



## O DESAFIO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO UM INDICADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG

Jucelia de Oliveira

[juolivi@yahoo.com.br](mailto:juolivi@yahoo.com.br) Mestranda – Planejamento Urbano e Regional-  
Universidade do Vale do Paraíba-Univap, SP

Paula Vilhena Carnevale Vianna

[paulavianna@univap.br](mailto:paulavianna@univap.br) Professora de Saúde Coletiva e Pesquisadora –  
Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Vale do Paraíba – Univap

Tipo de trabalho-dissertação em estágio de redação final

O trabalho possui uma abordagem sobre a saúde da população negra, tendo como foco a hipertensão arterial por sua elevada prevalência nessa etnia. Nessa perspectiva, a análise das problemáticas que configuram as situações de exclusão social, econômica e segregação espacial do negro em dois bairros de Juiz de Fora-MG mobilizam ações sociais para o enfrentamento da doença, na busca de respostas que incidem sobre determinantes históricos, culturais e sociais. Assim, uma reflexão na formulação e implementação de políticas públicas que tomem como objeto condições, estilo de vida de distintos grupos populacionais num diálogo com a geografia e o planejamento urbano, constituem um importante marco crítico na análise de indicadores de saúde e das condições de vida das populações. A realidade da saúde e da ocupação urbana constitui um desafio para as políticas de saúde e as políticas urbanas visando soluções que elevem as condições de vida de nossa população.

Objetivo: Identificar se a estruturação urbana de determinado local ao longo de sua história contribui para agravar os problemas de saúde existentes, tomando como exemplo a hipertensão arterial.

Material e Métodos: Análise documental está vinculada à pesquisas e documentos historiográficos, referências bibliográficas e aplicação de questionários com 35 perguntas fechadas destinadas à caracterização dos sujeitos hipertensos para cada Unidade de Atenção Primária; os dados ainda não foram analisados sistematicamente.

Conclusão: As estratégias de controle da hipertensão arterial sofrem diferentes influências dependendo da população acometida.

Resultado: Permanece a necessidade de propostas e instrumentos para lidar com a histórica desigualdade urbana e a saúde do país.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; etnia; geografia; planejamento urbano.



## Introdução

Este trabalho pretende ir além da descrição das condições de vida visíveis do negro no espaço, mas também abordar aspectos de planejamento urbano como habitação, mobilidade urbana e o papel constitucional dos gestores em equalizar as oportunidades de acesso aos serviços públicos para reduzir as desigualdades em saúde.

Metodologia: a análise documental está vinculada ao objeto do tema baseada em pesquisas e documentos historiográficos e referências bibliográficas. Ferramentas: questionário com 35 perguntas destinadas à caracterização dos sujeitos para cada Unidade de Atenção Primária; os dados ainda não foram analisados sistematicamente.

Resultados iniciais: a partir da análise das informações empíricas iniciais e os referenciais teóricos, foi possível averiguar a necessidade de um estreitamento nas relações entre as políticas urbanas e as políticas de saúde, para o desenvolvimento de conhecimentos práticos destinados aos grupos vulneráveis para o acesso aos serviços de saúde e equipamentos urbanos em Juiz de Fora através de políticas públicas e participação social.

Considerações finais: Em vista de um compromisso social e ético a favor da vida segundo os princípios da pluralidade cultural, étnica e da justiça social, tanto da perspectiva do planejamento urbano como da saúde, ainda há necessidade de propostas e instrumentos para lidar com a histórica desigualdade urbana e a saúde do país.

### **SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA UMA QUESTÃO DE EQUIDADE**

Na III Conferência Nacional de Saúde da População Negra realizada em 2001 na cidade de Durban, temas como discriminação racial e xenofobia foram discutidos com o propósito de incorporar ações de promoção da equidade em saúde através do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas contra o racismo.

Nesse Plano de Ações (OLIVEIRA, 2002) os governos requeriam que a Organização Pan-Americana de Saúde promovesse ações para o reconhecimento de raça/grupo étnico/gênero nas questões de saúde e de desenvolvimento de projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com ascendência africana.



O Plano de Ação considera primordial para a promoção da saúde da população negra a produção de conhecimento científico, pois amplia a informação estatística através de estudos e pesquisas qualitativas/quantitativas, o apoio técnico-científico para que as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos e pesquisas sobre a saúde da população negra.

A III Conferência Nacional de Saúde da População Negra no Brasil resultou ainda na elaboração do Termo de Compromisso n.º 1/2003, assinado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 20/11/2003 (DOU de 11/12/2003), com o objetivo principal de sistematizar, no âmbito do Ministério da Saúde, a proposta de Política Nacional de Saúde da População Negra a ser consolidada nos organismos e instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é um instrumento para o combate à discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como para a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2007).

Sendo assim, quando observamos a diferença quanto ao status social, ocupacional e econômico da população negra em comparação às demais etnias, acreditamos que o caminho para a promoção da equidade em saúde neste grupo específico requer estratégias diferenciadas para a manutenção da saúde, em geral, e para reduzir a prevalência e impactos da hipertensão arterial.

### **Espaço urbano, população e saúde**

A cidade é um espaço que engloba o ambiente construído, e nele se encontram os aspectos sociais, econômicos, históricos e políticos que determinam a composição de uma sociedade. Uma parte dos resultados em saúde depende de quem se é e do lugar onde se vive. Segundo Santana (2005), o território é assim e simultaneamente uma causa e um efeito dos problemas de saúde, somando-se à composição socioeconômica, a etnia e o gênero enquanto variáveis com impacto no acesso à saúde e aos cuidados de saúde. Nesse contexto, as ações desenvolvidas entre os grupos populacionais nas apropriações do território são capazes de promover ou não a saúde. Isso pressupõe a busca contínua de interlocução entre espaço e saúde, ampliando as possibilidades de alcance por parte de todos os indivíduos aos resultados na melhoria de acesso e uso dos bens da saúde pública. A



geografia da saúde tem possibilitado a reflexão e o estudo sobre as questões diversas quanto aos determinantes da saúde.

De acordo com SANTANA (2005), a geografia da saúde é um espaço nodal de partilha e de partida, útil tanto para os geógrafos como para outros profissionais que interagem equipes pluridisciplinares nas áreas do ambiente, da sociologia, do planejamento e ordenamento do território, da economia e da saúde. O lugar onde as pessoas vivem e trabalham, a sua localização no espaço geográfico, reveste-se de grande importância porque influencia a saúde individual ou coletiva. Assim, um desafio para as políticas públicas é a compreensão de que as características dos lugares são tão ou mais importantes do que as dos indivíduos no entendimento do estilo de vida relacionados à saúde (SANTANA, 2008).

E este lugar, transformado pelo homem por meio da técnica (trabalho), gera uma segunda natureza, um espaço renovado onde se realiza a produção da vida (GONDIM, 2008). Deve-se ainda acrescentar que o homem, ocupando determinado espaço, o modifica de acordo com suas necessidades, transformando-o em seu lugar de moradia e subsistência. CAIAFFA (2008) aborda que o conceito de saúde deve incorporar o cotidiano dos indivíduos vivendo nas cidades.

O espaço mantém uma relação dialética entre a sociedade e a natureza, com uma composição de formas variáveis como firmas, produção de fluxos (qualidade e peso político) e fixos (qualidade e densidade) de técnicas (econômicas, sociais, culturais, religiosas, etc) e as relações de trabalho que contribuem para entender a cidade não só como um grande objeto, mas um modo de vida (SANTOS, 2001).

Nesse contexto, é importante acrescentar, em termos de uma análise crítica, duas abordagens diferenciadas sobre o território para maior aprofundamento de seu desenho estratégico. Na abordagem do geógrafo suíço Raffestin (1993) o território deve ser estudado tomando como referência o espaço, é uma relação indissociável, em que o território é objetivado por relações sociais, de poder e dominação. Ou seja, as relações de poder no território são marcadas por ação e poder que se manifestam por pessoas.

Do ponto de vista de Santos (1994), o conceito principal de território se destaca na atuação do capital e do Estado. Esta abordagem prioriza também as ações da cultura, da natureza e da política na configuração do territórios.



Pelo exposto, percebe-se que o território é multidimensional, do local ao global, constituído por pessoas, redes, cultura. É uma rede de relações tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis (BORTOLOZZI, 2009).

Torna-se ainda fundamental uma reflexão sobre a viabilidade e aplicabilidade do conhecimento sobre a apropriação e dominação do espaço e sua relação com a saúde. Tal conhecimento representa um amplo desafio para o planejamento urbano, seja pela capacidade de identificação de áreas inadequadas para moradia, mas também por ser capaz de gerar e propor mudanças para a formulação de ações que amenizem os impactos causados por essas moradias, atuando na criação de espaços saudáveis, evitando a produção de doenças condizentes daquela realidade territorial.

Nessa perspectiva, Guimarães (2001) reforça que a relação entre a saúde e a produção do espaço urbano envolve diversos aspectos da geografia urbana: vinculada às pessoas, ao espaço e à informação, a saúde possui teor simbólico e significados sociais. O lugar ainda é pouco explorado no campo da saúde coletiva.

O espaço constitui uma realidade objetiva, um produto social em permanente processo de transformação. O espaço impõe sua própria realidade, por isso a sociedade não pode operar fora dele não sendo impossível estudá-lo distante da sociedade (SANTOS, 2008).

### **A hipertensão arterial como um indicador de avaliação em saúde**

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse sentido, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2011), revelou que as doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas. Estudos



epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no SUS.

A hipertensão arterial é uma doença crônica que amplia as dificuldades sociais e econômicas e que acaba por interferir na qualidade de vida dos sujeitos acometidos. Entre os fatores biológicos explicativos da doença, está a atividade menor de controle das trocas de sódio e transporte de água, básicos no complexo sistema de regulação do volume sanguíneo e da pressão arterial. Quando os rins não funcionam bem, se produz renina em excesso, elevando a pressão arterial. Os negros têm a maior tendência à hipertensão devido à atividade menor desse controle, que é um fator biológico (LESSA, 2001).

Dessa forma, o conhecimento dos principais fatores de risco da HA na população e a identificação de grupos vulneráveis é de grande valor para orientar o planejamento das políticas de saúde. Assim como a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias de prevenção individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), esse é um dos pilares da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela descrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

### **Prevalência e fatores determinantes da doença na população negra**

Alguns indicativos sobre a hipertensão arterial tornam-se essenciais na compreensão da doença. A hipertensão arterial é a principal causa de internações e óbitos no país e aparece mais cedo sendo mais grave em negros (OLIVEIRA, 2002, p.112). Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. Não há evidências de ação diferenciada das drogas antihipertensivas em nossa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.33).

Nesse sentido, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2011), revelou que as doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus,



assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no SUS. Essa situação pesa no orçamento de pessoas brancas ou negras.

Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (OLIVEIRA, 2002; LESSA, 2001)

### **A segregação espacial e racial da população negra no contexto urbano**

A formação das cidades no Brasil foi historicamente determinante para o processo de segregação urbana, com diversos atores disputando, em condições desiguais, parcelas do espaço urbano e de suas riquezas. Na reflexão de Maricato (2006), os territórios de segregação abrigam a maioria da população. Este é um fator explicativo para um obstáculo atual ao desenvolvimento urbano: a acumulação de terras e imóveis.

Esse enfoque se faz prioritário dada a longa trajetória e aos desiguais arranjos espaciais característicos do processo histórico da urbanização brasileira. Na concepção de Barcellos (2008), o espaço geográfico retém a herança histórica de épocas passadas e a transforma. No Brasil, a ocupação do território se constituiu voltada essencialmente para suprir de mercadorias a metrópole portuguesa. Assim, o sistema capitalista estruturou núcleos urbanos ao longo do litoral, de forma fragmentada e com funções comerciais organizadas segundo os interesses europeus. Esta estrutura reforçou a divisão de classes na população que ali se estabelecia. Os principais núcleos urbanos que se formaram ao longo do litoral exportavam suas mercadorias e, ainda que lentamente se modernizavam, processo que não atingiu os núcleos urbanos do interior do país.

Como reflexo dessa formação, as cidades brasileiras conformaram um ambiente fragmentado, que se mantém e é reforçado pelo sistema econômico capitalista: de um lado, a elite privilegiada, e de outro, muitas vezes sem fronteira geográfica precisa, os territórios de segregação, que abrigam a maioria da população. Esta trajetória marcada pelo patrimonialismo (entendido como



concentração de patrimônio, poder econômico e político) é, segundo Maricato (2006), fator explicativo para um obstáculo atual ao desenvolvimento urbano: a acumulação de terras e imóveis.

As mudanças e tendências trazidas pela urbanização no século XX não romperam com este padrão, do contrário, potencializaram as estruturas de uso e ocupação do solo. O Estado tornou-se um instrumento regularizador dos interesses da burguesia, que acabou por concentrar o poder, inclusive, de ordenação do território. Na manutenção deste processo de expropriação do trabalho, as corporações industriais ampliaram sua abrangência territorial, influenciando os rumos das economias e direcionando a políticas de desenvolvimento loco-regionais.

Segundo a definição de Villaça (2001), a segregação é um processo cujas diferentes classes sociais ou camadas tendem a se concentrar cada vez mais em diferentes regiões. A segregação faz com que a população seja incluída marginalmente no sistema socioeconômico e com reduzida possibilidade de ascensão, o que acaba por torná-la mais vulnerável ao consumo de drogas, ao alcoolismo, à violência, ao estresse e à baixa auto-estima, que são fatores condicionantes da hipertensão arterial. É possível averiguar as diferenciações entre os bairros a partir do perfil da população, quanto às características urbanísticas, de infra-estrutura, de conservação dos espaços e equipamentos públicos (VILLAÇA, 2001).

A população branca pobre e os negros geralmente habitam as áreas mais pobres, de terrenos mais baratos, em áreas com insuficiência ou mesmo ausência de infra-estrutura urbana. A crescente complexidade da realidade dessa população com menor possibilidade de acesso ao lazer, emprego, a educação, se constituiu logo após a abolição, que originou uma parcela de negros e trabalhadores desempregados que foram expulsos dos centros das cidades e migraram para as áreas periféricas (MARICATO, 1997).

No contexto atual da segregação racial nos espaços urbanos brasileiros uma referência a ser pontuada segundo Rucket (2005, p.33) é a “etnicização do território”, ou seja, a delimitação de espaços exclusivos/excludentes onde a identidade étnica é um elemento central na definição do grupo e de seu território. A desigualdade racial é fruto de um processo complexo no qual se pode identificar a





ação de diferentes fenômenos: o racismo, o preconceito racial e a discriminação racial (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

As estruturas organizacionais e hierárquicas são radicalmente diferentes na composição racial do espaço urbano. Desse modo, Santos (1999) considera importante uma abordagem de identificação e análise das desigualdades raciais cuja referência passa pelo ciclo de vida socioeconômico dos indivíduos que, pois é parte de uma seqüência de etapas marcantes na vida de uma pessoa, entre as quais estão a socialização primária, a condição de saúde, a condição de mortalidade, a situação educacional, a entrada no mercado de trabalho, a escolha conjugal, a ocupação, a renda etc.

### Bibliografia

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho et AL. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_.(org). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro. Abrasco. 2008.

BRASIL,Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_,Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. SEPPPIR, 2007.

\_\_\_\_\_,Ministério da Integração Nacional. A Política Nacional de Ordenamento Territorial- Uma política territorial contemporânea em construção,2007.

\_\_\_\_\_, Fundação Oswaldo Cruz. Série Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde. Abordagens espaciais em saúde pública. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_,Ministério da Saúde.Plano Nacional de Saúde-2012-2015.Brasília,2011.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em <http://200.214.130.35/dab/>> Acesso em 27/12/2010,

BORTOLOZZI, A; FARIA,R,M. **Espaço,território e saúde:contribuições de Milton Santos para o tema geografia da saúde no Brasil**. nº 17.p31-41.EDUFPR.,2001.

CAIAFFA, W,T. et al. Saúde urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência e Saúde Coletiva**,13(6):1785-1796, 2008.



GONDIM, G, M.M. Espaço e saúde uma (inter) ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A C. et al **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz,2008.

GUIMARÃES, R.B. **Saúde urbana**: velho tema, novas questões. Terra Livre, v. 17, p. 155-170, 2001.

JACCOUD,L;BEGHIN,N. Desigualdades raciais no Brasil, um balanço da intervenção governamental. In: BRASIL. Ministério do Planejamento,Orçamento e Gestão.IPEA-2002.

LESSA,I.**Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil**. Revista Brasileira Hipertensão. 2001;8:383.92.

MARICATO, E. **O Ministério das Cidades e a política nacional de desenvolvimento urbano**. IPEA: Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise,nº12,2006.

OLIVEIRA,F. **Saúde da População Negra-Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2002.

RAFFESTIN,C.**Por uma geografia do poder**. São Paulo.Editora Ática,1993.

RUCKERT,A. **O processo de reforma do Estado e a Política Nacional de Ordenamento Territorial**. In. BRASIL:Para pensar uma Política Nacional de Ordenamento Territorial. Brasília. Ministério da Integração Nacional.2005,p. 31-39.

SANTANA, P. **Geografias da saúde e do desenvolvimento**: evolução e tendências em Portugal. Coimbra. Almedina. 2005.

\_\_\_\_\_,**Saúde urbana/Saúde dos urbanistas**. O paradigma perdido da urbanidade? Artigo escrito para a Associação Portuguesa para Promoção da Saúde Pública,abr.2006.Disponível em: <http://www.appsp.org/pt/artigos/34-urbanismo/47-saude-urbanasaude-dos-urbanistas-o-paradigma-perdido-da-urbanidade>.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Edusp, 2008.

\_\_\_\_\_.**Economia espacial: críticas e alternativas**.2ed. São Paulo. EDUSP,2003.Coleção Milton Santos. Globalização e fragmentação. São Paulo. Hucitec,1994.

VILLAÇA,F. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel: FAPESP: Lincoln Institute, 2001.