

Por uma agenda racial de pesquisa em informação e comunicação em saúde

For a racial research agenda in health information and communication

Por una agenda de investigación racial en información y comunicación en salud

Igor Sacramento^{1,a}

Editor científico da Reciis

igor.sacramento@icict.fiocruz.br | <https://orcid.org/0000-0003-1509-4778>

Kizi Mendonça de Araújo^{2,b}

Editora científica da Reciis

kizi.araujo@icict.fiocruz.br | <https://orcid.org/0000-0002-9378-3299>

Christovam Barcellos^{3,c}

Editor científico da Reciis

christovam.barcellos@fiocruz.br | <https://orcid.org/0000-0002-1161-2753>

Léa Camila de Souza Ferreira^{4,d}

Assistente editorial da Reciis

lea.camila@icict.fiocruz.br | <https://orcid.org/0000-0001-6054-3902>

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Laboratório de Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Laboratório de Informação em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Editoria Científica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^a Doutorado em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^b Doutorado em Química Biológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^c Doutorado em Geociências (Geoquímica) pela Universidade Federal Fluminense.

^d Graduação em Letras pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Desigualdades raciais; Saúde da população negra; Comunicação e informação em saúde; Políticas de saúde; Reciis.

Keywords: Racial inequalities; Health of black population; Health communication and information; Health policies; Reciis.

Palabras clave: Desigualdades raciales; Salud de la población negra; Información y comunicación en salud; Políticas de salud; Reciis.

Embora a coleta e análise de dados quantitativos apontem para evidentes desigualdades em saúde, muitos estudiosos comentam que falta uma compreensão mais aprofundada sobre como e por que esses determinantes sociais das desigualdades raciais na saúde se dão e como poderiam ser mitigados (Adorno; Alvarenga; Vasconcellos, 2004; Carvalho; Meirinho, 2020; Maio; Monteiro, 2005). Esta lacuna coloca uma questão importante: como os quesitos cor/raça, cuja inclusão nos sistemas de informação de saúde do Brasil é recente, tendo as iniciativas para a criação de um campo de reflexão e intervenção política denominado “saúde da população negra” em meados da década de 1990, colocam as dificuldades da regularidade e qualidade desses dados? Colocar o passado de volta, fazer a análise de séries históricas, incluindo momentos em que os quesitos cor/raça eram ignorados, é um desafio praticamente intransponível. Racializar os sistemas de informação em saúde é considerar que esse passado não se restringe a um determinado período, que suas consequências permanecem latentes e em constante disputa com a promoção e o acesso às políticas de saúde, promovendo resultados díspares para a equação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único Saúde (SUS).

Ultrapassar a lacuna racial nessas questões é, então, incluir grupos raciais subalternizados na produção de informação em saúde, no sentido mais amplo desse termo. É também incorporar à análise fatores como política habitacional, mudanças sociodemográficas, emprego e precarização do trabalho, iniciativas de desenvolvimento econômico e mecanismos institucionais variados por meio dos quais essas políticas e iniciativas são implementadas, aplicadas e/ou prejudicadas, em termos raciais. Tal perspectiva permite, conceitualmente, a possibilidade de mudança: a focalização como uma forma de garantia efetiva de universalização do direito à saúde.

No entanto, na medida em que a metodologia quantitativa – e a sua linguagem de variáveis, categorias e associações – torna-se preponderante, seus praticantes podem involuntariamente restringir o escopo das suas análises. As perguntas de pesquisa e a interpretação dos seus resultados tornam-se restringidas por classificações que podem reduzir problemas sociais complexos a modelos simplificadores e insuficientes, resumindo-os a relações mecanicistas de causa-efeito. Esses esquemas de análise muitas vezes se concentram em fatores biológicos, socioeconômicos ou comportamentais de âmbito individual que apagam o contexto social e político no qual as desigualdades de saúde e o próprio racismo são produzidos (Sodré, 2023), enquanto muito menos atenção é dada à forma como transformações estruturais podem alterar a vida de grupos sociais impactados pelo racismo.

Janet Shim (2002) sustenta um argumento semelhante, observando que, em epidemiologia, modelos aceitos e rotinizados (especificamente, o modelo multifatorial de doença) exigem que a realidade social da raça seja medida no âmbito individual. “Este tipo de devolução”, escreve ela, “simplifica um mundo complexo em unidades de observação menores e presumivelmente independentes” (Shim, 2002, p. 132, tradução nossa). Os pesquisadores escolhem as variáveis “mais próximas” (*proxies*, que também indicam aproximações ao constructo teórico) do resultado observado (doença), e estas “normalmente se traduzem em riscos biológicos diretos ou causas de doenças e/ou de estilos de vida ou comportamentos endereçáveis ao plano individual” (Shim, 2002, p. 132, tradução nossa). A inclusão de categorias raciais nos formulários de pesquisa permite que epidemiologistas se situem no debate político, algumas vezes em defesa da equidade em saúde, outras como reforço, mesmo que involuntário, de teses racistas. Como afirma a autora, as pesquisas sobre desigualdades raciais em saúde não podem apenas documentar e descrever as próprias disparidades. Uma das implicações do uso desse tipo de abordagem epidemiológica que se aproxima de um aspecto quantitativo é que as disparidades persistem, em grande parte porque o indivíduo se torna, por padrão, o único responsável por causas sociais. Novos modelos de análise, de coleta de dados e de explicação das determinações sociais de saúde devem ser buscados.

A outra implicação é igualmente séria: ao continuarem a operacionalizar a raça como uma força causal não analisada, os investigadores sub-repticiamente inserem o pensamento biologicista na pesquisa epidemiológica em saúde, que passa a influenciar outros campos de investigação e a esfera pública, uma vez que os resultados da sua investigação são divulgados. A observação repetida da existência de sistemas de saúde baseados nas disparidades raciais constitui o que Reed e Chowkwanyun (2012) chamam de “discurso de disparidade racial”, em que raça e racismo se tornam um fenômeno histórico que enfatiza o “racial” e não os processos de racialização das desigualdades sociais em saúde. As desigualdades sociais foram racialmente construídas e assim são mantidas.

A pesquisa em comunicação sobre disparidades em saúde geralmente se divide em duas áreas distintas, mas com categorias sobrepostas: 1) campanhas de saúde e sensibilização para públicos desfavorecidos e 2) construção de políticas de saúde culturalmente apropriadas. Ambas as categorias de pesquisa assumem que, na biomedicina e na saúde pública, a informação desempenha um papel fundamental na exacerbação ou melhoria das disparidades de saúde (a própria disseminação da informação constitui uma dessas disparidades) e que a comunicação não pode ser utilizada por meio de um modelo “tamanho único”. Como tal, a pesquisa em comunicação e informação em saúde pode ser um elo crucial entre os dados sobre disparidades em saúde e um grupo mais amplo de pessoas, permitindo, assim, ações preventivas eficazes, ampliando formas de cuidado coletivo e subsidiando políticas públicas incluídas.

Em relação à primeira categoria, os pesquisadores assumem corretamente que os membros de grupos sub-representados não têm conhecimento de ameaças específicas à saúde e ao bem-estar, e/ou não têm conhecimento de cuidados preventivos e paliativos ou não estão dispostos a procurá-los devido à falta de acesso, falta esta percebida por experiência anterior com práticas médicas e de saúde pública racistas. Contudo, não está muito especificado se as mensagens de divulgação em saúde devem incluir a observação das disparidades baseadas na raça para serem eficazes. Em outras palavras, há uma diferença entre comunicar a necessidade de cuidados regulares de saúde voltados para grupos vulnerabilizados e comunicar a necessidade de check-ups com base na observação de que brasileiros negros, em geral, são mais propensos a adoecer, a serem diagnosticados ou a morrerem por causas evitáveis e específicas do seu contexto social e ambiental. A importante dissertação de Thamires Gonçalves Pinto (2023) expõe a ausência de políticas públicas de comunicação voltadas para a saúde do homem negro, bem como o baixo número de pesquisas sobre o tema.

Também não pode ser igualmente negligenciada a constatação de que a ausência de políticas públicas para a saúde do homem negro resulte de um racismo institucionalizado. Mas não é só isso. Como argumenta a autora, o mito da democracia racial, que se manifesta sobretudo através do elogio à miscigenação e à interpenetração étnica, estrategicamente escamoteia a existência e as consequências persistentes do regime escravocrata no Brasil. Somos todos iguais, mestiços, brasileiros, nos diz o mito. Não somos: foram corpos negros que foram coisificados como mercadorias, destituídos de qualquer humanidade, explorados, violentados, marginalizados, descartados por mais de três séculos. Os 350 anos de escravização não se apagam facilmente, apesar dos inúmeros exercícios de poder pelo silêncio e pelo conformismo. Permanecem em desigualdades múltiplas.

A ideia de que o Brasil esteja livre do racismo, graças à sua população mestiça, é ainda bastante generalizada. Ao longo da história brasileira, a mera presença de pessoas mestiças tem sido usada pelas elites políticas e intelectuais para promover a ideia de harmonia racial, apesar da ideia subjacente de que a miscigenação livraria a sociedade dos negros por meio de processos deliberados de embranquecimento da população (Marx, 1998). O que é importante notar é que partilhamos uma história de escravatura, intolerância racial e tratamento negativo de pessoas negras, brutalidade, discriminação no emprego e barreiras a cuidados de saúde de qualidade.

Estima-se que a longevidade de pessoas negras seja menor do que a de pessoas brancas, assim como o número de pessoas mortas pela violência letal seja maior entre negros do que outros grupos raciais, segundo dados do relatório do Atlas da Violência, de 2022. Ou seja, as políticas públicas não estão garantindo qualidade de vida nem o exercício pleno da cidadania da população negra. Outro fator agravante é o descaminho da garantia de políticas públicas para a população negra.

Embora sejam feitos esforços contínuos para delinear de forma abrangente as causas das persistentes desigualdades de saúde, cada vez mais evidências apontam para os efeitos de uma miríade de determinações complexas, enraizadas na discriminação institucionalizada com base na raça. A sua marginalização sistemática, operacionalizada mediante políticas, práticas sociais e acesso diferencial a recursos e ao poder tem sido citada como a causa distal de resultados adversos na saúde da população negra. Nomeadamente, para as mulheres negras, a marginalização que experimentam como resultado das suas identidades raciais, de classe e de gênero não pode ser analisada independentemente uma da outra (Carvalho; Meirinho, 2020).

Para além do acesso diferenciado aos recursos resultante da discriminação, a compreensão das experiências de pessoas de grupos sociais racialmente marginalizados durante o uso de serviços e cuidados de saúde é uma componente crítica fundamental para se compreender como as disparidades nos sistemas de saúde são produzidas dentro de um conjunto de desigualdades sociais mais amplas. Aí está um lugar importante para a comunicação: realizar investigações a partir de análises de percepções dos usuários do SUS sobre o racismo institucional, com vistas a constituir dados sobre o pertencimento racial dos usuários dos serviços públicos de saúde, incentivando a presença da comunidade junto a agentes públicos e servidores da saúde na formulação de novos protocolos de acesso ao SUS (do atendimento primário ao especializado).

O processo de produção de sentido nos serviços de saúde, de um ponto de vista da comunicação, nos permite incluir como objeto de estudo relatos de usuários sobre suas experiências de discriminação racial no acesso a serviços de saúde. O método é assim invertido das estruturas hegemônicas da branquidade, que constroem relações que perpetuam as desigualdades de saúde existentes e arraigadas, para parcerias de solidariedade com comunidades subalternizadas comprometidas com uma política democrática mais ampla. Trabalhamos, assim, de um local metodológico que descoloniza o quadro capitalista de produção de conhecimento através da expressão de uma política abertamente resistente e que desafia as estruturas sociais que produzem desigualdades na saúde. Concordamos com a literatura da área de comunicação sobre micropráticas de subordinação e resistência no cotidiano das práticas de saúde, mas consideramos igualmente importante considerar o racismo nas estruturas e processos de construção social do cuidado das e com as populações.

A saúde e o bem-estar, quando emergem como locais de luta pela voz subalterna, invertem a ideologia neoliberal da comunicação em saúde que restringe o papel comunicativo às interações de âmbito individual e às campanhas individualizadas de mudança de comportamento conduzidas pelo Estado. Além disso, a retórica estatal de governamentalidade engajada/participativa como modelo de governação inteligente é perturbada por relatos de apagamentos de vozes, participação e articulação emergentes das margens subalternas, violências aos corpos racializados em unidades de saúde. No plano material, sem dúvida, a presença do acadêmico como ativista em solidariedade às lutas subalternas perturba a organização do conhecimento dentro de estruturas hegemônicas. Nosso lugar não é falar sobre os subalternizados, mas deixar que eles falem. Criar espaços nos quais suas vozes possam se reverberar. Como? De quais maneiras? Este é o nosso desafio principal como pesquisadores em informação e comunicação em saúde. Não é apenas lançar luz sobre as desigualdades sociais e raciais (particular e fundamentalmente), mas propor políticas e ações públicas democráticas de inclusão.

A voz, e mais especificamente a voz subalternizada, emerge nesta luta como o local de articulação e transformação estrutural. Ela nos diz não só sobre os mecanismos de exercício e perpetuação do poder, mas

também sobre formas possíveis de resistência e mudança. Embora a interrogação da política incorporada em discursos hegemônicos possa oferecer um ponto de entrada nas lutas por formações contra-hegemônicas (Dutta, 2005, 2008; Lupton, 1994), argumentamos que tal análise discursiva da hegemonia é apenas (e só pode ser) um ponto de partida para intervenções centradas na cultura e na comunicação em saúde (Zoller; Dutta, 2009), com o trabalho real de mudança social realizado por meio de questões sobre o que é necessário para criar, de maneira conjunta, infraestruturas para vozes subalternas nos sistemas públicos de saúde.

Enquadrar esse cenário a partir da produção científica ainda é um desafio. Na Reciis, das mais de oitocentas publicações concluídas desde sua criação, em 2007, [apenas 2% tratam da questão racial em sua relação com a informação e comunicação em saúde](#). Com suas primeiras amostras datadas tão somente a partir do ano de 2019, período concomitante à adoção da prática de publicação de dossiês temáticos.

Enfrentar essa carência é assumir a necessidade da adoção de estratégias editoriais específicas, e eficientes, capazes de promover e suscitar a submissão e o acolhimento de propostas voltadas à racialização dos processos da comunicação em saúde, uma vez que a fratura histórica e institucional que foi, e continua sendo cotidianamente construída não será sanada sozinha, nem tampouco sem empenho. Além disso, pouco mais da metade (53%) das publicações atuais da Reciis que tratam o fator raça condicionam em suas análises as relações de gênero ao quesito racial, o que aponta também a necessidade de se olhar de frente para a interseccionalidade presente na produção de sentidos nos serviços de saúde.

No campo da comunicação científica, urgem práticas e políticas editoriais que considerem questões raciais de seus integrantes. Voz e raça passam negligenciadas durante o processo. A ausência de estratégias para a captação de dados e o acolhimento de sujeitos subalternizados e/ou esquecidos pelas políticas e sistemas públicos limita nossa capacidade de estimar a dimensão do panorama racial na análise de saúde. A inclusão desses fatores deve se dar não como informações adicionais sobre indivíduos, mas como critérios básicos que contribuam para estabelecer análises complexas de situações de saúde e, particularmente, de desigualdades sociais em saúde e da produção de conhecimento em saúde.

O Brasil possui o contingente de 56% da população autodeclarada negra (pretos e pardos), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (Pnad) de 2022 (IPEA, 2023). Isso quer dizer que a população negra constitui maioria em relação a outros grupos raciais. Apesar disso, as políticas públicas no Brasil nem sempre atendem de forma equânime a essa parcela da população, tornando esses indivíduos invisíveis ao poder do Estado. Diante da compreensão de que as políticas públicas devem atender aos cidadãos, garantindo-lhes a efetivação dos valores democráticos e o exercício pleno da cidadania, desejamos por meio deste editorial provocar pesquisadores (nossos leitores) para que incluam em suas pesquisas e publicações os objetivos de produzir estudos analíticos que considerem a racialização das desigualdades, e possam fornecer subsídios à formulação de políticas públicas de saúde da população negra.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de C. F.; ALVARENGA, Augusta Thereza de; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 119-124, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142004000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/H9FmwDpfyLw7YMZBJRwxkCQ/#>. Acesso em: 19 ago. 2019.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 656-680, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i3.1905>. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1905>. Acesso em: 26 set. 2023.

DUTTA, Mohan J. **Communicating health: a culture-centered approach**. London: Polity, 2008.

DUTTA, Mohan J. Theory and practice in health communication campaigns: a critical interrogation. **Health Communication**, Londres, v. 18, n. 2, p. 103-122, 2005. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_1. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc1802_1. Acesso em: 26 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST). **Atlas 2022**: infográficos. Brasília, DF: Atlas da Violência, 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/244/atlas-2022-infograficos>. Acesso em: 26 set. 2023.

LUPTON, Deborah. Toward the development of critical health communication praxis. **Health Communication**, Londres, v. 6, n. 1, p. 55-67, 1994. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327027hc0601_4. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0601_4. Acesso em: 26 set. 2023.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D4vDRdLSYNcKyBrRdhxFXQr/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2019.

MARX, Anthony W. **Making race and nation**: a comparison of South Africa, the United States, and Brazil. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

PINTO, Thamires Gonçalves. **Exercendo políticas de invisibilidade**: uma análise interseccional das relações entre comunicação e saúde do homem negro no Brasil. 2023. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, [2023?]. No prelo.

REED, Adolf; CHOWKWANYUN, Merlin. Race, class, crisis: the discourse of racial disparity and its analytical discontents. **Socialist Register**, Londres, v. 48, p. 149-175, 2012. Disponível em: <https://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/15650>. Acesso em: 26 set. 2023.

SHIM, Janet K. Understanding the routinised inclusion of race, socio-economic status and sex in epidemiology: the utility of concepts from technoscience studies. **Sociology of Health and Illness**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 129-150, mar. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00288>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.00288>. Acesso em: 26 set. 2023.

SODRÉ, Muniz. **O fascismo da cor**: uma radiografia do racismo nacional. Rio de Janeiro: Vozes, 2023.

ZOLLER, Heather; DUTTA, Mohan J. **Emerging perspectives in health communication**: meaning, culture, and power. Nova York: Routledge, 2009. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203891223>.