

AUTORES

FABIANA DA GLORIA PINHEIRO N. FERREIRA

LUCAS MANOEL DA SILVA CABRAL

DENIZE AMORIM

MARCELA ROIZ MARTINI

Racismo como Determinante Social da Saúde:

IMPACTOS DO TABAGISMO NA SAÚDE
DA POPULAÇÃO NEGRA





Organização
Fabiana da Gloria Pinheiro N. Ferreira
Lucas Manoel da Silva Cabral
Denize Amorim
Marcela Roiz Martini

INCA

Apoio:
ACT Promoção da Saúde

Racismo como Determinante Social da Saúde: Impactos do Tabagismo na Saúde da População Negra

RIO DE JANEIRO
2025



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. Todos os direitos reservados.

Criação, Informação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância
(CONPREV)

Divisão de Controle de Tabagismo (DITAB)

Rua Marquês de Pombal, 125 - Centro 20230-240.

Rio de Janeiro-RJ. www.gov.br/inca

Elaboração

Fabiana da Gloria Pinheiro N. Ferreira

Lucas Manoel da Silva Cabral

Denize Amorim

Marcela Roiz Martini

Revisão final

Fabiana da Gloria Pinheiro N. Ferreira

Édnei César de Arruda Santos Junior

Agradecimentos

Coordenação de Prevenção e Vigilância
- Conprev/INCA

Marcia Sarpa

Equipe DITAB/INCA

Maria José Domingues Giongo

Aline de Mesquita Carvalho

Ana Pauia Jacques

André Salem Szklo

Ednei Cesar de Arruda Santos Junior

Erica Cavalcanti

Karen dos Santos

Luciane Machado Pizetta

Maria Raquel Fernandes Silva

Neilane Bertoni dos Reis

Ricardo Henrique Sampaio Meirelles

Rita de Cassia Martins

Vera Lúcia Gomes Borges

Palestrantes

Maria José Domingues Giongo

**Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo
- DITAB/INCA**

**Comissão de Equidade, Diversidade e
Inclusão /INCA**

Mariana Emerenciano

Secretaria de Atenção Primária à Saúde /MS

Diogo do Vale de Aguiar

Secretaria Municipal de Saúde-RJ

Laio victor Tavares Cardoso

Camila Athayde Oliveira Dias

RAP da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

André Luiz Oliveira da Silva

Depoimentos em Vídeo

Marcos de Oliveira

Sandra Maria

Elizabeth do Nascimento

Projeto Gráfico e Ilustração

RB Edições - Diniz Gomes dos Santos

Apoio

ACT- Promoção da Saúde

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ)**

Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento
Tecnológico em Saúde Coletiva (Cepesc)

Vital Strategies

Bloomberg Philanthropies

PREFÁCIO

Você já parou para refletir sobre como o racismo estrutural influencia diretamente os indicadores de saúde no Brasil? E como o tabagismo, uma das principais causas evitáveis de morte, afeta desproporcionalmente a população negra?

Este evento propõe um espaço de diálogo essencial sobre as intersecções entre racismo, saúde pública e o uso do tabaco, trazendo à tona dados, vivências e estratégias de enfrentamento. Discutiremos como o racismo opera como um determinante social da saúde e como isso se manifesta nos altos índices de adoecimento e mortalidade relacionados ao tabagismo entre pessoas negras.

Uma conversa urgente, necessária e, que não pode ser mais adiada.

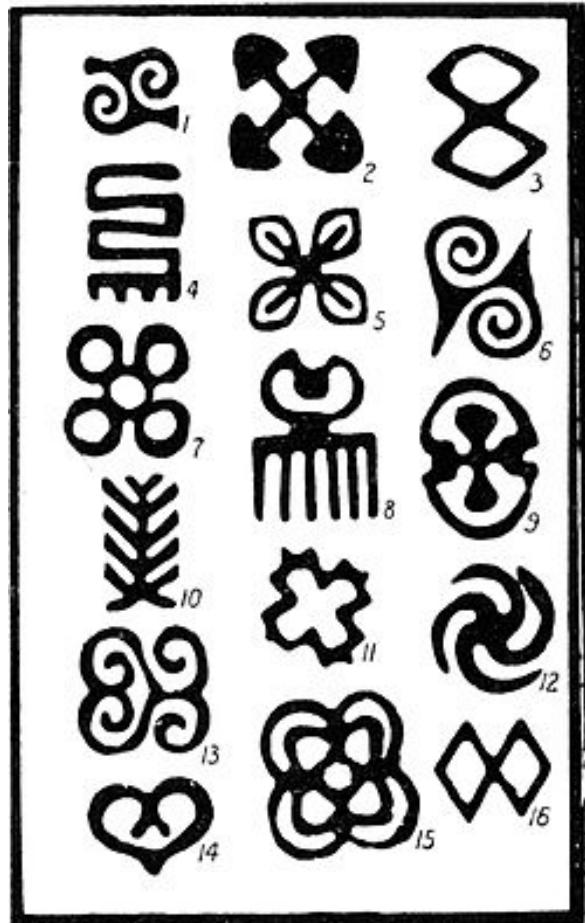
O Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio da Divisão de Controle do Tabagismo (DITAB), da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev), em parceria com a ACT Promoção da Saúde, convida para uma discussão fundamental sobre os efeitos do racismo estrutural na saúde da população negra, com foco nos impactos do tabagismo como um dos principais fatores agravantes.

A partir de uma perspectiva interseccional e baseada em evidências, foram debatidos caminhos para a redução das desigualdades e o fortalecimento de políticas públicas equitativas.

Esta é uma oportunidade de ampliar o diálogo, promover a equidade em saúde e reafirmar o compromisso com a justiça social.

O primeiro painel, “Racismo e Iniquidades em Saúde”, abordou como o racismo estrutural influencia os determinantes sociais da saúde, impactando o acesso aos serviços, a qualidade do cuidado e os desfechos em saúde da população negra.

O segundo painel, “Tabagismo e a Saúde da População Negra”, discutiu como a indústria do tabaco historicamente atinge de forma desproporcional grupos vulnerabilizados e como os efeitos do tabagismo se somam às iniquidades já existentes, ampliando os riscos e os danos à saúde.





Ao final de cada painel, foi aberto um espaço de interação com o público, que pôde enviar perguntas por meio de uma ficha online. Essa dinâmica contribuiu para um diálogo qualificado entre participantes e palestrantes, fortalecendo o compromisso coletivo com a equidade em saúde.

A realização do evento reforça o compromisso do INCA e da ACT Promoção da Saúde com a promoção da equidade em saúde, o combate ao racismo estrutural e a defesa dos direitos humanos como princípios fundamentais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre elas as associadas ao uso do tabaco.

Ao reconhecer o racismo como um determinante social da saúde, o evento contribui para a consolidação de uma agenda pública que valoriza a justiça social, a participação social e o enfrentamento das desigualdades históricas que afetam a população negra no Brasil.

MENSAGEM DOS ORGANIZADORES DO EVENTO

Não há neutralidade possível diante da estrutura que adoece.

O corpo negro carrega a marca da sobrevivência e da resistência em cada célula. Somos feitos de memória e de corpos que foram interditados, de vozes que foram silenciadas, de histórias que insistem em respirar.

Durante séculos, tentaram apagar o sopro vital que atravessa nossos pulmões: o sopro da vida, o sopro da luta.

E, nesse processo, o racismo reconfigurou até mesmo o ar que respiramos: ele define quem adoece primeiro, quem tem acesso ao tratamento, quem pode se curar e quem é deixado à margem da história.

É sobre ter fôlego.

É perguntar por que o cigarro é mais barato nas periferias, por que a publicidade é mais agressiva nos territórios negros, por que o cuidado chega tarde demais. É entender que a necropolítica opera a plenos pulmões quando se decide quem respira e quem sufoca.

Hoje, respiramos juntos, ciência, afeto e ancestralidade.

Aqui estamos, ocupando o espaço do debate, devolvendo sentidos e transformando o que nos tira o ar em consciência, e o que era silêncio em voz coletiva.

Cada palavra, cada relato de vida neste encontro é fôlego

Porque precisamos e vamos respirar novos ares, como dizia Fanon, “cada geração deve descobrir a sua missão, cumpri-la ou traí-la”.

Nós escolhemos cumpri-la, com fôlego, com memória e com coragem.



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS — Atenção Primária à Saúde

CQCT — Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco

CONPREV — Coordenação de Prevenção e Vigilância

CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS — Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

DEF — Dispositivo Eletrônico para Fumar

DCNT — Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DITAB — Divisão de Controle do Tabagismo (INCA)

INCA — Instituto Nacional de Câncer

OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde

PNSIPN — Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNCT — Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SAPS/MS — Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SUS — Sistema Único de Saúde

UERJ — Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
MENSAGEM DOS ORGANIZADORES DO EVENTO.....	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	8
ABERTURA E FALAS INSTITUCIONAIS.....	11
ESTRUTURA DO EVENTO.....	14
PAINEL 1: RACISMO E INIQUIDADES EM SAÚDE.....	17
DEBATE – PAINEL “RACISMO E INIQUIDADES EM SAÚDE”.....	28
ENCERRAMENTO DO DEBATE DO PAINEL 1.....	35
PAINEL 2 – TABAGISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	39
DEBATE – PAINEL “TABAGISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA”	46
ENCERRAMENTO DO EVENTO	49



ABERTURA E FALAS INSTITUCIONAIS



A abertura do evento “Racismo como Determinante Social da Saúde: Impactos do Tabagismo na Saúde da População Negra”, realizada no Instituto Nacional de Câncer (INCA), contou com a presença de representantes de diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentaram reflexões e diretrizes voltadas à promoção da equidade racial e ao enfrentamento do tabagismo em populações historicamente vulnerabilizadas.

A condução inicial coube à Sra. Fabiana da Glória Pinheiro Nogueira Ferreira, que integra a equipe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA. Em sua fala de boas-vindas, dirigida ao público presencial e aos participantes da transmissão virtual, a representante destacou a importância estratégica do evento como marco institucional no fortalecimento das ações de equidade em saúde no país.

A escolha do mês de novembro para sua realização foi proposital, em alusão ao Mês da Consciência Negra, como estratégia de mobilização da rede nacional do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) para o reconhecimento e enfrentamento das desigualdades raciais. Fabiana citou o ativista sul-africano Steve Biko, ao afirmar que “a verdadeira liberdade da população negra começa com a libertação de sua própria consciência”, reafirmando a centralidade da consciência racial na luta por justiça social. Ressaltou também



a importância do dia 20 de novembro, data dedicada à memória de Zumbi dos Palmares como símbolo da resistência negra, em contraposição ao 13 de maio, marco da abolição formal da escravidão no Brasil, mas sem a devida reparação histórica e inclusão social da população negra.

Na sequência, o representante do Departamento de Promoção e Prevenção à Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, Sr. **Diogo do Vale Aguiar**, reforçou a importância estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento ao racismo institucional e na formulação de políticas públicas universais e antirracistas. Em sua fala, pontuou que, apesar dos avanços conquistados, a população negra segue enfrentando as piores condições de vida e os maiores índices de mortalidade, evidenciando a ausência de respostas estatais adequadas. Ressaltando a urgência de políticas públicas com recorte racial no campo da promoção da saúde, especialmente no combate ao tabagismo. Defendeu que o enfrentamento das desigualdades raciais requer comprometimento institucional concreto e a formulação de estratégias que considerem os determinantes sociais da saúde. Enfatizou que a promoção da saúde deve integrar uma agenda antirracista e estar alinhada aos princípios da justiça social.

Ressaltou que políticas estruturantes, como o **Programa Mais Médicos**, o **Programa Saúde na Escola** e a **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, podem mitigar desigualdades se aplicadas com uma perspectiva de equidade. Destacou a necessidade de adaptar o **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** às realidades dos territórios vulnerabilizados, respeitando suas especificidades culturais. Defendeu, por fim, que a efetividade das políticas públicas em saúde está condicionada à construção de soluções sustentáveis e inclusivas.

Na sequência, Diogo do Vale Aguiar, reafirmou o compromisso da pasta com a pauta da equidade racial em saúde. Segundo ele:



“A efetividade das políticas públicas depende do reconhecimento do racismo como determinante social da saúde. Esse reconhecimento não pode ser apenas retórico, mas precisa se traduzir em ações concretas que cheguem aos territórios.”



Em seguida, a **Sra. Márcia Sarpa**, Coordenadora de Prevenção e Vigilância do INCA, saudou os presentes e destacou o significado do auditório repleto como expressão do interesse e engajamento da comunidade com a pauta proposta. Enfatizou o protagonismo da **Divisão de Controle do Tabagismo** na promoção da saúde pública e no enfrentamento das desigualdades que afetam de modo mais incisivo a população negra.



“Este evento é um marco. A Divisão de Tabagismo tem avançado no reconhecimento das populações historicamente invisibilizadas, como a população negra e quilombola. Não basta sermos referência técnica em câncer, precisamos também ser referência em equidade.”



Encerrando a mesa de abertura, a **Dra. Mariana Emerenciano**, presidente da Comissão de Equidade, Diversidade e Inclusão do INCA, compartilhou uma fala sensível e contundente, marcada por sua vivência como mulher negra. Fez uma breve audiodescrição e relatou sua trajetória de engajamento com a pauta racial ao longo de sua atuação institucional. Destacou que o enfrentamento ao tabagismo deve considerar as especificidades vividas pela população negra e ser orientado por um olhar comprometido com a equidade. Afirmou que a Comissão de Equidade do INCA tem atuado na construção de práticas mais **humanizadas, inclusivas e sensíveis às vulnerabilidades sociais**, reafirmando o compromisso institucional com a diversidade e a justiça racial no âmbito da saúde pública. Mariana Emerenciano, encerrou a mesa de abertura com uma fala que ressaltou a centralidade da equidade:



“Não podemos falar em tabagismo sem falar em equidade. As experiências da população negra precisam ser reconhecidas e respeitadas como parte fundamental do cuidado em saúde. Não é possível avançar sem que essas vozes estejam no centro das discussões.”



As falas de abertura apresentaram um panorama inicial que situou o público sobre a urgência de enfrentar o racismo estrutural dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase esteve na necessidade de articular políticas públicas antirracistas e no reconhecimento da relação direta entre desigualdade racial e vulnerabilidade ao tabagismo. Este primeiro momento, portanto, consolidou o tom político e acadêmico do encontro, evidenciando que a discussão sobre o tabagismo na população negra não pode ser dissociada do debate sobre racismo estrutural e determinantes sociais da saúde.



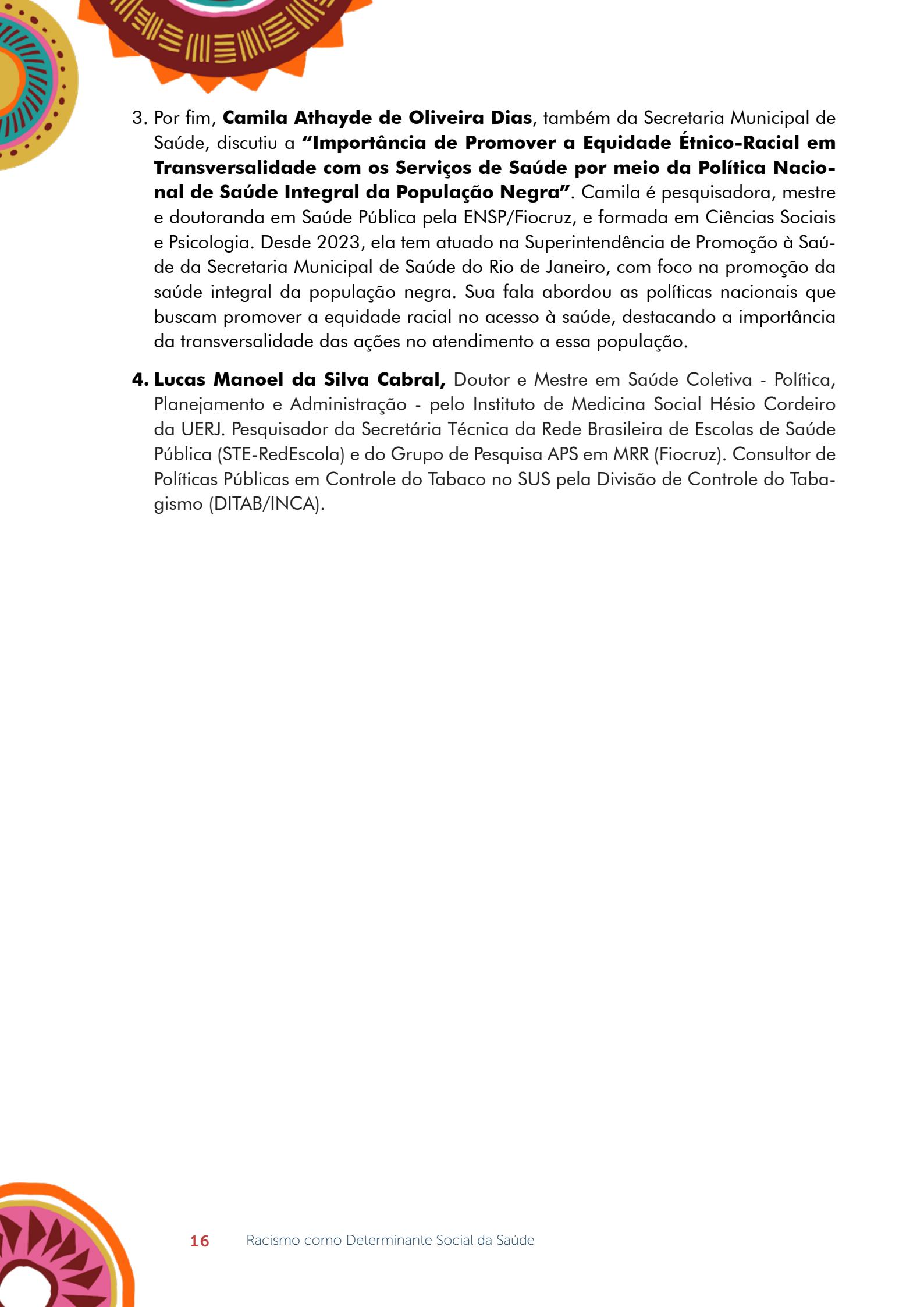
ESTRUTURA DO EVENTO

O evento foi organizado em dois painéis principais: **“Racismo e Iniquidades em Saúde”** e **“Tabagismo e a Saúde da População Negra”**. A mediação foi conduzida pelo **Dr. Lucas Manoel da Silva Cabral**, e, ao final de cada painel, foi aberto um espaço para debate, no qual o público teve a oportunidade de enviar suas questões por meio de uma ficha de perguntas online, promovendo a interação entre os participantes e os palestrantes.



A mesa foi composta por três palestrantes e mediador:

1. **Laio Victor Tavares Cardoso**, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi o primeiro a se apresentar, discutindo o tema **“Determinante Sócio-Racial do Acesso ao Tratamento e Diagnóstico de Doenças Relacionadas ao Consumo de Tabaco e Outras Drogas na População em Situação de Rua e Moradora de Favela”**. Médico de família e comunidade pela UFRJ, mestre em Epidemiologia pela Fiocruz, Laio atua como médico no Consultório de Rua na comunidade do Jacarezinho. Sua apresentação focou na relação entre o racismo, a pobreza e o acesso desigual à saúde, destacando as dificuldades enfrentadas pela população negra em situação de rua e em favelas no diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, muitas vezes relacionadas ao consumo de tabaco e outras substâncias.
2. Em seguida, **Denize Amorim**, representante da ACT Promoção da Saúde, abordou o tema **“Políticas Públicas de Enfrentamento ao Racismo e Promoção da Igualdade Étnico-Racial na Saúde”**. Pedagoga, mestre em Educação em Ciências e Saúde pelo NUTES/UFRJ e especializada em Direitos Humanos e Questões Étnico-Raciais, Denize é coordenadora de Redes e Coalizões de Promoção da Saúde. Sua apresentação explorou as políticas públicas existentes e as ações necessárias para combater as desigualdades raciais na saúde, enfatizando a importância de integrar a promoção da igualdade étnico-racial no sistema de saúde.



3. Por fim, **Camila Athayde de Oliveira Dias**, também da Secretaria Municipal de Saúde, discutiu a **"Importância de Promover a Equidade Étnico-Racial em Transversalidade com os Serviços de Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra"**. Camila é pesquisadora, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, e formada em Ciências Sociais e Psicologia. Desde 2023, ela tem atuado na Superintendência de Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com foco na promoção da saúde integral da população negra. Sua fala abordou as políticas nacionais que buscam promover a equidade racial no acesso à saúde, destacando a importância da transversalidade das ações no atendimento a essa população.

4. Lucas Manoel da Silva Cabral, Doutor e Mestre em Saúde Coletiva - Política, Planejamento e Administração - pelo Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da UERJ. Pesquisador da Secretaria Técnica da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (STE-RedEscola) e do Grupo de Pesquisa APS em MRR (Fiocruz). Consultor de Políticas Públicas em Controle do Tabaco no SUS pela Divisão de Controle do Tabagismo (DITAB/INCA).



PAINEL 1: RACISMO E INQUÍDIADES EM SAÚDE





O primeiro painel do evento, **“Racismo e Iniquidades em Saúde”**, contou com a presença de especialistas renomados, que abordaram questões centrais relacionadas ao impacto do racismo e das desigualdades sociais no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, articulando esses conhecimentos na questão do tabagismo.

Laio Victor Tavares Cardoso: Determinante Sócio-Racial do Acesso ao Tratamento e Diagnóstico de Doenças Relacionadas ao Consumo de Tabaco e Outras Drogas na População em Situação de Rua e Moradora de Favela”.

♦ **Contexto e ponto de partida**

Laio inicia situando sua prática no território e delimitando o foco do debate: as barreiras concretas que impedem o acesso ao cuidado para a população em situação de rua, atravessadas pelo racismo e por ausências institucionais.



“Eu trabalho numa unidade que atende especificamente a população em situação de rua, e a gente vê como as políticas públicas muitas vezes não alcançam essas pessoas.”

A partir dessa experiência, ele estabelece que a análise do cuidado precisa emergir das experiências concretas de quem vive nas margens, e não de modelos abstratos.

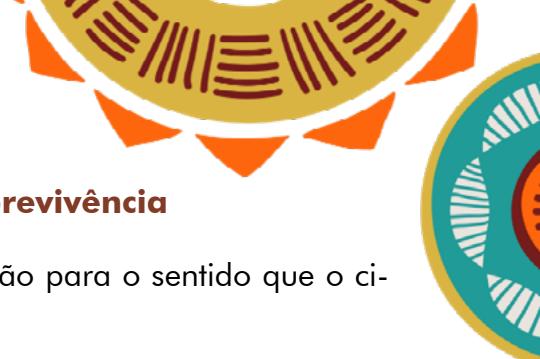
• **A dimensão do “não ter” e a revisão do conceito de acesso**

Laio amplia o sentido de vulnerabilidade: não é apenas não ter casa; é a soma de ausências que inviabilizam o cuidado — documentos, endereço, escuta qualificada, pertencimento. Essas ausências transformam o “acesso” num labirinto burocrático para quem vive nas ruas.



“A gente não está falando só de ausência de casa, mas de ausência de tudo. É gente que vive a exclusão em todos os níveis: não tem endereço, não tem documento, não tem acesso, não tem escuta.”

Com base nessa experiência, ele defende que “acesso ao cuidado” precisa deixar de ser apenas porta aberta ou vaga agendada e passar a significar condições para a pessoa ser reconhecida e acolhida. Isso exige quebrar barreiras formais, trocar a “burocracia primeiro” por “cuidado primeiro” e garantir pertencimento ao SUS. O cuidado precisa acontecer no território, com horários flexíveis, busca ativa e mediação de agentes comunitários, integrando a assistência social.



- **Tabagismo sem moralismo: alívio simbólico e sobrevivência**

Ao abordar o tabagismo, Laio desloca o foco da moralização para o sentido que o cigarro assume em contextos de dor e abandono.



“Quando a gente pergunta por que fumam tanto, a resposta é: ‘porque é o que me acalma’. O cigarro é, muitas vezes, o único recurso simbólico de alívio que essas pessoas têm, ignorando os riscos desses produtos à saúde.”

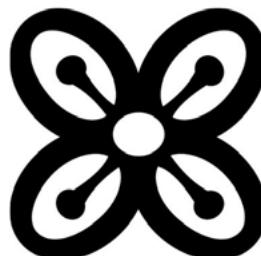
Ele critica políticas de cessação que ignoram condições materiais e psíquicas:



“Não adianta falar em parar de fumar para quem não tem nem o que comer. Não adianta prescrever adesivo de nicotina para quem não tem onde guardar.”

O argumento central é que as estratégias de cuidado precisam entrar na lógica de sobrevivência — com vínculo, escuta e adaptação cultural — para terem sentido e adesão.

- **Barreiras estruturais: do território ao pertencimento**



Laio explicita que, embora barreiras territoriais existam, a barreira simbólica — sentir-se (ou ser tratado como) fora da política — é o obstáculo mais profundo.



“A gente fala muito de barreira territorial, mas a maior barreira que essas pessoas enfrentam é simbólica. É a ausência de pertencimento. Elas são tratadas como se não fizessem parte do SUS, como se estivessem fora da política.”

Ele exemplifica como práticas administrativas acabam negando o cuidado desde a recepção:



“O sujeito chega para ser atendido, e a primeira coisa que perguntam é o endereço”



- **Racismo e iniquidades em saúde**

Para Laio, o recorte racial é incontornável: a população negra é a mais afetada pelas vulnerabilidades, pela exclusão do cuidado e pelos desfechos adversos.



“A maioria das pessoas em situação de rua que a gente atende são negras. Isso não é coincidência. É estrutura. A população negra é a que mais adoece, a que menos acessa e a que mais morre sem cuidado.”

Dessa forma, o racismo deixa de ser visto como um “contexto” e passa a ser entendido como mecanismo organizador das iniquidades.

- **Efeitos clínicos observáveis e urgência de resposta**

No plano clínico, Laio destaca a aceleração de quadros respiratórios e a falta de diagnóstico e tratamento oportunos:



“É impressionante como as doenças respiratórias avançam rápido entre as pessoas em situação de rua. É um cigarro atrás do outro, sem proteção, sem diagnóstico, sem tratamento.”

E enfatiza: o objetivo não é criminalizar o ato de fumar, mas compreender seu lugar na vida de quem experimentou a ruptura de vínculos sociais.



“Não se trata de criminalizar o tabagismo, mas de entender o que ele representa dentro de uma realidade marcada pela dor, pela solidão e pela ausência do Estado.”

- **Diretrizes para o cuidado: SUS antirracista, ativo e territorial**

Como encaminhamento, Laio propõe reposicionar o SUS: sair da lógica exclusivamente centrada no consultório, ir até onde as pessoas estão e reconhecer prioridades.



“A saúde precisa sair da lógica do consultório e ir até onde as pessoas estão. A população negra e a população em situação de rua precisam ser vistas como prioridade nas políticas de cuidado. Não dá mais pra continuar apagando essas vidas.”

Isso implica:

- Equipes com abordagens ativas (busca no território, horários flexíveis)
- Acolhimento sem exigências excludentes (endereço/CPF como barreiras devem ser contornadas por fluxos inclusivos)
- Cessação do tabagismo adaptada (vínculo, escuta, viabilidade material)
- Formação antirracista para profissionais e integração intersetorial (saúde, assistência social, documentação civil, moradia).

Nesta fala potente, pode-se perceber o esforço do palestrante que reconstrói o conceito de acesso ao cuidado a partir da prática no território. Para ele, o principal obstáculo não é apenas geográfico, mas administrativo e simbólico: a exigência de endereço, documentos e adequação a rotinas institucionais transforma a porta de entrada do SUS num filtro que expulsa quem vive nas ruas. Nessa lógica, o “acesso” só existe quando há reconhecimento e pertencimento, isto é, quando a pessoa é acolhida e atendida apesar da irregularidade documental, com escuta qualificada e sem moralismo.

No tema do tabagismo, Laio desloca o debate do comportamento individual para o contexto social e afetivo. Entre pessoas em situação de rua, fumar opera como recurso de regulação emocional e de sobrevivência, em meio à dor, à ansiedade e ao isolamento. Protocolos universais desenhados para realidades estáveis produzem baixa adesão quando ignoram a precariedade material: não é racional prescrever insumos que não podem ser armazenados ou propor cessação pura em locais em que faltam comida, abrigo e segurança.

A análise é atravessada pelo racismo, que organiza quem chega por último ou nem chega ao cuidado. A maior presença de pessoas negras entre a população em situação de rua e seus piores desfechos em saúde não são contingências, mas efeitos de uma estrutura que distribui proteção e abandono. Daí a implicação política: um SUS ativo, territorial e antirracista, que inverta a ordem (“cuidado primeiro, burocracia depois”), atue onde a vida acontece e reponha pertencimento como condição clínica e cidadã do cuidado.



Denize Amorim: Políticas Públicas de Enfrentamento ao Racismo e Promoção da Igualdade Étnico-Racial na Saúde

• **Aspectos contextuais**

Denize inicia reconhecendo a centralidade do tema e o papel do INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância/Programa Nacional de Controle do Tabagismo na ampliação do debate público. Posiciona sua fala ampliando o debate: embora o foco seja a população negra e o tabagismo, a discussão abarca determinantes sociais, raciais, econômicos e culturais que estruturam a saúde.



“Este é um debate crucial, não falamos só de tabagismo, mas de determinantes que moldam a vida e a saúde da população negra”.

• **Racismo e determinante social de saúde**

Em termos conceituais define o **racismo como sistema de dominação** que sustenta a noção de superioridade branca e legitima desigualdades, produzindo **iniquidades em saúde**. Para ela, reconhecer o racismo como **determinante social** é condição para orientar políticas públicas efetivas.



“Racismo não é apenas atitude individual, é uma estrutura que autoriza desigualdades e explica por que as piores condições recaem sobre a população negra.”

• **Determinantes sociais: alimentação, educação, moradia e trabalho**

Denize articula como acesso a serviços, escolaridade, mobilidade urbana, moradia e renda que organizam risco e proteção. O resultado não é aleatório: trata-se de um padrão estrutural que conforma diferentes perfis de adoecimento e morte.



“A desigualdade em saúde não é casualidade, é expressão de um sistema racista e excluente que define quem tem direito ao cuidado e quem fica à margem.”

• **Segurança alimentar e a centralidade das mulheres negras**

Para materializar a exposição, Denize apresenta o texto de Carolina Maria de Jesus (Quarto de Despejo) como lente para a fome e a miséria — experiências que seguem racializadas e feminizadas. Mostra como lares chefiados por mulheres negras concentram a insegurança alimentar e nutricional, agravada por tempo de deslocamento, falta de creches e alimentos saudáveis acessíveis.



“As mulheres negras enfrentam a escassez cotidiana: tempo, renda, transporte e comida saudável faltam ao mesmo tempo.”

- **O que os dados explicitam**

Ao apresentar dados epidemiológicos ressalta que a maior carga de hipertensão, diabetes, obesidade e excesso de peso entre pessoas negras, além de piores condições de acesso e continuidade do cuidado. Conecta os indicadores aos determinantes sociais e à estrutura racial que dificulta chegar e permanecer no serviço de saúde.



“Os números não são apenas estatística: são a tradução de trajetos de vida marcados por barreiras materiais e simbólicas.”

- **Políticas públicas: implementação e incidência**

No plano normativo, ressalta a PNSIPN (2009) e reivindica implementação real: orçamento, formação, monitoramento. Aponta ainda políticas educacionais com impacto indireto na saúde — Lei 10.639/2003 (história e cultura africana/afro-brasileira) e Lei nº 12.711/2012 (cotas) — como parte de um ecossistema de equidade.



“Temos políticas, falta fazê-las chegar ao território. Sem orçamento, formação e indicadores, política vira retórica.”

- **Tabagismo no contexto de desigualdades**

Ao posicionar o tabagismo não como mera “escolha individual”, mas como comportamento mediado por dor, estresse e condições materiais. A prevenção e a cessação, portanto, precisam considerar fatores diversos, sob risco de culpabilizar o sujeito e produzir baixa adesão.



“Intervenções que ignoram a realidade acabam culpando quem menos tem. É preciso vínculo e estratégias possíveis.”

À luz do reconhecimento do racismo como determinante social de saúde e da implementação efetiva da PNSIPN no território. Essas políticas implicam em orçamento identificado, metas verificáveis e sistemas de informação com registro qualificado de raça/cor da pele, de modo a transformar desigualdades em indicadores de gestão e não em fatalidade estatística. Como ela sintetiza, “temos políticas; falta fazê-las chegar ao território”, o que significa, em termos operacionais, aproximar a norma da vida real.



Nessa mesma direção, o cuidado precisa ser reorganizado segundo as condições concretas de existência das pessoas negras, especialmente das mulheres que, como Denize sublinhou, acumulam encargos de trabalho, deslocamentos longos, falta de creches e insegurança alimentar.

No campo específico do tabagismo, as evidências apresentadas já nos falam a muito tempo sobre a maior carga de DCNTs, obesidade e barreiras de acesso. Portanto, indicam que intervenções universalistas descontextualizadas tendem à baixa adesão e à culpabilização do sujeito.

Por fim, a efetividade dessas diretrizes depende de formação permanente antirracista das equipes, bem como da participação social qualificada. Somente assim se garante que a política não permaneça retórica, mas se torne prática de reparação e equidade, ou seja, reconhecer o racismo como operador de iniquidades e reposicionar o SUS para enfrentá-las onde elas se produzem no cotidiano das pessoas e nos arranjos institucionais que precisam ser transformados

Camila Athayde de Oliveira Dias: Importância de Promover a Equidade Étnico-Racial em Transversalidade com os Serviços de Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra"

- **Lugares de fala**

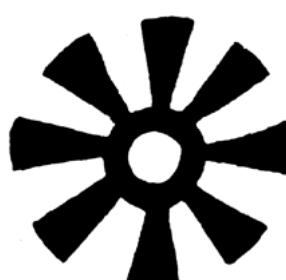
Camila se apresenta a partir de sua trajetória acadêmica e de gestão (SMS-Rio), posicionando o **tema** no argumento no próprio lugar de fala.



"Como mulher parda da Baixada Fluminense, e com o olhar de quem vive o cotidiano da periferia, sinto de perto as dificuldades que a população negra enfrenta, especialmente no que se refere ao acesso ao cuidado de saúde."

A partir daí, anuncia que sua exposição situa o tabagismo em uma discussão ampliada e junto a outros determinantes sociais, para compreender como o racismo, o adoecimento e o acesso ao cuidado interferem na saúde.

- **Políticas de reparação: avanços e limites**



Camila reconhece a Lei **10.639/2003** e **Lei nº 12.711/2012** como marcos de reparação e produção de oportunidades, mas ressalta **limites na implementação** e efeitos persistentes do **racismo institucional**.



“Embora essas políticas tenham sido um avanço, precisamos reconhecer que elas ainda não foram suficientemente implementadas para promover uma verdadeira transformação. O Brasil ainda é um país com profundas desigualdades raciais e isso se reflete diretamente no sistema de saúde.”

A Lei de Cotas foi um passo importante, mas quando olhamos a taxa de evasão escolar, especialmente entre estudantes negros, podemos ver que não é suficiente. O racismo velado dentro das instituições, que é invisível para muitos, é um dos principais fatores que contribuem para essa evasão, além disso sabemos que o fator escolaridade dialoga com as taxas de prevalência de forma muito contundente.

- **PNSIPN: conquista e dificuldade de execução**

A PNSIPN é um avanço normativo, mas explicita a fragilidade da execução, especialmente em territórios periféricos como a Baixada Fluminense, onde a população negra é predominante.



“A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, embora tenha sido um grande avanço, esbarra nas dificuldades de sua execução. Em muitos municípios, especialmente na Baixada Fluminense, onde a população negra é predominante, a aplicação dessa política ainda é muito frágil.”

Portanto, o reconhecimento formal da política não se traduz automaticamente em iniciativas concretas no cotidiano dos serviços.

- **Racismo institucional e liderança no SUS**

Ao discutir o racismo institucional, ela destaca as manifestações explícitas e sutis no funcionamento dos serviços e a sub-representação de pessoas negras em posições de decisão.



“O racismo não se manifesta apenas de forma explícita, mas também nas pequenas atitudes e nas ausências dentro do sistema.”

“Sem pessoas negras ocupando espaços de decisão, fica difícil promover a mudança real nas práticas e atitudes dentro do SUS. O que temos é uma saúde pública que ainda não atende de forma equitativa à população negra.”



- **Tabagismo e determinantes sociais**

Ela relaciona diretamente o tabagismo às condições materiais e ao racismo cotidiano que marcam as periferias, o que amplia o impacto do consumo e de doenças respiratórias associadas. O tabagismo, entre as populações periféricas, tem um impacto muito maior do que a média nacional. Isso não é um acaso, está diretamente relacionado às condições de vida, à falta de acesso a cuidados adequados, ao estresse cotidiano e ao racismo que permeia todas as esferas da vida.



“Quando falamos de tabagismo, não estamos falando apenas da escolha pessoal de fumar ou não. Estamos falando de um contexto histórico de desigualdade, onde o acesso à informação de qualidade, a prevenção e os tratamentos adequados estão distantes das realidades vividas pela população negra, especialmente nas periferias.”

- **Campanhas e programas de cessação: adequar ao território**

Camila pontua a ausência de campanhas específicas para a população negra e defende programas de cessação sintonizados com realidades e culturas dos territórios.



“As campanhas de conscientização, que muitas vezes se concentram em modelos mais universais, não consideram as particularidades da população negra, suas vivências e suas realidades.”

“Nas periferias, o cigarro é barato, acessível e presente. O impacto é devastador, sobretudo entre as mulheres negras. As campanhas precisam dialogar com a realidade cultural das comunidades negras, quilombolas e periféricas.”

“Precisamos de programas de cessação do tabagismo que considerem a realidade e as especificidades culturais da população negra e quilombola. Não podemos ignorar que a população periférica, em sua maioria negra, é a mais atingida, mas ao mesmo tempo a que menos acesso têm a tratamentos de saúde adequados.”

- **Universalidade não homogênea e chamado à ação**

Por fim, ela reafirma que a universalidade do SUS não é homogênea e exige respostas específicas para rua e periferia. A mudança depende de posturas cotidianas, protagonismo negro, investimento e escuta.



“Não basta ter um SUS que preveja a universalidade no acesso, pois o conceito de universalidade não se aplica de forma homogênea. As pessoas em situação de rua, ou aquelas que vivem em áreas periféricas, precisam de um olhar específico, que leve em conta suas realidades e suas necessidades.”



“A transformação não virá de fora para dentro, ela precisa partir da base, de cada um de nós, de uma mudança de postura no trato diário, no atendimento. Precisamos de mais negros nos espaços de poder, precisamos de mais investimentos em saúde pública, precisamos de mais escuta.”

“A reflexão contínua, tanto no âmbito acadêmico quanto no cotidiano da prática de saúde, é imprescindível. E, mais do que nunca, devemos lutar para garantir que o acesso à saúde seja universal, mas com uma universalidade que considere as especificidades de cada território e de cada corpo.”

A fala de Camila integra reparação educacional, PNSIPN, racismo institucional, e tabagismo como efeitos e indicadores de desigualdade. O fio condutor é claro: há avanços normativos, mas a implementação é frágil, sem campanhas e programas de cessação adaptados à realidade negra periférica, o tabagismo permanece sobredeterminado por condições de vida e longe do cuidado. A resposta, segundo ela, passa por lideranças negras, investimento, escuta e políticas que tratem universalidade com equidade, em cada território.



DEBATE – PAINEL “RACISMO E INIQUIDADES EM SAÚDE”: MEDIADOR: LUCAS CABRAL ☭ ☭ ☭



A finalização do primeiro bloco sistematiza as principais contribuições do painel “Racismo e Iniquidades em Saúde”. A conclusão foi conduzida por Lucas Cabral, que articulou as múltiplas contribuições dos palestrantes, ressaltando a complexidade do tema e o compromisso político-técnico que orienta sua abordagem.

Com a participação de Camila Taíde de Oliveira Dias, Denize Amorim e Laio Victor Tavares Cardoso, discutiram-se os efeitos estruturais do racismo sobre o acesso à saúde, o papel do SUS como projeto civilizatório e a atuação da indústria do tabaco.

Lucas Cabral destaca a fala de Fabiana Ferreira que enfatizou ao longo de suas intervenções a necessidade de responsabilização institucional no enfrentamento do racismo como determinante social da saúde. A análise valoriza o protagonismo das vozes negras, a centralidade dos territórios e a urgência de um SUS antirracista.

Conforme proposto por Camila Athayde, o mediador Lucas Cabral apresenta uma leitura transversal: o SUS deve garantir o pleno exercício da cidadania, sobretudo para sujeitos historicamente marginalizados, ampliando sua missão para além da assistência biomédica e assegurando o direito à saúde independentemente de condições sociais, território ou identidade racial. Entretanto, essa promessa civilizatória não se realiza de maneira equânime. A Atenção Primária à Saúde (APS), embora fortalecida em municípios como o Rio de Janeiro,

expandiu-se por meio de organizações sociais e sob condições laborais precárias, especialmente para mulheres negras na enfermagem, fragilizando vínculos e continuidade do cuidado.

A crítica se estende à regulação e à articulação com a atenção especializada. Como sintetizou o mediador, “O Brasil regula fila porque regula escassez”, ecoando a observação de que a lógica regulatória, com frequência, invisibiliza a demanda e naturaliza a precariedade.

Retomando as contribuições de Denize Amorim, Lucas Cabral evidencia que determinantes sociais incidem de forma interseccional sobre corpos negros, dificultando o acesso e comprometendo o percurso terapêutico: violência armada nos territórios, custo do transporte e fechamento de unidades durante confrontos interrompem rotinas de cuidado e rompem vínculos. A indústria do tabaco posiciona produtos estratégicamente em bairros vulnerabilizados, próximos a escolas e unidades de saúde, com público-alvo racializado, reforçando desigualdades no consumo e nas doenças respiratórias.

Na sequência, destaca a fala de Laio Victor aprofunda a crítica ao uso indiscriminado de “vulnerabilidade”, que funciona como eufemismo para violações de direitos. Para ele, a população negra, especialmente em situação de rua, enfrenta não apenas desigualdades materiais, mas barreiras simbólicas e institucionais que impedem o acesso efetivo ao cuidado. Ao discutir o tabagismo nesse contexto, ressalta a urgência de superar perspectivas individualizantes e culpabilizadoras: “Não se trata de vulnerabilidade. Trata-se de vidas sistematicamente expostas à negligência e ao abandono institucional.”

Do ponto de vista do mediador, políticas públicas inclusivas e eficazes devem ir além do discurso de fatores de risco, promovendo equidade no acesso a recursos e cuidados. Ainda que haja avanços, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, persiste um longo caminho de implementação, sobretudo frente às desigualdades vividas por mulheres negras nas periferias. Nessa linha, Lucas Cabral enfatiza a necessidade de olhar para especificidades regionais e populacionais para garantir direitos.

Ao retomar os apontamentos sobre determinantes, o mediador reforça que atuam de forma cumulativa. “Quando uma unidade de saúde básica fecha por conta de um tiroteio, não é apenas uma consulta que se perde. É o vínculo entre o profissional e o usuário que se rompe. É o cuidado que se interrompe”, afirma, para explicitar que o dano é também relacional e atinge a continuidade terapêutica.

No que se refere ao tabagismo, as falas convergem ao mostrar que o racismo sistêmico atravessa a forma como a indústria opera: marketing dirigido a territórios periféricos e pontos de venda próximos a escolas e serviços em regiões de alta vulnerabilidade induzem consumo. Assim, o tabagismo se configura como questão de desigualdade social e racial, e não apenas comportamento individual de risco.

Lucas Cabral retoma a importante ponderação do palestrante Laio que acrescenta a dimensão territorial e interseccional das desigualdades, sobretudo para a população em situação de rua: “Não dá para pensar em saúde e cuidado sem pensar em território, sem pensar na população e sem pensar em quem são essas pessoas que vivem nas ruas.” Lembra ainda sua heterogeneidade: “A gente precisa pensar nessa população em situação de rua não de forma homogênea. São homens, mulheres, pessoas trans, negras, brancas, com deficiência, com sofrimento mental, usuários de substâncias. E muitas dessas pessoas não se sentem acolhidas ou pertencentes a nenhum espaço.”



Ainda nesse debate, Lucas Cabral resgata importante abordagem sobre a questão do tabagismo trazido de forma sensível e precisa pelo palestrante Laio em que discute o sentido psíquico do uso de substâncias, em especial o tabaco: “O cigarro é o que me acalma, o que me ajuda a dormir, o que me ajuda a me concentrar. Para muitos, é isso. E a gente não pode desconsiderar o que esse uso significa para essas pessoas.” Ao mesmo tempo, destaca que a ausência de cuidado integral e contínuo acentua vulnerabilidades e riscos, inviabilizando abordagens que respeitem singularidade e autonomia.

Na dimensão das práticas Lucas Cabral recorre a falas do cotidiano trazidos pelo médico Laio, onde o tom são as barreiras institucionais motivadas por preconceito, políticas interseitoriais e combate a abordagens higienistas e moralizantes:



“Teve uma pessoa que a gente levou no hospital, e o segurança não deixou entrar porque estava sujo, porque estava com cheiro. Isso acontece todo dia.” e propõe reconhecer a rua como território legítimo de cuidado: “A rua não é um não-lugar. A rua é um lugar. E o cuidado tem que acontecer onde a pessoa está. Não adianta a gente esperar que ela vá até a unidade se ela não consegue chegar lá.”

“A política de saúde tem que dialogar com a assistência social, com a habitação, com a segurança pública. A gente precisa parar de fragmentar o cuidado. E, acima de tudo, precisa escutar essas pessoas. Elas têm muito a dizer.”

A intervenção de Fabiana Ferreira traz a dimensão reflexiva e institucional: o enfrentamento ao racismo em saúde não pode ser superficial ou simbólico. “Quando falamos de racismo como determinante social da saúde, não estamos nos referindo apenas à cor da pele, mas a uma estrutura que organiza o acesso, o cuidado e a própria possibilidade de existência. O racismo define quem adoece, quem recebe tratamento e quem morre primeiro.” É necessário compromisso incisivo das instituições com políticas antirracistas:



“Não basta reconhecer que a população negra apresenta maior prevalência de tabagismo. É preciso entender por que ela fuma mais, por que acessa menos os serviços de cessação, por que adoece mais e por que morre mais. Sem essa compreensão, estaremos apenas reforçando o ciclo de culpabilização e invisibilidade.”

E, ao tratar do tabagismo, chama atenção para a responsabilização do Estado diante da atuação estratégica e racista da indústria:



“A indústria do tabaco atua de forma estratégica e racista. Mas é responsabilidade das instituições públicas não serem cúmplices desse processo. A omissão também é uma forma de violência.”

Dessas contribuições decorre a necessidade de articular políticas de promoção da equidade, qualificar profissionais para o enfrentamento do racismo institucional, fortalecer a participação social nos territórios e enfrentar práticas discriminatórias inclusive dentro das próprias instituições. Encerrando o painel, Lucas Cabral sintetiza o imperativo civilizatório do sistema: “Se o SUS é um projeto civilizatório, ele precisa ser civilizado com todos os seus sujeitos. E isso implica reconhecer as múltiplas desigualdades que recaem sobre a população negra e agir com firmeza para superá-las.”



PERGUNTAS E RESPOSTAS – PAINEL 1: RACISMO E INIQUIDADES EM SAÚDE

Após as exposições dos palestrantes Laio Victor Tavares Cardoso, Denize Amorim e Camila Taíde de Oliveira Dias, o painel “Racismo e Iniquidades em Saúde”, mediado por Lucas Cabral, foi aberto à participação do público. Diversos(as) participantes, tanto presencialmente quanto por meio de envio virtual, apresentaram questionamentos que aprofundaram os temas abordados nas falas iniciais, com foco nos desafios do acesso ao cuidado em saúde, no impacto do racismo institucional e estrutural, e nas possibilidades de enfrentamento das desigualdades vividas pela população negra no contexto do tabagismo.

As perguntas contemplaram desde a crítica às condições de funcionamento do SUS até propostas concretas de atuação nos territórios, passando por reflexões históricas e denúncias sobre a falta de acesso a informações. As respostas dos(as) palestrantes se complementam e buscam esclarecer, com embasamento técnico e sensibilidade social, as múltiplas dimensões envolvidas na relação entre racismo e saúde pública.

A seguir, apresentam-se os diálogos entre participantes e palestrantes, organizados conforme os eixos temáticos emergentes e respeitando a ordem lógica das contribuições.

1. SUS, MEDICAMENTOS E RACISMO INSTITUCIONAL

Pergunta de M.:

M. questionou a recorrente ausência de medicamentos nas unidades de saúde, inclusive para o tratamento do tabagismo.

Resposta de Laio Victor Tavares Cardoso:

Laio respondeu que a percepção popular sobre a “questão dos medicamentos” deve ser levada a sério, pois revela o descrédito da população em relação ao sistema público de saúde. No entanto, destacou que o problema não deve ser analisado como um desvio pontual, mas como parte de um fenômeno estrutural. A regulação e a distribuição de recursos no SUS, inclusive medicamentos, estão atravessadas por disputas de poder, interesses econômicos e desigualdades territoriais.

Complemento de Camila Athayde de Oliveira Dias:

Segundo ela, a responsabilização individual dos usuários e a culpabilização dos profissionais da ponta não resolvem o problema. É preciso enfrentar as assimetrias de poder e garantir que os territórios historicamente negligenciados, sejam priorizados no planejamento e na execução das políticas de saúde. Para ela, o SUS não falha por acaso: ele falha onde sempre falhou, nos territórios racializados, onde o cuidado é continuamente precarizado.

2. ACOLHIMENTO COMO FATOR DETERMINANTE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Pergunta de V. (Rap da Saúde):

V. perguntou qual é o momento mais determinante no processo de tratamento do tabagismo por parte da população negra, especialmente no que diz respeito ao acolhimento e à escuta.

Resposta de Denize Amorim:

Denize destacou que o acolhimento, a escuta ativa e o vínculo com os usuários são fundamentais no processo de cessação do tabagismo. Segundo ela, o julgamento moral e os estigmas associados ao uso do cigarro dificultam o acesso e a permanência das pessoas nos grupos de apoio. Denize explicou que, para a população negra, o impacto do racismo estrutural acentua o sofrimento psíquico, e muitas vezes o cigarro é utilizado como estratégia de enfrentamento das violências cotidianas. Assim, é essencial que as equipes de saúde estejam preparadas para oferecer cuidado integral, considerando as determinações sociais e raciais do adoecimento e do uso de substâncias. Denize ressaltou que o cigarro, em muitos casos, é uma ferramenta de enfrentamento da dor e do estresse cotidiano, e que o cuidado só será efetivo se for oferecido com empatia, vínculo e respeito à história de vida do(a) usuário(a).



3. RACISMO ESTRUTURAL E A FALSA RUPTURA DA LEI ÁUREA

Pergunta de I. (Rap da Saúde):

I. perguntou sobre os impactos contemporâneos do processo de abolição da escravidão com a promulgação da Lei Áurea se conecta com o racismo atual.

Resposta de Laio Victor Tavares Cardoso:

Laio afirmou que a Lei Áurea representou uma ruptura formal, mas não estrutural, da escravidão no Brasil. A população negra não foi inserida como cidadã após a abolição; não houve políticas de reparação, acesso à terra, moradia ou educação. Essa exclusão fundante se perpetuou ao longo do século XX e continua nos dias de hoje, manifestando-se nas desigualdades raciais que marcam o sistema de saúde, como o maior índice de adoecimento, menor acesso a cuidados de qualidade e maior exposição a fatores de risco como o tabagismo. Para Laio, o racismo atual é parte ativa de um sistema que nunca se propôs a garantir equidade à população negra. O racismo não é apenas um resquício do passado, mas um mecanismo ativo que estrutura a sociedade e define quem tem acesso ao cuidado e quem será deixado para morrer.

4. COMUNICAÇÃO POPULAR E “SEGREGAÇÃO DA INFORMAÇÃO”

Pergunta de C. (Rap da Saúde):

C. abordou a questão da “segregação da informação” nas periferias, perguntando por que o acesso a informações sobre saúde, direitos e cuidados é tão limitado nesses territórios.

Resposta de Camila Athayde de Oliveira Dias:

Camila afirmou que o racismo também se manifesta na comunicação, e que há uma “geografia da desinformação” que marginaliza as periferias e invisibiliza seus problemas. Ela enfatizou que os meios de comunicação de massa não priorizam os temas relevantes para a população negra e periférica, e que o sistema de saúde falha em sua missão de promover educação em saúde. Para enfrentar esse problema, Camila defendeu o fortalecimento da comunicação popular, por meio de rádios comunitárias, coletivos culturais, agentes comunitários e iniciativas como o próprio Rap da Saúde, que constroem pontes entre o saber técnico e o conhecimento vivido nos territórios. Camila respondeu que a desinformação nos territórios é uma estratégia histórica do racismo estrutural. Segundo ela, há um projeto de silenciamento e invisibilização das vozes negras, e a comunicação institucional ainda não al-

cança essas populações com linguagem acessível, representatividade ou compromisso com a equidade.

5. CUIDADO TERRITORIAL E GRUPOS TERAPÊUTICOS EM ESPAÇOS PÚBLICOS

Pergunta de G. F. (via internet):

G. sugeriu que os grupos de cessação do tabagismo fossem realizados em praças, para alcançar pessoas em vulnerabilidade social e sem vínculo com as unidades de saúde.

Resposta de Laio Victor Tavares Cardoso:

Laio considerou a proposta pertinente e afirmou que o SUS, em sua concepção mais ampla, prevê a atuação nos territórios, para além das paredes das unidades de saúde. Espaços públicos como praças, igrejas, terreiros e centros comunitários devem ser valorizados como locais de cuidado e promoção da saúde, sobretudo quando se trata de alcançar populações historicamente excluídas. Contudo, Laio ressaltou que essa ampliação do cuidado só será efetiva se for acompanhada de uma formação antirracista das equipes, para que os profissionais estejam preparados para acolher sem reproduzir as violências institucionais que afastam as pessoas do SUS.



ENCERRAMENTO DO DEBATE DO PAINEL 1



Este bloco de perguntas e respostas evidenciou a potência do diálogo entre profissionais, pesquisadores(as) e comunidade, e reforçou a importância de considerar o racismo como determinante social da saúde em todas as etapas da formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. A escuta atenta, o acolhimento qualificado e o enfrentamento ativo das desigualdades são caminhos centrais para a construção de um SUS mais justo, equânime e antirracista.

As perguntas apresentadas refletem a complexidade do tema proposto: os impactos do racismo nos processos de adoecimento da população negra, especialmente no contexto do tabagismo, e permitiram aprofundar discussões sobre racismo institucional, acesso à saúde, comunicação popular e estratégias comunitárias de cuidado.

As respostas dos(as) palestrantes, articuladas entre si, evidenciaram a urgência de práticas antirracistas no Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de valorização dos saberes populares e a importância da atuação em rede e nos territórios para garantir equidade e justiça em saúde. As contribuições do público enriqueceram o debate e evidenciaram o desejo coletivo por um SUS mais justo, acessível e coerente com os princípios da equidade racial e da justiça social.

DEPOIMENTOS DE PACIENTES SOBRE O TABAGISMO

Antes de iniciar as exposições técnicas, foi apresentado ao público um vídeo elaborado com depoimentos de participantes do programa de cessação do tabagismo. A mediadora Fabiana da Gloria ressaltou a importância da escuta ativa dessas vozes a partir de relatos sensíveis e impactantes de pacientes que enfrentam o câncer e que compartilharam suas histórias em torno do tabagismo, da descoberta da doença e do processo de cessação do vício.

E. de 65 anos, contou ter começado a fumar aos 13 anos, forçada pelo pai de seus filhos. Após décadas de consumo, descobriu um câncer bucal que se manifestou inicialmente como uma lesão nos dentes — após notar um buraco na boca que inicialmente pensou ser uma afta —, que conseguiu abandonar o cigarro com o apoio do programa de tratamento do tabagismo do INCA. “Até 2012 eu fumei. Tentei parar, mas não consegui. Só consegui depois que entrei para o grupo do tabagismo no INCA. Eu fiquei doente e fui operada em 2012 também. Gostaria de pedir às pessoas que estão fumando que parem de fumar. Faz muito mal o cigarro, assim como a bebida. Eu já fiquei muito mal por causa disso, e hoje, graças a Deus, não fumo e nem bebo mais.”

M., de 62 anos, paciente oncológico da área de cabeça e pescoço, compartilhou sua trajetória após o diagnóstico de câncer na amígdala direita. Relatou ter passado por 35 sessões de radioterapia e duas de quimioterapia, e descreveu a necessidade urgente de abandonar o tabagismo e o álcool como parte do processo de reabilitação. Disse sentir-se um “privilegiado” por ter conseguido rapidamente o atendimento no INCA, onde foi acolhido com respeito e dedicação. Compartilhou que fumava desde os 18 ou 19 anos, durante um período que associava o cigarro à independência e prestígio social. Apesar de ter ficado 12 anos sem fumar, retomou o hábito e acumulou 45 anos de tabagismo. O diagnóstico exigiu mudanças radicais em seu estilo de vida, incluindo a interrupção abrupta do uso de tabaco e álcool: “Saber que eu sou um paciente com câncer, uma coisa que a gente nunca imagina, e depois ter que parar abruptamente de fumar e de beber foi muito difícil.”

S, de 60 anos, relatou estar em tratamento de câncer de mama e narra sua jornada após o diagnóstico de câncer de mama em 2013. Após a quimioterapia, cirurgia e radioterapia, foi encaminhada para o grupo de cessação do tabagismo. celebrou ter conseguido se libertar do vício, com apoio da equipe do INCA. Relatou ter começado a fumar por volta dos 14 ou 15 anos, influenciada pela imagem social de que fumar era algo charmoso. Após períodos intermitentes de uso, parou aos 49 anos, quando foi diagnosticada com câncer de mama. Desde então, está há 11 sem fumar: “Não foi fácil, mas consegui. Até aqui, graças a Deus, o INCA tem me ajudado muito, principalmente por fazer parte desse grupo. Conseguí me libertar desse vício que faz tão mal à saúde.”

Esses depoimentos revelaram os efeitos da escassez de informação, especialmente em décadas anteriores, sobre os malefícios do cigarro. Muitos relataram ter crescido sob a influência de propagandas que exaltavam o consumo de cigarros como algo positivo e socialmente valorizado. “Na minha época, não havia informação sobre os malefícios. Ao contrário, na televisão era só benefício: o homem bonito na praia fumando, o homem da fazenda no cavalo fumando...”, “Nunca tive informações. Só tinha comerciais bonitos na televisão. Nunca me passaram nada.”

Além dos relatos sobre o enfrentamento à dependência e às doenças relacionadas ao tabagismo, os participantes trouxeram importantes observações sobre as desigualdades raciais vivenciadas nos serviços de saúde. Uma delas compartilhou sua percepção e deixando transparecer sua preocupação quanto ao acesso das mulheres negras ao tratamento oncológico: “No tratamento do câncer de mama, é visível que tem muito mais mulheres brancas do que negras. Isso é visível. Nós nos sentimos minoria.”

Os relatos também evidenciaram a ausência de informação na época em que eram mais jovens sobre os malefícios do cigarro. Muitos participantes mencionaram que o marketing do tabaco nos anos 1970 e 1980 promoveu imagens glamourosas associadas ao cigarro, sem qualquer campanha educativa que alertasse sobre seus riscos. A associação entre tabagismo e liberdade, especialmente entre jovens, também foi um fator citado por mais de um depoente como motivação para iniciar o hábito.

O vídeo foi encerrado com mensagens de conscientização, nas quais os participantes incentivaram fortemente que outras pessoas abandonem o cigarro e o álcool, alertando sobre os riscos reais e os efeitos devastadores à saúde. Após a exibição do material audiovisual, a Fabiana da Gloria agradeceu aos participantes pelos relatos e reforçou o papel transformador desses testemunhos na construção de políticas públicas mais sensíveis às desigualdades sociais e raciais.





PAINEL 2 – TABAGISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA



O segundo e último painel do evento, intitulado “Tabagismo e Saúde da População Negra”, foi apresentado por Fabiana da Glória Pinheiro Nogueira Ferreira e mediado por Lucas Cabral.

Maria José Giongo, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz), mestre em Educação pela Universidade Federal do Paraná, e tem atuação reconhecida na formulação de políticas públicas de controle do tabagismo.

André Luiz Oliveira da Silva, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Doutor em Saúde Pública pela Fiocruz, com pós-doutorado em Controle do Tabaco pela Universidade da Califórnia, em São Francisco. Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, André apresentou uma análise baseada em seu artigo sobre as intersecções entre raça e consumo de tabaco no Brasil.



MARIA JOSÉ GIONGO - PNCT E A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

- **Apresentação e eixo analítico**

A expositora propõe olhar os impactos do tabagismo na saúde da população negra a partir de uma perspectiva crítica, relacionando estratégias da indústria, barreiras de acesso e a interface do PNCT com a equidade no SUS.

- **Indústria do tabaco: georreferenciamento e concentração territorial**

Segundo a fala, a indústria do tabaco opera com planejamento estratégico e ações georreferenciadas, dirigidas a grupos vulnerabilizados, especialmente população negra e periférica. Aponta-se a maior concentração de pontos de venda em territórios majoritariamente negros; trata-se de política comercial deliberada, sustentada por estudo de mercado e análise territorial, reproduzida também nos Estados Unidos da América.



“Nada disso é por acaso.”

- **Publicidade velada e redes sociais**

A atuação cresce nas redes sociais, via influenciadores e figuras públicas que divulgam cigarros eletrônicos e dispositivos similares de forma disfarçada, com forte apelo sobre adolescentes e jovens negros.



“Essas pessoas muitas vezes são pagas para divulgar esses produtos.”

- **PNCT no SUS**

A fala reconhece o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo INCA, com tratamentos gratuitos disponíveis no SUS. Informa que a aquisição de medicamentos é feita pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, com base em estimativas municipais e estaduais. Embora tecnicamente sólido, o programa esbarra em barreiras sociais e raciais que limitam o acesso e a continuidade do cuidado.



- **Acolhimento, racismo institucional e permanência no cuidado**

Destaca-se a necessidade de acolhimento humanizado nas unidades de saúde, experiências de racismo institucional afastam o público do serviço e reduzem o uso, mesmo em áreas de maioria negra. A observação de ambulatórios periféricos que atendem mais pessoas brancas que negras é interpretada como expressão do racismo institucional, o que demanda denúncia pelos canais formais de ouvidoria.



“Se eu sou maltratada num serviço, eu não volto.”

“A denúncia é uma ferramenta de luta. Se a gente não denuncia, as práticas discriminatórias continuam se reproduzindo impunemente.”

- **Interseccionalidade: mulheres negras e múltiplas vulnerabilidades**

Maria José enfatiza racismo, gênero e condições socioeconômicas. Muitas mulheres negras são chefes de família e acumulam vulnerabilidades, por isso, medicação isolada não basta. É necessário compreender o contexto e a rede de proteção.



“É preciso perguntar: você está bem? Você está segura? Você tem rede de apoio?”

- **Comunicação institucional e representatividade**

Campanhas públicas devem considerar representatividade. O exemplo do Dia Nacional de Combate ao Fumo voltado a gestantes, com imagens de mulheres negras grávidas, é citado como experiência e com impacto direto na adesão.



“Representatividade salva vidas.”

- **Encerramento: antirracismo como eixo do controle do tabaco**

O enfrentamento ao tabagismo integra a luta antirracista. Reconhecer que o racismo estrutura adoecimento e acesso impõe respostas comprometidas com a equidade, no desenho das políticas, na comunicação e no cuidado cotidiano.



“Cuidar da população negra é, sim, um ato político. E é também um compromisso ético com a justiça social e com a equidade em saúde.”

ANDRÉ LUIZ OLIVEIRA DA SILVA — RACA E CONSUMO DE TABACO NO BRASIL



- **Tese e reposicionamento do racismo**

A exposição parte da recusa à ideia de neutralidade nas políticas públicas: sem incorporar o racismo como elemento estruturante, persiste-se em explicações culpabilizantes.



"Se a gente não tiver o debate sobre o racismo como estruturante das desigualdades, a gente corre o risco de achar que algumas populações estão doentes por uma escolha individual, por uma questão genética, ou por alguma lógica cultural. E esse é o primeiro equívoco que a gente precisa combater."

- **Regulação: para quem funciona?**

No âmbito da Anvisa, o palestrante sustenta que é urgente abandonar a ilusão de imparcialidade regulatória e perguntar quem é efetivamente protegido pelo sistema.



"Nós temos um sistema de regulação de produtos de tabaco que é considerado um dos mais avançados do mundo. Mas é preciso perguntar: para quem ele funciona? Quem é protegido por esse sistema regulatório? E quem segue adoecendo e morrendo?"



- **Invisibilidade racial nas evidências e na vigilância**

O apresentador recupera dados e práticas para mostrar que a ausência de marcadores étnico-raciais em estudos e sistemas de vigilância perpetua o mito da universalidade e impede respostas adequadas às realidades racializadas.



“As evidências são apresentadas como neutras, mas estão carregadas de ausências. A ausência de dados raciais, por exemplo, não é um acidente, é uma escolha política que molda a forma como os problemas são percebidos e enfrentados.”

- **Engenharia do produto e lógica de mercado racializada**

A exposição apresenta o conceito de “engenharia de produtos de tabaco”: dispositivos projetados para gerar e manter a dependência. Em paralelo, descreve publicidade e marketing direcionados a grupos vulnerabilizados, com o racismo operando como lógica de mercado que canaliza produtos nocivos para populações específicas.

- **Publicidade, estereótipos e apropriação simbólica**

Com exemplos históricos e recentes, demonstra como a indústria se apropria de estereótipos raciais e culturais, resistência, musicalidade, ancestralidade, alegria para expandir alcance junto à população negra, pobre e periférica, convertendo símbolos em gatilhos de consumo.

- **Estado, justiça racial e vigilância**

Ao apontar a cumplicidade do Estado quando falha em intervir, recoloca a regulação como questão de justiça racial. “Não se trata apenas de regulação sanitária, mas de justiça racial. Precisamos de uma vigilância que enxergue a cor dos corpos que adoecem.”

- **Direção para a Anvisa: norma, fiscalização e conhecimento**

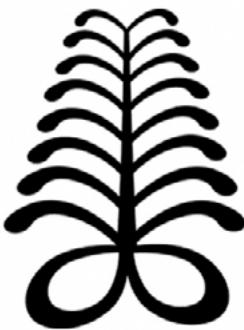
Defende que a agência incorpore perspectiva antirracista na produção de normas, fiscalização e avaliação de risco; que rompa com o “epistemicídio institucional”, reconhecendo saberes de territórios populares e experiências racializadas como fontes legítimas para orientar a regulação.

- **Fecho programático**

O racismo é apresentado como tecnologia de poder que organiza a distribuição de vida e morte, por isso, a regulação deve comprometer-se com reparação histórica. “Ou a gente se compromete com um projeto de saúde que seja antirracista, ou vamos continuar fingindo que protegemos todo mundo enquanto seguimos enterrando nossos jovens negros e negras.”

- **Síntese**

A fala constitui denúncia contundente do papel do Estado e das agências reguladoras na manutenção de desigualdades raciais no campo da saúde, ao mesmo tempo em que propõe caminhos institucionais: incorporar raça/cor nos sistemas e estudos, questionar a neutralidade das evidências, regular engenharia e marketing de produtos com foco em proteção de populações racializadas e orientar a vigilância por equidade e justiça.





DEBATE – PAINEL “TABAGISMO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA”

MEDIADOR: LUCAS CABRAL

Encerradas as falas expositivas dos convidados no painel “Racismo e Iniquidades em Saúde”, foi aberto um espaço para interação com o público presente, o qual se mostrou profundamente engajado com as temáticas abordadas ao longo da mesa. As perguntas dirigidas aos palestrantes evidenciaram inquietações quanto ao papel das políticas públicas na redução das iniquidades raciais, à atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e à responsabilização do Estado frente às populações vulnerabilizadas historicamente, como a população negra e os povos indígenas. As questões também destacaram preocupações em torno da ausência de dados desagregados por raça/cor nas pesquisas institucionais e a invisibilização da população negra nos serviços de saúde. O momento foi marcado por contribuições críticas e pela reafirmação da importância da escuta qualificada e da responsabilidade institucional no enfrentamento do racismo estrutural.

BLOCO 1 – RACISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS E SUSTENTAÇÃO TÉCNICA NAS DECISÕES DO SUS

Pergunta – Participante 1 (Plateia):

A gente está falando sobre racismo institucional, estrutural, ambiental e tudo mais. Então, é óbvio que a gente está falando também sobre decisões políticas. A gente fala muito sobre política pública, mas a gente não fala sobre política no seu sentido mais direto. Como fazer política pública sem falar de política partidária? Porque me parece que tem uma questão de uma decisão que é política, e ela está dentro dos espaços partidários também. É possível fazer política pública, como o SUS, sem fazer política partidária?

Resposta – André (Anvisa):

Eu acredito que é impossível. Acho que a gente precisa entender que as políticas públicas têm uma sustentação técnica, mas elas precisam de um lastro político para serem implementadas. E se a gente entende que política pública é uma escolha que o Estado faz de forma coletiva, então ela passa, sim, pela mediação política. O problema é quando a gente separa política de técnica como se fossem coisas excludentes. Acho que não são. Então, quando a gente fala de uma política pública como a do SUS, ela é extremamente política, e ela precisa de sustentação política para continuar viva, especialmente diante de forças que a ameaçam cotidianamente.

Eu vejo que a defesa do SUS é também uma escolha política e que exige articulação, inclusive partidária. Não necessariamente uma vinculação direta, mas uma consciência de



que esse sistema está sendo atacado politicamente. E que, portanto, a nossa resposta também precisa ser política.

BLOCO 2 – REPRESENTATIVIDADE, PARTICIPAÇÃO NEGRA NAS DECISÕES E DISPUTAS INSTITUCIONAIS

Pergunta – Participante 2 (Plateia):

Como se dá a representatividade das pessoas negras nos espaços institucionais e como garantir que essa presença se traduza em mudanças reais, e não apenas simbólicas?

Resposta – André (Anvisa):

A presença é fundamental, mas não é suficiente. A gente precisa estar nesses espaços com consciência racial e com suporte coletivo. Porque muitas vezes somos cooptados pelas estruturas e acabamos reproduzindo a lógica do racismo institucional mesmo sendo pessoas negras. Por isso, a construção coletiva é essencial.

Além disso, ocupar esses espaços é também disputar narrativas, disputar recursos, disputar prioridades. Então não basta estar lá; é preciso estar com projeto, com formação e com rede de apoio.

E é por isso que espaços como este evento são tão importantes. Eles nos fortalecem, criam conexões e nos dão repertório para resistir e para propor.

BLOCO 3 – INFORMAÇÃO, ACESSO E COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Pergunta – Participante 3 (Plateia):

Vocês falaram sobre o acesso à informação como uma estratégia de cuidado. Como a Anvisa tem trabalhado essa questão, especialmente com relação ao tabaco e à população negra?

Resposta – André (Anvisa):

Essa pergunta é excelente, porque toca em um ponto central da nossa atuação. A Anvisa tem investido na comunicação de risco, mas temos consciência de que, historicamente, a comunicação não foi pensada para a população negra.

Então, estamos tentando construir novas estratégias, com linguagem acessível, com materiais que dialoguem com os territórios e com os saberes populares.

E isso também passa por reconhecer que a informação é uma ferramenta de empoderamento. Se as pessoas não sabem que estão sendo expostas, que estão sendo alvo de um mercado agressivo, elas não têm como se proteger.

A informação precisa ser compreensível, contextualizada e respeitosa com as vivências das pessoas. E esse é um desafio que ainda estamos enfrentando.

BLOCO 4 – RACISMO AMBIENTAL, TERRITÓRIOS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Pergunta – Participante 4 (Platéia):

Vocês abordaram o racismo ambiental. Como ele se relaciona com o tabagismo e os territórios racializados?

Resposta – André (Anvisa):

O racismo ambiental aparece de várias formas. A indústria do tabaco, por exemplo, concentra suas ações de publicidade e venda em territórios vulnerabilizados, que coincidem com territórios majoritariamente negros. Isso não é por acaso.

Além disso, essas populações enfrentam maior exposição à poluição, à violência e à precariedade nos serviços de saúde. Tudo isso compõe o que a gente chama de determinantes sociais da saúde.

Então, quando falamos de racismo ambiental, estamos falando de uma distribuição desigual dos riscos e das doenças. E o tabaco é uma dessas expressões – ele está mais presente onde a vulnerabilidade é maior.

É preciso enfrentar isso com políticas públicas que levem em conta esses recortes territoriais e raciais. Caso contrário, seguimos perpetuando as desigualdades.

BLOCO 5 – FISCALIZAÇÃO, MERCADO E PUBLICIDADE DIRIGIDA À POPULAÇÃO NEGRA

Pergunta – Participante 5 (Plateia):

Como a Anvisa atua diante da publicidade do tabaco que é direcionada de maneira disfarçada para a juventude negra, especialmente nas redes sociais e em espaços culturais?

Resposta – André (Anvisa):

Essa é uma das frentes mais difíceis de fiscalização. A publicidade direta do cigarro é proibida no Brasil, mas a indústria se reinventa. Hoje ela usa influenciadores, eventos, marketing de produto.

Muitas vezes, isso passa despercebido ou se disfarça de estilo de vida, de cultura jovem. E, de novo, essa publicidade tem como alvo: juventude negra, territórios periféricos, culturas urbanas.

A Anvisa tem buscado ampliar sua atuação nesse campo, inclusive com parcerias com universidades e organizações da sociedade civil que nos ajudam a mapear essas estratégias.

Mas é uma disputa desigual. Por isso, precisamos de marcos legais mais atualizados, de articulação com o Ministério Público e de apoio da sociedade para denunciar e combater essas práticas.

ENCERRAMENTO DO EVENTO

O evento foi encerrado pelo Dr. Lucas Manoel da Silva Cabral Lucas Cabral, que iniciou suas palavras agradecendo a todos pela participação e destacando a importância do debate promovido ao longo do encontro. Agradece profundamente pela contribuição de Fabiana Nogueira, Marcela Roiz e Denize Amorim, responsáveis pela organização do evento.

Agradecimentos foram feitos a todos os participantes pela qualidade das intervenções e discussões. Lucas Cabral, em seguida, apresentou a proposta de encerrar o evento com a canção “País dos Sonhos” de Elza Soares, do álbum *Planeta Fome* (2019). Ele mencionou que a letra da música aborda diretamente as questões discutidas no evento, especialmente a busca por um país onde a saúde seja eficiente, onde as desigualdades sejam enfrentadas e onde a justiça seja garantida a todos. Lucas Cabral leu um trecho da música: “Eu preciso encontrar um país onde a saúde não esteja doente e eficiente, uma educação que possa formar cidadãos realmente”, ligando diretamente o conteúdo da canção à temática central do evento: as desigualdades e os desafios enfrentados pelas populações marginalizadas, em especial a população negra.

Após isso, Lucas Cabral fez uma reflexão profunda sobre o sentimento de indignação provocado pela realidade das desigualdades sociais e raciais. Ele fez referência à escritora Audre Lorde, que abordou a raiva como um sentimento de resistência, que é necessário para enfrentar as injustiças que assolam as populações negras. Lucas Cabral afirmou que a raiva tem sido um dos motores para a luta, uma reação legítima diante do que foi tirado dessas populações: a vida que poderiam ter, as perdas de entes queridos, os projetos de vida interrompidos e o sofrimento causado pela violência estrutural e pela falta de acesso aos direitos básicos. Ressaltou que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido criado com o princípio da universalidade, o sistema é constantemente afetado por interesses privados e pelo racismo institucional, o que acaba marginalizando e negligenciando a população negra, os povos indígenas, as pessoas em situação de rua, entre outras minorias. Ele destacou que é urgente repensar e radicalizar as políticas públicas de saúde para enfrentar essas desigualdades e garantir que o SUS cumpra seu papel de inclusão e justiça social.

Ao final de sua fala, Lucas trouxe uma citação de Conceição Evaristo, que sintetiza a luta da população negra no Brasil: “Eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos que não vamos morrer.” Esta frase, segundo Lucas Cabral, reflete a resistência e a força da população negra diante de todas as adversidades e desafios que enfrentam.

Lucas Cabral concluiu suas palavras agradecendo a todos os participantes pelo empenho e destacando a importância de seguir em frente na luta pela justiça social e pela equidade no acesso à saúde. Ele afirmou que a presença de cada um no evento foi fundamental para fortalecer o movimento e que todos têm um papel a desempenhar na construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo para todos.

Com essas palavras, o evento foi oficialmente encerrado, deixando uma mensagem clara: a luta continua. A necessidade de transformar as discussões em ações concretas para garantir o direito à saúde e combater as desigualdades é urgente, e todos são chamados a seguir firmes nesse caminho.



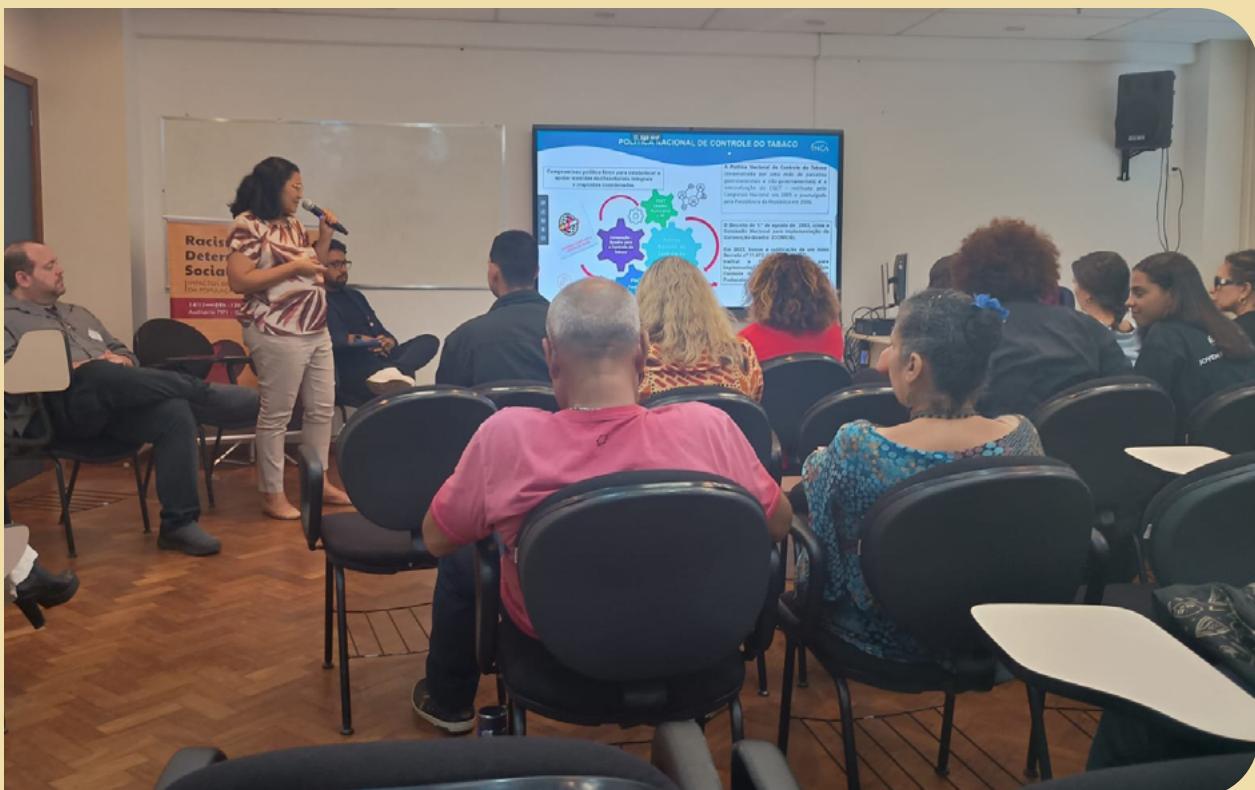
Acesse a gravação do evento “Racismo como Determinante Social da Saúde: Impactos do Tabagismo na Saúde da População Negra” no QR Code abaixo:



























INCA

APOIO:
ACT
Promoção da Saúde