

Praia Vermelha



Estudos de Política e Teoria Social

Praia Vermelha

ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

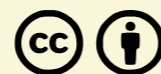
Saúde da população negra em tempos de pandemia

v.32 n.2

Jul-Dez/2022

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro cujo objetivo é servir como espaço de diálogo entre centros de pesquisa em serviço social e áreas afins, colocando em debate, sobretudo, os temas relativos às políticas sociais, políticas públicas e serviço social.

Conheça nossas [políticas editoriais](#).



Praia Vermelha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

REITORA

Denise Pires de Carvalho

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Denise Maria Guimarães Freire

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA

Ana Izabel Moura de Carvalho

VICE-DIRETOR

Guilherme Silva de Almeida

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Fátima da Silva Grave Ortiz

REVISTA PRAIA VERMELHA

EDITORA-CHEFE

Andrea Moraes Alves UFRJ

EDITORA ASSOCIADA

Patrícia Silveira de Farias UFRJ

EDITORES AD HOC v.32 n.2

Rachel Gouveia Passos UFRJ

Jadir Anunciação de Brito UFRJ

EDITOR TÉCNICO

Fábio Marinho

REVISÃO

Nicole Leal

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábio Marinho

CONSELHO EDITORIAL

Angela Santana do Amaral UFPE

Antônio Carlos Mazzeo USP

Arthur Trindade Maranhão Costa UNB

Christina Vital da Cunha UFF

Clarice Ehlers Peixoto UERJ

Elenise Faria Scherer UFAM

Ivanete Boschetti UFRJ

Jean François Yves Deluchey UFPA

Leonilde Servolo de Medeiros UFRRJ

Marcos César Alvarez USP

Maria Cristina Soares Paniago UFAL

Maria Helena Rauta Ramos UFRJ

Maria das Dores Campos Machado UFRJ

Maria de Fátima Cabral Gomes UFRJ

Myriam Moraes Lins de Barros UFRJ

Ranieri Carli de Oliveira UFF

Rodrigo Castelo Branco Santos UNIRIO

Rodrigo Guiringuelli de Azevedo PUCRS

Salviana de Maria Pastor Santos Sousa UFMA

Suely Ferreira Deslandes FIOCRUZ



Bruno Kelly / Reuters (via outraspalavras.net)

Publicação indexada em:

[Latindex](#)

[Portal de Periódicos da Capes](#)

[IBICT](#)

[Base Minerva UFRJ](#)

[Portal de Revistas da UFRJ](#)

Escola de Serviço Social - UFRJ

Av. Pasteur, 250/fundos

CEP 22.290-240

Rio de Janeiro - RJ

praiavermelha.ess.ufrj.br


(55) (21) 3938-5386


Praia Vermelha: estudos de política e teoria social /Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-


Semestral
ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoria Social-Periódicos. 3. Política- Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

CDD 360.5
CDU 36 (05)

 Para uma melhor experiência de leitura, recomendamos o acesso por computador com visualização em tela cheia (CTRL+L).

 Navegue pelo texto utilizando os ícones na lateral esquerda das páginas ou as setas em seu teclado.

 Clique [aqui](#) para baixar, instalar e utilizar gratuitamente o Adobe Reader.

Sumário

TEMAS LIVRES ARTIGOS 289 Mulheres negras na provisão e distribuição de cuidados no Brasil

Antonio Carlos Oliveira & Thamires da Silva Ribeiro

314 Gênero, Feminismos e Serviço Social: uma análise dos periódicos científicos *Rita de Cássia Santos Freitas, Carla Cristina Lima de Almeida & Ana Lole*

332 Feminismos Interseccionais no Serviço Social: Introspecções Inclementes *Josimara Aparecida Delgado Baour, Márcia Santana Tavares & Caroline Ramos do Carmo*

DOSSIÊ EDITORIAL 356 Saúde da população negra em tempos de pandemia

Rachel Gouveia Passos & Jadir Anunciação de Brito

DOSSIÊ ENTREVISTA 360 Roberta Gondim *por Rachel Gouveia Passos et alia*

DOSSIÊ ARTIGOS 378 Os Condenados da Covid: Entre velhas e novas iniquidades

Deivi Ferreira da Silva Matos, Daniel de Souza Campos & Ludmila Fontenele Cavalcanti

403 Sofrimento psíquico da população negra brasileira e impactos da pandemia de Covid-19 *Clara Barbosa de Oliveira Santos, Débora Cristina Lopes Santos & Marina Monteiro de Castro e Castro*

423 Violência doméstica contra mulheres no contexto da pandemia da Covid-19: interseccionando realidades *Paola Cordeiro Pessanha Campos et alia*


441 Atenção integral à saúde da mulher: intersecções de gênero e raça *Cristiane Cordeiro da Silva Delfino*


465 População negra, prisão e pandemia: racismo como fator de risco à saúde *Giovanna Canêo & Adeildo Vila Nova Silva*

DOSSIÊ RELATOS DE EXPERIÊNCIA 491 Saúde da População Negra: aquilombamento necessário no Rio de Janeiro *Verônica Caé da Silva Moura et alia*

510 Estratégias coletivas de enfrentamento à Covid baseadas nas práticas tradicionais de cuidado *Luana Azevedo et alia*

521 Saúde e resistência nos territórios quilombolas do Vale do Ribeira Paranaense *Lucilene da Rosa Pereira*

 Você está aqui.

 Para acessar os demais textos deste número clique aqui e veja o sumário online.

Praia Vermelha

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

População negra, prisão e pandemia: racismo como fator de risco à saúde

Saúde
População negra
Sistema prisional
Covid-19

O artigo é fruto de revisão bibliográfica e fomenta reflexões sobre a saúde da população negra no Brasil, numa análise das legislações, das desigualdades sociorraciais e das implicações da Covid-19. Além disso, o artigo apresenta a saúde no sistema prisional, constituído majoritariamente de pessoas negras, num âmbito de violações de direitos. Realidade que se agudizou na pandemia. O estudo aponta que ainda há muito a se fazer para a efetivação do direito à saúde integral da população negra, frente ao racismo estrutural e às desigualdades presentes no sistema capitalista.

Giovanna Canêo

Assistente social, doutoranda em Serviço Social PUC-SP.
gicaneos80@gmail.com

Adeildo Vila Nova Silva

Assistente social, doutorando em Serviço Social PUC-SP.
adeildovilanova@yahoo.com.br

Black population, prison and pandemic: racism as a risk factor for health

The article is the result of a literature review and promote reflections on the health of the black population in Brazil, in an analysis of legislation, social and racial inequalities, and the implications of Covid-19. In addition, the article presents health in the prison system, consisting mostly of black people, in a context of rights violations. A reality that became more acute in the pandemic. The study points out that there is still much to be done for the realization of the right to integral health of the black population, facing the structural racism and inequalities present in the capitalist system.

Health
Black population
Prison system
Covid-19





Introdução

O presente artigo objetiva apresentar a saúde da população negra no Brasil, realizando reflexões que abarcam as legislações vigentes no âmbito da saúde voltadas à essa população e expondo as desigualdades sociais que repercutem na ausência/dificuldade de acesso à saúde de qualidade, sobretudo à população negra. Essa realidade é fruto do racismo estrutural num país com herança escravocrata.

Nessa direção, abordamos também a saúde da população negra durante a pandemia da Covid-19, na medida que essa população foi a que mais sofreu de seus efeitos. Ademais, o artigo também visa retratar a saúde no sistema prisional brasileiro, compreendendo que o contingente carcerário é constituído majoritariamente de pessoas negras, num cenário marcado por múltiplas violações de direitos.

O artigo é fruto de revisão bibliográfica sobre o tema e está dividido em dois tópicos. O primeiro tópico, intitulado “A saúde da população negra e a pandemia da Covid-19”, retrata a saúde das pessoas negras no Brasil, as legislações na saúde direcionadas à essa população, o racismo estrutural e suas consequências, somado às repercussões da Covid-19.

O segundo tópico é denominado “A saúde no sistema prisional e as implicações da pandemia da Covid-19” e visa refletir sobre a saúde nas prisões brasileiras, ao adentrar nas legislações vigentes voltadas à saúde da população privada de liberdade, as violações de direitos no cotidiano prisional, os óbitos da Covid-19 e as ações governamentais durante a pandemia.

O Brasil é um país de dimensões geográficas continentais. Essa dimensão também é percebida cultural e demograficamente. Somos um país multicultural e composto por descendentes de vários povos, várias etnias, várias línguas. Somos descendentes de africanos, europeus, indígenas e asiáticos. Mas essa miscigenação, apesar de apresentar alguns aspectos positivos como as diversidades do nosso povo, também nos coloca numa condição de indefinição da nossa própria origem e identidade cultural.

Essa indefinição tem trazido sérias consequências para o Brasil na medida em que o processo de colonização e a intelectualidade brasileira nos deixaram um legado: somos um país que vive em





aparente harmonia e apesar de sermos constituídos por povos de diferentes nações, de raças/etnias diversas, a vasta literatura ainda vigente no Brasil nos ensinou, erroneamente, que vivemos em uma democracia racial e que a cordialidade é uma das principais características do povo brasileiro, negando as diferenças e as desigualdades abissais entre negros e brancos do nosso país.

Essas diferenças, entretanto, podem ser facilmente observadas no cotidiano quando nos deparamos com os índices alarmantes de desigualdades existentes entre esses grupos populacionais. No Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira é composta por 190.755.799 pessoas, desse total, 96.795.294 representam a população negra, ou seja, a maioria da população brasileira é negra. Em um país em que a população negra representa mais da metade da população, esta mesma maioria não aparece proporcionalmente representada na distribuição das riquezas socialmente produzidas e/ou construídas pelo e no Brasil.

De acordo com os dados deste último Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população total de pessoas de 10 anos ou mais de idade que recebe $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo é de 5.049.380 pessoas. Desse universo, os brancos representam 1.404.515 pessoas, enquanto os negros representam 3.549.531 pessoas. Já entre os que recebem mais de 30 salários-mínimos o universo total é de 270.451, sendo que deste total, 227.808 pessoas são brancas, enquanto 190.705 são negras (IBGE, 2010).

A análise dos dados nos permite afirmar que, em termos de distribuição de renda, as diferenças são inversamente proporcionais, ou seja, entre os mais pobres (que recebem $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo) os negros são a sua imensa maioria, mas entre os mais ricos (que recebem mais de 30 salários-mínimos) os brancos é que são, de longe, a grande maioria. Quando analisamos a população sem rendimentos, a disparidade ainda persiste. Do total de 60.071.024 pessoas, 26.122.047 são brancas e 32.950.799 são negras.

A saúde da população negra e a pandemia da Covid-19

As desigualdades sociorraciais também se refletem na área da saúde. Os índices do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (THEODORO, 2008), por exemplo, demonstram



que os negros são os que mais morrem por causas externas, como assassinatos, especialmente os jovens negros e do sexo masculino. As mulheres negras são as que mais sofrem com a falta de atenção dos médicos e dos serviços de saúde em geral. As grávidas negras são as que menos fazem exames de pré-natal em relação às mulheres não negras.

A proporção de mães negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; ao passo que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Em relação à primeira consulta pré-natal, também houve diferenças entre as categorias de raça/cor. Nos três primeiros meses de gestação, realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas (BRASIL, 2017, p. 15).

Muitas doenças acometem principalmente a comunidade negra, consequências do contexto social e do alto grau de pobreza e de condições precárias de saneamento às quais essa população está submetida (LOPES, 2004). Os séculos de escravização da população negra “influenciaram negativamente na inserção dessa população na sociedade brasileira, contribuindo para um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde” (BRASIL, 2016, p. 14).

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos” (CNDSS, 2006, n.p.)

De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2002), os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

[...] os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores



necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população (RIPSA, 2002, p.14).

Também é sabido que existem doenças que são geneticamente determinadas e/ou hereditárias mais comuns entre a população negra (BRASIL, 2017), como é o caso da anemia falciforme; as adquiridas em condições sociais desfavoráveis, como é o caso da desnutrição, doenças do trabalho, doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/AIDS, hepatites), abortos sépticos e tuberculose; e as doenças de evolução agravada ou com tratamento dificultado, ou seja, hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miamitoses, entre outras.

É preciso considerar que o racismo no Brasil traz consequências sérias para a saúde da população negra, sendo fundamental para uma análise crítica das condições sociais e de saúde às quais a população negra está submetida. O racismo persiste e resiste insistentemente, em especial no momento histórico e político em que estamos vivendo, mesmo com alguns avanços apontados anteriormente por meio da organização coletiva e da mobilização dos movimentos negros. O racismo no Brasil, neste sentido, exerce um papel fundamental para identificar as condições de vida da população negra. A pertença racial do indivíduo diz muito sobre ele e sobre as suas formas e estratégias de sobrevivência e de saúde física e mental.

O racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2017, p. 29).

Infelizmente, temos atravessado um momento difícil e de muitos retrocessos no que diz respeito à luta pelos direitos. Somos diariamente atacadas(os) com institutos legais que cassam





cada vez mais nossos direitos sociais e trabalhistas. Além disso, movimentos sociais organizados de vários setores da sociedade têm sido criminalizados e perseguidos pelas forças de segurança pública do nosso país. Há que se destacar o avanço da direita liberal que se apossou das instâncias governamentais e tem trazido consequências desastrosas para o pouco que havíamos conquistado e avançado em termos de uma agenda política progressista e de defesa intransigente dos direitos das(os) trabalhadoras(es).

Para enfrentar essas questões, medidas especiais são fundamentais e emergentes para a transformação dessa realidade, tais como fortalecer e garantir a equidade na atenção à saúde da população negra. A saúde é um direito fundamental garantido na nossa Constituição Federal (CF) e neste sentido deve ser ofertada de acordo com a universalidade garantida no Sistema Único de Saúde (SUS). Mas sabemos que uns necessitam mais que outros se considerarmos as condições de subsistência de parte significativa da população brasileira que vive sob situações precárias e insalubres de moradia e sem as condições mínimas de saneamento básico, especialmente nas favelas e bolsões de pobreza espalhados pelo Brasil afora.

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (BRASIL, 2017, p. 13).

Sabemos que nestes territórios a maioria absoluta é constituída de moradores negros e que pela exposição a estas condições insalubres de subsistência são os que mais sofrem os rebatimentos da falta de investimentos em políticas públicas de habitação, saúde, educação, entre outras. Assim, configura-se num território que acumula as mais diversas formas de omissão do Estado e, mais ainda, num território marcado pelo racismo ambiental/injustiça ambiental e racismo estrutural que tem moldado as péssimas condições de vida da população negra brasileira.

**População negra, prisão e pandemia:
racismo como fator de risco à saúde**

Giovanna Canêo
Adeildo Vila Nova Silva



Do ponto de vista do conceito ampliado de saúde apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), podemos inferir que “os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha” e que também é possível considerar “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população” (BRASIL, 2021, n.p.). Questões como as condições de moradia, a parca alimentação e a má qualidade dos alimentos, a baixa escolaridade, a renda precária e os subempregos são exemplos desses determinantes sociais de saúde.

Os estudos de Almeida e Souza (2018) trazem elementos importantes para pensarmos o racismo estrutural também como um componente de extrema relevância para a agudização das desigualdades sociais entre negros e brancos, especialmente no que se refere à saúde da população negra, que dialogam diretamente com as diretrizes que conceituam o racismo/injustiça ambiental. Para estes autores:

O racismo estrutural corresponde a um sistema de opressão cuja ação transcende a mera formatação das instituições, eis que perpassa desde a apreensão estética até todo e qualquer espaço nos âmbitos público e privado, haja vista ser estruturante das relações sociais e, portanto, está na configuração da sociedade, sendo por ela naturalizado (ALMEIDA; SOUZA, 2018, p. 351).

Entender o entrecruzamento e intersecção do racismo ambiental e o racismo estrutural é fundamental para pensarmos nas consequências desastrosas que recaem sobre as populações pretas e periféricas do nosso país a partir de escolhas políticas dos responsáveis pelo direcionamento das ações que deveriam ser de combate à pobreza e às desigualdades, mas que, contraditoriamente, servem aos grandes latifúndios e proprietários do grande capital e potencializam as condições degradáveis de sobrevivência da população negra que cada vez mais são submetidas às condições insalubres de moradia e de subsistência, além dos riscos evidentes à sua saúde e manutenção da sua própria vida.

Partindo dessas circunstâncias, expondo as disparidades e as desigualdades entre negros e brancos, especialmente no que se refere à saúde, os movimentos negros se organizam coletivamente

no sentido de garantir políticas que atendam às suas verdadeiras necessidades e que possam dar respostas às especificidades da saúde da população negra. Para Domingues (2007, p. 101-102):

Movimento negro é a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o movimento negro, a “raça”, e, por conseguinte, a identidade racial, é utilizada não só como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas.

Neste sentido, a luta histórica dos movimentos sociais em defesa da saúde pública e dos movimentos negros organizados que por meio de pressões políticas e organizações coletivas conseguiram pautar a saúde da população negra no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), culminando numa série de iniciativas, diretrizes e proposições que pudessem superar situações de risco à saúde que atingem parte significativa da população brasileira, especificamente a população negra.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, objetiva combater a discriminação étnico-racial nos serviços e nos atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra. Essa Política Nacional é uma das estratégias políticas e inclui ações de cuidado e atenção à saúde, bem como a gestão participativa, o controle social, a produção de conhecimentos, a formação e a educação permanente de trabalhadores de saúde, visando a promoção da equidade em saúde da população negra. Ademais, ela está baseada, entre outros mecanismos e instrumentos legais, no Plano Nacional de Saúde (2007) e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003.

O Plano Nacional de Saúde estabelece como diretriz a

inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços e determina a utilização da raça/cor como categoria analítica dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais (BRASIL, 2007, n.p.).



A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é muito mais que uma iniciativa político-administrativa. É o reconhecimento da existência da discriminação racial e do racismo institucional que faz com que a população negra se mantenha na base da pirâmide social e que “as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura” (BRASIL, 2013, p.16). Importante destacar o conceito de racismo institucional tendo em vista a sua complexidade e importância para entender como as relações raciais se dão no âmbito das instituições. Esse conceito é utilizado pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), conceituando o racismo institucional como:

O fracasso coletivo de uma organização pra prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligencia e estereotipação racista, que causa desvantagem a pessoas de minoria étnica (SAMPAIO, 2003, p.82).

Esta política é o compromisso de retratação e de compensação dos males causados pela política aplicada no Brasil desde a colonização até a instituição da Constituição Federal (CF) de 1988 que, apesar de legalmente garantir igualdade entre todas(os) brasileiras(os), as raízes profundas da desigualdade estruturalmente produzida e reproduzida durante séculos revelam uma sociedade marcada profundamente pela discriminação racial e social, com graves consequências para a população negra.

Está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade (BRASIL, 1988). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, n.p.). E reafirma os princípios do SUS, que constam na Lei n.º 8.080, de 1990.

Apresenta como sua principal marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo



institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Está inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de estratégias de gestão solidária e participativa que incluem a utilização do quesito raça/cor na produção de informações sobre a saúde da população atendida para a definição de prioridades no desenvolvimento de políticas e ações, bem como a ampliação e o fortalecimento do controle social. A utilização do quesito raça/cor está regulamentada pela Portaria n.º 344, de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informações em saúde. Assim, destaca-se no seu primeiro artigo:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena (BRASIL, 2017, n.p.).

Percebe-se iniciativas para minimizar os danos causados pelo racismo na vida de milhões de brasileiros(as) negros(as), mas é necessário ações realmente efetivas e que dialoguem com os movimentos negros organizados, os coletivos de mulheres negras, as associações de defesa do SUS, coletivos de defesa da saúde nos terreiros de religiões de matrizes africanas, entre outras. É preciso enfrentar o racismo com determinação e nas suas mais diversas expressões. Apesar dos esforços observados nos últimos anos para romper com esse processo de exclusão e de adoecimento da população negra, há muito ainda a ser feito no Brasil para que efetivemos os direitos fundamentais da população negra.

Nesse cenário, a pandemia da Covid-19 agudizou as desigualdades sociais. Em virtude da sua rápida e ampla disseminação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em janeiro de 2020, que o surto da doença se constitui em uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional”, sendo caracterizada como pandemia em março de 2020. Transmitida pelo contato com secreções de pessoas contaminadas e sem tratamento específico ou vacina, até aquele momento, a recomendação por parte de autoridades sanitárias era que “o distanciamento social e

a intensificação dos cuidados de higiene pessoal – notadamente de mãos – e dos ambientes, devem ser adotados para evitar a transmissão” (FÁVERO, 2020, p. 3).

Até dezembro de 2021 o Brasil já havia contabilizado mais de 22 milhões de casos de pessoas infectadas com o novo coronavírus e mais de 616 mil mortes. Esses números, entretanto, podem ser bem maiores, pois pode haver subnotificação, especialmente pela falta de testes sem que haja a possibilidade de contabilizar o avanço da doença no país, conforme indicam as análises realizadas por especialistas. Em relação a São Paulo, tem sido o estado com maior número, provavelmente em razão de que, além de ser o mais populoso da federação, sua capital é o lugar em que mais desembarcam pessoas do exterior. No estado de São Paulo os números são alarmantes, mais de 4 milhões de casos e o número de óbitos já ultrapassou os 154 mil (informação de dezembro 2021) (FÁVERO, 2020).

Vale ressaltar que na cidade de São Paulo, a doença atingiu inicialmente pessoas moradoras de bairros de classe média e alta e em seguida foi se disseminando de maneira célere pelos bairros periféricos, atingindo a população pobre e trabalhadora e, no interior desta, análises recentes indicam que o número de mortes tem sido maior entre a população negra (FIOCRUZ, 2020), o que pode ser explicado pelo fato dessa população, historicamente vítima do racismo estrutural, ter permanecido entre aquela com piores condições de vida e trabalho.

Em duas semanas, a quantidade de pessoas negras que morrem por Covid-19 no Brasil quintuplicou. De 11 a 26 de abril, mortes de pacientes negros confirmadas pelo Governo Federal foram de pouco mais de 180 para mais de 930. Além disso, a quantidade de brasileiros negros hospitalizados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada por coronavírus aumentou para 5,5 vezes (FIOCRUZ, 2020, n.p.).

O número de casos expressivos de Covid-19 no Brasil escancarou uma realidade há muito silenciada ou, ao menos, camuflada, entre nós. Não é novidade que as condições de vida da população negra no nosso país são as piores se comparadas às dos brancos. Com os agravamentos da doença e do número de mortos, essas desigualdades se acentuaram ainda mais, tendo em vista as altas taxas de desemprego deste segmento populacional e a extrema

exposição ao vírus que, dada as condições de vida da maioria da população negra do nosso país, suas habitações não oferecem condições necessárias para o distanciamento social, haja vista essas moradias serem constituídas de apenas um cômodo e que geralmente abarca um número grande de moradores no mesmo local.

A explosão de casos de negros que são hospitalizados ou morrem por Covid-19 tem escancarado as desigualdades raciais no Brasil: entre negros, há uma morte a cada três hospitalizados por SRAG causada pelo coronavírus; já entre brancos, há uma morte a cada 4,4 hospitalizações (FIOCRUZ, 2020, n.p.).

Ademais, destaca-se o pouco caso com o qual os casos de Covid-19 foram tratados no que se refere à coleta de dados sobre a raça/cor das vítimas que foram acometidas pela doença e/ou foram hospitalizadas. Informações estas que só foram incluídas após posicionamentos do GT Racismo e Saúde, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos da Família e Comunidade (SANTOS *et al.*, 2020).

Isso mostra a magnitude da invisibilidade dessa temática, a dificuldade de mensurar o alcance da pandemia no Brasil na perspectiva da equidade, ao mesmo tempo em que se ratifica a baixa adesão e interesse na utilização dessas informações. Logo, expressa-se mais uma vertente do racismo em sua multidimensionalidade durante a pandemia da Covid-19 (SANTOS *et al.*, 2020, p. 228).

A inclusão do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde é de competência das esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2017), e como já mencionado anteriormente, a publicização de relatórios sistematizados contendo informação desagregada por raça/cor, que passou a ser obrigatório a partir da publicação da Portaria n.º 344 do Ministério da Saúde em 2017.

Apesar desse contexto, o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica da Covid-19 nos primeiros boletins epidemiológicos, ainda que constasse nas fichas de notificação para Síndrome Gripal e para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), ambas utilizadas como instrumentos de registro, monitoramento e avaliação dos casos suspeitos leves e graves da Covid-19, respectivamente, na rede de atenção básica, nos centros de triagem,

nas unidades de pronto-atendimento e na rede hospitalar, assim como no formSUs inicialmente elaborado para registros da Covid-19 (SANTOS *et al.*, 2020, p. 228).

O perfil do brasileiro acometido pela Covid-19, nessa primeira onda, tem suas particularidades se comparado a outros países com grandes populações, como por exemplo: no Brasil a maioria dos casos está concentrada nos grandes centros urbanos, é constituída de pessoas mais jovens, com pele mais escura e com diversas comorbidades (BRASIL, 2018) que, se tivéssemos uma Atenção Primária de boa qualidade com capilaridade, essas comorbidades estariam controladas e não aumentariam a letalidade causada por esse vírus (SANTOS *et al.*, 2020, p. 232).

Com o intuito de contribuir com as ações que considerem a questão racial no enfrentamento à Covid-19, o Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco (2020) apresenta algumas recomendações como: a) Orientar prefeitos e gestores para aplicar recursos da saúde, considerando o quantitativo e perfil da população negra, b) Inserir a variável raça/cor nas fichas de registro e notificação da Covid-19 (MARTINS, 2020b, n.p.). Ações como estas podem contribuir para uma atenção qualificada a essas populações que estão mais expostas ao vírus, pois não podemos ignorar o fato de que

Os desdobramentos da pandemia da Covid-19 numa sociedade estruturada pelo racismo penaliza grupos vulneráveis, especialmente entre pessoas negras, está diretamente relacionado à policrise sanitária, social, política, econômica, moral, crise na globalização e os fluxos migratórios etc. Essa conjuntura influencia e direciona as decisões políticas e a elaboração de estratégias de proteção social, como políticas públicas na área social e da saúde (SANTOS *et al.*, 2020, p. 230).

Neste contexto, as primeiras ações dos movimentos negros organizados e coletivos em geral é a defesa primeira do SUS visando o seu aprimoramento e fortalecimento diante da Covid-19 e as sucessivas variantes que vem surgindo ao longo desses quase dois anos do surgimento do primeiro caso no Brasil que, não por acaso, foi detectado em uma mulher negra, empregada doméstica que contraiu a doença de sua patroa que havia passado suas férias na Europa. Caso emblemático, mas bem previsível considerando as suas condições de vida e as formas de



contaminação do vírus. Especialistas apontam para a urgência do debate para promover ações de como lidar com o coronavírus.

É preciso abrir um debate urgente sobre o quanto as desigualdades sociais agravam ou até impedem as possibilidades de prevenção de adoecimento e morte pela Covid-19. Graças a um histórico escravista de nossa sociedade, mas, sobretudo, por um racismo que se atualiza em descaso e violência de Estado contra a população negra, nós somos a maioria absoluta nas favelas, nos cortiços, nas palafitas, na população de rua nas cadeias, nos empregos precários (FAUSTINO, 2020, n.p.).

Para Faustino (2020, n.p.), “o racismo estrutural na saúde se revela por uma divisão desigual de acesso” e “pelo tratamento desigual dentro do sistema” e acrescenta que é principalmente, pela “invisibilidade das desigualdades raciais na hora do planejamento das políticas e ações de saúde”.

Nessa direção, Xavier (2020, n.p.) entende de suma importância que as ações emergenciais dialoguem com as políticas de longo prazo:

Os movimentos sociais negros e de mulheres negras, buscam conjugar ações emergenciais e políticas que ampliem as condições sanitárias da população negra e também ações políticas de longo prazo que garantam o futuro dessa população em um país tão desigual e violento.

Reconhecer os impactos do racismo na potencialização das doenças que acometem principalmente a população negra, bem como seus agravamentos pelas condições materiais objetivas de subsistência dessa população nas periferias e nos bolsões de pobreza espalhados pelo Brasil afora é fundamental para dar respostas adequadas às condições precárias de saúde identificadas nesse segmento populacional. Não podemos mais ignorar as evidências de que a saúde da população negra é determinada pelo grau de exposição às condições de vida insalubres. Também devemos admitir que o adoecimento, e até a morte da população negra, não se dá apenas pela Covid-19, mas por uma série de outras doenças que se aproveitam dessas condições precárias para proliferarem nesses ambientes desprovidos de elementos mínimos de subsistência, como a ausência de tratamento de água e/ou de esgotos.



Além disso, destaca-se que, no Brasil, a população negra constitui majoritariamente (64%) do contingente carcerário (INFOPEN, 2016), nesse sentido compreendeu-se primordial adentrar nessa temática e apresentar como se expressa a saúde no sistema prisional brasileiro e apontar quais foram as consequências da pandemia da Covid-19 nesse cotidiano prisional.

A saúde no sistema prisional e as implicações da pandemia da Covid-19

Na década de 1980, com a promulgação da Lei de Execução Penal (LEP) começa a ser garantido por lei a assistência à saúde para pessoas privadas de liberdade, é o primeiro documento normativo em nível nacional que retrata os direitos da população carcerária e é utilizado até os dias atuais. Conforme consta no artigo 41º da LEP, são direitos do preso: “VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa” (BRASIL, 1984, n.p.).

A título de informação, já havia regimentos internos das unidades prisionais de São Paulo e do Rio de Janeiro, mas não com respaldo nacional. Posteriormente à promulgação da Lei de Execução Penal (LEP), tem-se a implantação da Constituição Federal (CF) de 1988 que universaliza o direito à saúde em território nacional e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública de Estado.

Não obstante, apenas nos anos 2000 inicia-se a promulgação de legislações específicas à saúde no sistema prisional brasileiro. Pode-se ilustrar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) de 2014.

O PNSSP é promulgado para implementar serviços voltados a uma ação integral à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional (BRASIL, 2004). Destaca-se que em seu artigo 4º dispõe que a equipe do serviço de atenção à saúde deve ser composta “minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem” (BRASIL, 2003, n.p.). Esse artigo amplia as ações profissionais dos(as) assistentes sociais e psicólogos(as) no sistema prisional preconizadas na Lei de Execução Penal (LEP), ao reconhecer essas categorias como profissionais da saúde também.



Segundo Schmitt *et. al.* (2014, n.p.), as dificuldades na execução do PNSSP foram:

- Financiamento insuficiente. - Lógicas diferenciadas de atenção entre as instituições de segurança pública e as de saúde. - Ausência de carreira profissional e dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional. - Falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede. - Uso incipiente dos sistemas de informação em saúde.

Diante desse cenário, a PNAISP surge com o objetivo de promover a inclusão da população privada de liberdade ao Sistema único de Saúde (SUS) e ampliar esse direito de assistência à saúde abarcando também delegacias, distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e as penitenciárias federais, serviços que o PNSSP não cobria (BRASIL, 2014b). Destarte, no seu artigo 9º estabelece que:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014a, n.p.).

Dessa forma, a PNAISP representou um importante avanço no tocante à legislação dos direitos da população prisional ao acesso aos serviços de saúde. No entanto, a efetividade dessas legislações na concretude é precária e insuficiente. O cotidiano prisional brasileiro é marcado por múltiplas violações de direitos que podem ser ilustrados na “sobrepensa” - violação dos direitos fundamentais do contingente carcerário, como: a superlotação, a alimentação precária e muitas vezes estragada, o não acesso a materiais de higiene e limpeza, a tortura, a violência física e psicológica, a utilização exacerbada do isolamento e a negação de recebimento de correspondência ou jumbo - materiais entregues pelos familiares à unidade prisional.

De acordo com os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2016, no Brasil todas as categorias da área de saúde – médicos(as), enfermeiros(as), dentistas, ginecologistas, clínicos, psiquiatras e demais especialidades – representam, juntas, 6% dos(as) profissionais do





sistema prisional brasileiro, ou seja, havia 6.337 profissionais para atender 726 mil pessoas em 2016. Destaca-se, também, que 15% das unidades prisionais não apresentam estrutura com módulo de saúde. Esses dados demonstram o número insuficiente de profissionais para um contingente muito maior de presos(as), além de ter unidades sem estrutura de saúde (INFOPEN, 2016).

O Ministério da Saúde, em 2014, apontou que a população carcerária apresenta a chance 28 vezes maior de contrair tuberculose do que o resto do país (GOVERNO FEDERAL, 2016). Segundo dados do Infopen em junho de 2019, no sistema prisional brasileiro há a quantidade de 8.638 casos de tuberculose, 7742 de HIV, 5449 de Sífilis e 4.927 casos de outras comorbidades (INFOPEN, 2019).

A assistência à saúde nas prisões brasileiras é bastante deficitária, numa realidade na qual (majoritariamente) negligencia-se propositalmente o acesso à saúde da população encarcerada. Pode-se ilustrar a transferência de um(a) preso(a) a um hospital, que só ocorre em casos muito graves de saúde, e muitas vezes o(a) preso(a) chega a falecer antes mesmo de ter atendimento e tratamento adequado. Ademais, ressalta-se a ausência/escassez de medicação e a grande espera para ser atendido(a) dentro da unidade prisional.

As violações de direitos no sistema prisional só se exacerbaram no contexto atual, no qual se encontra o mundo numa pandemia da Covid-19. O Brasil chegou a ter uma média de até quatro mil mortes diárias no início de 2021 e, conforme já retratado, um total hoje de 616 mil mortes, situação que foi agudizada pelo descaso do Governo Federal em relação a pandemia, com ações marcadas pela desinformação e sem políticas concretas de enfrentamento. Em concomitância, o sistema prisional brasileiro, segundo o Boletim de 18 de novembro de 2021 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), apresentou 626 óbitos (somado presos e servidores) registrados por Covid-19 e 92.858 casos confirmados. Destaca-se que apenas 364.408 presos e 81.821 servidores foram testados (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

Diante de um contingente carcerário de 726 mil pessoas (INFOPEN, 2016), com celas superlotadas e grande fluxo contínuo de profissionais, é um cenário que favorece a proliferação da Covid-19, assim como o aumento das tensões.





Nesse cenário, a Pastoral Carcerária recebeu, no ano de 2020, 90 denúncias de violações de direitos e tortura em presídios; esse número é 63% maior em comparação com 2019. Dessas 90, 67 são referentes à negligência na prestação da assistência à saúde e 52 no tocante a condições humilhantes e degradantes. Nos relatos, os(as) presos(as) contam que o convívio é irrestrito ente saudáveis e doentes, não há separação (SILVA, 2021).

Em 2021, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instaurou o Gabinete de Crise no estado do Ceará frente às inúmeras violações de direitos no sistema prisional do estado. Dentre elas pode-se ilustrar: denúncias de torturas e mortes sem explicação, além de um número excedente de presos provisórios (PAULINO, 2021).

Destaca-se que durante a pandemia, a primeira iniciativa do Depen (em março de 2020) foi a “suspensão de visitas, atendimentos de advogados, atividades educacionais e de trabalho, assistências religiosas e escoltas dos presos custodiados” (BRASIL, 2020, n.p.). Medida de prevenção que inviabilizou a comunicação com as famílias, repercutindo na ausência de informação da situação da pessoa presa, sobretudo em relação à sua condição de saúde. Posteriormente, foram implantadas iniciativas de comunicação on-line entre os(as) presos(as) e as famílias e a retomada, aos poucos, das visitas presenciais.

Salienta-se também que o Depen encaminhou ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) - órgão da execução penal -, na data de 17 de março de 2020, um ofício requerendo a alteração da Resolução n.º 9/2011 do CNPCP, com o intuito de conceder a permissão da prisão de pessoas em instalações no formato de contêineres (MARTINS, 2020a). Essa iniciativa só ressalta a política governamental do “deixar morrer” essa população encarcerada que é considerada descartável, tendo em vista que os contêineres se destinam ao transporte de cargas e não para o armazenamento ou prisão de pessoas, constituindo-se um local insalubre e não ventilado que pode atingir temperaturas altíssimas. Posteriormente ao ofício, em consequência de uma forte mobilização de movimentos sociais, a proposta dos contêineres foi vetada.

No país, duzentas e treze entidades defensoras dos direitos humanos apresentaram uma denúncia à ONU (Organização das Nações Unidas) e à OEA (Organização dos Estados Americanos)





sobre a gestão da pandemia nos presídios. Essa denúncia abarca violações de normas e recomendações internacionais, como:

falta de acesso à saúde, entraves ao desencarceramento, incomunicabilidade, problemas no registro de óbitos, rebeliões e uso de estruturas temporárias precárias para o abrigo das pessoas presas. As entidades pedem que os organismos internacionais demandem explicações ao Brasil e recomendem a adoção de medidas emergenciais para conter uma “catástrofe de proporções preocupantes” (IBCCRIM, 2020a, n.p.).

Segundo a denúncia, juízes e o Ministério Público têm dificultado e, até mesmo, impedido a aplicação da Recomendação 62/2020 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que promove o desencarceramento, que abarca, por exemplo: a recomendação de reavaliação de prisões provisórias, sobretudo ao grupo de risco e a reavaliação de prisões preventivas com prazo superior a 90 dias ou que resultem de crimes com menor gravidade (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2020).

Essa lógica de impossibilitar a aplicação da recomendação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é ilustrada pela ação dos ministros do Supremo Tribunal Federal que só concederam 6% (BALTHAZAR; MARIANI, 2020) dos *habeas corpus* que chegaram à corte e, também impediram ações coletivas.

Salienta-se que em agosto de 2020, defensorias públicas de dezesseis estados brasileiros protocolaram um documento enviado ao Supremo Tribunal Federal, solicitando a liberdade provisória ou prisão domiciliar de mulheres mães gestantes e lactantes presas em unidades federativas (TAJRA, 2020). Essa ação é importante, tendo em vista que o Brasil é o país com o maior número de óbitos de mulheres grávidas no pós-parto de Covid-19 no mundo, segundo o estudo da revista médica *International Journal of Gynecology and Obstetrics* de 2020 (INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, 2020).

Ademais, enfatiza-se que no final de maio de 2020, o Depen assinou um repasse de recursos para o combate ao coronavírus no sistema prisional. Dentre esses recursos, 200 milhões são para aquisição de artefatos não letais, no aumento da vigilância (CAMPELLO; GODOI, 2020). Dessa forma, o governo brasileiro



(sob a prerrogativa de combate ao coronavírus) fortalece tanto o enriquecimento da iniciativa privada, como intensifica o aparato repressivo dentro dos presídios, repercutindo em maior violência à população carcerária.

A crise sanitária deflagrada pela pandemia é tomada como pretexto para a intensificação da segurança penitenciária e a asfixia completa das populações encarceradas. De outro, a prospecção de rebeliões possivelmente provocadas por tal conjuntura agônica é tida como janela de oportunidades para as empresas e empresários do ramo, convertendo um problema de saúde pública em vetor de aquecimento do mercado do castigo (CAMPELLO; GODOI, 2020, n.p.).

Todos esses dados e elementos da realidade das prisões brasileiras contribuem na crítica ao sistema prisional atual, ao enfatizar sua situação caótica, as presentes e cotidianas violações de direitos da população carcerária e o perfil dessas pessoas. O sistema penal cria condições para a reincidência, é retroalimentador de violência e é marcado pela seletividade, elementos que não são conjunturais e, sim estruturais. Nesse sentido, só serão superados a partir da dissolução do sistema penal.

Considerações finais

Nesse contexto, o papel do Estado é primordial em promover a efetivação dos mínimos sociais, não podendo exaurir do ordenamento jurídico a validação dos direitos humanos. Haja vista que a configuração atual dos direitos humanos é produto da construção social resultado de lutas históricas das minorias contra as opressões presentes na realidade longe de ser igualitária. Diante de uma participação combativa dos movimentos sociais durante a história.

E pela dialética das relações sociais, o direito é também a regulamentação da atividade social inserida na sociedade de conflito de classes, que não transforma a raiz desta desigualdade. A defesa intransigente dos direitos humanos não deve ter como objetivo final o aperfeiçoamento da democracia atual, mas a busca por um novo sistema de produção, visando uma forma completamente emancipada, numa nova ordem societária, somado à uma luta contra toda a lógica punitiva, contra o endurecimento das leis penais e a favor de políticas de desencarceramento.

Ainda há um caminho longo a ser percorrido para que a população negra tenha o seu direito à saúde integral respeitado. Apesar das diversas iniciativas pelo Brasil afora, com a criação de vários organismos oficiais de defesa de políticas públicas para esta população, como as Coordenadorias de Promoção da Igualdade Racial, bem como estratégias de coleta do quesito raça/cor/etnia nos formulários utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2001, ainda não existem mecanismos eficazes de cobrança, fiscalização e monitoramento para o cumprimento efetivo dessa legislação.

Precisamos nos apropriar, cada vez mais, dos espaços de participação popular para que possamos cobrar e exigir das autoridades e responsáveis pela execução dessas políticas, o cumprimento das leis. Cabe ressaltar, ainda, a importância do incentivo às produções acadêmicas que tratem do tema, haja vista a escassa produção existente ainda incipiente, considerando a complexidade da questão. A informação é a ferramenta fundamental para combater o preconceito e a discriminação, garantindo qualidade de vida igual para todos e todas.

Referências

ALMEIDA, S. L. de; SOUSA, F. R. Raça e racismo no Brasil: uma perspectiva estrutural: Uma perspectiva estrutural. *In*: FEFFERMANN, M. (org.). *Interfaces do Genocídio no Brasil: raça, gênero e classe*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 347-359. (Temas em Saúde Coletiva 25). Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temassaudecoletiva25.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BALTHAZAR, R.; MARIANI, D. STF resiste a pressões para soltar presos durante pandemia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 maio 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/stf-resiste-a-pressoes-para-soltar-presos-durante-pandemia.shtml>>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. *Cartilha da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Ministério da saúde. Ministério da Justiça. Brasília (DF), 2014b. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. *Cartilha do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. *Perguntar não ofende*. Qual é a sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir. São Paulo: GB8, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Lei n. 7210, de 11-07-1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. *Determinantes Sociais*. 2021. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil - 2018 - Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: [s.n.].

BRASIL. *Painel de indicadores do SUS nº10*. Temático Saúde da População Negra. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007*. Um pacto pela saúde no Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2021/08/politica-nacional-saude-pop-negra-2013-ms.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003*. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017*: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 12, de 22 de abril de 2020. Suspende as visitas, os atendimentos de advogados, as atividades educacionais, de trabalho, as assistências religiosas e as escoltas realizadas nas Penitenciárias Federais do Sistema Penitenciário Federal do Departamento Penitenciário Nacional como forma de prevenção, controle e contenção de riscos do novo Coronavírus. *Diário Oficial da União*. 23 abr. 2020. p. 53. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-12-de-22-de-abril-de-2020-253541565>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CAMPELLO, R.; GODOI, R. Tranca, contêiner e bomba: a gestão penitenciária da pandemia no Brasil. *Le monde Diplomatique Brasil*, São Paulo. 3 jul. 2020. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/tranca-container-e-bomba-a-gestao-penitenciaria-da-pandemia-no-brasil/>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *Carta aberta aos candidatos à Presidência da República*. Setembro de 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 26 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020*. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo

novo coronavírus Covid-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Registros de Contágios e Óbitos 2021*. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/registros-de-contagios-obitos/>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

DOMINGUES, P. *Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos*. Tempo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

FAUSTINO, D. M. *População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas*. [Entrevista concedida a] MARTINS, P. Especial Coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

FÁVERO, E. T. *Introdução: aproximações ao contexto da pandemia, da realidade social e do exercício profissional da/o assistente social*. 2020. Boletim NCA-SGD. PUC-SP. N° 01. maio 2020. Disponível em: <<https://www.pucsp.br/sites/default/files/sites/default/files/download/nca/Boletim%2001.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2020. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48879>>. Acesso em: 26 set. 2022.

GOVERNO FEDERAL. Ministério da Justiça e Segurança pública. *População carcerária brasileira chega a mais de 622 mil detentos*. 2016. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/populacao-carceraria-brasileira-chega-a-mais-de-622-mil-detentos>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Jun. 2016. Brasília (DF): Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2016. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Dez. 2019. Painel interativo. Brasília (DF): Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional, 2019. Disponível em: <<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRIM). *Covid e prisões no Brasil*: leia a íntegra da denúncia enviada à ONU e à CIDH sobre “ação genocida do governo”. 24 jun. 2020a. Disponível em: <<https://www.ibccrim.org.br/noticias/exibir/627/covid-e-prisoas-no-brasil-leia-integra-da-denuncia-enviada-a-onu-e-a-cidh-sobre-acao-genocida-do-governo>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 26 set. 2022.

INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. *The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting*. 9 jul. 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13300>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

LOPES, F. *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer*: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade (Relatório Final – Convênio Unesco Projeto 914BRA3002). Brasília: Funasa/MS, 2004.

MARTINS, M. A. Depen propõe que presos contaminados ou de grupos de risco sejam isolados em contêineres por causa do coronavírus. *G1*. 28 abr. 2020a. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/depen-propoe-que-presos-sejam-isolados-em-containers-por-causa-do-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

MARTINS, P. *População negra e Covid-19*: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas. Especial Coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

MUNIZ, B.; FONSECA, B.; PINA, R. *Covid-19*: mortes de negros e pobres disparam. 2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/covid-19-mortes-de-negros-e-pobres-disparam/>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

PAULINO, N. CNJ propõe gabinete de crise para resolver 11 problemas no sistema prisional do Ceará; veja lista. *Diário do Nordeste*, 23 set. 2021. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/cnj-propoe-gabinete-de-crise-para-resolver-11-problemas-no-sistema-prisional-do-ceara-veja-lista-1.3139098>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SAMPAIO, E. O. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações. Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.

SANTOS, M. P. A. dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 99, n. 34, p. 225-243, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

SCHMITT, H. B. B. et al. *Políticas Públicas e Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SILVA, C. R. da. Negligência no atendimento à saúde é a principal denúncia em presídios em 2020, diz Pastoral Carcerária. G1, 25 jan. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/25/negligencia-na-prestacao-de-assistencia-a-saude-e-a-principal-denuncia-em-presidios-em-2020-diz-pastoral-carceraria.ghtml>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

TAJRA, A. Covid: Defensorias públicas de 16 estados pedem liberdade a presas grávidas. *UOL*, 11 ago. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/08/11/mulheres-gravidas-presas-sp-relatos-covid-19.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

THEODORO, M. (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008.

XAVIER, L. *População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas*. [Entrevista concedida a] MARTINS, P. Especial Coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>>. Acesso em: 04 dez. 2020.



Este número da Revista Praia Vermelha foi diagramado em novembro de 2022 pelo Setor de Publicações e Coleta de Dados da Escola de Serviço Social da UFRJ, para difusão online via Portal de Revistas da UFRJ. Foi utilizada a fonte Montserrat (Medium 13/17,6pt) em página de 1366x768pt (1:1,77).