedes: Professora Edna, eu agradeço também pelo seu tempo, pela sua dedicação em estar conosco. Foi uma honra, para nós, a senhora contribuir com este número temático da revista.

Edna Araújo: Eu quero parabenizar vocês por estarem querendo dar visibilidade a tudo isso, a fazer uma retrospectiva e, ao mesmo tempo, chamar a atenção para o que é necessário fazer para o futuro. Outro ponto que eu acho que merece destaque é o papel poderoso dos movimentos sociais, porque é através dessa força dos movimentos sociais que a gente pode transformar muitas coisas no nosso país, mudar a direção que, infelizmente, este país tomou e agora, com o ano de eleições, a gente tem a esperança, mas – mais do que a esperança – a gente tem que trabalhar para poder mudar este estado de coisas. Então, nos enche de esperança quando a gente vê os movimentos sociais, apesar de estarem passando por uma fase de recolhimento, terem ressurgido com tanta potência durante a pandemia, mostrando e sua condição de transformar e direcionar, para que haja respeito pela diversidade humana, para que a gente realmente tenha equidade e que as pessoas tenham direito ao bem viver. Eu é que agradeço a vocês pela oportunidade de fazer esta reflexão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista concedida pela Professora Doutora Edna Araújo mostrou como a pandemia teve consequências ainda mais nocivas para a população negra brasileira e o quanto o Brasil necessita investir na preservação e no aperfeiçoamento do SUS como um requisito à preservação do direito universal à saúde. O SUS tem sido cada vez mais ameaçado por políticas neoliberais favoráveis à mercantilização da assistência em saúde e, mesmo assim, mostrou a sua força e importância durante toda a pandemia e evitou que a mortalidade fosse ainda maior. Entretanto, o SUS necessita ser aperfeiçoado de forma a investir em ações voltadas ao atendimento integral da população negra, contemplando a ampliação e o aprimoramento de indicadores em saúde e formulando políticas capazes de contemplar as especificidades étnico-raciais.