

Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa

Access of the black population to health services: integrative review

Acceso de la población negra a servicios de salud: una revisión integrativa

Nelma Nunes da Silva^I

ORCID: 0000-0003-2790-1792

Veronica Batista Cambraia Favacho^I

ORCID: 0000-0003-0526-119X

Gabriella de Andrade Boska^I

ORCID: 0000-0002-5827-6486

Emerson da Costa Andrade^{III}

ORCID: 0000-0002-4370-3975

Neuri Pires das Mercês^{III}

ORCID: 0000-0001-5900-2412

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-1069-8700

^IUniversidade Federal do Amapá. Macapá, Amapá, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review.

Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180834.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>

Autor Correspondente:

Veronica Batista Cambraia Favacho

E-mail: vv.favacho@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 30-11-2018

Aprovação: 19-06-2019

RESUMO

Objetivos: evidenciar e discutir como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde. **Métodos:** revisão integrativa da literatura com a seguinte pergunta: Como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde? A busca foi realizada nas bases de dados Scholar, LILACS e SciELO e utilizou o descritor “acesso aos serviços de saúde” e o termo “população”, resultando em uma amostra de doze artigos. **Resultados:** estudos demonstram que a dificuldade de acesso é um fator fundamental para a qualidade de vida das pessoas, comprometendo diretamente serviços preventivos, principalmente para a saúde da mulher e, ainda, é impactante para o processo de adoecimento da população negra dentro de suas particularidades. **Considerações Finais:** diversos fatores limitantes comprometem o acesso da população negra aos serviços de saúde, desde institucionais a estruturais.

Descritores: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde das Minorias Étnicas; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: demonstrate and discuss how the black population's access to health services occurs. **Methods:** integrative literature review with the following question: How does the black population's access to health services occur? The search was carried out in the Scholar, LILACS and SciELO databases and used the descriptor “access to health services” and the term “population,” resulting in a sample with twelve articles. **Results:** studies show that the difficulty of access is a fundamental factor for the quality of life of people, directly compromising preventive services, especially for women's health and, in addition, it has significant impact on the illness process of the black population within its particularities.

Final Considerations: several limiting factors compromise the black population's access to health services, including institutional and structural factors

Descriptors: African Continental Ancestry Group; Health Services Accessibility; Health of Ethnic Minorities; Primary Health Care; Health Policy.

RESUMEN

Objetivos: exponer y discutir cómo ocurre el acceso de la población negra a los servicios de salud. **Métodos:** revisión integrativa de la literatura a partir de la siguiente pregunta: ¿Cómo ocurre el acceso de la población negra a los servicios de salud? Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scholar, LILACS y SciELO, utilizando el descriptor “acceso a los servicios de salud” y el término “población”, lo que resultó en una muestra con 12 artículos. **Resultados:** los estudios demuestran que la dificultad de acceso es un factor fundamental para la calidad de vida de las personas, lo que afecta directamente los servicios preventivos, principalmente en la salud de la mujer e impacta más aún en el proceso de padecimiento de la población negra dentro de sus particularidades. **Consideraciones Finales:** diversos factores limitantes afectan el acceso de la población negra a los servicios de salud, desde institucionales hasta estructurales.

Descritores: Grupo de Ascendencia Continental Africana; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud de las Minorías Étnicas; Atención Primaria de Salud; Política de Salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a população negra compreendeu um contingente de 54% da total no período de 2000 a 2010. Considerando a completude de pretos e pardos, observa-se que ocorreu um aumento percentual significativo dessa população, 27,6%, superior ao crescimento populacional do Brasil nessa mesma década, que foi de 12,3%, percebendo-se ainda uma variação mais relevante quando se comparam pretos (37,6%) e pardos (26,0%)⁽¹⁾.

A maioria da população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade⁽²⁾. Ainda assim, até recentemente, verificava-se forte resistência à compreensão de que essas disparidades poderiam ser atribuídas, pelo menos em parte, às desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira. Somente a partir dos anos 1990, o Brasil passou a reconhecer a diferença racial como um dos fatores de desigualdade social⁽²⁾.

Ações importantes já foram adotadas para minimizar os danos sofridos pela população negra no Brasil, como, por exemplo, o sistema de cotas – reserva de vagas para negros, índios, pessoas com deficiência, estudantes de escola pública e de baixa renda em universidades, concursos públicos e mercado de trabalho –, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a possibilidade de indiciamento por ações racistas e discriminatórias sempre que uma pessoa tiver alguma limitação de acesso ao trabalho, educação ou saúde em função de sua raça, cor, sexo ou idade, pois nem todas as ações discriminatórias são explícitas ou declaradas⁽³⁾.

A população negra brasileira apresenta vulnerabilidades epidemiológicas e sociais que implicam, por exemplo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa condição é identificada em muitos estudos brasileiros que também demonstram dificuldades de acesso aos serviços de saúde e estabelecem relação com processos de estigmatização racial. Essas situações geram comprometimento à vida dos indivíduos, no tocante às condições de sobrevivência e saúde⁽³⁻⁴⁾.

Há escassez de estudos nacionais na área da saúde que utilizam a variável raça/cor, mas alguns deles evidenciam elevada ocorrência de adoecimento e morte dessa população. As explicações apresentadas para o fato limitam-se à interpretação baseada na pobreza, configurando um discurso racista. Nessa direção, raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como categoria social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde no que se refere aos grupos raciais⁽⁵⁾.

Assim, esta proposta de estudo ainda é insuficiente, principalmente quando comparada com outras áreas de conhecimento, proporcionando oportunidades de pesquisas para responder as lacunas sobre o tema. Portanto, é fundamental a discussão de como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde nos dias de hoje, pois isso pode oferecer novos olhares sobre a prática profissional da enfermagem sob a perspectiva da população negra no acesso aos serviços de saúde.

OBJETIVOS

Evidenciar e discutir como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa para a identificação de produções sobre o tema acesso da população negra aos serviços de saúde, entre 2006 e 2018. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, tipo de estudo que permite que o conhecimento sobre determinado assunto seja identificado, analisado e apresentado de forma sucinta, ressaltando sua relevância.

A síntese do conhecimento, indispensável para sua aplicabilidade no campo da prática⁽⁶⁾, engloba estudos experimentais e não experimentais e tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema investigado, permitindo buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para sua incorporação na prática. Desse modo, contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados com vistas à compreensão de determinado tema⁽⁶⁾.

Foram realizadas seis etapas para a construção da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de quadros; 4) análise crítica dos achados; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação, de forma clara, da evidência encontrada⁽⁶⁾.

A temática desta revisão se sustenta numa questão norteadora formulada por meio da estratégia PICo (P=Paciente ou Problema, I=Intervenção, Co=Contexto)⁽⁷⁾: como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde?

A revisão foi realizada nas bases de dados Scholar, LILACS e SciELO e baseada nos descritores “grupo com ancestrais do continente africano”; “acesso aos serviços de saúde”; “saúde da população negra”; “*African continental ancestry group*”; “*health services*”; “*health of ethnic minorities*”; “*primary health care*”; “*health policy*”, combinados com o operador booleano “AND”.

Definiram-se como critérios de inclusão dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, e outros); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2006 e 2018 e que respondessem à questão norteadora.

Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis no período do estudo; produções repetidas (entre as bases de dados) e que não respondessem expressivamente à questão norteadora.

Na etapa seguinte deu-se a interpretação e comparação entre as produções e os elementos contidos em cada uma, encontrando-se elementos e evidências significativas acerca de como a literatura tem referido o acesso da população negra aos serviços de saúde.

Do material obtido – 711 artigos –, seguiu-se com a exclusão de repetições e a aplicação de filtros, restando 176 registros. Após essa etapa, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo, restando 53 registros para análise, destacando-se os que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Seguindo os critérios de inclusão, 12 estudos foram selecionados para análise, os quais são referenciados no presente texto (Figura 1). Para a organização e tabulação dos dados, foi elaborado

instrumento de coleta contendo: citação (título, periódico, ano de publicação e autores), país do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo, referencial teórico, método de análise, enfoque, perfil dos participantes (gênero, idade, escolaridade média, renda), acesso à saúde (com enfoque na diversidade e potencialidades dos serviços para garantir o acesso).

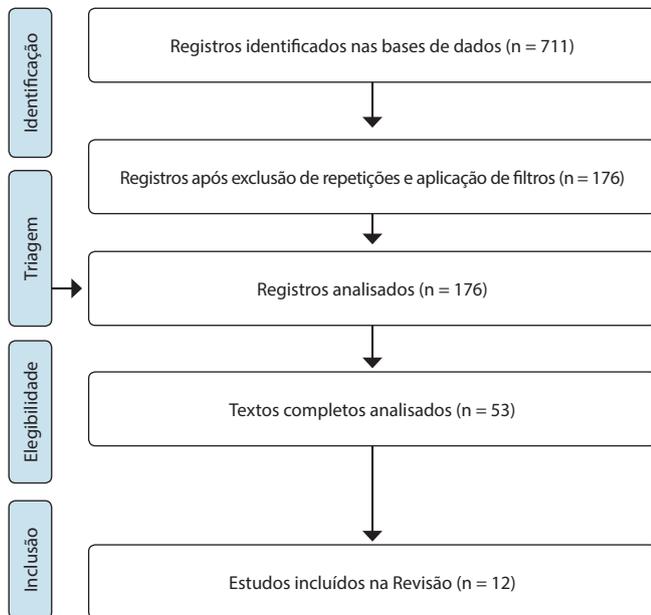


Figura 1 – Fluxograma da sistematização da busca dos artigos nas bases de dados, Brasil, 2019

Na sequência, realizou-se a análise bibliométrica para a caracterização dos estudos selecionados, de acordo com título, autor, ano, país, desenho, objetivo(s) e resultados (Quadro 1). Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas quatro categorias para análise.

RESULTADOS

O Quadro 1, apresenta a caracterização dos estudos selecionados. Pode-se constatar que 42% (5) foram publicados em periódicos internacionais^(9,10,13,17-18) e 58% (7) em periódicos nacionais^(4,8,11-12,14-16). Os países de origem dos estudos estavam assim distribuídos: Brasil 58% (7)^(4,8,11-12,14-16), Estados Unidos da América (EUA) 25% (03)^(13,17-18), outros países 17% (2), sendo Colômbia (1)⁽⁹⁾ e África (1)⁽¹⁰⁾. Os estudos selecionados foram classificados quanto à categoria de publicação, assim especificados: 75% (9) pesquisas originais^(4,8-9,11-16), 25% (3) artigos de reflexão e revisão^(10,17-18).

Os artigos foram categorizados quanto ao paradigma metodológico de estudo, sendo assim distribuídos: 17% (2) estudos qualitativos^(4,9), 50% (6) estudos quantitativos^(8,11,13-16), 8% (1) quanti-qualitativo⁽¹²⁾ e 25% (3) outros (artigos de revisão⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e reflexão⁽¹⁰⁾). Em relação ao referencial teórico utilizado nos estudos, 92% (11) não especificaram no texto e/ou não adotaram um referencial teórico^(4,8-13,16-18) e 8% (1)⁽¹⁴⁾ adotou um referencial.

Na classificação dos estudos quanto aos participantes, 83% abordaram os dois gêneros, masculino e feminino (10)^(8-10,12-17), 25% (3) somente o feminino^(4,11,18), 42% (5) abordavam idosos^(8,11-12,14,17), 25% crianças^(11,14) e adolescentes⁽¹⁸⁾.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados para análise, de acordo com título, autor, periódico, ano, país e objetivo (s), Brasil (2019)

Título/autor ano/país	Desenho n=	Objetivos	Resultados
Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Gomes KO et al. ⁽⁸⁾ , 2011. Brasil.	Transversal, corte. n=797	Analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.	A prevalência de uso de serviços de saúde pela população quilombola (57,1%) foi menor que a constatada em outras populações. Em São Paulo, SP, e Pelotas, RS, verificaram prevalências de 64,4% e 60,6% de uso de serviços de saúde, respectivamente. A proporção de uso de serviços nos últimos 15 dias nessas comunidades foi baixa (8,3%) quando comparada com os dados nacionais (13,4% em 1998, 13,9% em 2003 e 14,2% em 2008).
<i>Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia.</i> Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME ⁽⁹⁾ , 2007. Colômbia.	Estudo qualitativo, documental. n=39	Identificar iniquidades no acesso aos serviços de saúde derivadas da etnia em Bogotá.	As desigualdades étnicas existem em Bogotá, no que se refere ao acesso a serviços de saúde, com evidências de violação de direitos, discriminação e ausência de reconhecimento das diferenças étnicas.
<i>Non-Adherence to antiretroviral treatment by people living with HIV/AIDS in black communities in South Africa: socio-cultural challenges.</i> Kheswa J ⁽¹⁰⁾ , 2014. África do Sul.	Artigo de reflexão.	Fornecer uma abordagem integrada para fortalecer a base de apoio necessária para a adesão ao tratamento com antirretrovirais.	Os resultados mostram que, devido à discriminação e, consequentemente, à dificuldade de acesso, as pessoas que vivem com HIV/AIDS experienciam mais seus efeitos colaterais, como depressão e sarcoma de Kaposi, até a morte.
Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Goes EF, Nascimento ER ⁽¹¹⁾ , 2013. Brasil.	Descritivo e quantitativo n=10.291	Determinar diferenciais das características sociodemográficas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de mulheres na Bahia, segundo raça/cor.	O estudo revela que 15,4% das mulheres brancas têm bom nível de acesso, enquanto apenas 7,9% das negras o têm. Conclui-se que as barreiras para o acesso aos serviços de saúde das mulheres negras são as desigualdades raciais e o racismo institucional.

Continua

Continuação do Quadro 1

Título/autor ano/país	Desenho n=	Objetivos	Resultados
<p>Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/Aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM⁽¹²⁾, 2010. Brasil.</p>	<p>Qualitativo e quantitativo n=218</p>	<p>Descrever as condições de acesso da população negra ao diagnóstico e à assistência para DST, HIV/Aids</p>	<p>Pessoas negras apresentaram maiores dificuldades nos serviços de saúde e atendimento, queixas de sintomatologia de DST e maior frequência de automedicação quando comparadas às não negras.</p>
<p>Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. Trad LA, Castellanos MEP, Guimaraes MCS⁽⁴⁾, 2012. Brasil</p>	<p>Etnográfico, ancorado na antropologia de base interpretativa. n= 42</p>	<p>Analisar a acessibilidade de famílias negras de bairro popular aos serviços de atenção básica à saúde.</p>	<p>As barreiras de acesso aos serviços de saúde se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento das necessidades da população negra, são barreiras econômicas, organizacionais e culturais.</p>
<p><i>The Influence of access related factors on adherence to clinical practice guidelines for muscle invasive bladder cancer.</i> Stimson CJ et al.⁽¹³⁾, 2014. EUA.</p>	<p>Descritivo e quantitativo n=27.585</p>	<p>Testar se as características relacionadas ao acesso estão associadas à adesão às diretrizes para o câncer de bexiga invasivo muscular e se a associação entre as características relacionadas ao acesso e a adesão às diretrizes varia de acordo com a região geográfica.</p>	<p>Raça, status do seguro, renda e volume hospitalar demonstraram variação entre as regiões como preditores de tratamento com cistectomia radical / dissecação de linfonodos pélvicos.</p>
<p>Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Vieira ABD, Monteiro OS⁽¹⁴⁾, 2013. Brasil.</p>	<p>Descritivo e quantitativo n=12</p>	<p>Contextualizar o perfil socioepidemiológico relativos às condições de vida da comunidade quilombola Kalunga sob a perspectiva da Bioética de Intervenção.</p>	<p>Os resultados apontam fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde, dificuldades de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para os negros.</p>
<p>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. Neto JAC⁽¹⁵⁾, 2014. Brasil.</p>	<p>Transversal, descritivo, quantitativo n=391</p>	<p>Investigar o conhecimento da população negra acerca da política, seus potenciais benefícios e as dificuldades de acesso à saúde.</p>	<p>Cerca de 90% dos entrevistados relataram desconhecer a existência de uma política de saúde para a população negra e 53% declararam uma possível discriminação racial. Quando indagados sobre o acesso da população negra à saúde, tem-se que o preto considerou tal acesso mais difícil (56,4%).</p>
<p>Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes Mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. Souza CL, Barroso SM, Guimaraes MDC⁽¹⁶⁾, 2013. Brasil.</p>	<p>Transversal de base populacional. n=548</p>	<p>Estimar a prevalência e os fatores associados à perda de oportunidades para diagnóstico de Diabetes (PDO) em comunidades quilombolas, situadas na zona rural de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.</p>	<p>A perda de oportunidade para diagnóstico oportunista (PDO) de DM nessa população foi de 42,6% e corrobora dados de outros estudos sobre PDO. O índice de acesso aos serviços foi avaliado como ruim em 28,4% dos indivíduos. Uma proporção de DM autorreferida de 8,2%, superior à média brasileira de 5,6%.</p>
<p><i>Assessing equitable care for Indigenous and Afro descendant women in Latin America.</i> Castro A, Savage V, Kaufman H⁽¹⁷⁾, 2015. EUA.</p>	<p>Revisão da literatura.</p>	<p>Identificar e compreender as barreiras à assistência equitativa dentro dos ambientes de saúde que as mulheres de minorias étnicas encontram na América Latina e examinar possíveis estratégias para mitigar o problema.</p>	<p>Discriminação de provedor de saúde contra mulheres indígenas e afrodescendentes é uma barreira primária para o acesso à saúde de qualidade na América Latina. A discriminação é motivada por preconceitos contra populações de minorias étnicas, mulheres e pobres em geral.</p>
<p>O encontro mais estranho de todos: discriminação étnica e racial no sistema de saúde dos Estados Unidos. Sherman AJ⁽¹⁸⁾, 2017. EUA.</p>	<p>Revisão da literatura.</p>	<p>Analisar seletivamente estudos publicados depois de 2003 sobre a provável contribuição do viés inconsciente dos médicos para as disparidades dos serviços de saúde dos EUA.</p>	<p>Os estudos revisados encontraram um viés inconsciente "pró-branco" nas atitudes dos médicos em relação às interações com os pacientes, embora algumas evidências sugiram que os médicos negros e femininos podem ser menos propensos a esse viés. O contato social limitado entre médicos brancos e minorias raciais/étnicas fora dos ambientes médicos, além de pressões de tempo severas que os médicos enfrentam frequentemente durante encontros com pacientes que têm problemas de saúde complexos, podem aumentar sua suscetibilidade ao viés inconsciente</p>

Quanto à escolaridade, 58% (7) apresentaram-na baixa^(4,8,11-12,14,16-17) e 42% (5) outros. Destes, 33,3% (4) não referiram^(10,13,18-19) e 8,3% (1) informou que os participantes eram universitários⁽⁹⁾. Com relação à renda, 67% (7) dos artigos analisados discutiam o item sobre renda baixa^(4,8-11,14,16-17) e ausência de renda⁽¹²⁾, 25% não faziam esta referência^(10,18-19).

Na classificação dos estudos quanto ao contexto em que se realizaram na área de interesse, 58% (7) eram de cuidados hospitalares e saúde coletiva^(4,8,10,12-13,16-19), 33,3% (4) tratavam apenas de saúde coletiva^(11,14-18) e 8,3% (1) apenas de cuidados hospitalares⁽⁹⁾.

DISCUSSÃO

As informações contidas nesses resultados reforçam a importância desta abordagem sobre a população negra e a necessidade de ampliação de mais pesquisas que tratem do acesso aos serviços de saúde, incluindo ações preventivas, enfatizando as educacionais, que devem ser frequentemente priorizadas para essa população, objetivando redução dessa lacuna na ciência quanto à população de negros.

Portanto, com a análise das informações dos estudos selecionados, foi possível organizá-los em quatro categorias: I – O acesso dos usuários ao serviço; II – Fatores limitantes à adesão; III – Dificuldade profissional e institucional para atuar com a diversidade; e IV – Potencialidades do serviço para garantir o acesso e a adesão.

I. O acesso dos usuários ao serviço

As reivindicações dos movimentos sociais relacionados à população negra por um maior e melhor acesso ao sistema de saúde não são recentes, visto que se fizeram presentes ao longo da história das mobilizações, desde o período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, isso não foi suficiente para inserir, no SUS, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente as interpostas pelo racismo⁽¹⁹⁾.

Segundo estudos na América Latina (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guatemala, México e Peru), entre os obstáculos que mais dificultam o acesso das mulheres de minorias étnicas estão a discriminação e a violência dentro dos serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em Bogotá evidencia relatos, tais como: "[...] a aparência gera rejeição e zombaria [...] um fala de forma agressiva, eles falam difícil e com nojo, às vezes tem e às vezes não [...]"⁽⁹⁾.

Nessa região indígenas e negros têm menor acesso aos serviços de saúde institucionais, bem como a serviços preventivos e curativos, em comparação a outros povos. A população negra é aquela que demonstra menores condições de saúde e tem a menor cobertura de seguro saúde⁽⁹⁾.

Um número desproporcionalmente elevado de pessoas negras e pobres vivendo em áreas rurais e urbanas na África do Sul possui barreiras para acessar antirretrovirais, apesar dos esforços feitos pelo governo. Estudiosos citam que as crenças culturais, a pobreza, a feitiçaria, a falta de apoio familiar, violência baseada

no gênero e abuso de substâncias atrapalham o progresso dos programas de tratamento do HIV. O estigma e a discriminação são os principais obstáculos que permitem a busca e a prevenção eficaz do HIV/Aids e cuidados, especialmente na África Subsaariana⁽¹⁰⁾.

Esse estigma está enraizado no desvio dos valores e normas sociais de uma comunidade e é fator de risco conhecido para os baixos níveis de adesão ao tratamento, especialmente com antirretrovirais. Por causa disso e da discriminação, a população negra tende a perder muitas vezes as suas doses, como resultado do medo de ser identificado como HIV-positivo, ou ainda, como pacientes permanentes das clínicas de tratamento para HIV⁽¹⁰⁾.

No Brasil, outros fatores que contribuem para a dificuldade de acesso são os níveis de instrução e renda, aspectos sociais e econômicos determinantes das condições de vida de uma população em que mulheres negras estão mais expostas sob o aspecto do acesso desqualificado aos serviços de saúde⁽¹¹⁾. Já as funcionárias públicas têm melhor acesso aos serviços preventivos de saúde, situação justificada por acessarem esses serviços por meio de planos de saúde. As mulheres negras com menor escolaridade tiveram reduzido acesso à atenção adequada, de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Assim, verifica-se que existem na sociedade dois níveis de discriminação: a educacional e a racial, que adentra o nível da atenção oferecida pelos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Fatores como racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais constituem eixos estruturantes que atuam de forma articulada, afetando a garantia de acesso universal e equitativo à saúde. O acesso, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade, contribui para manter um bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, pois refere-se à utilização dos serviços e insumos. O racismo institucional é referido como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde preventivos para mulheres negras^(3,11).

Em estudo realizado na região Nordeste do Brasil, afirma-se que há dificuldades concretas de acesso aos serviços. Quanto à oferta, a maioria das comunidades tem cobertura formal da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém a população precisa de assistência conforme relatos dos grupos locais, pois em algumas áreas, como na de assistência odontológica, existe uma lacuna particularmente crítica, como referido pelos entrevistados. Isso nos remete à necessidade de uma profunda discussão e reformulação no nível da atenção básica, das estratégias de oferta e organização de serviços. A pesquisa reafirma a vulnerabilidade da população negra na questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde e a necessidade de políticas públicas específicas voltadas a esses segmentos mais vulneráveis. Vale ressaltar a necessidade de capacitação e incentivo às equipes dos programas ESF, haja vista sua importância na assistência dessas comunidades⁽¹²⁾.

Em outro estudo, realizado na Bahia, houve os seguintes relatos dos entrevistados, após serem questionados quanto à discriminação racial:

Pelo fato de ser preta? Não. Eu acho que já me senti discriminada pelo fato de ser pobre. Porque os outros olham você assim. Às vezes, juntam as duas coisas. As pessoas discriminam os negros achando que o negro é pobre. Que não tem estudo, não tem cultura, não tem nada. (Flávia)⁽⁴⁾

A médica pega assim [gesto com dois dedos mal tocando na pele], nem pega na criança [...] bole com nojo das crianças, por mais que ela [a criança] esteja tomada banho, bonitinha, cheirosinha. É assim mermo, assim mermo, porque é morena. (Clarissa)⁽⁴⁾

Ações como essas reduzem a busca dos usuários negros por atendimento no sistema de saúde, caracterizando o racismo nessas instituições.

A inclusão de determinadas variáveis de exposição relacionadas com o acesso neste estudo foi conduzida por evidências indicando que o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é influenciado por fatores não relacionados à apresentação clínica do paciente, incluindo raça, seguro de saúde e disponibilidade de centros hospitalares terciários ou de alta capacidade. Raça provou ser um indicador de acesso bem estabelecido, com as comunidades não brancas sendo menos propensas a receber terapias contra o câncer padrão em comparação com as comunidades brancas⁽¹³⁾.

Estudo sobre a utilização dos serviços de saúde em comunidade quilombola evidenciou que o preconceito praticado pelos profissionais de saúde é um potencial fator que contribui para o não acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional⁽⁸⁾.

II. Fatores limitantes à adesão

Em decorrência do racismo, as desigualdades podem causar doenças e agravos, resultando em iniquidades raciais em saúde. Fatores agregados, como o sexismo, colocam a mulher negra numa condição de maior vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado⁽¹¹⁾.

As dificuldades de adesão a tratamentos vão desde problemas estruturais até dificuldade para ser acolhido em determinado serviço. Apresenta-se também uma insuficiência latente na área da saúde, desde a estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, ao número reduzido de profissionais, barreiras geográficas e da depreciação dos conhecimentos medicinais tradicionais da cultura de determinada região⁽¹⁴⁾.

A maior morbimortalidade do câncer de mama em populações negras e, principalmente, pessoas de baixa renda, também foi atribuída a outros fatores, incluindo dieta do indivíduo, diferenças na biologia dos tumores em mulheres negras, fatores culturais e psicossociais, práticas de aleitamento materno, paridade múltipla em idades mais jovens e outros fatores socioeconômicos. Muitos têm argumentado que há disparidade no tratamento entre as mulheres negras e indivíduos de baixa renda que não possuem seguro saúde, devido ao acesso desigual a melhores serviços⁽¹³⁾.

Em muitas comunidades negras a feitiçaria está associada com a infecção pelo HIV/Aids e a crença em espíritos malignos e bruxaria pode levar à não adesão ao tratamento. Assim, pessoas que vivem com a doença acreditam que se realizarem rituais serão purificadas e curadas. Alguns deles entendem a infecção como uma forma de poluição – muitas vezes usam o termo “sangue sujo” –, e usam laxantes e induzem o vômito para limpar a “sujeira” de seu sangue. Estudos descobriram que muitos sul-africanos que estão relutantes em conhecer o seu estado de saúde se apegam ao mito de que o tratamento para HIV/Aids foi desenvolvido por pessoas brancas para controlar os negros, e isso também contribui para a não adesão⁽¹³⁾.

De acordo com estudo com mulheres afrodescendentes e indígenas na América Latina, o que pode ser impedimento para a procura dessas mulheres aos serviços de saúde é a discriminação enraizada nesses mesmos serviços. Ademais, quando os procuram, ficam mais expostas a receberem assistência de menor qualidade ou sofrerem atrasos mais demorados do que outras pessoas. Além da humilhação, exclusão e vergonha que sentem nesses contextos⁽¹⁸⁾.

III. Dificuldade profissional e institucional para atuar com a diversidade

O fracasso das instituições e organizações reside em não ofertar um serviço profissional que respeite a diversidade e seja adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. O que se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho resultantes do preconceito racial, ações que combinam estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em condições de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações⁽¹⁴⁾.

Desse modo, o racismo institucional às vezes apresenta-se na forma de abuso verbal – como culpabilização, humilhação pública, recriminação e ofensas do paciente –, gerando sentimentos de vergonha e exclusão. Além disso, deve-se considerar a negligência dos trabalhadores de saúde também como uma forma dessa discriminação⁽¹⁸⁾.

Outro estudo com médicos norte-americanos sobre racismo na atenção à saúde concluiu que ainda nos dias de hoje, décadas após a aprovação da legislação dos direitos civis dos anos 1960, os profissionais praticam rotineiramente discriminação de pessoas, considerando o fator raça como preditor desse comportamento⁽¹⁹⁾.

Um dos estudos avaliados relata que a assistência à saúde é realizada pelas equipes da ESF, porém existe uma precariedade dos serviços, com reduzido número de unidades, equipes e profissionais, principalmente médicos, dentistas e enfermeiros. Observou-se que o agente comunitário de saúde (ACS) é o responsável pelo acompanhamento das famílias quilombolas. Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) garanta a ampliação do acesso e a qualidade do atendimento básico, verificou-se uma fragilidade entre o que é preconizado e as ações executadas⁽¹⁴⁾.

IV. Potencialidades do serviço para garantir o acesso e a adesão

Quanto às potencialidades, destaca-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ), criado pelo Governo Federal como uma política que contemple essas comunidades por meio de um conjunto de ações integradas entre diversos órgãos governamentais. Entre os projetos e ações propostos para potencializar as ações autônomas estão: desenvolvimento da infraestrutura; saneamento básico; instalação de equipamentos sociais das comunidades; inclusão produtiva; desenvolvimento econômico e social; e incentivo ao controle e à participação social dos representantes quilombolas em diferentes instâncias para a garantia dos seus direitos e exercício da cidadania⁽¹⁴⁾.

Assim, o estabelecimento de diretrizes para a visibilidade e inserção social dos quilombolas gera possibilidades de reflexão sobre o princípio da equidade, que pode ser traduzido por meio da organização de estratégias que possam reduzir as desigualdades sociais e sanitárias locais. Dificilmente se tratou de questões étnico-raciais relacionando a acessibilidade aos serviços.

Diante do exposto, um raciocínio potencial seria que no cenário atual, em que propostas e ações governamentais são de cortes de recursos para as políticas públicas sociais, os investimentos na saúde não poderão reduzir mais ainda. Portanto, é imprescindível o esforço conjunto de gestores, de trabalhadores e da sociedade civil para garantir direitos, considerando as perversidades raciais no cotidiano das pessoas e seu impacto nas condições de saúde⁽²⁰⁾.

Outro ponto que merece ser destacado nas pesquisas sobre este tema seria um olhar voltado para uma perspectiva intersetorial, na qual as sociedades multirraciais, como os EUA e o Brasil, pudessem ser estudadas num contexto mais amplo, considerando diversos conceitos complexos e holísticos inseridos no racismo institucional em saúde – não somente gênero, raça, escolaridade e classe social –, como concepções, modos de vida, crenças e suas percepções, no intuito de diminuir e abolir esse comportamento institucional e social⁽¹⁹⁾.

As condições de acessibilidade são mais bem compreendidas de forma multidimensional, podendo-se considerar quatro dimensões: política, econômico-social, técnica e organizacional⁽²¹⁾. A dimensão política envolveria o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização social; a econômico-social refere-se à organização da rede de serviços ou às facilidades e dificuldades relacionadas à busca pelo serviço de saúde; e as dimensões técnica e organizacional envolveriam aspectos que caracterizam o próprio serviço, como horário de atendimento e qualidade da atenção⁽²¹⁾.

Outros aspectos também poderiam ser considerados para a análise do acesso aos serviços, como participação popular e controle social, equidade, coerência dos serviços com as necessidades da população, estratégias, táticas e alocação de recursos e autonomia⁽²¹⁾.

Neste artigo identificaram-se estudos que demonstram diminuição do acesso, sobretudo, em função dos aspectos técnico e econômico-social. Em relação ao aspecto técnico, encontram-se situações como atendimento diferenciado em função da raça/cor do cliente⁽¹⁾, o que pode ocorrer por diferentes razões, entre elas o preconceito do profissional em saúde em relação à raça do cliente. O aspecto econômico-social refere-se aos estudos que apresentaram situações em que o cliente reside em áreas rurais ou muito distantes do serviço de saúde, o que dificultaria sua locomoção até o local de atendimento⁽⁵⁾, como também aos que identificaram características sociais e culturais que movem as pessoas numa busca por feitores para o provimento de cuidado de saúde, ao invés de buscar o serviço de saúde propriamente dito.

É necessário que se atribua um significado às desigualdades produzidas pelo racismo, que impõem a uma população um conjunto de vulnerabilidades que não constitui um fenômeno novo, mas que apenas assume nova caracterização ao longo do tempo, permitindo a permanência dessas condições junto para a população negra⁽²²⁾.

No Brasil, a saúde é considerada um direito para todos e um dever para o Estado, compreendido como provedor de assistência de saúde a todos de forma igualitária, universal e com equidade⁽²³⁻²⁴⁾. Entretanto, a previsão legal por disponibilidade de serviços não assegura a implementação de ações no sentido

do acesso⁽²¹⁾. Observa-se a necessidade de reflexão acerca das ações que deveriam ou poderiam ser desenvolvidas na busca por oferecimento de acesso à saúde em seus diferentes aspectos.

Implementar políticas com o objetivo de promover acesso aos serviços de saúde, hipoteticamente, significaria atentar para as dimensões que possuem significado para aqueles a quem o serviço de saúde se destina⁽²¹⁾. Em um país com as dimensões territoriais do Brasil, seria necessário, portanto, o desenvolvimento de estudos para conhecer aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos do território em que está inserido, ou se pretende inserir, o serviço de saúde⁽²¹⁾.

Propõe-se ajustamento entre o serviço de saúde e a comunidade, o que poderia ser feito observando-se as dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade⁽²⁵⁾. Por disponibilidade compreendem-se fatores do serviço que estão ao alcance da comunidade, ou seja, aquilo que se oferece com base na demanda existente; a acessibilidade compreende os custos diretos e indiretos que viabilizam a busca do serviço pela comunidade; e por aceitabilidade entende-se os aspectos que correspondam às características subjetivas da comunidade em que o serviço de saúde está inserido, ou seja, seus aspectos sociais e culturais⁽²⁵⁾.

Com a participação de movimentos sociais no Brasil, criou-se em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, revista em 2013, que objetiva atender essa parcela significativa da população brasileira integralmente, considerando suas peculiaridades, visando o cuidado, o acesso, a integralidade, a promoção, a prevenção, a gestão participativa, o controle social e a educação permanente para trabalhadores⁽²⁶⁾. Após a criação da referida política, houve a ampliação de acesso, porém ainda existe uma necessidade de avaliação e monitoramento para a verificação da qualidade do acesso e da adesão ofertados a essa população. É necessária, ainda, a sensibilização dos profissionais para a atuação diante da diversidade.

Dados que analisam a mortalidade adulta demonstram que morrem mais negros que brancos de câncer, doenças circulatórias e malformações congênitas (de acordo com a mortalidade pelo grupo de causas de morte da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10). A mortalidade para negros é duas vezes maior que para os brancos em muitas doenças, como, por exemplo, doenças mentais; gestação, parto e puerpério; infecções; doenças hematológicas, endócrinas, dermatológicas e causas externas⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

Considera-se que este estudo tem limitações comuns numa investigação com dados secundários, pois as informações já estão previamente construídas. Sendo assim, os estudos encontrados na literatura envolveram uma pequena quantidade de artigos que atendessem à questão norteadora em voga. Novas propostas de pesquisa poderão valer-se de mais bases internacionais, por exemplo em psicologia e/ou em ciências sociais, que priorizem conhecimentos científicos, eventualmente não disponíveis pelas bases aqui elegidas. Concebe-se uma preocupação no ambiente científico em relação à saúde da população negra, porém as bases de dados com os descritores deste estudo não proporcionaram publicações suficientes sobre como o acesso e a adesão aos serviços de saúde tem se desenhado. Acredita-se que estudos

aprofundados, sobretudo na atenção primária, poderiam trazer elementos acerca da temática proposta.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os conhecimentos gerados por esta revisão podem subsidiar profissionais do cuidado em saúde com informações úteis à tomada de decisão sobre a efetivação das políticas públicas específicas, focalizando o acesso e a adesão da população negra aos serviços de saúde. Ainda, na prática clínica, podem contribuir para continuamente repensar o acolhimento, tratamento, prevenção e promoção da saúde. Nesse contexto, as rodas de conversa, oficinas e grupos comunitários podem agregar melhorias na autoconfiança e na estada da população negra nas instituições, além dos serviços prestados individualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e a adesão para a população negra têm diversos fatores limitantes que convergem para a oferta inadequada nos serviços de saúde, tais como barreiras estruturais, fatores sociais e econômicos, atuação dos profissionais, desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial. Ações para a melhoria do acesso e da adesão já são realizadas, porém existe a necessidade de maior monitoramento e avaliação para o seu efetivo estabelecimento.

São necessários estudos que discutam essa temática, demonstrando todas as dificuldades vivenciadas pela população negra para acessar os serviços de saúde, bem como a criação de estratégias para que as barreiras sejam reduzidas, tanto as estruturais quanto as culturais e/ou econômicas, tornando o serviço de saúde mais igualitário, para negros e não negros.

REFERÊNCIAS

1. Silva TD, Góes FL. Igualdade racial no Brasil: reflexões no ano internacional dos afrodescendentes [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2013 [cited 2018 Mar 5]. 16 p. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19034
2. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LA. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. *Interface*. 2009;13(31):383-94. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012
3. Mário T, Jaccoud L, Osório R, Soares S. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição [Internet]. Brasília: Ipea; 2008 [cited 2018 Apr 13]. Available from: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1107_1899_Livrodesigualdadesraciais.pdf
4. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;6(46):1007-13. doi: 10.1590/S0034-89102012000600010
5. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde (BR). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* [Internet]. Brasília, DF: Funasa; 2005 [cited 2018 Apr 17]. p. 9-48. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf
6. Claro HG, Oliveira MAF, Paglione HB, Soares RH, Okazaki C, Vargas D. Strategies and possibilities of motivational interviewing in adolescence: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):543-51. doi: 10.1590/S0104-07072013000200033
7. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023
8. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. [Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1829-42. doi: 10.1590/0102-311X00151412 Portuguese.
9. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. [Ethnic equity in accessing health services in Bogotá, Colombia, 2007]. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008 [cited 2018 May 16];10(1):58-71. Available from: https://scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10suppl1/58-71/es_Spanish.
10. Kheswa JG. Non-adherence to antiretroviral treatment by people living with HIV/AIDS in black communities in South Africa: socio-cultural challenges. *Mediterranean J Soc Sci*. 2014;5(14):450-57. doi: 10.5901/mjss.2014.v5n14p450
11. Goes EF, Nascimento ER. [Black and white women and the accessibility to preventive health services: an analysis of inequalities]. *Saúde Debate*. 2013;37(99):571-9. doi: 10.1590/S0103-11042013000400004 Portuguese.
12. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. [Use of STD/HIV/AIDS-Oriented public health care services by Quilombo communities in Brazil]. *Saúde Soc*. 2010;19(2):109-20. doi: 10.1590/S0104-12902010000600011 Portuguese.
13. Stimson CJ, Resnick MJ, Patel SG, Zaid HB, Cookson MS, Penson DF, et al. The influence of access related factors on adherence to clinical practice guidelines for muscle invasive bladder cancer. *Urology Practice*. 2012;1(3):127-33. doi: 10.1016/j.urpr.2014.05.004
14. Vieira ABD, Monteiro PS. [Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics]. *Saúde Debate*. 2013;37(99):610-18. doi: 10.1590/S0103-11042013000400008 Portuguese.
15. Chehuen Neto JAC, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. [The National Comprehensive Health Policy for the Black Population: implementation, awareness and socioeconomic aspects from the perspective of this ethnic group]. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1909-16. doi: 10.1590/1413-81232015206.17212014 Portuguese.
16. Souza CL, Barroso SM, Guimarães MDC. [Missed opportunity for timely diagnosis of diabetes mellitus in Afrodescendant communities in the southwest of the state of Bahia, Brazil]. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;19(6):1653-62. doi: 10.1590/1413-81232014196.08662013 Portuguese.

17. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 16];38(2):96-109. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26581050>
 18. James SA. The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 1):e00104416. doi: 10.1590/0102-311x00104416
 19. Werneck J. [Institutional racism and black population health]. *Saude Soc*. 2016;25(3):535-49. doi: 10.1590/s0104-129020162610 Portuguese.
 20. Batista LE, Barros S. Confronting racism in health services. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 1):e00090516. doi: 10.1590/0102-311x00090516
 21. Assis MMA, Jesus W. [Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model]. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002 Portuguese.
 22. Werneck J, editor. *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: Criola; 2010 [cited 2019 Mar 17]. 47 p. Available from: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. *Governo Federal (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Diário Oficial da União[Internet].1990 Sept 20 [cited 2019 Mar 17]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
 24. *Governo Federal (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Diário Oficial da União[Internet].1990 Dec 31 [cited 2019 Mar 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.
 25. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Oct 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
 26. Batista LE. [Masculinity, race/color and health]. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):71-80. doi: 10.1590/S1413-81232005000100013 Portuguese.
-