



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO**



MILLENA NAYANNE HIPÓLITO

**CUIDADO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO PARA A POPULAÇÃO
NEGRA BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

**OURO PRETO - MG
2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO**

MILLENA NAYANNE HIPÓLITO

**CUIDADO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO PARA A POPULAÇÃO
NEGRA BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa Dra. Anelise Andrade de Souza
Coorientadora: Profa. Ms. Mariana Cristina Silva Santos

**OURO PRETO - MG
2023**



FOLHA DE APROVAÇÃO

Millena Nayanne Hipólito

Cuidado em saúde e nutrição para a população negra brasileira: uma revisão integrativa da literatura

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista

Aprovada em 24 de março de 2023

Membros da banca

Dra. Anelise Andrade de Souza - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Ms. Mariana Cristina Silva Santos - Coorientadora (UNA)
Dra. Raquel de Deus Mendonça (Universidade Federal de Ouro Preto)
Ms. Fernanda Efreim Natividade Ferreira (Instituto Federal de Minas Gerais)

Anelise Andrade de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 24/03/2023



Documento assinado eletronicamente por **Anelise Andrade de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 19/02/2024, às 13:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0669529** e o código CRC **B10CFA16**.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a minha família pois sem eles eu não seria nada. Mãe, obrigada por todo carinho e palavras de apoio nos momentos de desespero, por sempre ter sido meu alicerce e por não ter deixado que eu desistisse nesse processo. Sua sensibilidade me toca de maneira potente. Pai, admiro e sou grata por tudo que você fez e ainda faz por mim, por tudo que você abriu mão para que hoje eu estivesse onde estou. Sei que seu sonho também está sendo realizado através de mim. Meus irmãos Lili e Júnior, que sempre me apoiaram e torceram por mim, cada um à sua maneira.

Duda e Laura que tem grande participação na mulher que sou hoje. Vocês foram fundamentais para o meu processo de crescimento, autoconhecimento e reconhecimento do meu valor e potência enquanto mulher preta. Ter a amizade de vocês é um privilégio imensurável. Fernanda, seu carinho e afeto é capaz de amolecer o mais duro dos corações. Obrigada por sempre se fazer presente.

Minha amada casa República Tira-Burka que me tornou a Juíza. Midas, Barriguinha, Tombei, Carol, Novinha, Timaia, Fresh, Cadê, Censurada, Mística e 3Dias, eu amo vocês com todo meu coração. Um agradecimento especial a Fresh, minha irmã de alma, grande presente proporcionado pela vida republicana que chorou o meu choro e sorriu o meu sorriso. Ter dividido meu dia a dia com cada uma de vocês me agregou de forma singular. Vocês são e sempre serão parte importante da minha história. TV Fama, SóAjudei, Maestra e Lalá, espero que algum dia eu seja uma ex aluna tão amada e admirada por alguma taba como vocês são por mim.

Isabella, Orlando, Thuany, Roberta, Yasmin, Sara, Maria Eduarda e Iasmim, amigas da Nutrição que deixaram todo o processo mais leve. Sei que vocês serão grandes profissionais. Anelise Andrade e Mariana Santos que me orientaram neste trabalho, minha eterna gratidão. Vocês acreditaram na minha capacidade e com muito carinho me ajudaram nesse percurso árduo.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a mim mesma, que sou a concretização do sonho dos meus pais, que eram sonhos dos meus avós, que eram sonhos dos meus ancestrais.

RESUMO

O cuidado se manifesta por intermédio da atitude do acolhimento, do ouvir, da prevenção, e não apenas no tratamento e na cura. Historicamente, indivíduos pretos e pardos sofreram e ainda hoje sofrem para serem inseridos integralmente no corpo social e usufruir dos seus direitos. Considerando todo o contexto de violência e exclusão, torna-se pertinente a discussão acerca dos fatores que podem interferir, dificultar ou até mesmo impedir o cuidado dessa população. Esse estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa a respeito do Cuidado em Saúde e Nutrição na população negra brasileira, e avaliar como esses cuidados estão sendo ofertados. A pesquisa foi feita em três diferentes bases de dados utilizando descritores e operadores booleanos e critérios de inclusão e exclusão pré-fixados. Para classificação dos estudos encontrados, foram utilizadas as seis dimensões do cuidado, que possuem a finalidade de facilitar o contato do sujeito com os serviços de saúde, sendo elas: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Os resultados do trabalho apontaram grande associação do nível de acesso ao cuidado com os Determinantes Sociais em Saúde, se fazendo dependente de renda, escolaridade, estado da moradia e ambiente em que se está inserido, fatores esses que influenciam diretamente no processo saúde-doença. Conclui-se, dessa forma, que há avanços e retrocessos no que se diz respeito ao cuidado em saúde, de forma que a equidade no acesso aos serviços, apesar de assegurada pelo Estado, não representa a realidade de todos os indivíduos. Ademais, o trabalho revelou quão pouco é falado sobre o cuidado e intervenções em nutrição e alimentação da população negra brasileira, que é a mais atingida pela insegurança alimentar.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde. Cuidado em Nutrição. População Negra.

Insegurança Alimentar. Direitos Humanos.

ABSTRACT

Care is manifested through the attitude of welcoming, listening, and prevention, and not only in the treatment and cure. Historically, black and brown individuals have suffered and still suffer today to be fully inserted into the social body and enjoy their rights. Considering the whole context of violence and exclusion, the discussion about the factors that may interfere, hinder or even prevent the care of this population becomes pertinent. This study aimed to carry out an integrative review on Health Care and Nutrition in the Brazilian black population, and to evaluate how this care is being offered. The search was carried out in three different databases using descriptors and Boolean operators and pre-established inclusion and exclusion criteria. To classify the studies found, the six dimensions of care were used, which have the purpose of facilitating the subject's contact with health services, as follows: individual, family, professional, organizational, systemic and societal. The study results pointed out a great association between the level of access to care and the Social Determinants of Health, being dependent on income, education, housing status, and the environment where one is inserted, factors that directly influence the health-disease process. It is concluded, therefore, that there are advances and setbacks with respect to health care, so that equity in access to services, although ensured by the State, does not represent the reality of all individuals. Furthermore, the study revealed how little is said about the care and interventions in nutrition and feeding of the black Brazilian population, which is the most affected by food insecurity.

Keywords: Health Care. Nutrition Care. Black Population. Food Insecurity. Human Rights.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA.....	17
----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos estudos selecionados para a amostra.....	18
Quadro 2: Principais objetivos e resultados dos estudos avaliados.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e

Agricultura IA - Insegurança Alimentar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOSAN - Lei de Segurança Alimentar e Nutricional

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PENSSAN - Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança

Alimentar PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra POF -

Pesquisa de Orçamentos Familiares

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e

Nutricional SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USA - Estados Unidos da América

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Cuidado em saúde.....	14
3.2 Cuidado em nutrição.....	17
4 METODOLOGIA.....	21
5 RESULTADOS.....	23
6 DISCUSSÃO, CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	32
7 REFERÊNCIAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde como ausência de doença e como oposto a enfermidade, proposto por Boorse (1975), desloca-se do campo estritamente biológico e reflete outras percepções do estado de saúde (ALMEIDA FILHO, JUCÁ, 2002). Tal julgamento contrasta com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 1946 definiu a saúde não só como a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo “um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição socioeconômica” (BRASIL, 2020). Entretanto, as condições de saúde, na perspectiva dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), refletem a situação social, econômica, política, cultural, étnico/raciais, psicológicas e comportamentais, fazendo-se dependente da época, do lugar, além de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas, não representando a mesma coisa para todos os indivíduos (SCLIAR, 2007; BUSS, 2007).

Nessa perspectiva dos DSS, um ponto de partida importante tem sido considerar que a compreensão da relação entre saúde e doença da população brasileira é historicamente atravessada por questões étnico-raciais. Em uma breve recordação da história, entre os anos de 1525 e 1851, mais de cinco milhões de africanos foram trazidos para o Brasil para serem escravizados (PRANDI, 2000), o que corroborou para que o país fosse o local com maior número de habitantes negros fora do continente Africano (LEITE, MESQUITA, 2016). Divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc), entre 2012 e 2021, as participações das pessoas autodeclaradas pretas e pardas na população cresceu de 7,4% para 9,1% e de 45,6% para 47,0%, respectivamente, totalizando 56,1%. Embora o número seja expressivo, indivíduos negros (pretos e pardos) se incorporam de maneira distinta na sociedade brasileira daqueles não negros, circunstância provida da falta de programação e de oportunidades para inserção social após a promulgação da Lei Áurea em 13 de maio de 1888, onde mesmo libertos, indivíduos que foram escravizados ficaram desamparados, defluência da falta de projetos políticos voltados para a assistência (MARINGONI, 2011; ARAÚJO, 2020).

A manutenção e a persistência de desvantagens de pessoas negras no corpo social deslocam-se da dimensão individual para a dimensão estrutural, como decorrente de uma estrutura relacional política, econômica, jurídica e até familiar. E como desdobramento de um racismo estrutural, o Brasil se debruça no racismo institucional, que atua induzindo, mantendo e condicionando a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas - atuando também nas instituições privadas - produzindo e reproduzindo a hierarquia racial (GELEDÉS, 2013; ALMEIDA, 2019). Na saúde, a desigualdade se anuncia através de maiores obstáculos para obter-se os benefícios preventivos ou curativos dos tratamentos e medicamentos possibilitados pelas políticas públicas, mesmo que o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, tenha o dever de garantir saúde a toda a população brasileira (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022), partindo dos princípios de universalização (saúde sendo um direito de cidadania garantido pelo Estado), equidade (diminuição das desigualdades) e da integralidade (atendimento à todas as necessidades do indivíduo), assegurados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento desses serviços.

Na perspectiva de que as diferenças sistemáticas no estado de saúde de diferentes grupos populacionais produzem custos sociais importantes para indivíduos e para as sociedades, e que a maioria da população brasileira se constitui de, declaradamente, pessoas pretas ou pardas, torna-se necessário incentivar e aprofundar o cuidado em saúde, alimentar e nutricional desta população. A invisibilização da população negra revela que o racismo se perpetua em diversos aspectos sociais e de saúde, inclusive até no que tange à alimentação, exemplificado pela falta de acesso à renda, à terra e serviços básicos, caminhos que levariam o indivíduo à nutrição adequada. Considerando os impactos destas desigualdades étnicos raciais, principalmente no âmbito da saúde e segurança alimentar e nutricional da população negra, este trabalho tem como objetivo avaliar o cuidado em saúde e nutricional ofertados à população negra brasileira, bem como suas dimensões em saúde, por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão integrativa como forma de avaliar o cuidado em saúde e nutricional ofertados à população negra brasileira.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cuidado em saúde

Há fatores que são imprescindíveis para a existência humana. De acordo com a visão filosófica de Noddings, o cuidado é um deles. Segundo ele, "toda pessoa gostaria de ser objeto de cuidado" e "o mundo seria bem melhor se todos nós cuidássemos mais uns dos outros" (2002, p. 11). O termo cuidado tem origem no latim (*coera*) cura e diz respeito a "atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados, em contextos de amor e de amizade" (SILVA JÚNIOR, 2005), além de ser mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras virtudes, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (SILVA, 2005).

Luigina Mortari (2018) diz que mesmo que se idealize um mundo perfeito, sem adversidades, onde ninguém passasse fome e todos tivessem a disposição o necessário para viver de forma confortável, ainda assim existiria a necessidade do cuidado, seja nas diversas fases biológicas da vida, especialmente na infância e senescência, ou no aspecto psicossocial dos indivíduos.

Para que o cuidado seja exequível e facilitado, é preciso que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja à frente. Historicamente, a APS foi estruturada por intermédio do relatório de Dawson no século XX (MELO, 2018). Nesse documento do governo inglês, publicado em 1920, foi proposto uma mudança no modelo de atenção à saúde, onde os serviços deveriam ser arranjados em centros de saúde primários e secundários conforme os níveis de complexidade e custeamento.

Em um contexto histórico, em 1978, sob influência do cenário político e econômico mundial e pelos custos destinados ao setor de saúde, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) reafirmava a saúde como direito humano fundamental, abominava as desigualdades e responsabilizava o

governo pela saúde da população, além de inseri-la nas decisões do campo (SILVA, 2021; OMS, 1978). O documento dispõe de ações mínimas, necessárias para o funcionamento da APS nesses países e a conferência definiu os cuidados primários de saúde como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade [...] (Alma-Ata, 1978).

Em suma, o Ministério da Saúde aponta a Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de atenção em saúde que se configura por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Isso significa dizer que a APS é capaz de direcionar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções estabelecidas para que possa cumprir três funções: a resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns; a de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2015).

No Brasil, a APS é desenvolvida de forma descentralizada e capilarizada através de estratégias governamentais, ocorrendo no local mais próximo da moradia dos indivíduos (PNAB, 2012). A princípio, ela funcionava por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1996, o PSF foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) - sendo talvez a mais conhecida - que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF) (Ministério da Saúde). Além disso, a APS conta também com outras ações, programas e estratégias, como: Academia da Saúde, Brasil Sorridente, Mais Médicos, Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Rede Cegonha, Saúde na Escola (PSE), Sistema Prisional, Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), dentre outras.

Assim, toda a rede assistencial do SUS e seus níveis de atenção constituem importantes campos de aplicação da integralidade e cuidado. Essa aplicação aponta para as dimensões do cuidado, do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana (VIEGAS; PENNA, 2015). O cuidado em saúde na perspectiva do provimento e disponibilização das tecnologias e recursos de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa e da sociedade, bem como suas relações constitui mudança de paradigma no pensar sobre os cuidados em saúde. As dimensões do cuidado em saúde desenvolvem espaços de encontros entre o profissional, sujeito/pessoa, sociedade e gestão de políticas públicas (CECÍLIO, 2011; GARIGLIO, 2012).

Concomitante ao cuidado, uma importante política de promoção à equidade desenvolvida pelo Ministério da Saúde, e que representa um importante passo na saúde da população negra, é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), que teve sua criação influenciada pela Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995. Realizada em Brasília, foi um movimento racial que protestava contra as condições precárias em que a população afro-brasileira estava vivendo, incluindo a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. No 13 de maio de 2009, a PNSIPN foi instituída de acordo com a Portaria nº 992, pelo Ministério de Saúde (DUARTE, 2008; CHEHUEN NETO, 2015). Seu intuito é minimizar as dificuldades e injustiças provenientes dos processos sociais que podem ser observadas através dos altos índices de violência urbana que atingem essa população, da maior taxa de óbitos precoces, bem como de mortalidade materna e infantil, além da maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas (BRASIL, 2013).

3.2 Cuidado em nutrição

A fome passou a ser pautada com mais preocupação e vista como problemática a ser solucionada no século XX, no panorama pós-guerras. Na Primeira Guerra Mundial, países europeus tiveram suas economias afetadas de forma severa. Anos depois, na Segunda Guerra Mundial, houve maior poder destrutivo, onde os conflitos tiveram efeitos para além do continente europeu, impactando o quadro econômico em todo o mundo (SILVA, 2014). Após as batalhas, a fome e a pobreza foram instaladas e um novo movimento internacional chamado Conferência de Alimentação de Hot Spring surgiu. Ele teve como foco a necessidade de reconstrução global após o fim da guerra. Alimentação e agricultura foram debatidas, além da elaboração de táticas perante a conjuntura de fome no mundo. Nessa conferência, ficou estabelecido que deveria acontecer a criação de um órgão internacional especializado em alimentação (SILVA, 2014; VASCONCELOS, 2002). Foi então que em 16 de outubro de 1945, em Quebec, no Canadá, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura - Food and Agriculture Organization (FAO) foi criada, tendo o Brasil como um dos 44 fundadores (FERREIRA, 2020).

Desde 1949, apenas quatro anos após sua criação, a FAO está presente no Brasil. Seu objetivo é trabalhar no combate à fome, reforçando a agricultura e o desenvolvimento sustentável como estratégias a longo prazo, a fim de aumentar a produção e, conseqüentemente, o abastecimento da população, resultando no melhor perfil nutricional dos cidadãos. Dentre as causas da falta de acesso aos alimentos, a FAO (2014) indica limitações ecológicas, sanitárias, culturais e financeiras, podendo a última ser considerada a mais grave, onde “na maioria dos casos as pessoas não podem aceder a quantidades suficientes de alimentos por razões econômicas - poucos ou nenhum rendimento, preços dos alimentos demasiado elevados”, que trazem um quadro de Insegurança Alimentar (IA) e de violação ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

A promoção da realização do DHAA é prevista em tratados e marcos internacionais e nacionais, bem como em diversos instrumentos legais brasileiros. Historicamente, o DHAA é previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos. No Brasil, a Lei de nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 visa assegurar o DHAA através da Segurança Alimentar e Nutricional

(SAN). Por intermédio dessa lei, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) pelo decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, instituindo a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Segundo as disposições gerais, o poder público, em colaboração com a sociedade, deve trabalhar em programas, políticas, planos e ações. O acesso à alimentação deve ser em quantidade suficiente com o não comprometimento de outras necessidades básicas, tendo como base práticas alimentares que promovam a saúde respeitando a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis (LOSAN, 2006). Importante ressaltar, que apenas em 2010, após uma intensa mobilização social que se logrou êxito e aprovação pelo Congresso Nacional da alimentação como um direito social, por meio da Emenda Constitucional nº 64 (BRASIL, 2010). Ressalta-se que os titulares do direito podem e devem confrontar o titular de responsabilidade, o Estado, caso não haja o cumprimento das obrigações (FAO, 2014).

Na medida em que os direitos humanos são para todos, toda e qualquer desigualdade é em si uma quebra do pacto democrático e, conseqüentemente, uma violação. Com o objetivo de avaliar as estruturas de consumo, de gastos, de rendimentos e parte da variação patrimonial das famílias, oferecendo um perfil das condições de vida da população a partir da análise dos orçamentos domésticos, a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-2018, realizada pelo IBGE, desvelou dados importantes sobre a segurança alimentar e nutricional da população. Assim, no que diz respeito à alimentação, dos 68,9 milhões de domicílios brasileiros, 36,7% estavam com algum grau de IA, sendo de 24% para a IA leve definida como preocupação ou incerteza em relação ao acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; de 8,1% para IA moderada, definida como redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante de falta de alimentos; e de 4,6% de IA grave, definida como fome por falta de dinheiro para comprar alimentos, por fazer apenas uma refeição ao dia ou por ficar o dia inteiro sem comer.

Mais recentemente, nos anos de 2021 e 2022, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN) realizou o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN). Foram analisados

12.745 domicílios de áreas urbanas e rurais que contemplavam o Distrito Federal e todos os estados brasileiros com o intuito de se mensurar os cenários de SAN e os graus de IA associados às condições sociais. Como resultado, as análises revelaram que em qualquer localidade as famílias mais propensas à IA são aquelas com renda inferior a 1/2 Salário Mínimo Per Capita (SMPC), sendo que na maioria das famílias com IA grave, a pessoa de referência era do sexo feminino, ou de raça/cor da pele autodeclarada preta/parda ou com menor escolaridade. Outra faceta da IA é a obesidade, de modo que o aumento da oferta/aceso aos alimentos não saudáveis pode contribuir para o maior ganho de peso (MAZUR, 2015). Sendo considerada uma epidemia mundial, atinge ambos os sexos e todas as faixas etárias, entretanto se distingue segundo as condições socioeconômicas e se distribui de maneira distinta na população de acordo com sistema alimentar, escolaridade, renda e raça (ORAKA, 2019). No ano de 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que 56,9% da população brasileira com mais de 18 anos de idade estava acima do peso ou com obesidade.

Como já citado anteriormente, a fome tem ligação direta com a pobreza. As condições que levam o indivíduo a IA se superpõe às questões financeiras (SILVA, 2014). De acordo com o IBGE (2021), pessoas negras (pretos e pardos) são 56,1% da população brasileira e no indicador de classes de percentual de rendimento mensal real domiciliar per capita, correspondem a 74% dos indivíduos que se encontram entre os 10% com menor rendimento no país. Quando observado os indicadores estruturais do mercado de trabalho das pessoas de 14 anos ou mais de idade, a população em idade apta a trabalhar é de 171.714, sendo que as pessoas pretas ou pardas representam 95.304 (55%) desse total, onde 33.904 (35%) não têm instrução ou possuem formação incompleta no Ensino Fundamental. Isso reforça que o acesso à educação básica e ao mercado de trabalho se constituem como obstáculos para a população negra. As oportunidades de trabalho estão atreladas ao grau de escolaridade que, por sua vez, salientam o passado escravocrata que ainda açoita as relações sociais no Brasil exposto pelo descrédito na admissão de negros em certos tipos de empregos e na definição de suas remunerações (CACCIAMALI; HIRATA, 2005), basta apenas observar que pessoas negras possuem menor participação em posições superiores do mercado. Conforme o IBGE (2021), entre as pessoas que possuem uma ocupação, 53,8% são negras e 45,2% são brancas, mas

quando se analisa os cargos gerenciais, 69% são ocupados por pessoas brancas.

Além dessas dificuldades reais enfrentadas, temos, portanto, várias dimensões imbricadas que determinam a condição alimentar e nutricional de pretos e pardos no Brasil. A expressão *nutricídio*, adotada por Laila Olela Afrika (2013) como sinônimo de genocídio alimentar, expõe como as condições da população negra segue sendo violada. Estando cada vez mais distante do acesso à terra e de alimentos de qualidade, como resultado do sistema capitalista e da implantação de uma alimentação composta majoritariamente por ultraprocessados, os hábitos alimentares tradicionais dos negros seguem sendo desrespeitados e desprotegidos. A expansão do processo produtivo e a modernização da agricultura corrobora para a manutenção da concentração fundiária, resultando na perda de biodiversidade de forma a afetar a comida dessa população (CAMPELLO, GENTILI 2022). Comer bem e de maneira saudável não pode ser um privilégio e a alimentação não deve ser homogeneizada. Mesmo que hajam políticas voltadas para a SAN, pretos e pardos ainda não usufruem da maneira que deveriam do DHAA (FONTOLAN, LIMA, 2022).

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que partiu do tema “cuidado em saúde e cuidado nutricional para população negra brasileira”.

Para esse estudo, a estratégia de pesquisa foi elaborada com base em descritores fixados, operadores booleanos e símbolos de pesquisa. Os descritores controlados foram selecionados na plataforma DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde, sendo eles: cuidado em saúde (*health care, cuidado en salud*), cuidado em nutrição (*care in nutrition, cuidado en nutricion*) e população negra (*black population, población negra*). Para garantir ampla busca nos temas, adicionalmente, foram utilizados descritores não controlados, sendo eles: insegurança alimentar (*food insecurity, inseguridad alimentaria*) e direitos humanos (*human rights, derechos humanos*) Foi utilizado sempre o operador booleano AND, entre um descritor relacionado ao cuidado em saúde e outro relacionado ao cuidado em nutrição, não sendo utilizados os operadores OR e NOT. Em relação aos símbolos de pesquisa, utilizou-se aspas obrigatoriamente em todos os termos conjugados, não sendo necessário a utilização de parênteses e truncar em nenhum momento.

As pesquisas foram feitas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde (Lilacs), National Library of Medicine and the National Institutes Health (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como critérios de inclusão foram considerados artigos com idiomas inglês, português e espanhol, acesso gratuito ao texto completo e coerência com o tema da busca. Já como critérios de exclusão, considerou-se tipo de estudo (excluindo-se teses, notas editoriais, dissertações e artigos de revisão), artigos repetidos em diferentes bases de dados e estudos com tempo de publicação superior a 5 anos.

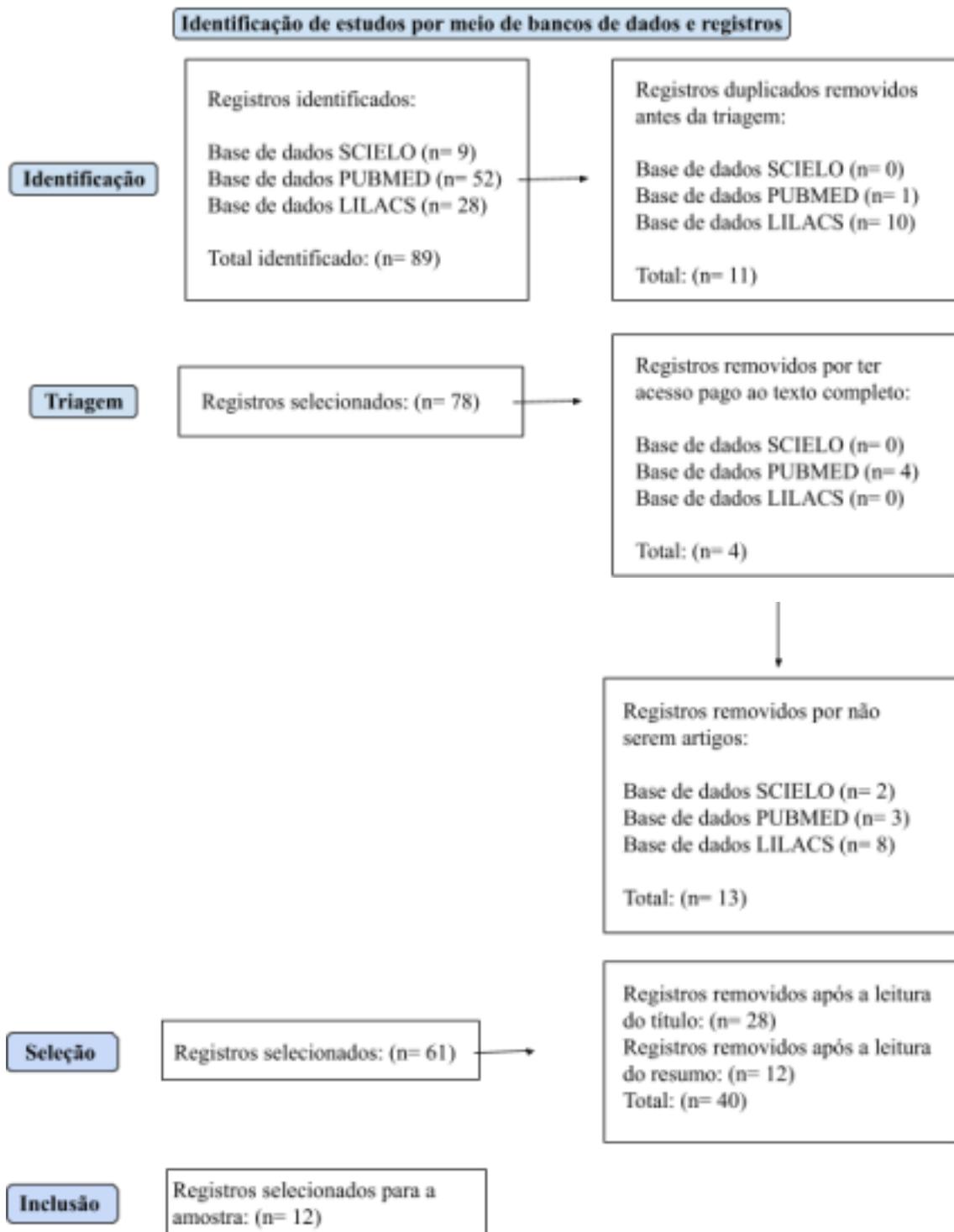
Após a busca e seleção dos estudos, deu-se início a leitura dos títulos, seguido pela leitura dos resumos, para finalmente serem lidos na íntegra os artigos selecionados nas etapas anteriores. Para a apresentação dos resultados foi utilizado o fluxograma PRISMA. A busca foi realizada em fevereiro de 2023. Para a compilação dos resultados utilizou-se o programa

Microsoft Office Excel, sendo tabeladas as seguintes informações: título do artigo, autores, base de dados em que foi publicado e ano de publicação. Em seguida, informações sobre o local de estudo, objetivos e resultados principais dos artigos incluídos foram compiladas. Em último momento, foi realizada a interpretação e avaliação dos estudos, seguida por análise crítica e discussão dos resultados encontrados.

5. RESULTADOS

A Figura 1 ilustra em forma de fluxograma, as etapas de seleção realizadas para essa revisão.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA (Fonte: PRISMA, 2020. Adaptado pela autora)



As buscas preconizadas pela metodologia descrita anteriormente resultaram em um montante de 89 artigos, sendo 9 (10%) encontrados na base de dados Scielo, 52 (58%) na base de dados Pubmed e 28 (32%) na base de dados Lilacs. Destes, 11 estudos (12,4%) foram excluídos por estarem em duplicidade, das quais, 1 publicação (1,1%) estava duplicada na base Pubmed, e 10 (12,3%) na base Lilacs. Após essa primeira etapa de identificação, foi feita uma triagem com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Dessa forma, 4 artigos (4,5%) foram excluídos por terem acesso pago ao texto completo, sendo estes da base de dados Pubmed. Além destes, 13 estudos (15%) foram excluídos por serem revisão, dissertação ou tese. Passada a fase de triagem, iniciou-se a etapa de seleção, na qual 28 artigos (31,4%) foram excluídos após a leitura do título, e 12 artigos (13,5%) foram excluídos após a leitura do resumo. Ao final, 12 (13,5%) estudos foram selecionados para compor a amostra deste estudo. Artigos que estudaram outras populações senão a brasileira foram removidos na etapa de triagem.

O Quadro 1 apresenta informações dos artigos referentes ao título, autores, local e ano de publicação dos estudos selecionados.

Quadro 1 - Características dos estudos selecionados para a amostra

Artigo	Título	Autores	Periódico/Ano
1	Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestadas às comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Norte	Monteiro, VCM; Aiquoc, KM; Xavier, SSM et al.	Revista Enfermeria Global, 2022
2	“Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais da saúde	Silva, SO; Berenguer, AAS; Ricardo, TMS et al.	Revista Saúde e Sociedade, 2022

3	Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/ Pernambuco	Brito, TCS; Peixinho, BC; Pirró JCF et al.	Revista Saúde em Debate, 2021
4	Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde	Araújo, MVR; Teixeira, CFS	Revista Saúde e Sociedade, 2022
5	An innovative educational strategy to addressing cultural competence in healthcare for quilombola women	Freitas-Junior, RAO; Santos, CAD; Lisboa, LL et al.	Revista Educ Health (Abingdon), 2019
6	Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas / Representaciones sociales de la atención de salud de mujeres quilombola / Social representations of health care by quilombola women	Silva, IFS; Rodrigues, ILA; Nogueira, LMV et al.	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 2022
7	Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em Sofrimento Psíquico em Contextos Quilombolas	Aciole, DCAM; Silva, J	Revista Psicologia & Sociedade (Online), 2021
8	Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana / Health perception of a quilombola population located at an urban region	Rosa, LGF; Araújo, MS	Revista Aletheia, 2020

9	"A sua consulta tem cor?" Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência	Borret, RH; Silva, MF; Jatobá, LR et al.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2020
10	Inequity in access to health and racism: epidemiological analysis during the COVID-19 pandemic	Rosa, MFP; Silva, WNT; Faria, CPG et al.	Journal Health NPEPS, 2021
11	Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	Batista, LE; Barros, S; Silva, NG et al.	Revista Saúde e Sociedade, 2020
12	Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC)	Matos, CCSA; Tourinho, FSV	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2019

Conforme descrito na Tabela 1, houve um maior percentual (33%) de artigos publicados em 2022, seguidos dos anos de 2021 e 2020, ambos com o mesmo percentual (25%). Do total de estudos selecionados, 11 (91,6%) foram publicados em revistas nacionais e apenas 1 (8,3%) em revista internacional.

Também do total, 8 estudos (67%) foram de revistas que tratam sobre questões da Saúde Coletiva, sendo elas: Revista Saúde em Debate, Revista Saúde e Sociedade, Revista Psicologia & Sociedade, Revista Aletheia e Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O Quadro 2 apresenta os principais objetivos e resultados dos estudos avaliados.

Quadro 2 - Principais objetivos e resultados dos estudos avaliados

Artigo	Local do Estudo	Objetivos	Principais Resultados
1	Rio Grande do Norte	Avaliar o grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestadas às comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.	As ações realizadas pela equipe de saúde da APS em comunidades quilombolas foram classificadas como totalmente implantadas (82,2%), considerando-se as dimensões capacidade e desempenho. Apenas as dimensões acessibilidade (74,51%) e coordenação - integração dos cuidados (56,86%) foram consideradas como parcialmente implantadas.
2	Salvador - BA Santo Antônio de Jesus - BA Cruz das Almas - BA	Analisar como a PNSIPN tem sido implementada na atenção à saúde em três municípios do Estado da Bahia, Brasil, sob a perspectiva dos gestores e profissionais da saúde.	Os profissionais apresentaram entendimento superficial sobre a APS; a relevância de uma atenção à saúde específica para a população negra foi desconsiderada sob o argumento de que todos são iguais; a diversidade racial não foi reconhecida dentro do cotidiano. A PNSIPN e os meios práticos para inseri-la no cotidiano do trabalho foram considerados desconhecidos pelos municípios.
3	Caruaru - PE	Analisar a interferência do racismo no processo saúde-doença-cuidado de famílias negras do campo e descrever as atividades de intervenção no grupo de crianças.	A equipe de Saúde da Família se mostrou importante na promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis a partir do enfrentamento do racismo. As intervenções buscaram valorizar a alimentação pouco processada e regional, além de estimular o contato com a terra e a agroecologia.

4	Brasil	Analisar as concepções e atuação política das organizações do Movimento Negro no processo de formulação da PNSIPN.	Por meio de entrevistas semiestruturadas, as lideranças desenvolveram concepções sobre o processo saúde/doença a partir da noção de racismo estrutural, orientando a elaboração de uma agenda política, a definição e articulação das alianças estratégicas e as formas de atuação na esfera pública.
5	Macaíba - RN	Pesquisa-ação com o objetivo principal de contribuir para o desenvolvimento da competência cultural, da educação interprofissional, do trabalho colaborativo e da melhoria dos indicadores de saúde da comunidade quilombola.	Reforçou a importância de considerar os processos que influenciam o cuidado à saúde dessa população, por meio da criação de um módulo eletivo sobre saúde quilombola em cursos de graduação. A capacidade reflexiva e as habilidades de comunicação emergiram como os componentes atitudinais e psicomotores mais importantes na formação de profissionais de saúde.
6	Ananindeua - PA	Analisar as representações sociais de mulheres quilombolas sobre o cuidado em saúde	As representações foram organizadas em três dimensões: afetiva, em que se ancoraram relações de afeto e sentimentos; social, na qual o cuidado foi apreendido como prática inerente à mulher; e biológica, sendo o cuidado compreendido como cuidados gerais de prevenção e tratamento de doenças

7	Comunidade Quilombola Estrada Branca - PE	Analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas	Por meio de pesquisa qualitativa, os resultados demonstraram que ante os sintomas graves, verificou-se itinerários terapêuticos de cuidados em saúde mental realizados dentro do próprio território decorrente da falta de assistência de políticas públicas em territórios rurais.
8	Canoas - RS	Compreender a percepção de saúde por uma população remanescente de quilombolas do município de Canoas/RS	Por meio de pesquisa qualitativa e roteiro semiestruturado, constatou-se a existência da percepção distorcida de saúde, doença e autocuidado, além de determinantes sociais de saúde relacionados ao ambiente urbano, desinteresse social e ineficiência do setor saúde para o atendimento do grupo étnico e desconhecimento dos quilombolas em relação à PNSIPN.
9	Rio de Janeiro - RJ	Promover debate sobre a saúde da população negra entre profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e estudantes de medicina, com o intuito de sensibilização ao tema e promoção de uma prática de cuidado antirracista	A oficina promoveu sensibilização e reflexão crítica sobre a importância de abordar a temática racial, possibilitou o protagonismo e representatividade de profissionais de saúde e estudantes de medicina negros na facilitação dos grupos, promoveu espaços institucionais para o debate do tema e formou novos facilitadores para estimular a multiplicação da oficina nos mais diversos cenários.

10	Brasil	<p>Analisar os dados epidemiológicos da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e o acesso à saúde de pessoas negras no Brasil durante a pandemia, comparados com os anos anteriores.</p>	<p>Por meio de estudo descritivo e quantitativo, observou-se que, em 2020, houve um aumento da prevalência dos casos de SRAG em negros e um aumento significativo da letalidade quando comparada à população em geral, evidenciando que a cor da pele pode impactar na morbimortalidade desta população.</p>
11	São Paulo - SP	<p>Apresentar a metodologia de construção de um painel de indicadores para monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN.</p>	<p>Por meio de reuniões técnicas, entrevistas e grupo focal com diversos atores, a construção do painel de indicadores categorizados para o enfrentamento do racismo possibilitou melhor monitoramento e análise da PNSIPN, em nível municipal, estadual e federal, bem como possíveis aprimoramentos do processo de gestão.</p>
12	Florianópolis - SC	<p>Realizar um diagnóstico situacional das condições de saúde da população negra no município de Florianópolis (SC)</p>	<p>Por meio de um estudo descritivo com dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), os resultados revelaram piores condições de escolaridade e renda, maior proporção de mães adolescentes, menor número de consultas pré-natal, maiores proporções de casos de sífilis em gestantes e tuberculose e menor cobertura de plano privado de saúde. Os pacientes negros frequentaram proporcionalmente mais os Centros de Atenção Psicossocial, em comparação aos atendimentos nos Centros de Saúde.</p>

Os resultados compilados da Tabela 2 demonstram que dentre os 12 artigos incluídos nesta revisão, a maioria foi realizada na região nordeste, seguido da região sul e sudeste. Além disso, foi possível observar que 11 estudos tiveram como objetivo avaliar as condições relacionadas ao cuidado em saúde da população negra e apenas 1, o cuidado em nutrição.

Dentre os estudos que avaliaram o cuidado em saúde (todos, com exceção do 3), tiveram como tema de estudo: (i) a avaliação e implementação da PNSIPN sobre a percepção dos profissionais/gestores (artigos 1, 2, 4, 9 e 11); (ii) saúde da população negra, movimentos sociais e comunidades tradicionais (artigos 1, 5, 6, 7, 8 e 10).

O artigo 3 trouxe a temática do cuidado em nutrição, focando na questão de hábitos alimentares, principalmente das crianças, e enfatizando a importância do contato e valorização da terra, bem como a defesa da agroecologia.

Além disso, a classificação sobre as dimensões do cuidado em saúde incluíram a dimensão individual (artigos 4, 6, 7 e 8), dimensão familiar (artigos 4, 6, 7 e 8), dimensão profissional (artigos 3, 5 e 10), dimensão organizacional (artigos 2, 5 e 12), dimensão sistêmica (artigos 10 e 12) e dimensão societária (artigos 1, 4 e 11).

6. DISCUSSÃO, CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A presente revisão avaliou estudos realizados nas regiões nordeste, sul, sudeste, norte e também os que contemplavam todo o território nacional (42%, 16,6%, 16,6%, 8,3% e 16,6%, respectivamente).

Em todos os artigos foi possível observar a associação do cuidado - ou a falta dele - com a questão racial, onde pretos e pardos recebem tratamento diferente de indivíduos brancos acerca da saúde. Embora nos dias atuais tenhamos políticas públicas com o objetivo de abrandar as desigualdades, negros ainda sofrem com o mito da democracia racial (NUNES, 2021). Tal fato fica claro neste trabalho quando observado que 45% dos estudos que discutem o cuidado em saúde trazem como tema a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), avaliando-a ou levantando questões sobre sua implementação, deixando claro que negros precisam de um atendimento que tenha um olhar mais cuidadoso, considerando todo o contexto de vivência, como questões socioculturais e econômicas, que contribuem para a iniquidade no acesso à saúde. O racismo institucional fica evidenciado com a formação dos profissionais atuantes na saúde, que muitas vezes, não são/estão preparados para atender esse público (TAVARES, 2013), podendo ser confirmado pelos artigos incluídos, que trouxeram à tona profissionais que sequer sabiam da existência da PNSIPN ou que não compreendiam sua importância.

A questão racial na perspectiva de acessos à direitos e dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) foram evidenciados nesta revisão (artigos 3, 7 e 12). Assim como apontado por Barros *et al.* (2019), as violações dos direitos aos serviços públicos, ancoradas pelo Estado, ressaltam que a problemática racial começa antes, com uma política de acesso excludente. As autoras enfatizam que saúde não é a ausência de doença e denunciam que indivíduos em comunidade periférica sofrem com questões ligadas à moradia e ao saneamento básico, ou seja, fatores que também influenciam a ausência ou presença de doenças (BARROS, 2019).

Outro fator importante apresentado nos resultados implica nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Cecílio (2011) aponta que o cuidado em saúde deve considerar a

singularidade dos indivíduos, a fim de garantir o bem-estar físico e mental. Também segundo ele, o cuidado pode ser dividido em seis dimensões que facilitam a assistência, sendo elas: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária, utilizados aqui para discussão dos resultados encontrados nesta pesquisa.

Na dimensão individual cada um de nós é protagonista detentor do poder de escolha fazendo uso da nossa autonomia para alcançar a felicidade e o viver pleno (CECILIO, 2011). A dimensão familiar envolve a família, amigos e vizinhança, e tem como elemento o mundo da vida. É um espaço com desavenças constantes quando se trata de cuidadores e cuidados, e com a senescência crescendo na população brasileira, é uma dimensão que passará a ter ainda mais relevância para os campos da saúde, seja nos serviços ofertados, seja nas pesquisas da área (CECILIO, 2011). A dimensão profissional se baseia na relação entre os profissionais e os usuários, onde os “encontros” acontecem de forma protegida, em locais “privados”, longe de qualquer interferência extrínseca. Se fundamenta em três pilares cardeais: competência do profissional para resolução da problemática apresentada, ética para lidar com essa problemática e virtude para construir vínculo com o paciente (CECILIO, 2011). A dimensão organizacional relaciona-se aos serviços de saúde e tem como foco o trabalho em equipe e a comunicação entre os membros. É nessa dimensão que é feita a divisão e a coordenação dos trabalhos, definindo os fluxos, agendamentos e atendimentos (CECÍLIO, 2011). A dimensão sistêmica relaciona-se aos gestores que irão construir conexões formais entre os serviços de saúde estabelecendo as linhas ou redes de cuidado, de forma que a integralidade dos atendimentos seja atingida, além de serem responsáveis pela parte do planejamento orçamentário (CECÍLIO, 2011). E por fim, a dimensão societária é feita através do Estado, que estará mais próximo da sociedade, de forma que ele formule políticas públicas que visem melhores condições de vida e deve, ainda, assegurar que elas sejam executadas (CECÍLIO, 2011).

As dimensões individual e familiar foram apresentadas nesse trabalho pelos artigos 4, 6, 7 e 8, que abordaram movimentos sociais negros na área de saúde que saíram do âmbito individual para o coletivo, reivindicando o que lhes deveria ser assegurado por direito. Estas desigualdades raciais relacionadas à saúde tem sido denunciada por estes movimentos o que

evidencia os limites e as fragilidades desta luta por políticas implementadas tardiamente na sociedade (FAUSTINO; SPIASSI, 2010).

Os artigos 3, 5 e 10, que trataram da dimensão profissional, conversam com Batista (2011), enfatizam a necessidade da formação de profissionais qualificados para prestar o devido cuidado aos indivíduos, de maneira que eles consigam dialogar, reconhecer e lidar com as diversas e complexas demandas a eles destinadas, sobretudo pela população negra, que é invisibilizada e mais vulnerável. É preciso enxergar a raiz da controvérsia considerando todo o contexto de vivência do paciente, assim como os processos que influenciam a saúde (CECCIM, 2004). O artigo 3, em específico, traz à tona em seu estudo o cuidado em nutrição, que foi oferecido a crianças através da tentativa de resgate ancestral por profissionais nutricionistas da Atenção Primária a partir de atividades que valorizassem a alimentação local e *in natura*. Para além de nutrir o corpo, o alimento carrega consigo um simbolismo cultural, simbolismo esse que vem sendo perdido devido a criação de novos padrões alimentares (ROLIM, 2007), que pode ser justificada pela busca incessante pelo mais prático e rápido (NITZKE, 2012).

Para a dimensão organizacional, os resultados dos artigos 2, 5 e 12, revelam a necessidade de se estimular a educação permanente entre os profissionais, de modo a implementar diagnósticos situacionais e comunitários com mais precisão com vistas a diminuir as iniquidades raciais visíveis na qualidade do cuidado e assistência prestada (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2014).

A dimensão sistêmica é observada nos artigos 10 e 12. As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde objetivam organizar as redes de serviço, além de direcionar os recursos financeiros a fim de atender as necessidades de toda a população, independente da complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Entretanto, inúmeras barreiras são enfrentadas por pretos e pardos ao tentar acessar os serviços de saúde, quando na teoria, a Atenção Básica deveria ser a primeira a promover, prevenir e recuperar a saúde (SOUSA, 2014).

Por fim, para a dimensão societária foram demonstradas nesta revisão nos artigos 1, 4 e 11 que elas dialogam com a manifestação do racismo institucional na saúde, que se processa principalmente por meio da não implementação, do desconhecimento e ainda da negação da importância da PNSIPN (ANUNCIACÃO *et al.*, 2022). Além disso, a ausência do cuidado relativo a estas dimensões podem refletir também na ausência de indicadores sociais nos sistemas de informação e/ou negligência no preenchimento do quesito raça/cor nos formulários e, em última instância, pelo não reconhecimento da existência das práticas racistas e pelo subfinanciamento para os setores de saúde e educação (GERALDO, *et al.*, 2022).

Como conclusão e recomendações, foram encontrados 12 estudos que abordavam o cuidado na população negra brasileira. Em relação ao cuidado em saúde, relatado em 11 artigos, foi possível observar que a equidade no acesso aos serviços de saúde, apesar de assegurada pelo Estado, não representa a realidade de todos os indivíduos. Políticas de valorização e inclusão, tal como a PNSIPN, são de extrema importância para reverter esse cenário, apesar de ainda não serem amplamente conhecidas entre os profissionais da área. O cuidado nutricional, relatado em 1 artigo, evidenciou o quão pouco é falado sobre o cuidado e intervenções em nutrição e alimentação da população negra brasileira, mesmo que os domicílios mais atingidos pela insegurança alimentar grave possuam indivíduos autodeclarados pretos ou pardos como pessoa de referência. Não obstante, costumes tradicionais relacionados ao ato de comer estão sendo perdidos sob forte influência de um padrão alimentar caracterizado principalmente pelo forte consumo de ultraprocessados.

Uma importante contribuição desta revisão, além de promover a visibilidade para os estudos da população negra foi identificar que o acesso ao cuidado está intimamente ligado aos DSS, se fazendo dependente de renda, escolaridade, estado da moradia e ambiente em que se está inserido, fatores esses que influenciam diretamente no processo saúde-doença. Seria notório incentivar a realização de estudos que abordassem os princípios da PNSIPN e as aplicações dos cuidados nutricionais, conjuntamente, como forma de se promover a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde voltados para negros que vivem em áreas urbanas e/ou rurais, além de comunidades quilombolas. Dessa forma, destaca-se a relevância

de se fortalecer a multidimensionalidade do cuidar em saúde a partir das especificidades da população negra, na perspectiva de ações e intervenções locais de saúde e de nutrição e que integre atores e protagonistas diversos e representativos na gestão do cuidado em saúde.

8. REFERÊNCIAS

ACIOLE, D. C. DE A. M.; SILVA, J. DA. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. e229558, out. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/4kPp65LGnsVTMKHrqPR7WtG/?lang=pt>> Acesso em: 10 fev. 2023.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ALMEIDA FILHO, N; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 7, n. 4, p. 879 - 889, 10 out. 2002. Disponível em: <[scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt)> Acesso em: 10 nov. 2022.

ALMEIDA, S. Racismo estrutural. **Pólen Produção Editorial LTDA**, 10 jul. 2019. 256 p.
ARAÚJO, M. V. R. DE; TEIXEIRA, C. F. DE S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e220246pt, dez. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2022.v31n4/e220246pt/>> Acesso em: 5 fev. 2023.

BARROS, R. et al. Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 324-337, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jCfZVYPGcL9Sff8MpgtWK6z/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 26 jan. 2023.

BATISTA, L. E. et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190151, out. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2022.v31n4/e220246pt/>> Acesso em: 11 fev. 2023.

BORRET, R. H. et al. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade : um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2255-2255, nov. 2020. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255/1575>> Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN [...]. 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm> Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. 152 p. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS. 2. ed, 36 p., 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf> Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 140 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/saude_coletiva.pdf> Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária? Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRITO, T. C. DOS S. et al. Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/ Pernambuco. **Revista Saúde em Debate**, v. 45, n. 131 Oct-Dec, p. 1017-1032, 2021. Disponível em: <<https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5051/489>> Acesso em: 5 fev. 2023.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>> Acesso em: 26 jan. 2023.

CACCIAMALI, M. C.; HIRATA, G. I. A Influência da Raça e do Gênero nas Oportunidades de Obtenção de Renda - Uma Análise da Discriminação em t./dez. 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/ee/a/53XpnkhC6HZBNYQh3MwQjXJ/?lMercados de Trabalho Distintos: Bahia e São Paulo](https://www.scielo.br/j/ee/a/53XpnkhC6HZBNYQh3MwQjXJ/?lMercados%20de%20Trabalho%20Distintos%3A%20Bahia%20e%20S%C3%A3o%20Paulo). **Revista de Nutrição**, v. 35, n. 4, p. 767-795, ouang=pt&format=pdf> Acesso em: 5 jan. 2023.

CAMPELLO, T.; GENTILI, P. As múltiplas faces da desigualdade. In: **CAMPELLO, T. (Ed.)**. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. Brasil: FLACSO, 2017. p. 10-15. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvtwx2vg.3.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2023

CEARÁ. Curso técnico em nutrição e dietética. 47 p. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2017/12/nutricao_e_dietetica_nutricao_em_saude_coletiva.pdf> Acesso em: 17 nov. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/>> Acesso em: 14 mar. 2023.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, vol. 15, n. 37, p. 589-599, jun 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/?lang=pt>> Acesso em: 26 jan. 2023.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 24 jan. 2023

CONCEITO DE SAÚDE OMS: Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. 2017.

DA SILVA, G. C. G. V.; DA SILVA, M. A. M.; NOGUEIRA, P. P.; BARBOSA, O. L. C. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 12, n. 1, p. 60-65, jan./jun. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/?lang=pt>> Acesso em: 25 nov. 2022.

39

DE ANDRADE ARAÚJO, E. **Sociedade, pós-abolição e cotidiano: o negro “liberto” no Recôncavo da Bahia durante o século XIX.** Disponível em: <https://www.encontro2020.sp.anpuh.org/resources/anais/14/anpuh-sp-erh2020/1600393523_ARQUIVO_ccf5697e65109797781c18ba178a371b.pdf> Acesso em: 14 nov. 2022.

DE SOUSA CARVALHO, L.; BESERRA, J. B.; BATISTA DE SOUSA, C. Desafios do nutricionista no combate à obesidade na atenção primária à saúde no Brasil. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 5, p. 47415-47418, mai. 2021. Disponível em: <<https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/22022.pdf>> Acesso em: 6 dez. 2022.

DUARTE, P. C. **Os afro-descendentes e as políticas de inclusão no Brasil: a marcha zumbi dos palmares e a lei 10639/03**. Faculdade de Ampére-FAMPER, Paraná , p. 65-76, 2008. Disponível em: <http://www.famper.com.br/arquivos/imagens/revistaeletronica/os-afro-descendentes-e-as-politicas-de-inclusao-no-brasil-a-marcha-zumbi-dos-palmares-e-a-lei-10639-03_1418917373.pdf> Acesso em: 26 jan. 2023.

FONTOLAN, M. V.; LIMA, R. S. A dimensão étnico-racial do Direito Humano à Alimentação Adequada. **Research, Society and Development**, v. 11, n.11, e300111133649, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33649/28224>> Acesso em: 10 jan. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p.

LEITE, S. & MESQUITA, T. Plano nacional de educação nº 13.005/2014 e racismo no Brasil. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 22, p. 301-311, ago./dez. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/mille/Downloads/2946-11762-4-PB.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2022.

MATOS, C. C. DE S. A.; TOURINHO, F. S. V. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-13, jul. 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1706/914>> Acesso em: 11 fev. 2023.

MAZUR, C. E.; NAVARRO, F. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação?. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 35-44, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/11290/pdf_1> Acesso em: 26 jan. 2023.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt>> Acesso em: 23 nov. 2022.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Acesso: 24 nov. 2022.

MONTEIRO, V. C. M. et al. Evaluación del grado de implantación de los atributos de la atención primaria a la salud como indicador de la calidad de la asistencia prestada a las comunidades quilombolas en el estado de Rio Grande del Norte. **Revista Enfermería Global**, v. 21, n. 68 p. 484-530, 2022. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400016&lang=pt> Acesso em: 5 fev. 2023.

NITZKE, J. A. et al. Segurança alimentar - retorno às origens?. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 9, p. 2-10, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjft/a/5vWRd3J8NWyXJvjMppT8g5r/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 14 mar. 2023.

NODDINGS, N. **Starting at Home: Caring and Social Policy**. University of California Press, 2002. 349 p.

NUNES, D. H.; LEHFELD, L. S.; NETTO, C. E. M. A desconstrução do mito da democracia racial e o racismo estrutural no Brasil: Educação e transformação social. **Revista do Direito**, n. 63, p. 79–104, 19 ago. 2021. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/15760>> Acesso em: 14 mar. 2023.

ORAKA, C. S. **Contribuições para o enfoque das desigualdades raciais e do racismo: uma revisão do escopo sobre obesidade na população negra feminina**. 2019. 106 f. Tese (Mestre em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/?lang=pt>> Acesso em: 24 nov. 2022.

PRANDI, R. De africano a afro- brasileiro: etnia, identidade e religião. **Revista USP**, São Paulo, n. 46, p. 52-65, jun./ago. 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/32879/35450>> Acesso em: 14 nov. 2022.

ROLIM, M. C. M. B.; GIMENES, M. H. S. **Do patrimônio gastronômico: o papel da história da alimentação na valorização das comidas tradicionais no Brasil**. XXIV Simpósio Nacional de História. 2007.

SANTANA DA SILVA, L. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/LL8jXjvRjg8Gm5gyrHtGnNM/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 21 nov. 2022.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 29 - 41, 21 ago. 2007. Disponível em: <[scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt)> Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, S. P. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, discontinuidades e consolidação.** Instituto Brasileiro de Pesquisas Econômicas (IPEA); abr. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD_1953.pdf> Acesso em: 3 jan. 2023.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, abr. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZRSXH5zWHqTS4dS8WxJhPTq/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 14 mar. 2023.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L.V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 580-587, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jCfZVYPGcL9Sff8MpgtWK6z/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 26 jan. 2023.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 127-138, mai./ago. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rn/a/ZswhjsNDPkFTrYpS6GLvkvh/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 4 jan. 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535 - 549, set. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 14 nov. 2022.