

**DOI:** <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.384>**Data de recebimento:** 17/09/2017**Data de Aceite:** 21/01/2018**Editora Executiva:** Lara Jansiski Motta**Editora Científica:** Sonia Monken**Avaliação:** Double Blind Review pelo SEER/OJS**Revisão:** Gramatical, normativa e de formatação

RACISMO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DE GESTÃO NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

¹Claudia Aparecida Avelar Ferreira

RESUMO

As iniquidades em saúde estão associadas as demandas socioeconômicas, raciais e de gênero, e a mulher negra encontra-se em condições de desvantagem devido o mito da democracia racial, não recebendo um tratamento humanizado como as mulheres brancas. O objetivo do estudo foi fazer uma revisão de literatura sobre o racismo e as consequências na saúde em termos de gênero alinhado a gestão usando como método a revisão narrativa. O racismo institucional fortalece as mazelas contra as mulheres negras demonstrando a necessidade de uma gestão eficiente em saber lidar com os grupos considerados minoritários no sistema capitalista, tendo como proposta uma liderança inclusiva, para treinar, capacitar e fortalecer o diálogo sobre a desnaturalização do racismo e reduzir o índice de doenças prevalentes nesta população e também o absenteísmo. Como o racismo é histórico e as vicissitudes de um preconceito de marca sugere-se desconstruir este mito de democracia racial de forma continua nas instituições públicas, privadas e filantrópicas, através da reestruturação das políticas públicas, valorização e reconhecimento do potencial das mulheres e principalmente mulheres negras.

Palavras-chave: Raça. Racismo institucional. Gestão. Saúde pública. Adoecimento.

¹ Doutoranda em Administração pela Universidade Pontifícia Universidade Católica - PUC, Minas Gerais, (Brasil). E-mail: claudiahgv@gmail.com



RACISM: A MATTER OF PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT IN THE GENDER PERSPECTIVE

ABSTRACT

The inequities in health are associated with socio-economic, racial and gender demands, and the black woman is in a disadvantage because of the myth of racial democracy, not receiving a humanized treatment like white women. The objective of the study was to do a literature review on racism and the health consequences in terms of gender-aligned management using as a narrative review method. Institutional racism strengthens the ills against black women by demonstrating the need for efficient management in dealing with groups considered to be minority in the capitalist system, with a proposal for inclusive leadership, to train, To empower and strengthen dialogue on the denaturalization of racism and to reduce the index of diseases prevalent in this population and also the absenteeism. As racism is historical and the vicissitudes of a brand bias suggest to deconstruct this myth of racial democracy in a way that continues in public, private and philanthropic institutions, through the restructuring of public policies, appreciation and Recognition of the potential of women and especially black women.

Key words: Race. Institutional racism. Management. Public health. Illness



1. INTRODUÇÃO

A problemática racial no Brasil está atrelada com a natureza e a cultura, configurando em um problema de saúde pública e de gestão, principalmente para as mulheres negras que percebem as discriminações e o fortalecimento da desigualdade social, afora a falta de investimento em políticas públicas voltadas para as suas necessidades específicas.

Segundo a revista Exame, o racismo afeta a saúde dos negros e as principais doenças são o estresse, hipertensão, depressão e ansiedade. A população ao buscar atendimento no SUS percebem a discriminação sendo que a população negra (23,3%) e a população branca (9,5%) (Wade,2017a, Demartini,2016, Tavares, Oliveira & Lages, 2013).

As iniquidades em saúde estão associadas as demandas socioeconômicas, raciais e de gênero e apesar da diminuição da taxa de mortalidade em geral nas últimas décadas e elevação da expectativa de vida, a população negra ainda permanece com altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias (Brasil, 2011).

O racismo institucional na saúde pública reforça o mito da democracia racial, a partir do momento que os profissionais de saúde demonstram ausência de um olhar crítico na problemática étnico-racial e suas implicações na saúde, ao invés de promover a equidade, pois a população negra tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e não tem a mesma qualidade na atenção à saúde como a população branca (Williams & Priest,2015, Tavares, Oliveira & Lages,2013).

Os fatos demonstram que as falhas nas políticas públicas afetam a saúde da população principalmente de grupos minoritários, sendo que no Brasil, um agravante é o mito da democracia racial. O mito da democracia racial sustenta as iniquidades em saúde da população negra, que são sujeitas diariamente as micro e macro

agressões que comprometem o bem-estar psicológico e sua saúde e apresentam prevalência de estresse. O estresse pode ser agudo ou pós-traumático independente de um evento único ou contínuo de micro agressões, constituindo um alerta para os profissionais da saúde mental (Mata & Pelisoli,2016, Faro & Pereira,2011).

O objetivo do estudo foi fazer uma revisão de literatura sobre o racismo e as consequências na saúde em termos de gênero atrelado a gestão. Como método foi adotado a revisão narrativa que não tem o objetivo de esgotar todas as fontes de informações, mas obter o máximo de dados por meio da seleção de artigos e outras fontes de dados como livros, propiciando a interpretação dos achados (FCA/Unesp,2015, Elias et al.,2012).

O estudo aqui proposto, busca cobrir uma lacuna acadêmica ao associar racismo, saúde pública e gestão, pois há poucos artigos na administração que abordam o racismo. É um tema desafiador que expõe o mito da democracia racial colocando em questão a saúde pública e a performance dos gestores ao permitir o racismo institucional.

Considera-se no estudo, gênero como construção sociocultural entre a diferenciação sexual, significando relações de poder que são assimétricas e desiguais (Scott, 1994) e sob o controle econômico (Wade,2017b). A raça como uma construção social, política ou cultural e não uma entidade biológica (Pena & Bortolini, 2004), portanto, tendo como sujeito empírico e categoria analítica a mulher negra. Raça negra corresponde aos homens e às mulheres de cor preta ou parda, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE ,2014).

O aporte teórico que abarca a questão do estudo é o feminismo negro, que buscou denunciar o racismo e afrontar as questões raciais sobre as relações de gênero e humanizar a mulher negra (Spivak,2010, Paterniani,2015, Fernandes,2016). O feminismo negro diferenciou-se de outras



abordagens feministas por incluir conflitos que vão desde a crítica e combate ao patriarcado. Outro fato foi a luta das feministas brancas, universitárias, heterossexuais, de classe média e média alta que não representavam os interesses das mulheres negras, que estavam em situação de desigualdade em relação as mulheres brancas, além da ruptura do silêncio das mulheres negras (Spivak,2010, Cisne, 2014, Paterniani,2015, Rosa, 2016, Silva & Silva, 2016).

E a interseccionalidade, por apresentar uma linearidade de análise com consubstancialidade (Kergoat,2010, Crenshaw,1965), devido as nuances contraditórias reafirmando-se na teoria crítica em estudos feministas voltadas a raça e sexo/raça e gênero (Crenshaw, 1965; Cox & Nkomo,1990; Mariano & Carloto, 2009; Hirata, 2014; Mendes e Milani, 2016; Oliveira, 2016; Ribeiro, 2016; Conrado & Ribeiro, 2017).

Percebe-se a interrelação entre classe, gênero e raça na desigualdade social e que as próprias organizações criam a desigualdade por meio de práticas e processos interconectados dando continuidade à desigualdade social, por isso, as organizações são consideradas um local crítico e complexo (Acker,2006).

2. RACISMO

O racismo compreende uma série de subjetividades. Subjetividades estas, que apresentam diversas formas de viver, podendo ser prescritivas ou proscritas, individuais ou coletivas, homogêneas ou encarceradas, singulares ou passíveis de experimentação em novos territórios e normalmente impostas e legitimadas (Zamora,2012).

Não é a raça que delinea a probabilidade de quem vai viver ou morrer no Brasil e sim o racismo, devido ao abismo das desigualdades sociais. Enfatiza-se que a mulher negra está sujeita a três tipos discriminatórios; gênero, raça e classe social.

É a fração mais pobre, frequentemente em trabalhos precários com predominância na esfera doméstica, com menores rendimentos e tem elevada taxa de desemprego e maior prevalência de mulheres negras nas classes mais baixas (Conrado & Ribeiro, 2017, Hirata,2014, Zamora, 2012, Mariano & Carloto,2009). O racismo ocasiona a exclusão, o conflito e a privação em todo o mundo (Williams & Priest,2015).

O racismo institucional no Brasil pode ser percebido por meio de normas, práticas e atitudes discriminatórias, que foram naturalizadas ao longo do tempo no contexto do trabalho, bem como, em outras instâncias da sociedade suscitando ignorância, falta de atenção, preconceito ou estereótipos racistas. Esta situação exclui a população negra dos benefícios gerados pelo Estado e outras instituições que o representam (Lage & Souza,2017, Lage, Perdigão, Pena &Silva,2016, Brasil,2011).

Zamora (2012) faz um alerta de que o preconceito racial também acontece nas bases estruturais da sociedade e reflete na educação, saúde, moradia, emprego, renda, expectativa de vida, acesso a equipamentos sociais, colocando os negros em injusta e grande desvantagem. A pobreza e a miséria têm predominância no reduto negro corroborando Mariano e Carloto (2009).

Segundo Williams e Priest (2015) e Varella (2010), corroborando Coutinho et al. (2009) e Mariano e Carloto (2009), a discriminação indireta acontece, afora manifestações explícitas de ódio ou segregação racial, através das práxis administrativas, empresariais, da legislação, normas e políticas públicas supostamente neutras, mas que possuem potencial discriminatório, causando danos ao grupo vulnerável e adscritos, minoria negra e mulheres. Alguns indivíduos relacionam desigualdades raciais como reflexos de problemas sociais, assim a pobreza, é uma situação de desigualdade racial que pode ser identificada pelos dados estatísticos governamentais, como aqueles descritos pelo IBGE.



O racismo brasileiro é negado através do mito da democracia racial em um país em que a maioria da população é negra (IPEA,2017) e oriundo da violência colonial da mulher negra pelo homem branco no passado e pela miscigenação (Conrado & Ribeiro ,2017, Carneiro,1995).

Segundo Carneiro (1995, p.548):

“Mesmo os negros que devem o seu sucesso aos seus próprios talentos pessoais são prisioneiros desta perversa dinâmica e veem-se impotentes para transferir o seu prestígio pessoal para o seu grupo racial. Embora desfrutem individualmente de uma situação privilegiada sabem que não representam nada que tenha relevância política, social ou econômica porque os negros enquanto coletividades são considerados a parcela descartável de nossa sociedade e se bem-sucedidos individualmente servem apenas para legitimar o mito da democracia racial”.

Segundo Sansone (1996) e Rosa (2014) somente no ano de 1955 com o enfraquecimento do discurso de cordialidade de vivência entre brancos e negros que começou a debater o racismo na esfera social, política e na academia.

Candler (2015) enfatiza que a ideologia de democracia racial no Brasil encontra-se na festa de sete dias do carnaval onde todas as raças se misturam e convivem de forma harmoniosa. No entanto, os afrodescendentes, no Brasil, apesar de serem a maioria no país, não têm representatividade política e econômica como os afro-americanos, além de estarem nos piores indicadores socioeconômicos. Por isso, Guerreiro Ramos, nos anos 50, denominou o

fenômeno como Patologia Social Branca Brasileira, devido às discriminações contra o negro que refletem em autoalienação estética racial, constituindo o racismo. No Brasil, percebe-se uma desigualdade racial alarmante, sendo uma das mais rigorosas do mundo.

Nogueira (2006), Costa (2009) e Wade (2017a) enfatizam que o racismo no Brasil não deve ser comparado com de outros países, pois no Brasil sobressai o preconceito de marca ligado à estética do negro, enquanto nos Estados Unidos (EUA) se destaca é o preconceito de origem relacionado com a ascendência do negro e do grupo étnico ancestral.

Lage e Souza (2017) enfatizam que as mulheres negras sofrem no contexto do trabalho o preconceito de marca em decorrência do cabelo crespo e sofrem por sexismo, racismo e assédio sexual. O racismo ainda permanece ativo na sociedade, porém disfarçado pela naturalização, assim, mantendo o preconceito maquiado (Lage et al.,2016).

No quadro 1 apresenta-se as diferenças entre preconceito de marca e de origem de acordo com as doze proposições de Nogueira (2006). O preconceito é explícito independente de sua aparência física nos EUA segregando em grupos, bastando ter um ascendente negro enquanto no Brasil, o preconceito é mais leve e depende da sua cor e cabelo e ligado à classe social.

**Quadro 1** – Diferenças entre preconceito de marca no Brasil e preconceito de origem nos EUA

Proposições	Preconceito de marca (Brasil)	Preconceito de origem (EUA)
1. Quanto ao modo de atuar	Determina uma preterição de acordo com a posição social e a relação com o grupo discriminador.	Determina uma exclusão incondicional dos membros do grupo discriminado.
2. Quanto à definição de membro do grupo discriminador e do grupo discriminado:	Serve de critério o fenótipo ou aparência racial.	Presume-se que o mestiço, seja qual for sua aparência e qualquer que seja a proporção de ascendência do grupo discriminador ou do grupo discriminado, que se possa invocar, tenha as “potencialidades hereditárias” deste último grupo e, portanto, a ele se filie, “racialmente”.
3. Quanto à carga afetiva:	A tendência é ser mais intelectual e estético.	Tende a ser mais emocional e mais integral, no que toca à atribuição de inferioridade ou de traços indesejáveis aos membros do grupo discriminado.
4. Quanto ao efeito sobre as relações interpessoais:	As relações pessoais, de amizade e admiração cruzam facilmente as fronteiras de marca (ou cor).	As relações entre indivíduos do grupo discriminador e do grupo discriminado são severamente restringidas por tabus e sanções de caráter negativo.
5. Quanto à ideologia	A ideologia é, ao mesmo tempo, assimilacionista e miscigenacionista.	Ela é segregacionista e racista.
6. Quanto à distinção entre diferentes minorias:	O dogma da cultura prevalece sobre o da raça.	Dá-se o oposto, maior tolerância com as minorias mais endogâmicas e etnocêntricas.
7. Quanto à etiqueta	A etiqueta de relações inter-raciais põe ênfase no controle do comportamento de indivíduos do grupo discriminador, de modo a evitar a susceptibilização ou humilhação de indivíduos do grupo discriminado.	A ênfase está no controle do comportamento de membros do grupo discriminado, de modo a conter a agressividade dos elementos do grupo discriminador.
8. Quanto ao efeito sobre o grupo discriminado	A consciência da discriminação tende a ser intermitente.	A tendência é ser contínua e obsedante.
9. Quanto à reação do grupo discriminado	A reação tende a ser individual, procurando o indivíduo “compensar” suas marcas pela ostentação de aptidões e características que impliquem aprovação social tanto pelos de sua própria condição racial (cor) como pelos componentes do grupo dominante e por indivíduos de marcas mais “leves” que as suas, logo, aprovação social.	A reação tende a ser coletiva, pelo reforço da solidariedade grupal, pela redefinição estética etc.
10. Quanto ao efeito da variação proporcional do contingente minoritário:	A tendência é se atenuar nos pontos em que há maior proporção de indivíduos do grupo discriminado	A tendência é se apresentar sob forma agravada, nos pontos em que o grupo discriminado se torna mais numeroso.



11. Quanto à estrutura social	A probabilidade de ascensão social está na razão inversa da intensidade das marcas de que o indivíduo é portador, ficando o preconceito de raça disfarçado sob o de classe, com o qual tende a coincidir.	O grupo discriminador e o discriminado permanecem rigidamente separados um do outro, em status, como se fossem duas sociedades paralelas, em simbiose, porém irredutíveis uma à outra.
12. Quanto ao tipo de movimento político a que inspira	A luta do grupo discriminado tende a se confundir com a luta de classes.	O grupo discriminado atua como uma “minoridade nacional” coesa e, portanto, capaz e propensa à ação conjugada.

Fonte: Elaborado pela autora, original Nogueira (2006) e Rosa (2014).

O problema racial impacta a qualidade de vida das pessoas negras, tanto que, as ações afirmativas iniciaram na década de 60, nos Estados Unidos da América e, no Brasil, o início ocorreu em 2005. Estas ações visam contrapor a desigualdade econômica e as barreiras psicológicas já antecipados por Guerreiro Ramos, 50 anos atrás (Candler, 2015).

Em suma, o preconceito de marca no Brasil deriva em racismo levando ao adoecimento aos negros e principalmente as mulheres negras, que ainda sofrem discriminações, nos serviços de saúde.

2.1 Políticas públicas

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 considera o racismo como crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, conforme art. 5, inciso XLII (Brasil, 1988).

A implementação das ações afirmativas para inserção do negro nas universidades públicas e instituições federais de ensino técnico de nível médio por cotas raciais (Brasil, 2012), o branco compete com o negro na disputa por uma vaga, seja no mercado de trabalho ou no meio educacional, nota-se que a discriminação se torna mais perceptível, voltando a ser tema de estudo. Isto demonstra a relação entre raça e classe social, pois as ações afirmativas favorecem a entrada de estudantes oriundos de famílias com renda igual ou inferior a um salário-mínimo e meio *per capita*.

No Brasil, o Direito constitucional do cidadão à saúde, em conformidade com o artigo 196 da Constituição de 1988 garante que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, acesso igualitário e universal, com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Ferreira, Paiva & Reis Neto, 2015).

Nos EUA ainda se detecta que os direitos civis têm afetado e podem afetar a saúde das minorias raciais e étnicas nos Estados Unidos, pois os direitos civis são determinantes sociais de saúde. A discriminação e segregação com os grupos minoritários ainda persistem por causa de falhas nas leis de direitos civis (Hahn, Truman & Williams, 2018).

Figueroa e Hurtado (2014) apresentam propostas de reivindicação e redefinição políticas a partir das mulheres negras africanas e afrodescendentes, visando enfrentar a opressão e a marginalização sexista em um contexto de dominação moderna /colonial.

Backes, Backes, Erdmann e Büscher (2012) corrobora Ferraz e Kraiczky (2010), que o Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1990, com os princípios da universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, que são operacionalizadas pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade.



Os princípios e diretrizes aplicáveis ao SUS estão previstos no art. 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil,1988) e regulamentados pela Lei n.º 8.080/1990 (Brasil,1990a) e Lei n.º 8142/1990 (Brasil,1990b). Esses princípios podem ser agrupados em dois segmentos: um que incorpora os princípios decorrentes de valores sociais como o acesso universal e igualitário (CF,1988,art.196), a participação comunitária (CF,1988, art.198, III) e o atendimento integral (CF,1988, art.198, II); o outro grupo envolve os que dizem respeito à organização do sistema de saúde: regionalização e hierarquização dos serviços e descentralização associada à direção única em cada esfera de governo(CF,1988, art.197, I, II e III) (BRASIL,1988).

No Brasil, pode-se contar que o SUS ter sido guiado por diretrizes e princípios foi uma contribuição inigualável para o desenvolvimento sustentável, à medida que integra a participação e controle social com o planejamento e avaliação da política pública nas esferas federal, estadual e municipal. Nessa perspectiva, a discussão da saúde e sustentabilidade deve estar direcionada para os determinantes sociais de saúde interagindo de forma equânime em nível local, nacional e mundial (Franco Netto,2012).

No entanto, somente no século XXI começou a discutir e implementar políticas para a equidade de gênero e suas identidades, da atenção integral ao homem e o plano de enfrentamento da feminização da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis, como *feedback* do Estado as condições de saúde deste público que apresenta necessidades mais específicas na esfera do SUS (Ferraz & Kraiczuk ,2010).

Analisando as políticas públicas favoreceram muito a população negra percebe-se incompletudes, pois o racismo é visível para os negros e invisíveis ao branco, precisando reestruturar estas políticas.

3. Adoecimento

Um dos pontos críticos no Brasil é a relação positiva entre condições de vida de homens e mulheres, de todas as idades, raças e classes sociais e o estado de saúde. A centralização de riqueza e o poder reflete na saúde principalmente da população negra, que estão mais vulneráveis em condições de vida (Brasil,2011).

O racismo vem aumentando nos últimos anos e esta situação segrega determinados grupos raciais em condições sociais e ambientais prejudiciais à saúde e ao bem-estar geral. As sensações de frustração a longo prazo devido ao racismo facilitam a propensão de hipertensão arterial entre os afro-americanos (Wade, 2017a, Williams & Priest,2015).

As mulheres negras apresentam uma tendência de maior risco de homicídios, maior risco de morte em todas as faixas etárias, maior prevalência de óbitos nos hospitais do SUS em mulheres sem companheiros e que trabalham como domésticas. A principal causa de internação foram os acidentes de transporte (Santos, Guimarães & Araújo,2007) e as principais doenças encontradas nas mulheres negras foram: doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensivas; diabetes, tuberculose, estresse principalmente no ambiente de trabalho, depressão e anemia falciforme (Assari,2017, Xavier & Rocha,2017, Wade,2017b, Mata & Pelisoli,2016, Faro & Pereira,2011Cordeiro,2009, Santos et al.,2007, Mays,1995).

O racismo institucional na saúde pública e o preconceito ocasiona a depressão e a falta de conhecimento dos profissionais e usuários dos sistemas de saúde em relação a anemia falciforme (Lages, Silva, Silva, Damas & Jesus,2017). No estudo de Assari (2017), a instrução é um fator protetor contra a depressão maior em mulheres negras.

Cordeiro (2009) enfatiza que a saúde da mulher negra brasileira ficou em segundo plano em função dos determinantes sociais enraizados na sociedade como racismo e gênero nos serviços de saúde, como exemplo



as mulheres negras com anemia falciforme na Bahia. As mulheres negras percebem tratamento humilhante, sem cortesia e injusto em virtude dos constrangimentos que são expostas.

Segundo Xavier e Rocha (2017), mulheres negras portadoras de anemia falciforme percebem sua condição de saúde relacionada com a interseccionalidade, a raça e as relações de gênero e classe, o que gera uma cegueira pública deixando-as invisíveis.

No estudo de Hall, Everelt e Hamilton-Mason (2012), sobre o estresse no ambiente de trabalho, os autores identificaram que as mulheres negras deparam com a mesma estrutura que as mulheres brancas, com um condicionante a mais que é a questão da diversidade sobre a desigualdade. As mulheres negras americanas enfrentam o sexismo e racismo como fatores estressores mediante as ponderações a seguir: na contratação e

promoção; na defesa da raça e orientação; mobilidade na hierarquia, racismo e discriminação, isolamento e exclusão. Elas desenvolvem *coping* para lidar com o estresse.

A discriminação percebida pelo afro americano causa pressão arterial sistólica e nas mulheres a diabetes. Raça e renda também levam a discriminação percebida (Dawson, Walker, Campbell & Egede, 2015). As mulheres negras apresentam significativamente mais hospitalizações (Mulheres negras = 0,28; 95% CI, 0,00 – 0,55 [P = 0,048]) por falência cardíaca que as mulheres brancas (Dupre, Gu, Xu, Willis, Curtis & Peterson, 2017).

Apresenta-se na tabela 1 a comparação das morbidades entre mulher branca e negra no período de 1998 e 2008 em termos de prevalência, dados do IPEA (2017).

Tabela 1 - Prevalência (%) de morbidades entre mulheres brancas e negras entre 1998 e 2008.

Doenças	Branca/ano		Negra/ano	
	1998	2008	1998	2008
Doença na Coluna ou nas Costas	24,2	17,5	27,6	18,1
Artrite ou Reumatismo	10	6,8	13,4	7,5
Câncer	0,3	0,7	0,2	0,4
Diabetes	1,9	3,1	1,9	3,4
Bronquite ou Asma	4,3	4,5	3,6	4,2
Hipertensão	12,4	14,4	16,2	17,8
Doença do Coração	3,9	3,5	4,5	3,6
Insuficiência Renal Crônica	3,3	1,5	3,5	1,6
Depressão	8,2	7,2	8,3	5,6
Tuberculose	0	0,1	0,1	0,1
Tendinite	4,2	6,3	2,9	4,1
Cirrose	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: IPEA, 2017.

Os dados demonstram que as mulheres negras têm maior propensão a ter doenças músculo esqueléticas, diabetes, hipertensão, doenças do coração, insuficiência renal crônica em 2008. Estudos

mais recentes apontam para a questão da depressão na mulher negra e menor proteção a câncer. Portanto, o quadro epidemiológico vem alterando com os anos.



O estresse não foi relacionado na tabela 1, porém algumas das patologias como doença na coluna ou nas costas, hipertensão arterial e depressão podem ser decorrentes do estresse não percebido pelos sujeitos que não relata ao médico e /ou o médico diagnostica já a doença pelos sintomas.

As principais consequências do estresse são: tensão muscular: dores nas costas, pescoço, ombros; vontade súbita de iniciar novos projetos; insônia, dificuldade de dormir; aperto na mandíbula/ranger de dentes, roer unhas ou ponta de caneta, irritabilidade, fadiga, nervosismo, ansiedade, oscilação no humor, sensação de desgaste físico constante; problemas de memória, esquecimento; cansaço constante; hipertensão arterial momentânea, irritabilidade, redução da libido, atrofia na produção de células sanguíneas, sensibilidade emotiva, hipertensão arterial confirmada, formigamento nas extremidades (mãos e pés), cansaço excessivo, dores no estômago dentre outros (Santos & Cardoso, 2010, Metzker et al., 2012, Kilimnik et al., 2012, Adriano et al., 2017, Félix et al., 2017). As consequências para as empresas: rotatividade elevada, absenteísmo, baixo desempenho e comprometimento (Ferreira et al., 2016).

O racismo nas organizações seja institucionalizado ou não pode levar ao adoecimento das mulheres negras e demonstra que os gestores e líderes necessitam desnaturalizar este sistema de opressão, através da informação, capacitação e treinamento de seu *staff* para atender de forma igualitária os cidadãos independente de sexo, cor e classe social, ter menor absenteísmo, como também dando oportunidades para as mulheres negras possam demonstrar sua competência, reconhecer seus valores, respeitar e promover a redução da desigualdade social, pois o trabalho é o meio que os indivíduos podem se realizar profissionalmente e sentir um sujeito ativo na sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi fazer uma revisão de literatura sobre o racismo e as consequências na saúde em termos de gênero atrelado a gestão usando como método a revisão narrativa. A questão racial é complexa, afora que o sujeito discriminado e estigmatizado por uma natureza que ele não tem domínio.

O racismo e a saúde na perspectiva de gênero constituem um novo foco na gestão demonstrando a necessidade de investimento em políticas públicas voltadas para gênero e raça, capacitação, desenvolvimento e treinamento dos profissionais de saúde, que fazem a âncora para a discriminação e fortalecimento da desigualdade social. O racismo no trabalho e na sociedade levam ao adoecimento. E as principais morbidades que comprometem a saúde e a qualidade de vida das mulheres negras são: anemia falciforme, depressão, diabetes, estresse e hipertensão. Estas doenças podem reduzir a performance, comprometimento, absenteísmo, *turnover*, absenteísmo dentre outras perdas para as mulheres negras, sistemas de saúde e previdenciário e organizações.

Portanto, os gestores e líderes necessitam atentar para o problema do racismo e ter atitudes que promovam um clima de bem-estar no contexto do trabalho, treinar seu *staff* reduzindo o preconceito e no caso do racismo institucional na esfera da saúde, os profissionais devem perder a cegueira da democracia racial e tratar todos com a mesma qualidade, pois todos os cidadãos têm direito a saúde.

Aponta-se alguns desafios para reduzir o racismo no Brasil: erradicar o racismo institucional em todas as esferas governamentais, principalmente na esfera da saúde. Investimento em educação, formação, capacitação dos profissionais e empregados, de forma a reduzir a morbidade e mortalidade da população negra, discussão do tema, promoção da equidade de gênero e raça, esclarecimento sobre a democracia racial como forma de combatê-la na sociedade e



reestruturar as políticas públicas. Como proposta sugere-se uma liderança inclusiva.

É necessária uma mudança cultural contrapondo aos interesses do capital que tende manter as minorias nas margens, principalmente nas instituições públicas que não visa o lucro, pois o racismo é histórico e

as vicissitudes de um preconceito de marca sugere-se desconstruir esta democracia racial de forma contínua nas instituições públicas e privadas, através da reestruturação das políticas públicas, valorização e reconhecimento do potencial das mulheres e principalmente mulheres negras.

REFERÊNCIAS

- Acker, J. (2006). Inequality regimes: gender, classe and race in organizations. *Gender & Society*, 20(4): 441-464.
- Adriano, M. S. P. F., Almeida, M.R., Ramalho, P.P.L., Costa, I.P., Nascimento, A.R.S., & Moraes, J.C.O. (2017). Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de Cajazeiras-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21(1): 29-34.
- Assari, S. (2017). Social Determinants of Depression: The Intersections of Race, Gender, and Socioeconomic Status. *Brain Sci.*, 7(156):1-12.
- Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann, A. L. & Büscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, 17(1):223-230.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.
- Brasil (2011). *Racismo como determinante social de saúde*. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas - SPAA/SEPPPIR. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>>. Acesso 12 fev 2018.
- Brasil (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
- Correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1, de 1990a. p.018055.
- Brasil (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências
- Intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1, de 1990b.p. 25694.
- Brasil (2012). Lei 12.711 de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Parágrafo único. No preenchimento das vagas de que trata o caput deste artigo, 50% (cinquenta por cento) deverão ser reservados aos estudantes oriundos de famílias com renda igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 agosto de 2012, Seção 1, p.1.
- Candler, G.G. (2015). “Assimilação crítica” and research on the periphery. *Cadernos EBAPE. BR*, (Edição Especial), 13: 560-572.
- Carneiro, S. (1995). Gênero Raça e Ascensão Social. *Estudos Feministas*, 3(2): 544-552.
- Cisne, M. (2014). Feminismo e consciência de classe no Brasil. São Paulo: Cortez.
- Conrado, M. & Ribeiro, A.A.M. (2017). Black Man and Man is Black: masculinities and black feminism in debate. *Revista Estudos Feministas*, 25(1): 73-97.



- Cordeiro, R.C. (2009). Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*,13(2):352-58.
- Coutinho, L. R. S., Costa, A. M. & Carvalho, J. L. F. D. S. (2009). Debatendo diversidade de gênero e raça no contexto organizacional brasileiro: lei do mercado ou cotas por lei? *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, 4(1): 21-37.
- Cox, T. Jr. & Nkomo, S.M. (1990). Invisible men and women; a status report on race as a variable in organization behavior research. *Journal of Organizational Behavior*, 11:419-431.
- Crenshaw, K. (1965). Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 1(4),27-37.
- Dawson, A. Z., Walker, R.J., Campbell, J. A. & Egede, L.E. (2015). Effect of Perceived Racial Discrimination on Self-Care Behaviors, Glycemic Control, and Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes. *Endocrine*,49(2): 422-428.
- Demartini, M. (2016). Como o racismo afeta a saúde dos negros, segundo a ciência. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/como-o-racismo-afeta-a-saude-dos-negros-segundo-a-ciencia/>>. Acesso 9 fev 2018.
- Dupre, M.E., Gu, D., Xu, H., Willis, J., Curtis, L.H. & Peterson, E.D. (2017). Racial and Ethnic Differences in Trajectories of Hospitalization in US Men and Women With Heart Failure. *J Am Heart Assoc.*,6:e006290:1-11.
- Elias, C., Silva, L., Martins, M., Ramos, N., Souza, M., & Hipólito, R. (2012). Quando chega o fim? uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(1): 48-53.
- Faro, A. & Pereira, M.E. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3): 271-278.
- Fca-Unesp (2015). Faculdade de Ciências Agrônômicas. Tipos de revisão de literatura. Disponível em: <http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>. Acesso em 1 fev 2018.
- Félix, D. B., Machado, D. Q., & Sousa, E. F. (2017). Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. *ReCaPe – Revista de Carreiras e Pessoas*, II (2):530-543.
- Fernandes, A. D. (2016). The black genre: notes on gender, feminism and negritude/O gênero negro: apontamentos sobre gênero, feminismo e negritude. *Revista Estudos Feministas*, (3): 691-713.
- Ferraz, D. & Kraiczyk, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*,9(1):70-82.
- Ferreira, C.A.A., Paiva, R.V.C. & Reis Neto, M.T. (2015). Demandas judiciais no sistema de saúde no Brasil sob a perspectiva da administração. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*,6(2):1902-23.
- Ferreira, C. A. A., Reis Neto, M. T., Kilimnik, Z. M., & Santos, A. S. (2016). O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. *RGSS-Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2): 84-99.
- Figueroa, V.A. & Hurtado, A.K. (2014). Afro-diasporic feminism. An emerging agenda of black feminism in Colombia. *Universitas humanística*, 78: 109-134.
- Franco Netto, G. (2012). Conexões da saúde com a agenda da sustentabilidade. *Saúde em debate, Desenvolvimento e sustentabilidade: desafios da Rio +20*,36(Especial):20-22.
- Hahn R.A., Truman, B.I. & Williams, D.R.



- (2018). Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: Health care, education, employment, and housing in the United States, *SSM - Population Health*, 4: 17-24.
- Hall, J.C., Everelt, J.E. & Hamilton-Mason, J. (2012). Black women talk about workplace stress and how they cope. *Journal of Black Studies*, 43(2): 207-226.
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, 26(1): 61-73.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil) (2014). Estatísticas de Gênero. Uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. *Estudos & Pesquisas*, 33, Rio Janeiro: IBGE.
- Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA) (Brasil) (2017). *Retrato das desigualdades de gênero e Raça*. Disponível em: < www.portalodm.com.br/...genero...2017/.../retrato-das-desigualdades-de-genero-e-rac... >. Acesso 03 jul. 2017.
- Kilimnik, Z. M., Bicalho, R. F. S., Oliveira, L. C. V., & Mucci, C. B. M. R. (2012). Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gêrias. *Revista Gestão e Planejamento*, 12 (3): 668-693.
- Lage, M. L. C., & Souza, E. M. (2017). Da Cabeça aos pés: racismo e sexismo no Ambiente Organizacional. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 11(Ed. Especial): 55-72.
- Lage, M. L. C., Perdigão, D. A., Pena, F. G., & Silva, M. A. F. (2016). Preconceito Maquiado: O Racismo no Mundo Fashionista e da Beleza. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 10(4): 47-62.
- Lages, S.R.C., Silva, A.M., Silva, D.P., Damas, J.M. & Jesus, M.A. (2017). O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1): 109-122.
- Mariano, S.A. & Carloto, C. M. (2009). Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Revista de Estudos Feministas*, 17(3): 901-908.
- Mata, V.P. & Pelisoli, C.L (2016). Expressões do racismo como fator desencadeante de estresse agudo e pós-traumático. *Revista Brasileira de Psicologia*, 03(1):126-140.
- Mays, V. M. (1995). Black Women, Work, Stress, and Perceived Discrimination: The Focused Support Group Model as an Intervention for Stress Reduction. *Cult Divers Ment Health*,1(1): 53-65.
- Mendes, E.A. A. & Milani, L.M. (2016). Inserção da Mulher Negra Brasileira no Mercado de Trabalho no Período de 1980 - 2010. *Revista Latinoamericana de Geografia e Gênero*, 7(2): 178- 194.
- Metzker, C. A. B., Moraes, L. F. R., Pereira, L. Z. (2012). O fisioterapeuta e o estresse no trabalho: estudo em um hospital filantrópico de Belo Horizonte – MG. *Revista Gestão & Tecnologia*, 12(3): 174-196.
- Nogueira, O. (2006). Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. *Tempo Social*, 19(1): 287-308.
- Oliveira, R.L. (2016). Os feminismos negros: a reação aos sistemas de opressões. *Revista Espaço Acadêmico*, 16(185): 12-25.
- Pena, S. J. & Bortolini, M.C. (2004). Pode a genética definir quem deve se beneficiar das cotas universitárias e demais ações afirmativas? *Estudos Avançados*,18(50):31-50.



- Rosa, A.R. (2014). Relações raciais e estudos organizacionais no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, 18(3): 240-260.
- Paterniani, S.Z. (2015). Gayatri Spivak e o feminismo negro; notas para um debate. *Revista Simbiótica*, 2(1):173-182.
- Ribeiro, D. (2016). Feminismo negro para um novo marco civilizatório. *Revista Internacional De Direitos Humanos*, 13(24): 99-104.
- Rosa, A.R. (2016). Gênero e pós-colonialismo. In. *Gênero e trabalho: perspectivas, possibilidades e desafios no campo dos estudos organizacionais/* Carrieri, A.P., Teixeira, J.C., Nascimento, M.C.R. (Orgs). Salvador:EDUFBA.
- Sansone, L. (1996 -?). Nem somente preto ou negro: o sistema de classificação racial no Brasil que muda. *Afro-Ásia*, 18 (2), 165-187.
- Santos, S.M., Guimarães, M. J. B. & Araújo, T.V.B. (2007). Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, 16(2): 87-102.
- Santos, A.F. O., & Cardoso, C.L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em estudo*, 15(2): 245-253.
- Scott, J. W. (1994). Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, 3:11-27.
- Silva, B.C.S.L. & Santos, T. C.C. (2016). O que é feminismo e quais são suas vertentes. In
- Ramos, M.M., Gravatá, P.A. & Brener, P. R. G.(Orgs). *Gênero, Sexualidade e Direito: Uma introdução*, (p.40-49). Initia Via.
- Tavares, N.D., Oliveira, L.V., Lages, S.R.C. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde em Debate*, 37(99):580-587.
- Varella, S.F. (2010, dezembro). Ação afirmativa no emprego como combate à discriminação racial indireta: o caso das ações afirmativas jurídicas do Ministério Público do Trabalho. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 15(57), 279-300.
- Wade, P. (2017b). Debate do professor Wade com convidados do PPGCS-UFBA. In. Hita, M. G. (Orgs). *Raça, racismo e genética em debates científicos e controvérsias sociais*. Salvador: EDUFBA.
- (2017a) Raça: natureza e cultura na ciência e na sociedade. In. Hita, M.G.(Orgs). *Raça, racismo e genética em debates científicos e controvérsias sociais*. Salvador: EDUFBA.
- Xavier, E. C., & Rocha, K. B. (2017). Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2): 267-282.
- Williams, D.R., Priest, N. (2015). Racismo e saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*, 17(40):124-174.
- Zamora, M.H.R.N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal, Revista de Psicologia*, 24(3):563-578.