

Escravidão, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros?

Isabel Cristina Fonseca da Cruz*

O Brasil é um país de formação étnico-racial múltipla e, nesta formação, a população negra constitui uma parcela significativa. Dentre os inúmeros problemas vividos por este segmento, destacamos, neste estudo, a hipertensão arterial essencial (HAE), por ser esta doença do sistema cardiovascular um grande desafio para a saúde pública, responsável por problemas cardíacos e renais, entre outros.

Segundo a literatura norte-americana, verifica-se que a hipertensão arterial essencial, embora tenha a sua origem desconhecida, é proporcionalmente mais frequente em indivíduos negros em relação aos brancos. Observa-se ainda que, além da prevalência em pessoas negras, os valores pressóricos, neste grupo étnico, são mais elevados que os valores encontrados em hipertensos brancos.

Todavia, no Brasil, em que pese a morbimortalidade da HAE, ignora-se sistematicamente o seu impacto sobre a população negra (CRUZ, 2002; 2003). Embora o item cor/raça faça parte dos documentos do SUS e da resolução do CNS sobre ética em pesquisa com seres humanos desde 1996, ele permanece subnotificado ou desconsiderado nas avaliações sobre acesso e qualidade da atenção oferecida (CRUZ, 2002a). Esta política de racismo institucional posterga a necessária implantação de um programa que sensibilize profissionais e gestores sobre a importância do item cor/raça e, mais do que isso, não permite o reconhecimento das particularidades e das diferenças étnicas numa perspectiva humanística e não-racista, o que suscitaria discussões e reflexões incômodas sobre o tema, por escancarar as nossas marcas do cativeiro e suas seqüelas para a sociedade como um todo.

O nosso estudo justifica-se pela necessidade de quebrar este silêncio e esta cegueira sobre quase tudo o que se refere a ser negro na sociedade brasileira, particularmente sobre o processo bem-estar/saúde-doença/mal-estar das pessoas de etnia negra ou dela descendentes. Criou-se, pois, o Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra (NESEN), para realizar, assessorar e divulgar pesquisas sobre o tema, além de estimular discussões que favoreçam a compreensão do negro brasileiro como força política. Seguindo essa linha de pesquisa, este estudo pretende apontar alguns aspectos dos fatores de risco para a hipertensão, entre os negros, lançando um novo olhar sobre as pesquisas de historiadores e antropólogos. Pretende, ainda, revelar um pedaço da nossa memória expressa pela história oficial que, a partir de uma perspectiva colonialista, eurocêntrica, higiênica e de exclusão, impôs à população negra a falsa impressão de ser um povo sem autodeterminação.

Assim como os judeus lembram, cotidianamente, o holocausto ao mundo, começo lembrando que o Brasil

foi o maior país de pessoas africanas (e seus descendentes) escravizadas das Américas ou o mais economicamente dependente do trabalho escravo das pessoas africanas (e seus descendentes) durante mais de três séculos. Mas o que sabemos sobre o cotidiano dos nossos antepassados no imenso continente africano com inúmeras etnias e respectivas culturas? Suas vidas, seus amores; sua saúde, suas doenças e suas dores e suas formas de cura? Quais marcas ficaram no corpo, na mente e no código genético dos nossos antepassados em decorrência das lutas e do enfrentamento da escravidão (sequestro, tortura, trabalho forçado, abusos, etc), do racismo e da exclusão?

Segundo SCARANO (1994), existia no século XVIII, na região de Minas Gerais, um número considerável de pessoas negras escravizadas denominadas de incapazes por serem cegas, aleijadas por diversos motivos, entre outros. Especulamos que parte destas *incapacidades* poderia ser, por exemplo, consequência da hipertensão arterial, resultando em cegueira, hemiplegias e insuficiência cardíaca congestiva...

Neste estudo, consideramos, portanto, conforme dados obtidos na literatura, a possibilidade de que a hipertensão arterial, na população negra brasileira, seja proveniente da introdução de fatores de risco a que, antes, na África, em liberdade, não estava exposta.¹ Como base, utilizamos os estudos de SCARANO (1994) e JARDIM et al. (1992) para apontar os indícios de que a hipertensão arterial constituiu mais um ônus da escravidão para as pessoas de etnia negra e seus descendentes no Brasil, à medida que uma série de fatores de risco foram introduzidos abruptamente em um grupo populacional que, provavelmente, ainda que tivesse uma predisposição genética, vivia em equilíbrio em seu ambiente natural. Dentre os fatores de risco para a HAE, abordamos os destacados na pesquisa de SCARANO (1994): a alimentação, o tabagismo, o alcoolismo e o estresse. Serve de parâmetro a pesquisa realizada, na década de 80, por JARDIM et al. (1992), referente aos valores da pressão arterial em uma comunidade negra remanescente de

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do NESEN - Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra (www.uff.br/nepae/NESEN.htm). Pesquisadora do CNPq. E-mail: isabelcruz@uol.com.br

¹ No momento em que realizamos a revisão deste texto, vemos que a nossa especulação também é motivo de discussão entre outros autores brasileiros, pois a prevalência da HAE é relativamente baixa em negros que vivem no continente africano o que sugere que os estressores decorrentes do processo de escravização possam ter contribuído significativamente para a prevalência da HAE na Afro-América (ver LOPES, A. A. Raça e hipertensão arterial. *HiperAtivo*, v. 3, n. 3, p. 153-72, 1996)

quilombo, ao norte de Goiás, o Kalunga, cujas características de organização e vida são semelhantes às do continente africano, no período pré-colonial.

Se a epidemiologia nos garante que uma doença atinge primeiramente, e de forma mais grave, os pobres, nós afirmamos que as políticas de discriminação e exclusão social são fatores patogênicos e as instituições de saúde, historicamente, acentuam esse processo discriminatório por meio do isolamento, da segregação dos doentes pela sua origem étnica e/ou social, pela diferença de tratamento e assistência aos pertencentes aos grupos hegemônicos (homens ricos e/ou brancos), pelo não reconhecimento das especificidades psicobiológicas, entre outros aspectos.

Neste estudo, a hipertensão arterial é apenas um elemento que nos poderá ajudar a dar visibilidade às nossas precárias articulações. Trataremos dos fatores de risco que passaram a integrar o nosso cotidiano a partir da colonização e da escravidão e que, provavelmente, impingiram a nós mais alguns males.

Quanto à alimentação, interessa-nos principalmente a ingestão de fibras, gorduras saturadas e sal. Destacamos da pesquisa de SCARANO (1994) que a dieta da mulher e do homem escravizados era insuficiente em quantidade, em qualidade, em variedade e em calorias, além da falta de vitaminas e sais minerais. Aos recém-chegados de algum país da África eram fornecidos, fundamentalmente, ingredientes encontrados no continente americano, ou seja, farinha de mandioca ou de milho, rompendo o padrão alimentar a que estavam habituados. Isto possivelmente exigiu de seu organismo mais um nível de adaptação.

O angu de fubá cozido na água formava a base alimentar. Essa comida era complementada por um caldo de feijão, mais ou menos grosso. A dieta hipercalórica era obviamente necessária para sustentar uma pessoa escravizada durante uma jornada de trabalho que ultrapassava 18 horas, nas condições mais adversas. Em seu estudo sobre a vida cotidiana no tempo de Pedro II, 1831-1889, MAURO (1991) observou que também os pobres livres tinham uma alimentação de baixa qualidade, baseada principalmente em bacalhau, carne-seca, farinha e batata-doce. Sal e caloria eram a regra.

Portanto, sem fibras, sem proteínas, essa mesma dieta favorecia o surgimento de doenças crônico-degenerativas e, ao ser mantida de forma repetida, foi se construindo um hábito na população. Mesmo quando há mudanças nas condições desfavoráveis e uma possível fatura, pela construção cultural ou pelo atavismo, mantém-se uma alimentação que não atende em qualidade às necessidades corporais de crianças, mulheres, homens e idosos.

A ingestão de gordura saturada é um fator de risco para a hipertensão. Aos alimentos hipercalóricos e sem fibras das pessoas negras escravizadas se adicionava um pedaço de toucinho, hábito tão difundido e consumido em Portugal. Segundo SCARANO (1994), o toucinho era apreciado pelas pessoas negras escravizadas por causa

do sabor e substância. Este tipo de afirmação nos faz pensar se havia alternativa para o negro escravizado poder recusar o (único) alimento ou solicitar o seu acréscimo, já que vontade, desejo, decisão não são palavras nem atos do cotidiano de pessoas escravizadas.

Com o desenvolvimento da criação de suínos, o toucinho se tornou mais consumido. Cabe aqui um parêntese para especular sobre o dilema vivido pelas etnias negras islâmicas, obrigadas a optar entre comer um animal condenado por sua religião ou morrer de fome. Há um importante diagnóstico de enfermagem para situações semelhantes a esta: angústia espiritual.

Merece destaque a informação de que a comida não era fornecida ao negro e à negra escravizados. Ao contrário, as pessoas negras escravizadas, em seu período de folga, tinham de plantar, criar ou caçar, complementando a sua alimentação com a codorna, a perdiz e outras aves. As frutas tinham papel significativo na dieta em relação às raízes, legumes e hortaliças que eram menos consumidos. Monótona e repetitiva, a dieta da população negra escravizada recebia variações com o sal, o fumo e a aguardente.

O papel negativo do sódio na hipertensão é um fato. No estudo de SCARANO (1994) podemos verificar o quanto o sal era importante para as pessoas e, daí, compreender, hoje, o porquê da resistência que encontramos em nossa clientela para alterar seus hábitos para uma dieta hipossódica. A autora afirma que o sal, no século XVIII, era imprescindível. A maioria dos proprietários de negros e negras, pelo baixo nível educacional, não conseguia estabelecer uma ligação entre alimento e preservação da vida e do potencial energético das pessoas que mantinha sob o jugo da escravidão. Para eles o sal era indispensável para a sobrevivência tanto das pessoas quanto dos animais.

Neste estudo não conseguimos dados que nos permitissem afirmar que o sódio, na forma de sal marinho, foi um fato novo para os africanos e seus descendentes escravizados no Brasil, porque grande parte deles era de países do Atlântico e do Índico. Ademais falta-nos informação sobre a ingestão de sódio na África pré-colonial.

Porém cabe observar que o estudo de JARDIM et al. (1992) revela que, entre os quilombolas do Kalunga, o uso do sal adicionado aos alimentos é raro e, quando o fazem, é em pequena quantidade. No que se refere à alimentação, a ingestão básica é de glicídios, representados pela mandioca, arroz, milho, batata e frutas, seguida pelas proteínas provenientes do pescado, da caça, da criação doméstica e do leite. Os lipídios são consumidos em pequena quantidade.

Da comparação entre os estudos, podemos depreender que o endeuamento do sal, visto inclusive como elemento terapêutico, foi uma característica do europeu. Uma seqüela da cultura colonial escravocrata que se tornou um fator de risco para a hipertensão foi a instituição do sal como um hábito alimentar nefasto para os negros.

Outro fator de risco evidenciado pela pesquisa de SCARANO (1994) foi a ingestão de aguardente, bebida destilada, *oferecida* às pessoas negras escravizadas. A aguardente fazia parte do desjejum, como forma barata de protegê-las da friagem, em trabalhos nas minas úmidas e nos garimpos dos rios. Por seu alto valor calórico, era considerada energética e, conseqüentemente, substituía as refeições. Em seu estudo, MAURO (1991) registra que o alcoolismo em meados do século XIX afetava mais a zona rural. Note-se que os pobres (leia escravos e negros libertos) bebiam muito mais, bebiam mal, ou seja, cachaças de má qualidade e vinhos falsificados.

Todavia, em condições de liberdade e autonomia como, por exemplo, entre os negros quilombolas do Kalunga, segundo JARDIM et al. (1992), a aguardente tem um consumo moderado, presente em 30% da população, nos dias de festividades. Cabe destacar ainda que os pesquisadores não encontraram alcoolistas entre os quilombolas, o que reforça o nosso entendimento de que auto-estima elevada e autodeterminação não coadunam com comportamentos aditivos e dependentes.

Um outro fator de risco relacionado ao aumento da pressão arterial é a nicotina presente no tabaco. O tabaco é uma folha oriunda das Américas, sendo, portanto, uma novidade tanto para europeus quanto para africanos.

Tal e qual a aguardente, o tabaco era considerado como uma espécie de energizante e, por isso, distribuído aos escravos. Era muito apreciado e dado como prêmio e agrado ao escravo merecedor de elogios. No entanto gostaríamos de ressaltar que o hábito de fumar existe em várias culturas e há alguns milênios. Fumam-se diferentes ervas e resinas, mas o destaque é para o tabaco, em razão dos danos que a nicotina provoca às artérias, e para o hábito de tragar, o que leva a nicotina para a corrente sanguínea.

No texto de SCARANO (1994) podemos verificar o poder de aquisição da nicotina quando a autora descreve que o tabaco era largamente adquirido pelos cativos e por todos os negros forros, sendo considerado como fonte de gastos excessivos (comprometendo a poupança pela alforria, por exemplo) e como incentivo ao roubo. Ainda assim, o fumo era encarado positivamente, e o *pito* aparecia mesmo como um sinal de distinção. Até hoje, vemos associar as idéias de sucesso ao hábito de fumar, o que torna particularmente difícil a abolição deste costume entre os clientes com hipertensão.

O estudo de JARDIM et al. (1992), entre os quilombolas de Goiás, revela também o hábito de fumar cachimbo pelos mais velhos (20%) e cigarro de palha pelos mais jovens (30%). Todavia parece que este fator de risco isoladamente não é capaz de provocar o surgimento da HAE, uma vez que, na população estudada, pouco mais de 6% são hipertensos.

Em relação ao estresse, ao qual se submetia a população negra, podemos afirmar que seu início se dava ainda na sua própria terra, arrancada de forma brutal da família e da sua comunidade.

Da África ao Brasil sucedem-se inúmeros horrores e torturas. Os que conseguem sobreviver se descobrem em terra estranha em condições desumanas. A mulher e o homem escravizados, que se tornaram mercadoria, não vieram de um continente desorganizado, sem cultura, sem tradições e sem passado. Esses povos seqüestrados de suas famílias e nações foram proibidos de manter suas tradições espirituais, culturais e materiais.

Habitados a uma vida num quadro social organizado, parte constituinte de suas próprias personalidades, são misturados entre si e reunidos num bando único, em que coexistem diferenças inconciliáveis. Suicídio, assassinato, aborto, loucura são resultantes da escravidão, mas também as estratégias possíveis de enfrentamento do estresse para aquele povo, naquele momento histórico. A solidariedade também existe e transparece, por exemplo, no desejo de compartilhar a pobre refeição, de transformá-la, na medida do possível, num momento de encontro. A aguardente e a comida obtidas, fosse de que modo fosse, constituíam uma maneira de confraternizar e manter a solidariedade. O alimento e a bebida passavam a ser um pretexto, um meio para o encontro, um momento de descontração e relaxamento da pressão vivida cotidianamente (SCARANO, 1994).

Ressalte-se que o estresse, mesmo após a abolição, continua por meio da manutenção da ideologia racista na sociedade e este estresse decorrente do racismo institucional já é reconhecido como um fator patogênico das doenças cardiovasculares (DIN-DZIETHAM et al., 2003).

Quanto ao estresse decorrente do enfrentamento cotidiano do racismo, este parece não fazer parte do dia-a-dia do kalungueiro, segundo JARDIM et al. (1992), uma vez que ele vive numa sociedade cooperativista, onde a divisão territorial é simbólica e a vida gira em torno dos núcleos familiares. Segundo os pesquisadores, estas características anti-estresses da vida, no quilombo, constituem o principal fator para o baixo índice de HAE no grupo estudado.

Mas, se a escravidão trouxe novas doenças, também trouxe novos tratamentos, retirando o que restava de poder sobre o corpo, a saúde, a doença e o morrer.

Alimento enquanto agente supostamente terapêutico.

Em virtude do sistema escravocrata e sua ideologia discriminatória, no século XVIII, quando a doença se instalava havia significativa modificação na maneira de tratar os pretos forros e escravos.

As doenças crônicas que assolavam o Brasil Colônia não foram descritas com regularidade, só o foram as que se tornaram endêmicas como: tuberculose, sífilis, verminoses, escorbuto, malária, disenterias e tifo, pois freqüentemente matavam tanto os negros quanto os brancos (MATTOSO, 1978).

Em decorrência das condições adversas do tráfico, do trabalho forçado e da vida nas senzalas, em geral, as negras escravizadas e os negros escravizados resistiam

menos que a população branca às doenças. A alta mortalidade entre escravos era causada, por exemplo, por resfriados mal curados que provocavam bronquites e pneumonias. A desnutrição propiciava o desenvolvimento da tuberculose e a dieta rica em gordura e sódio, o aparecimento da angina (doença cardíaca).

Contudo é na alimentação que se baseia o processo de cura das enfermidades, embora não se saiba quais delas eram merecedoras de dieta especial. A medicina empírica da época elevou ao *status* de medicamento o açúcar, o toucinho, a carne e o sal. O único elemento verde mencionado é o agrião. O fumo e o vinho também são utilizados para tratamento.

A galinha é um item considerado indispensável na alimentação dos enfermos. Os africanos não eram grandes apreciadores de galinha e ovos (ricos em colesterol), mas esses alimentos ocupavam papel primordial na dieta dos doentes. Assim, entende-se hoje o seguinte ditado *"quando pobre come galinha é porque um dos dois está doente"*³.

Em caso de enfermidade do escravo, a alimentação era bastante valorizada, tendo em vista que ele representava um patrimônio para o seu senhor. Ironicamente, os pretos livres, além de serem alvo fácil de doenças pelas mesmas razões das pessoas escravizadas, apresentavam um índice de mortalidade elevadíssimo, pois, não sendo patrimônio dos escravocratas, tinham de arcar com os custos de sua doença. Assim, a maioria falecia sem receber cuidado algum, até porque ele só valia pelo que era capaz de produzir (SCARANO, 1994).

No nosso entendimento ainda é obscura a forma de cuidar, no período colonial. Como hoje, havia charlatões e curandeiros que ofereciam seus serviços profissionais, mas também havia todo um conhecimento trazido da África por povos com culturas milenares e avançadas. Muito se perdeu, outro tanto foi considerado magia *negra*, mas quantas ialorixás e babalorixás não fizeram as vezes de médicos e enfermeiras tanto para os escravos quanto para os senhores, de forma sistematizada, não-empírica? Quanto poderemos aprender sobre nossa saúde se olharmos com a devida atenção para a familiar, mas desconhecida, história dos negros?

Em síntese, para compreender melhor a fisiopatologia da hipertensão arterial, no Brasil, considero fundamental contextualizar, histórica e culturalmente, o cotidiano de um povo pluriétnico. Os dados obtidos a partir da literatura, em particular do trabalho de JARDIM et al. (1992), me permitem julgar que as condições vivenciadas pela população negra seqüestrada da África para o Brasil, durante o período colonial, e mantida com a exploração capitalista pautada no racismo institucional são fatores patogênicos não só da hipertensão arterial mas também de outras doenças crônico-degenerativas como o diabetes, por exemplo.

Como o estilo de vida, imposto à população negra, não desapareceu com a Lei Áurea, pelo simples fato de que ideologia racista não se revoga por decreto, e como a população afro-brasileira, pós-1888, continuou vivendo em condições semelhantes às do sistema escravocrata, ou seja, na pobreza crônica e com o estresse nela embutido (baixa auto-estima e violência, entre outros fatores), mantendo um padrão alimentar pobre em fibras, porém rico em calorias, gordura e sódio, com apreço ao cigarro e à aguardente, avalio que a promoção da saúde e do bem-estar da população negra exige uma política de saúde orientada por ações afirmativas, urgentemente.

Dos quilombolas herdamos a certeza de que podemos dirigir os nossos próprios destinos e decidir qual a melhor maneira de viver e morrer. Assim, em um contexto mais amplo, podemos e devemos exigir uma política de saúde que contemple as nossas especificidades étnicas e que seja dirigida não só aos aspectos curativos, mas principalmente aos aspectos preventivos.

Referências Bibliográficas

CRUZ, I. C. F. da. O Negro Brasileiro e a Saúde: Ontem, Hoje e Amanhã. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.27, n.3, p.317-27. 1993.

CRUZ, I.C.F. da. Nursing research in Brazil: the client with arterial hypertension or at risk. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico On-line] v.1, n.1, 2002. Disponível em < www.uff.br/nepae/objn101icruz.htm >

CRUZ, I.C.F. da. Review of Nursing Research: theoretical and methodological topics related to Race/Colour/Ethnicity. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico on-line], v.2, n.1, 2003. Disponível em < www.uff.br/nepae/objn201icruz.htm >

CRUZ, I.C.F. da. A taxa de morbimortalidade simbólica no Brasil e a não notificação do item cor/etnia em saúde. *Revista da Saúde CNS/MS* [periódico on-line], v. 3, n. 3, p.49-50, 2002. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/Revista_CSN.pdf >

DIN-DZIETHAM, R. et al. Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001. *Social Science & Medicine* [periódico on-line] 2003. Disponível em < <http://www.periodicos.capes.gov.br/> >

JARDIM, P.C.B.V. et al. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás -Kalunga. *Arq Bras Cardiol*, v.58, n.4, p. 289-93. 1992.

MATTOSO, K . de Q. *Ser escravo no Brasil*. Rio .Janeiro: Brasiliense, 1978.

MAURO, F. *A Vida Cotidiana: O Brasil no Tempo de Dom Pedro II*. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

SCARANO, J. *Cotidiano e Solidariedade: vida diária da gente de cor nas Minas Gerais no séc. XVIII*. Rio Janeiro: Brasiliense, 1994.

³ Ditado popular.